



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo

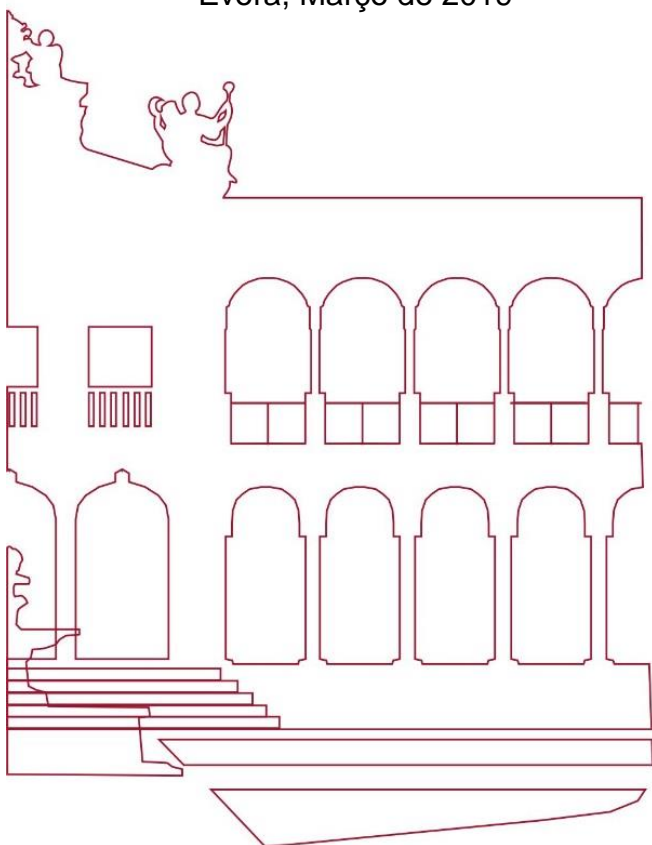
Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Atores e Futuros Possíveis

Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada

Orientador | Professor Doutor José Manuel Leal Saragoça

Tese apresentada à Universidade de Évora para obtenção do Grau de Doutor em Sociologia

Évora, Março de 2019



INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO
AVANÇADA



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo

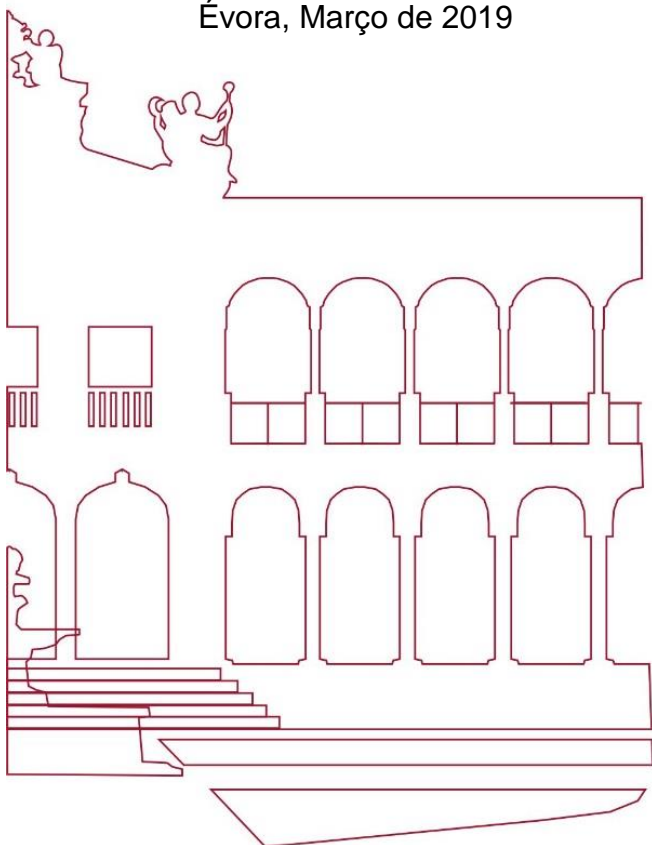
Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Atores e Futuros Possíveis

Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada


Orientador | Professor Doutor José Manuel Leal Saragoça

Tese apresentada à Universidade de Évora para obtenção do Grau de Doutor em Sociologia

Évora, Março de 2019



INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO
AVANÇADA



Constituição do júri:

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva, Professor Auxiliar com Agregação da
Universidade de Évora (Presidente)


Professora Doutora Helena Maria Rocha Serra, Professora Associada da Universidade
Nova de Lisboa (Arguente principal)

Professor Doutor Alexandre Miguel Cotovio Martins, Professor Adjunto do Instituto
Politécnico de Portalegre (Arguente principal)

Professor Doutor José Manuel Sousa de São José, Professor Auxiliar da Universidade
do Algarve (Arguente)

Professor Doutor José Manuel Leal Saragoça, Professor Auxiliar da Universidade de
Évora (Orientador)





Aos meus queridos pais e avós

À minha filha Madalena

*A todas as pessoas que, de formas diferentes,
me ajudaram neste percurso*



Agradecimentos

Em primeiro lugar, último, e sempre, quero agradecer à fonte de tudo o que este trabalho contém: sensibilidade, respeito e carinho por todas as pessoas que vivenciam situações de doença e dependência.

Tenho a plena noção da dificuldade em nomear todos aqueles que, de forma mais ou menos intensa, marcaram o meu percurso e me ajudaram a alcançar os meus objetivos. Por isso, quero agradecer e dedicar este estudo a todos os que me querem bem, que acreditam em mim e que me dão a força de que necessito. Pessoas que partilharam comigo a sua sabedoria e os seus conhecimentos, que me apoiaram, me ajudaram, me consolaram nos momentos mais difíceis e mais angustiantes; pessoa que, com a sua infinita paciência, me deram força para continuar.

De qualquer forma, não posso deixar de nomear um conjunto de pessoas e entidades cujo apoio e confiança foram cruciais para a concretização deste trabalho. Assim, agradeço em particular:


Ao Professor Doutor José Manuel Leal Saragoça, meu orientador, pelas suas preciosas e oportunas observações, pela partilha de saberes, pelo seu apoio incondicional e, acima de tudo, pela confiança que sempre depositou no meu trabalho.

A todos os colegas de doutoramento e investigadores do CICS.NOVA.UÉvora pelos encontros e momentos (formais e informais) de partilha e reflexão que em muito ajudaram a dissipar as minhas dúvidas e angústias. Tais encontros funcionaram como motores de percurso e aguçaram o meu olhar crítico, questionando a realidade social sempre de uma forma construtiva e desafiadora.

À Administração Regional de Saúde do Alentejo, pela total disponibilidade e abertura, quer na cedência de instalações, quer no acesso a informação fundamental para a compreensão da ação dos atores no domínio dos CCI na região do Alentejo.

À Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo pelo seu valioso parecer favorável à autorização deste estudo, pois não só o dignificou como o tornou mais confiável perante as entidades que o acolheram.

À Enfermeira Maria da Graça Eliseu, Coordenadora Regional da RCCI do Alentejo, pela sua imediata disponibilidade e colaboração em todos as fases do trabalho de acesso



ao campo e às pessoas. Sem a sua ajuda e apoio, sempre tão próximo e dedicado, este trabalho seria com toda a certeza muito mais moroso e difícil. O meu muito obrigado!

À Dra. Inês Guerreiro pela riqueza dos seus contributos que em muito dignificaram o conhecimento construído em torno dos Cuidados Continuados Integrados e pela força das suas experiências que servem hoje de guia e inspiração para a construção do presente e futuro da RNCCI.

A todos os participantes do estudo pelas suas valiosas perceções e opiniões, pois sem “eles” não se produz conhecimento.

À minha família, pais e irmãos, por todo o carinho, dedicação e suporte.

À minha querida e amada filha, a minha maior fonte de inspiração, por todo o alento, força e energia com que sempre me contagiou.






As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Atores e Futuros Possíveis

Resumo

A presente investigação tem como objeto de estudo as formas de ação coletiva e as estratégias dos atores na esfera dos Cuidados Continuados Integrados (CCI), enquanto sistema de ação em permanente transformação. A mesma foi orientada por uma metodologia assente na análise prospetiva estratégica, que procurou 1) delimitar o Sistema de CCI na Região do Alentejo; 2) estudar os elementos chave do sistema, caracterizando a sua evolução passada e interpretando o seu estado atual, destacando os fatores de evolução e de estabilidade do sistema; 3) posicionar os atores face aos objetivos estratégicos; 4) avaliar as relações de força e alianças possíveis; 5) e, por fim, identificar as questões chave estratégicas do futuro para os CCI.

Concluimos que o sistema estudado imprime uma «cultura» própria nos CCI (a construção de uma identidade coletiva), condiciona a racionalidade dos atores, influenciando a sua estrutura em termos de estabilidade/instabilidade.

Palavras-chave: Cuidados Continuados Integrados; Análise Estrutural; Estratégia de Atores; Prospetiva Estratégica; e Sistema de Ação.



The Dynamics of Integrated Continuing Care in the region of Alentejo: Sociological Diagnosis, actors' strategy and Possible Futures.

Abstract

This study focuses on collective ways of action and on the strategies of actors in the field of Integrated Continuous Care as an action system in permanent change. The methodology used was based on a prospective strategic analysis which aimed to: (i) map the Integrated Continuous Care system in the region of Alentejo, (ii) study the key elements of this system through the characterization of its past evolution and the interpretation of its current state by highlighting the system's evolution and stability factors, (iii) understand actors' position considering strategic objectives, (iv) evaluate the balance of power and possible alliances, and (v) identify key strategic aspects related to the future of Integrated Continuous Care.

It is concluded that this system provides Integrated Continuous Care with a culture of its own (based on the construction of a collective identity) and affects actors' rationality by influencing its structure in terms of stability/instability.

Keywords: Integrated Continuous Care, structural analysis, actors' strategy, strategic prospective, action system.


Abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APP	Associação Alzheimer Portugal
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
AVD	Atividades da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ARSA	Administração Regional de Saúde do Alentejo
CADCON	Controlo Administrativo dos Contratos
CCI	Cuidados Continuados Integrados
CCDRA	Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo
CDISS	Centro Distrital Do Instituto de Segurança Social
CE	Comissão Europeia
CES	Comissão de Ética para a Saúde
CH	Centro Hospitalar
CI	Consentimento Informado
CS	Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSE	Conselho Europeu
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DC	Departamento de Contratualização
DGS	Direção Geral de Saúde
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa de Coordenação Local



ECR	Equipa de Coordenação Regional
ECSCP	Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA	Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP	Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos
ERS	Entidade Reguladora de Saúde
HESE	Hospital do Espírito Santo de Évora
HLA	Hospital do Litoral Alentejano
FEDER	Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional
FSE	Fundo Social Europeu
FC	Fundo de Coesão
GestCare	Sistema único de Registo e Monitorização
IAI	Instrumento Único de Avaliação da Dependência
IEFP	Instituto do Emprego e Formação Profissional
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
LBCP	Lei de Bases dos Cuidados Paliativos
LTC	Long-Term Care
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MAB	Método de Avaliação Biopsicossocial
MACTOR	Método Actores, Objectivos, Relações de Força
MICMAC	Matriz de Impactos Cruzados - Multiplicações Aplicadas a uma Classificação
MS	Ministério da Saúde

MTSS	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento de Estado
OES	Observatório Europeu da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PESTE	Política (Political), Económica (Economic), Social (Social) e Tecnológica (Technological).
PFI	Plano Familiar de Intervenção
PGSM	Plano Global da Saúde Mental
PICC	Plano Individual de Cuidados Continuados
PNCP	Programa Nacional de Cuidados Paliativos
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
PNS	Plano Nacional de Saúde
PII	Processo Individual de Intervenção
PRS	Plano Regional de Saúde
PLS	Plano Local de Saúde
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e das Resistências Antimicrobian
RCCI	Rede de Cuidados Continuados Integrados
RIM	Registo de Informação Mensal
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP	Rede Nacional de Cuidados Paliativos



RSA	Região de Saúde do Alentejo
RSE	Rede Social Europeia
RSI	Rendimento Social de Inserção
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SCP	Serviço Comunitário de Proximidade
SCM	Santa Casa da Misericórdia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUB	Serviço de Urgência Básica
TAI	Termo de Aceitação de Internamento
TMRG	Tempo Médio de Resposta Garantido
UDPA	Unidades de Dia e Promoção de Autonomia
UC	Unidade de Convalescença
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidades de Cuidados Continuados Integrados
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UNIFAI	Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção
ULS	Unidades Locais de Saúde
ULSBA	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
ULSLA	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
ULSNA	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
USF	Unidade de Saúde Familiar
USCP	Unidade de Saúde e Cuidados de Proximidade



USM

Unidades de Saúde Móveis

Índice Geral

Abreviaturas.....	xiii
Índice de Figuras	xxii
Índice de Gráficos.....	xxiii
Índice de Quadros.....	xxiv
Índice de Apêndices.....	xxvi
Índice de Anexos	xxvii
Introdução.....	1
Parte I – Problemática e Fundamentação Teórica	9
Capítulo I - Problematização	9
2. Dependência e Política de Cuidados.....	12
3. A diversidade de «Paradigmas» de entendimento do «social».....	25
4. Sociologia da «Acção Colectiva»: Contributos Teóricos Para a Atual Análise da Acção Coletiva.....	40
4.1. Sistemas Sociais Complexos	57
4.2. A Construção do Ator Coletivo: Definições.....	70
4.3. Formas e Lógicas da Acção Coletiva	73
4.4. Formas de Poder e Redes.....	79
5. Considerações Finais	84
Capítulo II – A Complexa Realidade dos Cuidados Continuados Integrados.....	85
2. Unidade e Diversidade do Cuidado na Dependência: Uma Realidade Complexa	86
3. A Integração e Continuidade dos Cuidados Como Resposta: Um Novo Paradigma de Funcionamento.....	93
4. Considerações Finais	101
Parte 2 – Estudo Empírico.....	103
Capítulo III - Metodologia e Processo de Investigação.....	103

1. Formulação e Operacionalização das Questões de Investigação.....	103
2. Pressupostos Metodológicos: A Natureza do Estudo	106
3. A Abordagem da Prospetiva na Investigação Sociológica	110
3.1. Vantagens, Dificuldades e Limites da Análise Prospetiva Enquanto Metodologia de Apoio à Decisão.....	113
5. O Método da Escola Francesa de Prospetiva.....	119
5.1. Diagnóstico Estratégico, Análise Estrutural e Estratégia de Atores: Utilidades e Limites.....	123
6. O Desenho da Investigação.....	124
6.1. As Fases e Etapas da Pesquisa	125
6.2. A Seleção do Campo de Estudo e dos Participantes	128
7. O Processo: Recolha e Análise dos Dados	130
7.1. As Técnicas de Recolha dos Dados.....	130
7.2. Análise dos Dados	136
8. Procedimentos na Investigação Social.....	137
8.1. A Negociação e o Acesso ao Campo	137
8.2. Procedimentos Éticos na Investigação	138
8.3. Critérios de qualidade da investigação.....	139
9. Considerações Finais	140
Capítulo IV - Território Estudado	141
1. Delimitação da Área de Intervenção: Condições e Limites da Referência Empírica	142
Capítulo V - Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: Um Diagnóstico Orientado	145
1. Caracterização dos Cuidados Continuados Integrados no Alentejo: Diagnóstico Interno	149
1.1. Organização da Rede e dos Recursos Humanos.....	149
1.2. Gestão da Rede	151

1.3. Vetor de Gestão dos Utentes na Rede.....	155
1.4. Vetor Financeiro	159
1.5. Vetor Qualidade (Balanço Transversal).....	160
2. As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Sua Envolvente Externa	166
2.1. Breve Contextualização	166
2.2. Dinâmicas Demográficas	166
2.3. Dinâmicas de Saúde e Dependência	177
2.4. Dinâmicas Sócio-Económicas	196
2.5. Dinâmicas Socioculturais e Educacionais	204
2.6. Dinâmicas Económico-Financeiras	209
2.7. Dinâmicas Político-Legais	219
2.8. Dinâmicas Científico-Tecnológicos	236
2.9. Dinâmicas Organizacionais e Funcionais da Rede Nacional.....	246
3. Considerações Finais	261
Capítulo VI - A Dinâmica dos Cuidados Continuados Integrados: O Passado e o Presente .	263
1. A Situação dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: Análise SWOT	263
Capítulo VII- <i>Análise Estrutural</i> do Sistema Cuidados Continuados Integrados	274
1. Considerações Prévias	274
2. Recenseamento das Variáveis.....	277
3. Resultados da Análise Estrutural do Sistema	281
3.1. Análise das Influências Diretas	281
3.2. Análise das Influências Indiretas.....	287
3.3. Comparação dos Sistemas Direto e Indireto	294
3.4. Considerações Finais.....	296

Capítulo VIII- Os Cuidados Continuados Integrados Como Espaço de Ação Coletiva: O Jogo Estratégico de Atores.....	300
1. Considerações Prévias	300
1.1. Recenseamento e Caracterização dos Atores	302
1.2. Os Desafios e os Objetivos Estratégicos	307
1.3. Dependência dos Atores.....	310
2. A Dependência dos Atores: Relações de Força e Posição Relativa dos Atores	314
3. Implicação dos Atores nas Estratégias Para o Desenvolvimento dos CCI.....	321
4. Convergência dos Atores Face aos Objetivos.....	327
5. Considerações Finais	332
Capítulo IX – Futuros Possíveis Para os Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo	337
1. Meios de Ação, Obstáculos e Fatores Críticos do Sistema.....	337
1.1 Meios de Ação dos Atores	337
1.2. Obstáculos Esperados.....	341
1.3. Fatores Críticos do Sistema.....	346
2. Evolução Possível do Sistema de Ação: Questões-Chave Estratégicas do Futuro.....	354
Capítulo X - Recomendações Estratégicas	359
Conclusão	365
Bibliografia.....	393
Apêndices	411

Índice de Figuras

Figura 1 - Compreensão Integrada do Sistema de CCI	37
Figura 2 - Triângulo Grego.....	115
Figura 3 - Método de Cenários, Segundo M. Godet.....	120
Figura 4 - Fases do Processo de Investigação	122
Figura 5 – Área de Influência da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP.	143
Figura 6 - Modelo de análise dos Sistemas Interno e Externo de Cuidados Continuados Integrados	147
Figura 7 - Níveis de coordenação e principais intervenientes da Rede.....	249
Figura 8 - Relação da Análise SWOT com o Diagnóstico dos CCI na Região do Alentejo..	264
Figura 9 – Plano de motricidade/dependência direta (sistema atual)	283
Figura 10 - Plano das Influências/Dependências Indireta (sistema atual).....	287
Figura 11 - Plano de deslocamentos – classificação direta e indireta	295
Figura 12 - Grafo de sistematização das influências indiretas	296
Figura 13 - Arquitetura das linhas estruturantes do desenvolvimento dos CCI na região do Alentejo	298
Figura 14 - Principais atores-chave do sistema de cuidados continuados integrados na Região do Alentejo	299
Figura 15 - Atores segundo âmbito de atividade e territorial	306
Figura 16 - Plano de Influências e Dependências entre atores	316
Figura 17 - Plano de distâncias líquidas entre objetivos	327
Figura 18 - Plano de Distâncias líquidas entre atores.....	331
Figura 19- Principais tendências pesadas do sistema de ação	356
Figura 20 - Entendimento integrado das dinâmicas dos cuidados continuados integrados no território alentejano.....	386

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Evolução da população residente na ARS Alentejo, 1999-2012.	167
Gráfico 2 - Pirâmides Etárias da População Residente, no Continente e no Alentejo, por sexo, 2012.	170
Gráfico 3- Evolução do índice de fecundidade no Continente e na ARS Alentejo, 1996-2012	175
Gráfico 4 - Causas de morte. Taxa de mortalidade padronizada, UE -27, 2009 (por 100 000 habitantes).....	180
Gráfico 5 - Despesas de saúde por prestador (todos os prestadores em €/habitante).....	212
Gráfico 6 - Despesas públicas em percentagens das despesas totais com a saúde.....	214
Gráfico 7 – Gráfico das Relações de Força MIDI (ri).....	319
Gráfico 8 - Histograma da mobilização dos atores sobre os objetivos (3MAO).....	326
Gráfico 9 - Convergências entre atores (3CAA).....	330
Gráfico 10 - Sistematização das Convergências entre atores (3CAA).....	331

Índice de Quadros

Quadro 1 - Fases do processo de investigação	125
Quadro 2 - Objetivos Específicos de Cada Um dos Tópicos da Entrevista	135
Quadro 3 - Evolução do índice de envelhecimento e dependência total, no continente e nas NUTS III da Região de Saúde do Alentejo, 1991 a 2011, projeções 2025 e 2050	171
Quadro 4 - Evolução da Esperança de Vida à Nascimento no Continente e NUTS III da Região de Saúde do Alentejo, 2004-2006 a 2008-2010.	172
Quadro 5 - Causas de morte - taxa de mortalidade padronizada, UE -27, 2009	181
Quadro 6 - Taxa de mortalidade padronizada (TMP) por grandes grupos de causas de morte, para ambos os sexos, na ARS Alentejo e nas ULS, no triénio 2009-2011.....	182
Quadro 7 - Proporção de utentes inscritos ativos (%) no Continente e na ARS Alentejo, por determinantes com sinais/sintomas/diagnósticos ativos e sexo, em 31 Dezembro de 2012 (N - nº de inscritos ativos).....	184
Quadro 8 - Taxa de Prevalência na População Residente com 5 ou mais anos	186
Quadro 9 - Quadro síntese dos principais indicadores, Portugal e Alentejo, em 2003, 2007 e 2011	193
Quadro 10 - Proteção social no Alentejo, 2011 (valores médios em euros)	200
Quadro 11 - Taxas de cobertura dos Equipamentos de Segurança Social.....	203
Quadro 12 - Medidas do Orçamento de Estado, 2016 (M€)	215
Quadro 13 - Afetação da Receita de Jogos Sociais (M).....	216
Quadro 14 - Custos Médios da RNCCI no 1º semestre de 2009	218
Quadro 15 - Análise SWOT para os Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo (Ambiente Interno)	265
Quadro 16 - Análise SWOT para os Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo (Ambiente externo).....	267
Quadro 17 - Identificação das Variáveis-Chave do Sistema Interno e do Sistema Externo, por dimensões/temas.....	279
Quadro 18- Plano de influências e dependências indiretas do sistema atual.....	291
Quadro 19 - Tipologia dos principais atores coletivos	305
Quadro 20 - Desafios estratégicos e objetivos associados levados ao “jogo de actores”	309
Quadro 21 - Matriz de posições simples atores x objetivos 1MAO.....	310
Quadro 22 - Quadro de dependência e razões apontadas	312

Quadro 23 – Matriz das Influências Diretas (MID)	314
Quadro 24 – Matriz das Influências Diretas e Indiretas (MIDI)	315
Quadro 25 – Distâncias líquidas entre atores	320
Quadro 26 - Síntese das Distâncias Líquidas entre atores	321
Quadro 27 - Matriz das posições valoradas ponderadas dos atores sobre os objetivos (2MAO)	323
Quadro 28 - Matriz das posições valoradas ponderadas dos atores sobre os objetivos (3MAO)	324
Quadro 29 - Matriz de Convergências Valorizadas Ponderadas dos Atores sobre os Objetivos (3CAA).....	328
Quadro 30 - Hierarquia dos atores, por número de convergência face aos objetivos	329
Quadro 31 - Meios de Ação dos atores.....	338
Quadro 32 - Obstáculos que os atores podem encontrar na concretização dos objetivos	343
Quadro 33 - Fatores críticos de sucesso para o futuro do sistema de CCI na região do Alentejo	347

Índice de Apêndices

Apêndice I - Operacionalização da investigação: das questões de investigação às hipóteses	412
Apêndice II - Formulação dos pedidos de autorização do estudo: pedido de autorização pela Investigadora e pelo Diretor do Curso de Doutoramento.....	414
Apêndice III – Carta de Explicação do Estudo e do Consentimento.....	417
Apêndice IV – Carta convite de participação em estudo de investigação.....	431
Apêndice V - Os modos principais de recolha de dados e respetivas técnicas	433
Apêndice VI - Guia da sessão do grupo de discussão	435
Apêndice VII - Apresentação das Variáveis-Chave do Sistema de Cuidados Continuados Integrados no Alentejo.....	438
Apêndice VIII - Guião da entrevista exploratória	484
Apêndice IX - Guião de entrevista semi-estruturada aos atores chave do sistema de CCI na região do Alentejo	486
Apêndice X - Grelha Analítica sobre as Dinâmicas do Sistema de CCI (Diagnóstico Orientado).....	490
Apêndice XI - Grelha Analítica sobre Ação Estratégica dos Atores.....	493
Apêndice XII - Constituição das equipas que integram a rede de CCI na região do Alentejo e os seus respetivos perfis profissionais.	495
Apêndice XIII - Apresentação das principais características das variáveis-chave do Sistema Interno e do Sistema Externo (por dimensões/temas)	498
Apêndice XIV - Matriz de Influências Diretas (MID)	513
Apêndice XV - Classificação das Variáveis por Influência Direta e por Dependência Direta (sistema atual).....	516
Apêndice XVI - Classificação das Variáveis por Influência Indireta e por Dependência Indireta (sistema atual)	520

Índice de Anexos

Anexo I - Parecer favorável e respetiva apresentação do estudo às diferentes entidades/instituições envolvidas no estudo	524
Anexo II - Respostas ARS Algarve	529

Introdução

A presente investigação, intitulada “Cuidados Continuados Integrados: Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Atores e Futuros possíveis para a Região do Alentejo”, conduz à tese de doutoramento em sociologia realizada entre 2013 e 2018.


O nosso objeto de estudo incide sobre as formas de ação coletiva e as estratégias dos atores na esfera dos Cuidados Continuados Integrados (CCI), enquanto sistema de ação em permanente transformação.

Face às alterações demográficas (envelhecimento progressivo), do padrão de morbilidade (aumento de doenças crónicas e incapacitantes) e da estrutura familiar e social (novas formas de organização familiar, frágeis redes de vizinhança), a problemática dos CCI tem vindo, nos últimos anos, a ocupar um espaço privilegiado no domínio das políticas públicas e no conhecimento científico, ao demonstrar a sua particular importância quanto à sua sustentabilidade, equidade territorial, avaliação e qualidade, monitorização e modos de governação.

Ponto assente é que o estudo dos CCI desafia o conhecimento científico, ao demonstrar a sua particular importância no que se refere à prevenção e reabilitação em CCI, à avaliação e qualidade de serviços, à monitorização da governação e das questões financeiras, e ao suporte e papel dos cuidados informais.

As estratégias e as recomendações vindas de documentos oficiais e de pesquisas de âmbito nacional e internacional, evidenciam que os desafios são bastante significativos e que devem ser encarados a nível global, cuja solução passa por arranjos e ações futuras comuns, razão pela qual se justifica relançar um olhar sociológico e prospetivo sobre o sistema dos CCI, para melhor questionar os processos de dinamização e mobilização dos atores no sistema em causa.

É neste contexto que apelamos para a presente investigação um olhar sociológico centrado nas perspetivas de um território específico – o Alentejo. O decréscimo populacional, o envelhecimento e a fraca capacidade de retenção de população jovem são, desde há algum tempo, características conhecidas do território alentejano. O elevado envelhecimento populacional, associado à dispersão territorial da população, traz limitações fortes ao nível da obtenção de economias de aglomeração e de escala para a oferta de determinados serviços



públicos e privados. O principal constrangimento reside na acessibilidade à rede de cuidados de saúde, quer pelas distâncias envolvidas, quer por limitações ao nível da mobilidade (CCDRA, 2014). Ainda assim, graças ao seu posicionamento geográfico, as boas acessibilidades em termos de vias fundamentais associadas oferecem à região do Alentejo potencialidades de inserção externa. Noutra dimensão e numa sociedade com predomínio de população envelhecida como a alentejana, a formalização de redes (exemplo da Rede de CCI) tem-se demonstrado como mais-valia na resposta à dimensão territorial, gestão e eficácia dos recursos existentes (CCDRA, 2014). Por estas razões, a escolha de um estudo focado num território com estas características apelou à compreensão das dinâmicas à volta das quais se articulam os debates e as discussões atuais sobre os CCI no território alentejano.


O nosso interesse por este objeto de estudo moveu-se, ainda, por uma vontade individual (a partir da nossa própria experiência académica e de investigação) em compreender os CCI enquanto sistema de ação concreto, num território com especificidades próprias, onde se geram interações entre atores, atravessadas pelas relações de poder e cooperação, onde cada ator assume uma função específica, definindo objetivos e ações estratégicas, organizadas coletivamente, com vista à construção social do «bem comum»: A prestação de Cuidados Continuados Integrados a pessoas em situação de dependência.

Assim, do ponto de vista metodológico, a nossa pesquisa assume-se como um «estudo de caso» e decorre no âmbito epistemológico da teoria da ação.

Estamos, portanto, perante um sistema social complexo, com configurações e constrangimentos estruturais e conjunturais vários, que, para ser otimizado, exige a concretização de uma ação estratégica coletiva dos atores que nele operam.

Segundo Isabel Guerra, “é possível afirmar que a inovação deste início do século passa por uma interação e cooperação programadas visando atingir objetivos concertados” (Guerra, 2006b, p. 60). Numa sociedade fragmentada, onde se procura construir uma ação coletiva concertada (cuidados de saúde e sociais, setores público e privado) como se estruturam as formas de ação coletiva?

Tal como Guerra (2006b), concebemos, ainda, o planeamento e a gestão dos cuidados continuados integrados como um processo social caracterizado por um “jogo estratégico de atores”. Este “jogo” decorre de uma complexa dinâmica de ações de organização de um dado sistema social e/ou território, onde as relações de força e os conflitos de interesse guiam os



comportamentos. Torna-se, por isso, fundamental identificar os interesses, imagens mútuas e níveis de adesão aos objetivos propostos da multiplicidade de atores coletivos que ocupam lugares e posições diferenciadas em esferas de atividades de distintas instituições e setores públicos e privados.

Ao buscarmos compreender as múltiplas formas de interação e de ação coletiva que se desenvolvem na esfera dos CCI, procuramos responder às seguintes perguntas: “Que lógica social leva os indivíduos a reunirem-se e a organizarem-se para defender os seus interesses num projecto comum?”; Como se estruturam as relações de poder nos sistemas de ação?; Qual o papel dos atores no processo de mudança?; Como estão representados os “actores sem poder”?

Tais questões levam-nos à seguinte questão orientadora do estudo: Como conduzir os Cuidados Continuados Integrados, enquanto sistema de ação coletivo, para futuros coletivamente desejáveis e qual o papel dos atores nesse processo?

A este respeito, Michel Godet (1993) diz-nos que os atores não estão desarmados face aos sistemas, podendo desempenhar um papel de motor ou de travão da evolução.

De forma a responder a este quadro de reflexão em torno da problemática em estudo, o nosso processo investigativo seguiu a metodologia prospetiva proposta pela Escola Francesa, adotando a triangulação metodológica produzida pela combinação dos métodos quantitativo e qualitativo enquanto estratégia de pesquisa que melhor se adequa aos nossos objetivos, que, numa relação entre opostos complementares, busca a aproximação do positivismo e do compreensivismo. Assim, considerando a complexidade que envolve um estudo sobre a mudança estratégica de um dado sistema ação concreto como os CCI, constituiu-se um objeto de pesquisa que requereu abordagens diferenciadas para aproximar as múltiplas facetas envolvidas.

O objetivo central da investigação passou por contribuir para o aprofundamento do conhecimento sociológico dos modos como os atores coletivos mobilizam as suas ações estratégicas na esfera dos CCI, enquanto sistema de ação em permanente transformação. O nosso estudo enquadra-se, assim, no domínio da abordagem sociológica da ação, oferecendo perspectivas de avanço em várias das questões levantadas neste ou noutros campos temáticos – o estudo do planeamento estratégico dos CCI através de uma abordagem prospetiva e estratégica.

Para isto, propomos um estudo de caso na região do Alentejo, formulando-se a seguinte pergunta de partida: *Quais as dinâmicas passadas e atuais do sistema de Cuidados Continuados Integrados, as estratégias dos seus principais atores e os “futuros possíveis” para os CCI na região do Alentejo?*

A resposta a esta questão implicou a resposta a quatro questões orientadoras do nosso estudo, designadamente:

- 1) Quais as dinâmicas passadas e atuais do sistema de CCI em estudo? – o que impõe responder a um conjunto de questões: Quais os mecanismos e os fatores de evolução do sistema externo e interno? Quais as forças e as fragilidades do sistema de CCI na região do Alentejo? Quais as ameaças e as potencialidades que decorrem do seu ambiente externo?
- 2) Quais as variáveis-chave que caracterizam o sistema de CCI em estudo? – o que exige identificar as variáveis mais importantes para o desenvolvimento do sistema de CCI na Região do Alentejo?
- 3) Quais as estratégias dos principais atores do sistema de CCI em estudo? - o que pressupõe, por sua vez, responder às seguintes questões: quais os objetivos, os meios de ação, os obstáculos e as relações de força que caracterizam os atores? Qual o grau de implicação dos atores na concretização dos objetivos, os níveis de conflitualidade e as alianças possíveis?
- 4) Quais são os “futuros possíveis” para o sistema de CCI na perspectiva dos atores chave? – o que implica determinar um conjunto de aspetos críticos e determinantes do futuro do sistema.

Perante aquelas questões que nos ajudaram a impulsionar o estudo, apresentamos um conjunto de objetivos, que procuramos alcançar, nomeadamente: 1) conhecer as dinâmicas do sistema de CCI na Região do Alentejo, quanto às suas características de evolução passada e ao seu estado atual; 2) identificar as variáveis-chave do sistema de CCI; 3) conhecer o perfil dos principais atores e a sua função no sistema de CCI; 4) conhecer os fatores que conduzem à mobilização dos atores (o que implica, identificar os projetos e as motivações de cada ator, os seus condicionalismos e meios de ação, assim como identificar os desafios estratégicos e os objetivos inerentes); 5) conhecer o posicionamento dos atores relativamente às variáveis-chave do sistema de CCI (o que pressupõe, analisar o grau de implicação dos atores na

concretização dos objetivos, os níveis de conflitualidade, as alianças possíveis e avaliar as relações de força); 6) Formular recomendações estratégicas para orientar a ação.


O exercício prospetivo foca-se no Sistema de CCI na região do Alentejo e concretiza-se através do cumprimento de diversas etapas propostas por Godet (1993) enquadradas na primeira fase do «método dos cenários», a saber: 1.º) Realização de um diagnóstico orientado prévio da dinâmica em causa e dos atores em jogo, cujo objetivo passa por uma delimitação do sistema, uma explicitação do seu funcionamento, assim como uma reflexão sobre as relações de causalidade e dependência entre os elementos (fatores) identificados; 2.º) Realização da análise estrutural, através da utilização de método MICMAC, tendo como objetivos essenciais reduzir a complexidade do sistema (uma vez que a prospetiva parte da complexidade do sistema para a sua simplificação), detetar as variáveis-chave (hierarquizando-as) e identificar os atores na origem da evolução das variáveis-chave; 3.º) Realização da análise do jogo de atores, tendo como ponto de partida o método MACTOR. A partir da identificação dos principais atores, procedemos à descrição dos respetivos projetos e meios de ação, modelando o terreno para uma reflexão sobre o posicionamento dos atores e as relações de força entre eles, potenciando o surgimento de possíveis consensos mobilizados de ação estratégica.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes, contendo, cada uma, vários capítulos. A primeira parte de natureza teórica, e a segunda parte, de natureza empírica.

A presente introdução dá a conhecer a problemática em estudo, ao mesmo tempo que apresenta as razões que justificam a sua importância e a sua pertinência, a metodologia adotada, as questões e os objetivos do estudo.

A parte I - *Problemática e Fundamentação Teórica*, é constituída pelos capítulos I e II, onde é apresentado um quadro de análise teórico crítico e interpretativo do nosso objeto de estudo. A primeira parte procura enquadrar teoricamente o problema de pesquisa através de uma identificação dos temas mais relevantes para o seu equacionamento. Após uma primeira revisão da literatura, com recurso a alguns trabalhos, como pesquisas já realizadas, teses e ensaios, delinearam-se os seguintes eixos teóricos e epistemológicos, considerados estes essenciais para orientar e enquadrar concetualmente o estudo que se pretende realizar.

O capítulo I, composto por dez eixos, começa por abordar a *Dependência e a Política de Cuidados* enquanto problemáticas enquadradoras do nosso objeto de estudo. Os eixos




seguintes incidem sobre os aspetos epistemológicos, numa tentativa de reconciliação e integração das perspetivas teóricas explicativas do fenómeno em estudo, e sobre os contributos teóricos para atual análise da ação coletiva na linha teórica da sociologia da ação. Neste contexto, propomos um modelo concetual que compreenda as dinâmicas dos CCI numa perspetiva integrada. Conclui-se com a problemática da complexidade dos sistemas sociais associadas ao problema da integração. Problematizam-se, neste primeiro capítulo, em termos sociológicos, os conceitos de ator, ação coletiva, poder e rede.

No capítulo II, analisam-se os processos sociais que conduziram à construção e definição social do campo de atuação dos CCI. O primeiro eixo propõe uma concetualização da problemática do cuidado na dependência, focando ainda os conceitos de dependência, autonomia, independência e autocuidado. Tecem-se, no segundo eixo, considerações sobre a questão da integração e continuidade dos cuidados como resposta numa lógica de mudança de paradigma de funcionamento. Aqui procura-se trabalhar o conceito de «integração» e «continuidade» no domínio dos sistemas de saúde pública.

A parte II engloba o *Estudo Empírico* e integra os capítulos III, IV, V, VI, VII, VIII, IX e X. Iniciamos com o capítulo III – *Metodologia e Processo de Investigação*, onde começamos por apresentar as questões de investigação e as hipóteses formuladas que nos permitiram a operacionalizar a investigação. Seguidamente, descrevemos e refletimos sobre a orientação metodológica da investigação, bem como a opção por um desenho que combina a triangulação de métodos quantitativos e qualitativos, assente num estudo do tipo *estudo de caso*. Atendendo às opções tomadas, enunciamos as etapas e as fases da investigação, os critérios de seleção das unidades de análise e dos atores participantes no estudo, assim como os métodos e procedimentos adotados, quer na recolha de dados, quer no seu tratamento e na sua análise. Por último, apresentamos os procedimentos adotados no âmbito de uma investigação qualitativa em saúde, focando os problemas que decorreram da negociação e do acesso ao campo e as questões éticas associadas. Concluimos este capítulo com uma avaliação crítica dos principais aspetos da estrutura da investigação.

No capítulo IV – *Características do Território Estudado*, é feita uma delimitação da área da intervenção, estabelecendo as condições e os limites da referência empírica.

Seguem-se os capítulos V e VI, cuja análise incide sobre os resultados recolhidos durante a primeira fase do estudo – *um diagnóstico orientado*, onde caracterizamos o sistema dos CCI,



a partir dos seus ambientes interno e externo, com vista a alcançar a complexidade da sua dinâmica passada e presente. Como forma de síntese, apresentamos uma análise SWOT do sistema, interligando os seus pontos fracos e fortes com as condicionantes do seu ambiente externo (ameaças e potencialidades).


No capítulo VII, apresentamos os resultados da análise estrutural do sistema estudado concretizada através do método MICMAC. Desta análise resulta o recenseamento das variáveis-chave do sistema, as suas relações e, por último, a apresentação dos principais dados que resultaram da pesquisa das variáveis por este método.

Os capítulos VIII e IX foram dedicados à apresentação dos dados e respetiva interpretação que resultaram da análise do jogo estratégico de atores, os quais permitiram, posteriormente, identificar um conjunto de possibilidades sobre o futuro dos CCI na região (as questões-chave estratégicas do futuro) à luz das perceções dos seus principais atores.

Encerramos a segunda parte com o capítulo X, onde passamos a expor e formular um conjunto de recomendações estratégicas, de orientações à ação, que provém da leitura da dinâmica de evolução dos CCI na região do Alentejo. É, portanto, a partir do cruzamento da reflexão e da ação que a abordagem deste capítulo se organiza, servindo à formulação e escolha das opções estratégicas.

Na conclusão é efetuada uma reflexão global, onde são destacados os elementos mais importantes da pesquisa. Começamos, desta forma, por efetuar um conjunto de reflexões sobre os principais resultados obtidos, cruzando-os e relacionando-os com a teoria, no sentido de alcançar os objetivos da investigação e as hipóteses formuladas. Prosseguimos com a explicitação de algumas limitações da investigação e finalizamos com a identificação de várias propostas de investigação, indicando pistas e caminhos possíveis para o aprofundamento de questões relativas ao objeto estudado, que ficaram por concretizar e alcançar no âmbito da nossa pesquisa.

Espera-se que o nosso estudo, pela sua abordagem prospetiva, a ser aplicado num determinado território local ou regional, contribua para apoiar os diferentes atores do sistema na (re) construção das suas ações estratégicas, potenciando a partilha de visões, esforços e estratégias coletivas de intervenção, ponderando e configurando “futuros possíveis” para a região em causa. Acresce que o conhecimento científico que resulta desta investigação sirva,



também, para informar as políticas, para fortalecer a rede e mobilizar os atores no planeamento de ações estratégicas concertadas e participadas.

A investigação, ao adoptar esta metodologia, implicou claramente uma maior participação/envolvimento do investigador e dos diferentes atores do sistema em estudo. Ficamos cientes de que esta foi uma tarefa exigente, quer para quem investiga, quer para quem é convocado a participar. A opção por uma abordagem qualitativa e prospetiva pressupôs que os instrumentos de análise e antecipação fossem construídos de uma forma concertada entre os diferentes atores, cujo investimento ao nível da sua mobilização/envolvimento na operacionalização de uma metodologia procurou organizar o exercício prospetivo que contribuisse para o planeamento e definição de ações e objetivos estratégicos, com vista à sua legitimação/validação (Perestrelo & Caldas, 1996).

Parte I – Problemática e Fundamentação Teórica

Capítulo I - Problematização


Quando, ao iniciarmos uma atividade científica, abordamos um fenómeno social não podemos pensar que o estamos a explorar pela primeira vez e que desvendamos um mundo que até então teria sido ignorado. Neste caso, a problemática dos Cuidados Continuados Integrados, ao estar associada às questões de dependência e doença crónica, tem sido objeto de estudo de diferentes áreas do conhecimento científico.

Por essa razão, importa esclarecer a nossa relação com o fenómeno que estudamos. A importância de refletirmos sobre questões simples como: Por que razão o nosso olhar está mais orientado para uma determinada questão e não sobre outra qualquer? Qual a sua verdadeira utilidade para o conhecimento? O que é que esperamos encontrar? De que forma as nossas vivências e a nossa posição social podem influenciar as nossas perspetivas?

As nossas referências e intuições que dependem, portanto, da nossa personalidade e correspondem aos diferentes tipos de relações que mantemos com a realidade, influem nas nossas formas de apreender o real. Na verdade, uma grande parte dos nossos conhecimentos emerge das sensações que experimentamos, das observações que efetuamos, por acaso ou de maneira sistemática. Estamos perante o caminho da intuição, ou, melhor, da indução. Pessoalmente, foi este o caminho que a nossa investigação tomou, exigindo de nós um esforço de (auto) reflexividade crítica e de clareza.

Mais do que uma simples atividade de descoberta e procura de conhecimentos, de rutura com as pretensas evidências ou certezas do senso comum, a investigação é um processo exigente e complexo. A elaboração da problemática, designada também por problematização, constitui-se como um processo rigoroso e de difícil realização em qualquer investigação.

Toda a investigação se constrói a partir de uma questão intrigante. Contudo, para se alcançar a resposta esperada, é indispensável saber colocar a questão certa a partir de um problema bem articulado. Para qualquer um dos que inicia esta atividade depara-se com esta fase de elaboração da problemática como uma das mais difíceis de dominar, mas essencial na medida em que é ela que sustenta, confere sentido e alcance à investigação.




Entendemos que a construção de uma problemática se inscreve num processo de investigação não linear, com recuos e avanços, cujas fases são interdependentes. Uma realidade que exige uma atenção redobrada e obriga-nos a uma reflexão permanente sobre o processo de investigação, no seu todo, e sobre a interligação entre as várias fases. Esta ligação próxima entre a coleta e a interpretação dos dados, assim como a seleção do material empírico, constituem aspetos essenciais do modelo de circularidade do processo de investigação, impondo-nos enquanto investigadores a repensar e questionar a adequação das categorias, métodos e teorias ao tema e aos dados (Flick, 2005, p. 44). Questões como as operações de rutura com as evidências, as representações do senso comum e a construção do modelo de análise, que deveria preceder a recolha de dados empíricos, mas que acabam sucessivas vezes por renascer ao longo do processo de investigação, foram igualmente evidenciadas por Bourdieu, Chamboredon e Passeron em *Le Metier de sociologue* (1980).

À medida que os trabalhos inerentes à jornada da investigação avançam, o processo de construção de um objeto de estudo e, neste caso particular, do nosso objeto que aqui se configura como sociológico, constitui-se como um processo descontínuo, onde os factos observados e as hipóteses formuladas, estão sempre sujeitos a alterações e correções.

As observações e as representações que são dadas da realidade social não são completamente compreensíveis. Por mais detalhadas e diversificadas que sejam as observações, estas não carregam por si só inteligibilidade e utilidade. O que significa que, para serem úteis, elas devem estar interligadas em função das questões de pesquisa, com o apoio de conceitos e de hipóteses, sujeitas elas mesmas a uma constante revisão em função da análise das observações. Assim sendo, para que o fenómeno adquira inteligibilidade é necessária a construção de uma "dialéctica entre a empiria e a teoria", cuja produção se faz através da confrontação entre ambas (Campenhoudt, 2003, p. 294).

Quando investigamos o social no campo científico da sociologia, a teorização surge como um dos trabalhos mais exigentes e, por esse motivo, as escolhas teóricas a adotar para responder com eficácia ao problema de investigação são inevitáveis e constituem para o investigador uma decisão delicada e complexa, e quase impossível de realizar com total sucesso, pela diversidade de paradigmas e posições teóricas que servem o conhecimento sociológico. As teorias opõem-se em diferentes aspetos, mas aproximam-se noutros, apelando a que a sua escolha seja delineada em função dos seus efeitos, isto é, dos efeitos que pretendemos produzir.




Na diversidade de teorias sociológicas ao nosso dispor é possível encontrar elementos úteis que ajudem a orientar a investigação sociológica e, nessa medida, auxiliem a enquadrar, descrever, analisar e expor os resultados da pesquisa empírica. O confronto e a oscilação entre as diferentes perspectivas teóricas, nomeadamente a dualidade entre o sistema e o indivíduo, o conflito e o consenso deve ser sempre refletida no decurso do processo de investigação. Por outro lado, é fundamental que todas as teorias sociológicas, sem exceção, devam ser contextualizadas no tempo e no espaço vivido pelos autores que as criaram ou vão (re) criando, pois “procuram as chaves da sociedade na qual vivem com a obstinação de pensadores comprometidos no âmago dos debates e dos problemas da sua época” (Campenhoudt, 2003, p. 291). Tais características de diversidade, dualidade e relatividade das teorias sociológicas, mais do que um problema, constituem uma riqueza científica.

Por tudo isto, torna-se fundamental para a nossa pesquisa interrogar quais as teorias que a mesma incita a colocar a propósito do fenómeno social estudado e quais os conceitos que propõe de modo a elaborar uma resposta. De forma a ultrapassar as dificuldades analíticas até então descritas, julgamos fundamental recorrer ao longo dos vários capítulos a argumentos teóricos de uma variedade de teorias sociológicas, pese embora a orientação paradigmática e argumentação teórica se funde nos conceitos das teorias sociológicas da síntese ator-sistema, como as teorias da estruturação de Giddens e do estruturalismo genético de Bourdieu, assim como da ação coletiva. Sendo o nosso interesse as formas de ação coletiva, apoiamo-nos, ainda, na Teoria da Mobilização dos Recursos (TMR)¹ enquanto «corrente» que enquadra na sua matriz de reflexão os fenómenos da ação coletiva, permitindo discutir problemáticas levantadas pela ação coletiva e clarificar os conceitos articulados. A teoria dos jogos (que assenta na identificação das condições de cooperação ou de conflito), a teoria da ação coletiva de Olson e a abordagem estratégica de Crozier e Friedberg são as três linhas de desenvolvimento deste paradigma de entendimento da ação coletiva que servem de suporte à nossa reflexão.

Porque a realidade é complexa e não está organizada em categorias, a abordagem multifacetada é aquela que mais se ajusta ao nosso objeto de estudo, não só pela sua complexidade, mas também pela sua abrangência disciplinar ao combinar e agregar diversas áreas temáticas. Portanto, as questões que se nos colocam nesta fase exigem que se recorra à

¹ A Teoria da Mobilização dos Recursos (TMR) desenvolveu-se nos anos 50 e 60 com a emergência de novas formas de ação colectiva e impôs-se como paradigma nos anos 70.



pluridisciplinaridade, sob risco de ficarmos com respostas insatisfatórias. Impõe-se, assim, a definição de eixos problemáticos organizados em modelos interpretativos-explicativos da realidade.


Em termos de análise, a nossa investigação situa-se entre dois níveis extremos da análise sociológica: micro e macro. Quando o nosso foco é o espaço onde os atores coletivos mobilizam a sua ação e as relações que estabelecem entre si e com o seu ambiente específico, situamos a nossa análise a um nível micro. Porém, adoptamos um nível macro quando nos debruçamos sobre a estrutura social, onde se inscrevem as suas (inter) ações e as relações entre aqueles atores e o Estado, procurando fazer a articulação entre os dois níveis e as suas unidades de análise. Assim, numa abordagem de nível micro são tidas como unidades de análise, as estratégias dos atores coletivos, o jogo estratégico e as relações de força entre esses atores. Por seu lado, numa abordagem de nível macro, consideram-se como unidades de análise as relações entre a sociedade e o Estado e entre as diferentes categorias de atores coletivos, cujas relações são mediadas por atores individuais, que ocupam posições e lugares sociais concretos, designadamente os atores que integram a rede de CCI na região do Alentejo e os atores das organizações estatais que tutelam o campo dos CCI.

2. Dependência e Política de Cuidados

O objetivo deste ponto consiste em abordar a dependência e a política de cuidados enquanto problemáticas enquadradoras do nosso estudo - a dependência considerada aqui como resultado de uma doença crónica ou degenerativa, ou de motivações físicas ou psicológicas suscetíveis de causar uma limitação funcional ou dependência com interferências no estado de saúde do indivíduo; e a política de cuidados entendida como um conjunto de intervenções e respostas das políticas públicas nos domínios da saúde e do apoio social, destinada a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos em situação de dependência.

Nestes últimos anos, assistimos a uma preocupação cada vez maior dos sucessivos governos e da sociedade em geral com a escassez de oferta de cuidados continuados para as pessoas dependentes.

Na academia assistimos, igualmente, a um aumento substancial de produção teórica em torno destas problemáticas, onde os cuidados na dependência têm vindo a ocupar um lugar



privilegiado, em especial nos domínios da abordagem sociológica, da saúde e da política social. O conhecimento científico construído neste domínio tem sempre como pano de fundo a problemática do envelhecimento populacional, onde são sempre ponderadas e refletidas as suas implicações económicas, sociais, psicológicas e de saúde.

Há já um extenso e longo caminho percorrido na área do envelhecimento, sendo aqui de salutar algumas referências teóricas, entre elas, Guillemard (1986) e Robertson (1997), cujas conclusões importa considerar e rever. São, igualmente de elevar, outras referências teóricas de âmbito nacional, entre elas, Nazareth (1979), Perista (1993), Rosa (1996) e Fernandes (1997 e 2003), cujos estudos envolvem reflexões fundamentais sobre o envelhecimento social e as dinâmicas demográficas da população portuguesa, onde são analisados os seus profundos impactos socioeconómicos e políticos.


Quando se aborda a questão da saúde pública e, em particular, do acesso equitativo aos cuidados de saúde e à qualidade dos cuidados prestados, autores como Cruz-Jentoft et al. (2008) referem que deve ser implementado um sistema de garantia de qualidade de cuidados para proteger de discriminação, marginalização e má prática.

A este propósito a Comissão Europeia (2002) defende que

o sector da saúde assume uma importância crucial, competindo-lhe, por um lado, garantir um acesso equitativo aos cuidados de saúde e, por outro, apoiar a formação e o desenvolvimento do conhecimento dos profissionais de saúde e dos profissionais de outros sectores. As autoridades locais, os empregadores e outras partes interessadas também podem dar um contributo importante (CE, 2002, citado por Freitas, Resende & Santos, 2012).

Como referem Freitas, Resende e Santos (2012), ainda que a estratégia da saúde europeia apresente limitações, sobretudo no que diz respeito “à fraca capacidade de mobilização dos estados membros”, “acredita-se que esta estará à altura de fazer frente aos desafios futuros na área da saúde, devido à sua plasticidade e amplitude político – prática” (Freitas et al., 2012, p. 14). Neste contexto, a questão da Responsabilidade Social no domínio da saúde surge hoje no discurso científico como uma ferramenta estratégica de mobilização da ação social e de concertação entre os atores da área da Saúde.


As investigações sociológicas sobre as configurações organizacionais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) são ainda incipientes, pese embora os avanços e contributos valiosos que têm vindo a ser desenvolvidos no campo das correntes anglosaxónicas dos Cuidados Continuados, também denominado de *Long-Term Care* (LTC).



No que se refere aos sistemas de LTC, Olsen & Novelli (2006) realizam um estudo comparativo entre alguns países europeus e os EUA. Nessa análise comparativa, os referidos autores verificam que os Estados Unidos não têm um sistema organizado de cuidados com a configuração que apresentam os países europeus. A este respeito, Costa-Font et al (2008) e Comas-Herrera et al (2003) referem que mesmo dentro da Europa existem grandes variações de serviços e organizações, bem como do seu papel nos diferentes Estados-Membros. Reforçam que essas diferenças têm repercussões, por exemplo, em como produzir análises comparativas entre países que têm diferentes padrões de cuidados continuados, assim como diferentes dados e modelos de projeção, ou como desenvolver um conjunto de cenários base comuns sobre as tendências dos fatores que geram procura nesta área. Outros dos importantes desafios colocados pelos referidos autores é procurar extrair implicações dessas projeções para a política de cuidados, designadamente a necessidade de se reconhecer que existe um amplo grau de incerteza acerca do volume e do tipo de procura futura de serviços LTC.

O debate científico atual gira, sobretudo, em torno do futuro dos LTC, onde se ressaltam os primeiros trabalhos desenvolvidos por Binstock et al. (1996), que discutem a evolução dos LTC na América e as questões que afetam o futuro dos LTC. No quadro europeu, destacam-se, igualmente, os relatórios do Observatório Europeu da Saúde (OES) e da Comissão Europeia (2008) através do *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion* e estudos produzidos por diferentes especialistas da Rede Social Europeia (RSE), com especial ênfase para o documento *People Not Patients: Long-Term Care in an Ageing Europe* (Comissão Europeia, 2007). Os diferentes estudos e relatórios produzidos nesta área assentam numa extensa reflexão em torno do acesso, equidade, qualidade e sustentabilidade dos LTC. Exemplo disso é o documento *Health systems and long-term care for older people in Europe* (Comissão Europeia, 2008), que se reporta à inexistência de um Modelo Europeu de “estado da arte” para analisar a provisão de LTC, evocando que o aumento de necessidade de LTC carece de abordagens integradoras e inclusivas, que integrem o papel de diferentes programas públicos, setores da sociedade e iniciativas privadas.

No panorama nacional realizaram-se alguns estudos que têm servido sobretudo de instrumento de avaliação dos impactos dos CCI na economia e nas políticas de saúde, especialmente com a criação de uma nova estrutura social, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). São, assim, de realçar os relatórios anuais do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) e alguns estudos produzidos por especialistas e




investigadores, entre eles, Sakellarides et al. (2007) a propósito do futuro do sistema de saúde português.

Por seu lado, na academia surgem algumas pesquisas, embora em número mais reduzido. Aliás, tal como nos apontam Lopes *et al* (2010), um dos pontos críticos inerente ao trabalho desenvolvido pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) centra-se na enorme lacuna ao nível da investigação. Apesar do curto período de tempo dos CCI, não justifica que não se produza conhecimento científico no sentido de se “promover o desenvolvimento e reduzir as iniquidades” no acesso aos cuidados de saúde. Sublinham, assim, a importância que a investigação assume neste campo, na medida em que a mesma “aponta caminhos, encontra soluções, propõe alternativas e permite fazer opções, a todos os níveis dos cuidados e serviços em saúde” (Lopes, 2010, p. 42).

Posto isto, o conhecimento científico que se tem produzido em matéria de CCI resulta essencialmente de pesquisas em áreas científicas, como saúde, educação e política social. Importa destacar uma recente publicação nacional sobre o papel das redes sociais nas políticas sociais, onde Pedro Hespanha e Maria José Hespanha (2011) se reportam ao caso da RNCCI. Anteriores a esta, salientam-se contributos igualmente valiosos no campo das políticas sociais, designadamente a pesquisa sobre a política de cuidados às pessoas idosas e dependentes, conduzida por Carvalho (2006). Em ambos os estudos procura-se descrever e analisar as políticas sociais no campo dos cuidados continuados e o caminho que as mesmas têm vindo a tomar em Portugal.

A propósito dos trinta anos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, Suzete Gonçalves (2010) escreve sobre os CCI, destacado como um dos dezanove temas mais relevantes no âmbito da economia e da política da saúde, lembrando que as transformações sócio-demográficas que ocorrem nas sociedades desenvolvidas, desde há alguns anos, têm provocado novos problemas que exigem respostas inovadoras. Outros autores como Carvalho (2012), refletem sobre o tema, encarando-o como um modelo de intervenção na comunidade, implicando, no domínio do cuidar, um trabalho contínuo de parceria e cooperação entre a Família, os Serviços Sociais e de Saúde e a Sociedade Civil.

Nos dias de hoje torna-se imperioso alterar a definição de prestação de cuidados de saúde centrada no antigo paradigma do “tratamento da doença” para uma outra mais focalizada no “bem-estar do doente” e da sua família. E essa alteração passa muito pelas formas de



envolvimento na ação e construção do laço social que se geram na prestação de cuidados de saúde. Nesta ótica, torna-se claro que a intervenção dos cuidados de saúde, sejam eles, primários, hospitalares, continuados e/ou paliativos, é tida como uma preocupação que não é exclusiva das políticas, mas dos agentes e atores que intervêm diretamente nesses cuidados. A este propósito, surgem pesquisas focadas no estudo das modalidades de formação do laço social entre profissionais-utentes, profissionais-famílias nos diferentes níveis e setores de cuidados. Referimo-nos a trabalhos já realizados por autores, como Alexandre Martins, pela interpretação sociológica no domínio particular dos Cuidados Paliativos, Susana Duarte e Maria Clarisse Louro, pela análise em torno dos Cuidados Continuados em contexto domiciliário.

Da produção que tem sido feita por estes e muitos outros autores, interessará reter os fatores de invariância que, ao longo da história da humanidade e das sociedades e civilizações, fizeram emergir a conceção que hoje se tem da saúde, da doença e da dependência. Pois, são esses fatores que permitirão encontrar elementos que compõem hoje o sistema de saúde e, em particular, o sistema de CCI que dá resposta a esses sujeitos. O nosso propósito centra-se sobretudo em revelar como na realidade as diferentes conceções em torno da saúde, doença e dependência têm vindo a orientar e a sustentar as respostas políticas e sociais às necessidades dos sujeitos que experimentam uma situação de doença e dependência.

Conforme referem Albuquerque e Oliveira (2002), “saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança” (p.1). Se, por um lado, a “saúde” era entendida como “ausência de doença”, sendo o centro das atenções a patologia em si, o controle da sua evolução e o retorno ao estado de não doença. Por outro, a doença era classificada como “falta ou perturbação da saúde”. Contudo, mesmo sendo hoje considerados conceitos simplistas e redutores, ainda são recorrentemente usados (Albuquerque & Oliveira, 2002, p.1).

Segundo Ferreira (1999, citado por Mendes, 2008), foi a partir dos anos 70, do século passado, que nos fora dado um sinal de alerta sobre um previsível crescimento exponencial das situações incapacitantes nas pessoas muito idosas, em especial de estados demenciais, conducentes a elevados défices ou mesmo perda de autonomia. De facto, o aumento da esperança de vida da população trouxe consigo a possibilidade de aumento de situações de dependência. Ou seja: se, por um lado, os avanços na medicina permitiram aumentar os níveis de sobrevivência de pessoas com défices intelectuais, doenças ou lesões, por outro lado,

durante o processo de envelhecimento existem grandes probabilidades de virem a surgir perdas de capacidade em homens e mulheres que ao longo da vida foram autónomos, tornando-os dependentes de terceiros na fase final do seu ciclo de vida. Tal situação leva-nos a constatar o aumento significativo do número de pessoas a necessitar de cuidados, exigindo-se, por isso, um novo olhar para a questão da produção de bem-estar. Nesse novo olhar aos aspectos físicos ou biológicos, foram sendo agregados os psicológicos e os sociais, igualmente reconhecidos como causas de doenças e incapacidades.


Em 1948, com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi lançada uma primeira definição de saúde², revolucionária para a época: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1986, citado por Scliaro, 2007). Nas palavras de Moacyr Scliaro (2007), “este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações” (Scliaro, 2007, p.37).

Autores como Marco Segre e Flávio C. Ferraz (Segre & Ferraz, 1997, p. 539) questionam o lado “ultrapassado” e “utópico” da definição de saúde da OMS, “por visar a uma perfeição inatingível, atentando-se as próprias características da personalidade”. Explicam estes autores que embora “avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral”, uma vez que não existe “perfeito bem-estar” (p. 539). Na opinião destes, a perfeição não é definível, ainda que se recorra a conceitos externos de avaliação, pois só seria possível falar de perfeição, bem-estar e felicidade para um sujeito que, dentro das suas crenças e valores, atribuísse sentido de tal uso semântico e, portanto, o legitimasse.

Segundo Scliaro (2007), em 1974 surge o conceito de campo de saúde (health field)³ associado ao conceito de OMS, que servia para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir. Conforme esse conceito, o “*campo da saúde*” abrange a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde (Scliaro, 2007, p. 37). Estávamos perante o abandono do conceito de saúde pela negativa, classificado até à data como “ausência de doença”, e do

² Os conceitos da saúde foram difundidos, primeiro por Marc Lalonde, depois por Julius Richmond e pela Organização Mundial da Saúde na declaração de Alma-Ata, em 1978. Os conceitos foram divulgados e implementados universalmente no documento “Metas da Saúde para Todos”, com edição original de 1984 e tradução portuguesa do Ministério da Saúde de 1986.

³ Conceito formulado por Marc Lalond que, nessa altura, estava à frente do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá, onde o modelo médico inglês estava a ser aplicado.




modelo biomédico de causalidade da doença. Esta definição simboliza um compromisso, um horizonte a ser perseguido. Remete-nos para a ideia de uma “saúde ótima”, possivelmente inatingível e utópica, isto porque o que predomina na vida é a mudança, e não a estabilidade. A saúde não é um “estado estável”, que uma vez atingido possa ser mantido. A definição clássica da OMS incorpora de forma evidente no mesmo conceito, a saúde física ou corporal e a saúde mental ou psíquica, compreendendo, assim, uma nova tipificação de saúde social (Scliaro, 2007).

De acordo com Ferreira (1990b), a segunda parte da definição da OMS, que implica a ausência de doença ou enfermidade, significa, por seu lado, que, a não poderem ser evitados estes estados anormais, torna-se indispensável tratá-los, dominá-los para restabelecer o estado normal de saúde. Tratar a doença e recuperar a saúde é outra tarefa essencial que completa as anteriores e exige diferentes tipos de serviços especializados na sociedade moderna. De um ponto de vista mais realista e dinâmico, a saúde não é uma condição é uma adaptação. Não é um estado, mas um processo que adapta o indivíduo ao meio ambiente, não só físico, mas também social. Assim, a introdução da noção de que a saúde é um processo continuado e interdependente de preservação de vida, criou uma nova dimensão social.

Em finais da década de 80, a OMS expandiu e tornou o conceito de saúde mais preciso entendendo-a como “a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve” (OMS, 1986, citado por Mendes, 2008, para. 33).

De acordo com o conceito da OMS, nenhum ser humano (ou população) será totalmente saudável ou totalmente doente. Ao longo da sua existência, viverá condições de saúde/doença, de acordo com as suas potencialidades, as suas condições de vida e sua interação com elas (Scliaro, 2007). A saúde é, nesta perspetiva, um domínio complexo de elevada incerteza, dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, que beneficia de grande inovação e rápida evolução do conhecimento e das práticas, exigindo políticas consistentes e persistentes.

A saúde passou, assim, a ser um critério de cidadania, em que todos os cidadãos são responsáveis pela manutenção da sua saúde, donde se inclui o papel do Estado e de todos os profissionais de saúde. Além disso, associa “uma variável fundamental de respeito ao indivíduo, doente ou saudável, através do compromisso social solidário na realização do



objectivo maior de garantir condições dignas de vida a cada ser humano” (Mendes, 2008, para. 31).

Hoje, a concetualização da saúde no domínio da política de cuidados tem estado intimamente associada às questões de cidadania, equidade, qualidade e acesso aos cuidados de saúde. A Cidadania em Saúde emerge, em 1978, da Declaração de Alma-Ata como “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (PNS, 2015, p. 14). Nesta perspetiva, o cidadão é considerado como o foco do sistema de saúde, constituindo um importante agente de participação e de mudança, capaz de influenciar as decisões em política de saúde que afetam coletivamente a população, no desempenho dos seus diferentes papéis: o de doente com necessidades específicas; o de consumidor com expetativas e direito a cuidados seguros e de qualidade; e o de contribuinte do Serviço Nacional de Saúde. A capacitação do cidadão é, portanto, essencial para que este assuma a responsabilidade de defender saúde. Por outro lado, a equidade em saúde representa hoje para a política internacional e nacional um conceito essencial no cumprimento das recomendações da OMS-Euro e na definição de uma estratégia para a saúde regulada pela “ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação, no estado de saúde de grupos populacionais oriundos de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos” (PNS, 2015, p. 15), onde a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde constitui um princípio chave para reduzir as desigualdades e adequar as necessidades de saúde e às respostas dos serviços. O equilíbrio entre a proximidade de serviços e a gestão racional de recursos limitados, entre a redundância e complementaridade de serviços oferecidos pelo setor público, privado e social e entre uma resposta compreensiva e uma resposta especializada às necessidades de saúde da população depende da equidade e do acesso adequado aos cuidados de saúde. Neste âmbito, outro conceito que, nas últimas décadas, tem ganho expressividade social e política refere-se à Qualidade em Saúde que se define como:

a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expetativas do cidadão e o melhor desempenho possível (PNS, 2015, p.16).

O contexto onde se move a problemática da Dependência e da Política de Cuidados é complexo e dinâmico, invocando a melhoria contínua da qualidade enquanto um princípio

moral para todos aqueles que integram o Sistema de Saúde, desde gestores, profissionais de saúde e cidadãos.

Conforme o Plano Nacional de Saúde (PNS), no caso particular do Sistema de Saúde Português:

assistimos a uma adaptação à alteração progressiva dos padrões demográficos e epidemiológicos do país, ao desenvolvimento tecnológico e farmacológico, caro ou muito caro, que ocorre de forma rápida, à enorme produção de novas evidências científicas, à tendência de aumento da despesa global no sector da saúde, aos resultados da investigação clínica e da inovação em saúde e à necessidade de cumprimento de princípios éticos na definição de prioridades (PNS, 2015, p. 16).


Estas alterações impõem uma melhoria contínua da garantia da qualidade, equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde e, por conseguinte, da necessidade de tornar o sistema de saúde sustentável e eficiente ao nível da prestação de cuidados de saúde.

No domínio da política estratégica internacional e nacional, e de forma transversal aos conceitos acima expostos, surge a expressão “Políticas Saudáveis”⁴, enfatizando a abordagem intersectorial, com base na evidência de que as ações da iniciativa de setores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde da população, ou seja, contribuem para melhores condições ambientais, socioeconómicas e culturais, que favoreçam uma melhor saúde individual, familiar e coletiva. Daí a sua complementaridade com o conceito de Saúde Pública que sublinha a promoção e proteção da saúde e a prevenção e tratamento da doença (PNS, 2015).

Dada a sua amplitude, ao responsabilizar não só o setor da saúde, mas também todos os outros (por exemplo a educação, a segurança social, o ambiente, quer ao nível do sector público, como do privado e do terceiro setor), essas políticas destacam que todos devem contribuir para a criação de ambientes promotores da saúde e do bem-estar das populações, assegurando que cada cidadão tenha igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis e de cumprir, de forma plena, o seu potencial de saúde e o seu direito a uma longevidade saudável (PNS, 2015).

A noção de saúde ao implicar o aumento da longevidade, de maior quantidade de vida, deve implicar, acima de tudo, melhor qualidade de vida. Ainda assim, essa longevidade pode implicar mais perdas e restrições, afetando negativamente a qualidade de vida. A necessidade

⁴ Segundo a Declaração Adelaide (1988), as Políticas Saudáveis, enquanto políticas do governo, autarquias e outros sectores que definem prioridades e parâmetros para a ação, traduzem-se em medidas legislativas, de regulamentação, normativas, administrativas ou outras que visem criar condições ambientais, socioeconómicas e sociais favoráveis à saúde individual e coletiva. (OMS,1988).




de garantia de cuidados e de apoios às pessoas afetadas por processos de restrição e redução da sua autonomia potenciou a construção social do conceito de dependência, o qual passou a constituir um dos objetivos das políticas sociais na maioria dos países da UE, em especial na década de 60, com o contributo do Conselho da Europa (CE), designadamente através das recomendações sobre a dependência e sobre a proteção dos direitos das pessoas adultas incapazes. (Quaresma, 2004).

Assim, foi em setembro de 1998 que o Comité de Ministros do Conselho da Europa, n' *A Recomendação Relativa à Dependência*, definia a pessoa em situação de dependência como aquela que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, tem necessidade de assistência e/ou ajuda importantes para realizar atividades da vida diária. Tal definição torna-se demasiado redutora ao classificar a dependência enquanto mero resultado de fatores biológicos, enfatizando apenas a perda das capacidades físicas, psíquicas e/ou intelectuais dos indivíduos (Conselho da Europa, 1998).

A dependência, segundo Gough (Gough, s/d, citado por Carvalho, 2012), remete para um limite de capacidades que o indivíduo manifesta para desempenhar o seu papel social, implicando uma certa desvantagem, ou, como foi definida, mais recentemente, pela nova classificação da OMS, uma restrição na participação.

Neste documento, que abrange a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a OMS faz emergir uma nova perspetiva para o entendimento destes fenómenos, refazendo a noção de incapacidade ligada a um défice de funcionalidade e propondo novas abordagens que potenciam as pessoas deficientes e dependentes na sociedade. Assim, substitui “deficiência” por “défice na funcionalidade”, “incapacidade” por “restrição da actividade” e “desvantagem” por “restrição na participação” (OMS & DGS, 2004, pp. 16,17).

O “estado” de dependência é, segundo a proposta da OMS (2004), mensurado através de indicadores objetivos e subjetivos que determinam vários tipos e níveis. Dos primeiros fazem parte a funcionalidade do corpo, a restrição da capacidade em realizar as atividades da vida diária (AVD), as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e, ainda, a participação pessoal e social. Dos segundos fazem parte os fatores contextuais – ambientais e pessoais. A nova visão da OMS assenta, assim, no modelo biopsicossocial, que considera a deficiência e incapacidade produtos da interação entre fatores pessoais (biológicos) e contextuais, da




envolvente física, social e cultural. Ou seja, o enfoque não é a deficiência e/ou incapacidade, mas a conjugação das capacidades com as circunstâncias do meio físico, social e cultural no qual as pessoas estão inseridas, e como estas circunstâncias podem gerar limitações no desempenho de actividades e na participação (OMS, 2004, p.11).

O modelo biopsicossocial ou como certos autores preferem apelidar de modelo relacional, permite-nos olhar para o problema de forma mais ampla, no sentido em que a deficiência e a incapacidade passam a ser compreendidas conjuntamente. Além disso, a correlação entre factores de ordem física e social torna a incapacidade uma realidade possível para qualquer pessoa ao longo do seu ciclo de vida. Este modelo potencia aquilo a que Jerónimo Sousa (2007) nomeou de “síntese criativa” ao permitir a correlação entre as condições de saúde e os fatores do contexto social. A dependência ao ser compreendida a partir de uma perspetiva relacional, impõe que o cuidado seja igualmente compreendido de forma diferente, isto porque, por um lado, as necessidades dos indivíduos modificam-se ao longo do ciclo de vida e, por outro, a dependência é suscetível de ser agravada por fatores que transcendem os fatores biológicos (Sousa, 2007, pp. 38-57).

A abordagem centrada no ciclo de vida e na família começa, assim, a ganhar cada vez mais expressão no processo de compreensão da saúde e no planeamento dos cuidados. Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2004), esta abordagem potencia uma visão mais integrada da saúde, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, respeitando as diferenças de género e os papéis sociais construídos ao longo da vida. Do nascimento à morte, passando por vários episódios da vida, tais como, a entrada na escola, no mercado de trabalho, o casamento, o divórcio e a reforma, “representam oportunidades para a educação, para acções de prevenção, para rastreios de doenças e outras intervenções” (DGS, 2004, p. 26).


Nesta perspetiva, têm sido desenvolvidos esforços na construção de um modelo de gestão integrada da doença, mais racional, envolvendo todos os atores e intervenientes do sistema de saúde (pacientes, administradores, gestores, médicos hospitalares, enfermeiros, entre outros profissionais). Deste modo, a “gestão da doença, seja ela infecciosa ou crónico degenerativa, passou a ser uma das áreas de maior actividade no domínio da saúde” (DGS, 2004, p. 38).

O olhar, mais centrado e integrado, no ciclo da vida, a mudança centrada na família e no cidadão, fruto da evolução da sociedade e das várias alterações que daí decorrem, lançam-nos



o enorme desafio de se viver mais tempo sem incapacidades. Contudo, outros constrangimentos, também eles decorrentes da evolução da sociedade, como o *stress*, a violência, a poluição, a emergência de doenças transmissíveis relacionadas com comportamentos/attitudes, o aumento de doenças crónicas potencialmente incapacitantes e do número de doentes portadores destas doenças, tendem a contrariar o elevado potencial de saúde dos cidadãos, levantando questões específicas, nomeadamente em relação à adequação da prestação de cuidados às características particulares dos indivíduos portadores de doenças, com consequências mais ou menos incapacitantes.

Segundo a OMS (2004), o estado de dependência poderá ser temporário ou permanente, e o seu processo progressivo, regressivo ou estável, intermitente e contínuo, impossibilitando o exercício dos direitos de cidadania durante esse período. Ao relacionar os diferentes tipos de necessidades e cuidados, a OMS (2004), classifica níveis de dependência e necessidade de cuidados, propondo a seguinte categorização: *a independente, a levemente dependente, a moderadamente dependente, a gravemente dependente e a completamente dependente*. Na primeira categoria, englobam-se as pessoas com autonomia para realizar todas as atividades da vida quotidiana, com excelentes capacidades de participação de decisão pessoal e social. De acordo com a CIF, representa uma restrição de capacidade de 0 a 4%. Da categoria de *levemente dependente*, fazem parte as pessoas que asseguram sozinhas as atividades no interior do domicílio, que se alimentam e se vestem autonomamente, mas necessitam da supervisão para determinadas atividades, de que são exemplo, a confeção da alimentação e a realização da higiene, a participação e a decisão. Representam, na CIF, entre 5% e 24% de restrição de capacidade. A categoria de *moderadamente dependente* é composta por pessoas com autonomia parcial, mental e motora, necessitando de apoio quotidiano relevantes, não de modo permanente, mas com frequência diária. Isto é, pessoas que não asseguram sozinhas determinadas atividades, tais como, levantar-se, vestir-se ou realizar a higiene pessoal. Contudo, ao serem ajudadas, podem realizar as atividades no interior do domicílio, tendo a sua capacidade de participar e decidir comprometida. Representam, segundo a CIF, uma restrição de capacidade entre 25% e 49%. Na categoria *gravemente dependente*, estão englobadas pessoas com desvantagens severas que perderam a autonomia física e mental e social, necessitando da ajuda de terceiros permanentemente para a maior parte das atividades da vida quotidiana, assim como para participarem e tomarem decisões. Representam entre 50% e 95% de restrição da capacidade. Por último, a categoria de *completamente dependente*




é composta por pessoas com total restrição de funcionalidade, que não mantêm capacidade intelectual nem motora, estando totalmente dependentes de terceiros para a realização das atividades da vida quotidiana. Estão incluídas nesta categoria as pessoas em estado terminal (OMS, 2004).

O conceito de dependência é, de acordo com Quaresma (2004), uma “construção social que tem vindo a sustentar as medidas de protecção social às pessoas que precisam de ajudas, nas actividades quotidianas, para satisfação das necessidades.” (Quaresma, 2004, p. 39). A mesma autora acrescenta que, a dependência sendo inerente à existência humana, e atravessando todas as fases da vida, a necessidade de cuidados e de apoios não pode legitimar o conceito de dependência como atributo da velhice. Ou seja, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida.

Para esta autora, questionar o significado social da dependência remete-nos para a forma como as políticas sociais são formuladas e avaliadas (Quaresma, 2004). Estas devem comportar outras balizas, a partir dos conhecimentos sobre o desenvolvimento humano, na procura de saber se estas políticas acolhem, transpõem o que sabemos ser a dinâmica deste processo, ou seja, que estes são diferenciais, heterogéneos e contínuos, e que para eles concorrem fatores sociais, económicos, culturais e ambientais. A mesma autora explicou que a expressão das dependências é também expressão de desigualdades sociais, ou seja, apesar dos progressos alcançados, persistem claras desigualdades sociais perante a vida e também perante a morte. Neste sentido, as situações de dependência, reveladoras de défices, de ruturas, ou mesmo de mudanças qualitativas no processo de adaptação que condiciona a vida humana, não podem ser dissociadas da análise das condições concretas de existência dos sujeitos. Referimo-nos, em concreto, aos rendimentos, ao *habitat*, aos cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, ao acesso à informação e ao conhecimento.

Concretizando, o aumento evidente da necessidade de cuidados, nas sociedades pós-industriais, impulsionou a produção de conhecimento científico sobre o que se produz ao nível da saúde e da dependência, numa perspetiva de bem-estar e qualidade de vida. O peso estatístico significativo e continuado que a faixa da população com mais de 65 anos tem vindo a conquistar na pirâmide etária, fez crescer o valor social das situações de dependência, desafiando e reclamando respostas sociais e políticas, particularmente ao nível da provisão de cuidados.



Ao problematizarmos a dependência e a política de cuidados fica claro que estamos perante uma realidade social complexa que nos levanta uma sucessão de questões e problemas e nos dá diferentes possibilidades de análise e entendimento. Daí a importância de revermos e refletirmos sobre a diversidade de formas de compreender o social apelando a diversos paradigmas de interpretação sociológica.

3. A diversidade de «Paradigmas» de entendimento do «social»

A complexidade e a diversidade de entendimentos sobre a realidade social conduziram à produção intensa de paradigmas teóricos que valorizam distintas dimensões da vida social, sempre de forma dicotômica e fragmentada. Oposições como material/ideal, objetivo/subjetivo ou coletivo/individual incitaram a olhar o mundo e a sociedade de uma forma fragmentada, determinando as escolhas do campo da investigação. A oposição indivíduo-sociedade permaneceu como uma das bases dicotômicas entre as teorias mais interacionistas e mais sistémicas.

Contudo, segundo Guerra (2002), o confronto entre os diferentes modos de pensamento, ao ser tido por muitos teóricos como hostil para a compreensão e explicação de fenómenos sociais complexos, obrigaram a “novas sínteses que reconciliassem Marx com Weber”, permitindo à sociologia uma «utopia pragmática», capaz de lidar com a complexidade dos novos fenómenos sociais. Acrescenta a autora, que esta crise dos paradigmas científicos, que acompanharam as crises civilizacionais nos finais do século XX, conduziu à situação atual de recusa das dicotomias e à procura de novos fundamentos teóricos capazes de reorientar o conhecimento sociológico (Guerra, 2002, p.20).

Ainda assim, na visão de Guerra (2002), permanecem na reflexão do conhecimento sociológico questões epistemológicas, teóricas e metodológicas que, à semelhança das discussões tradicionais, continuam a ser colocadas, embora agora com novas configurações e complexidades, designadamente: a relação entre o ator e o sistema; a relação entre a ciência e o senso comum; articulação entre a história e a vida quotidiana; a indução e a dedução nas formas de conhecimento; a relação entre teoria e ação.

Estas e outras dicotomias têm vindo a ser alvo de tentativas de reconciliação, isto é, de uma tentativa de organização dos pressupostos epistemológicos, teóricos, éticos e metodológicos, que têm vindo a dar corpo à teoria da ação, induzindo a “um profundo questionamento da

prática científica”, colocando em causa duas concepções – “a do mundo social e da ciência”, e a “do sujeito e do papel do cientista na mudança social” (Guerra, 2002, p. 21).

Na realidade o que se tem verificado é que uma parte substancial da teoria sociológica tem analisado a realidade social a partir de dois níveis - o primeiro é o da ação e da interação social, e o segundo é o da estrutura e do sistema social -, ainda que tenha havido algumas tentativas de articulação.

Cohen (1976) propõe que a teoria sociológica tem que ser capaz de, em primeiro lugar, explicar ou sugerir maneiras por que os fenómenos sociais têm as características que possuem; em segundo lugar, de fornecer ideias para a análise dos complexos processos e acontecimentos sociais; e em terceiro, auxiliar na construção de modelos da maneira pela qual as estruturas e os sistemas sociais funcionam.

Um dos principais de argumentos de Cohen (1976, pp. 252, 253) assenta na ideia de que ao se “desmistificar” grande parte do que é discutido a propósito da ação social, interação, estruturas e sistemas sociais, torna-se possível “explicar ou sugerir maneiras de explicar por que razão os sistemas sociais persistem e mudam, por que variam nas suas características”, sem que para isso se tome partido nas discussões em torno do confronto entre diferentes modelos explicativos da sociedade – os modelos «estrutural-funcionais», «integração ou consenso» e «conflito-coerção».

Ao admitirmos a compreensão e a análise das dinâmicas de um determinado sistema social – os Cuidados Continuados Integrados -, da sua estrutura e da ação estratégica dos atores que nela interagem, num contexto explícito de mudança e ao admitirmos colocar o seu contributo para ação social, do ponto de vista da sociologia, impõe-se-nos a necessidade de questionar o campo da mudança social e, por conseguinte, refletir sobre a análise da articulação complexa entre o sistema e os atores.

Na verdade, ao problematizarmos o campo paradigmático onde se foram desenvolvendo as teorias da mudança social, podemos identificar três importantes paradigmas.

O paradigma holista, de inspiração filosófica, que integra as teorias estrutural-funcionalistas e funcionalistas, definindo a mudança social como um produto de fatores, causas, processos e estruturas de caráter coletivo que dominam os atores individuais.

O segundo paradigma integra as teorias que adoptaram o chamado paradigma acionista. Segundo os seus postulados, a mudança social é o produto das ações individuais e dos seus

efeitos de agregação, desejados ou não, previstos ou não, criticando a visão determinista do paradigma holista.

Um terceiro paradigma como forma de ultrapassar a essa visão dicotômica da realidade, procurando combinar as teorias dos dois paradigmas anteriores. Esse novo paradigma designado por «integrado» inclui as teorias de síntese, sobre as quais a maior parte das teorias atuais analisa os processos de mudança. Conforme afirma Guerra, esta tentativa de integração “tem vindo, em simultâneo com a abertura dos campos profissionais às ciências sociais e da procura de matrizes teóricas de suporte à ação, a dar corpo no que poderemos chamar de «teoria da acção»” (Guerra, 2002, p. 20).


Importa, contudo, lembrar que a sociologia nasceu dentro dos referenciais teóricos do holismo, perspetivando a mudança social como produto de leis históricas e da verificação de que certos fatores ao atuar sobre as partes constitutivas dos sistemas sociais iriam produzir novas totalidades sociais.

Como já tivemos oportunidade de referir, a sociologia herdou da filosofia um certo número de “paired concepts” (Corcuff, 1997, p. 17), tendo sido fortemente marcada pela oposição entre o coletivo e o individual, a sociedade e o indivíduo. A valorização do coletivo em Émile Durkheim ilustra este debate que ainda hoje se recorre. As Regras do método sociológico de Durkheim (2010) é o exemplo clássico que nos propõe a ideia do coletivo (ou social) distinto do individual (dependente da psicologia), em que o social constitui uma entidade específica e a sociedade concebida como um sistema formado pela sua associação, traduzindo uma realidade que tem as suas próprias características:

É, pois, na natureza da própria sociedade que deve procurar-se a explicação da vida social. Efetivamente, concebe-se que, por ultrapassar infinitamente o indivíduo, tanto no tempo como no espaço, ela esteja em condições de impor-lhe as maneiras de agir e de pensar que a sua autoridade consagrou. (Durkheim, 2010, pp. 128-135).

Tal remete-nos, desde logo, para a seguinte «regra» que se impõe ao sociólogo: “A causa determinante de um facto social deve ser procurada entre os factos sociais antecedentes e não nos estados de consciência individual” (Durkheim, 2010, pp. 128-135).

A problemática da mudança social enquadrada no paradigma holístico é também perspetivada por Durkheim (1893), a partir da teoria da diferenciação das sociedades. Perante a questão fundamental “Como é que uma colecção de indivíduos pode constituir uma sociedade? Como é que os indivíduos podem realizar essa condição de existência social que é um consenso?”,




Durkheim responde pela distinção entre duas formas de solidariedade que, por sua vez, correspondem a duas formas extremas de organização social: a solidariedade dita mecânica e a solidariedade dita orgânica. Segundo o pensamento durkheimiano, a solidariedade mecânica é uma solidariedade por semelhança, o que significa que ao dominar esta forma solidariedade na sociedade, os indivíduos assemelham-se porque experimentam os mesmos sentimentos, porque aderem aos mesmos valores. Neste sentido, a sociedade é coerente na medida em que os indivíduos ainda não se diferenciam. Por oposição, o autor designa de orgânica a uma solidariedade assente na diferenciação dos indivíduos por analogia com os órgãos do ser vivo, que preenchendo cada um uma função própria, e não se assemelhando, são todos de igual modo indispensáveis à sobrevivência da sociedade e, por conseguinte, é porque são diferentes que se realiza o consenso. A ideia da passagem de uma solidariedade onde reina a simplicidade para uma solidariedade complexa e diferenciada são temas fundamentais que fazem parte da teoria geral desenvolvida pelo autor na sua obra *Da Divisão do Trabalho Social* (Durkheim).

Auguste Comte, com a sua obra *A lei dos três estados*, (Comte, 1825) ajudou a compreender a mudança social, influenciando bastante as ideias de Durkheim⁵. Comte perspetiva as ações individuais como fenómenos residuais, na medida em que os indivíduos singulares não tinham força para alterar o curso da história, pois o único sujeito da história era a Humanidade, o "Grande Ser". Para o autor, é impossível compreendermos o estado de um fenómeno social particular se o não situarmos no todo social.

Foi no *Curso de Filosofia Positiva* que Comte (1825) fundou a chamada ciência nova, a sociologia, a qual, ao afirmar a prioridade do todo sobre o elemento e da síntese sobre a análise, tem por objeto de estudo a história da espécie humana. Conforme refere Raymond Aron (1994), “seria uma ciência sintética”, uma “ciência que partiria das leis mais gerais, das leis fundamentais da evolução humana”, “uma maneira de pensar que caracteriza as diferentes etapas da humanidade, e a etapa actual e final será marcada pela generalização triunfal do pensamento positivo” (Aron, 1994, p. 87).

O pensamento de Karl Marx (1818-1883) deu-nos outra forma de conceber a mudança social através de uma análise e uma compreensão da sociedade capitalista no seu funcionamento

⁵ Através da visão holista da realidade social, Durkheim influenciou, por sua vez, o pensamento de sociólogos, como Levi-Strauss, Merton, Blau, Baudrillard (estruturalistas clássicos), Parsons (funcionalista), Goffman (interaccionista), Luhmann (neo-evolucionista) e, mais recentemente, Pierre Bourdieu (estruturalista).



atual, na sua estrutura presente, na sua transformação necessária. Nas palavras de Aron (1994), “Marx coloca no centro do seu pensamento a contradição aos seus olhos inerente à sociedade moderna a que dá o nome de capitalismo”, explicando que o dado maior da sociedade do seu tempo era constituído pelas contradições internas da sociedade capitalista e da ordem social ligada ao capitalismo. No cerne da análise sociológica está, portanto, o contributo da permanência dos modos de produção dominantes para a reprodução das estruturas das classes sociais e das relações de dominação de umas classes sobre as outras, com a luta de classes a assumir a função de motor da transformação e da mudança social (Aron, 1994, p. 145).


Sendo a máxima do holismo privilegiar o todo em detrimento das suas partes, isto é, da aceitação do “postulado segundo o qual o indivíduo, sendo produto das estruturas sociais, pode ser negligenciado na análise” (Corcuff, 1997, p. 19), a compreensão da mudança social pode ser alcançada por meio de argumentos de natureza estrutural ou sistémica, uma vez que a mudança social é produzida pela estrutura ou pelo sistema social.

A tónica que o pensamento durkheimiano punha sobre o coletivo desencadeou reacções no sentido de considerar os elementos individuais na análise sociológica. Tais reacções deram lugar a críticas vindas de vários sociólogos desde Max Weber, passando por Luckmann e Berger e assumindo a sua forma radical com aquilo que Raymond Boudon e outros sociólogos apelidam hoje de individualismo metodológico:

para explicar qualquer fenómeno social – quer ele revele da demografia, da ciência política, da sociologia ou de qualquer outra ciência social particular, é indispensável reconstruir as motivações dos indivíduos envolvidos no fenómeno em questão e apreender esse fenómeno como resultado da agregação dos comportamentos individuais ditados por essas motivações (Boudon, 1986, p.19).

Boudon (1986) põe em relevo alguns dos principais debates metodológicos que caracterizam a sociologia desde as suas origens, como agência/estrutura, compreensão/explicação, objetivismo/subjetivismo, entre outros, entendidos por si não mais como dualismos cujos termos são inconciliáveis e incomensuráveis, mas como simples oposições nas quais os polos opostos são analiticamente diferenciados e relacionados.

Ao adotar o princípio do individualismo metodológico, Boudon (1986) pronuncia-se contra os determinismos sociais exagerados, considerando que todo o fenómeno social deve ser concebido como o resultado da agregação das ações individuais. De acordo com a sua conceção de individualismo metodológico, os fenómenos sociais devem ser explicados a



partir das ações dos indivíduos. Porém, estas ações não ocorrem num «vácuo social», mas são socialmente indexadas, diferenciando assim individualismo de atomismo. O autor, ao se fundar no paradigma weberiano e na análise da filosofia da história de Simmel, procura justificar a centralidade do individualismo metodológico para uma análise adequada da realidade social. Assim, e de forma sintetizada, o individualismo de Boudon baseia-se nos seguintes axiomas: “o átomo da análise sociológica é o ator individual; a racionalidade dos atores é complexa; os atores estão incluídos em sistemas de interação que fixam os constrangimentos aos comportamentos individuais” (Boudon, 1986, p.19).

Sob a influência do paradigma individualista, surgem as teorias acionistas que interpretam a mudança social como um produto dos agentes individuais, da sua subjetividade e intersubjetividade. Segundo a perspectiva weberiana, a mudança social é entendida como o produto de uma infinidade de microações individuais, que podem ser compreendidas, antes de se explicarem, com referência à ação dos sujeitos individuais. Nesta ótica, Boudon entende ser necessário descobrir o sentido que tem para um dado indivíduo a situação em que se encontra, dado que a alteração da situação pode ser por ele recusada, ainda que pareça acontecer uma melhoria da sua situação, em função das suas motivações e capacidades. A conclusão é a de que, perante um leque de escolhas restrito, os atores podem, com a sua não intervenção, anular as hipóteses de mudança. Para o autor, todos os fenómenos sociais são vistos como produto das atividades individuais, ou seja, a sequência do processo de mudança inicia-se com as ações individuais que produzem os designados efeitos de agregação e de composição (simples e complexos) que conduzem à mudança (Boudon, 1986).

Nas críticas que Boudon fez sobre os grandes paradigmas, o autor entende que o objeto da sociologia visa, mais do que prever a mudança, entender a lógica de mudança dos sistemas de interação (Boudon, 1986).

Outro autor de relevo como George Simmel apreende os fenómenos sociais como resultado das ações dos indivíduos que são, conseqüentemente, produto dos processos mentais destes mesmos indivíduos. Por sua vez, esses processos mentais dependem quer das circunstâncias históricas, quer da condição ou ambiente em que os indivíduos se encontram. Este sociólogo julga que dar uma explicação para a ocorrência de um acontecimento ou fenómeno social é proceder à reconstrução da rede de círculos sociais a que o individuo está ligado. Para Manuel B. da Cruz, pese embora seja uma explicação aceitável, em termos práticos revela-se um

trabalho árduo e complexo, ou mesmo impossível, pela dificuldade de alcançar as motivações dos indivíduos para realizarem uma ação (Simmel, 1923, como referido por Cruz, 1995).

Contudo, o paradigma da ação, ao apoiar-se na liberdade dos atores sociais, parece-nos ser mais aceitável do que o recurso ao paradigma holista. Ainda assim, dada a complexidade do real, há que ter algumas prudências pela dificuldade em precisar e clarificar alguns dos seus conceitos, nomeadamente o conceito de indivíduos. Ao falar-se de indivíduo, de que indivíduo estamos a falar? De ator individual ou colectivo?


Na verdade, para além da “dimensão intersubjectiva (relações entre os indivíduos) da realidade social”, “a dimensão intra-subjectiva, ou seja, a pluralidade das identidades que constituem um mesmo indivíduo, as suas múltiplas personalidades” é, para autores como o filósofo Michael Sandes (citado por Corcuff, 1997), ignorado pelo individualismo metodológico. “As novas sociologias” como invoca Corcuff insurgem-se contra o holismo e o individualismo procurando “aprender indivíduos plurais produto e produtores de relações variadas”⁶ (Corcuff, 1997, p. 21).

Estas novas sociologias de que fala Corcuff reportam-se no fundo à tentativa de, nos últimos anos, muitos sociólogos procurarem estabelecer uma ligação entre o individualismo e holismo, no sentido de explicar e compreender aspetos inerentes às transformações e mudanças da sociedade.

Habermas (1987) contribuiu bastante neste sentido ao evidenciar que a mudança social deve ser compreendida como produto da conjugação entre ação comunicativa e ação estratégica. Para este efeito, baseia-se na teoria comunicacional que concebe a mudança social como mudança das formas comunicativas. O objetivo deste autor passou por construir uma teoria neomarxista (cuja intenção era produzir uma teleologia histórica da libertação da opressão, isto é, do poder do homem sobre o homem ou do capital sobre o trabalho) e normativa (ao admitir que as normas constituem a base de toda a mudança significativa).

Alain Touraine (2005), com influências teóricas de natureza positivista, marxista e weberiana, destaca-se também pela sua abordagem da mudança social ao justificar que os movimentos

⁶ Esta ideia inscreve-se naquilo a que Corcuff (1997, p. 21) qualifica de problemática construtivista, defendendo que a mesma não deve ser considerada “como uma nova «escola» ou uma nova «corrente»”. Na sua opinião, reporta-se antes a um espaço onde são refletidas e trabalhadas questões e problemas, recorrendo a mapas conceituais, a métodos aplicados e à própria relação que o investigador estabelece com o trabalho empírico. Segundo a perspetiva construtivista, “as realidades sociais são apreendidas como construções históricas e quotidianas dos atores individuais e colectivos” (p. 22).



sociais são o motor chave dessa mudança, apesar da dificuldade sentida em articular os sujeitos históricos com a mudança social concreta. Fala, por isso, da necessidade de um novo paradigma para compreender os problemas de hoje, especialmente os problemas culturais que “ganharam uma importância tal que o pensamento social tem de se organizar à sua volta” (Touraine, 2005, p. 9),


De notar outras referências teóricas como Giddens (1996), ao elaborar uma teoria da estruturação social em que permanece a subjectividade, e Bourdieu (1989) ao sublinhar e existência no mundo social de estruturas objetivas independentes da consciência e da vontade dos agentes capazes de orientar ou de constranger as suas práticas e as suas representações.

Foi, contudo, com a reemergência do interesse pela vida quotidiana nos anos 80 que a polémica se desencadeou. A recusa da realidade ser interpretada de um modo linear e determinista apelou para a multiplicidade de fenómenos sociais e para a sua “não redutibilidade à interpretação a partir dos grandes quadros «estruturais».” Porém, o debate não recaía apenas na defesa de uma sociologia preocupada com as questões do quotidiano e das “pequenas coisas”, segundo Goffman e Maffesoli, mas também a importância do

equilíbrio da relação entre a análise das grandes forças sistémicas que historicamente formatam a nossa sociedade e análise da estratégica de actores que, em cada circunstância concreta, tem nas suas mãos o fermento da mudança (Guerra, 2006a, p. 14)

Esta tentativa de integração da estrutura e da ação também não está imune a críticas. Uma dessas críticas prende-se com a anulação do papel das ações individuais e da criatividade dos singulares sujeitos concretos.


Pierpaolo Donati (2007) escreve sobre a necessidade de se desenvolver uma sociologia relacional no sentido de se evidenciar o papel da cultura e estabelecer a ação dos sujeitos como fatores de compreensão da mudança social. A partir de uma teoria da relação social, este autor propõe a adoção do paradigma relacional - numa perspetiva de interrelacionar explicação e compreensão - através do seguinte raciocínio teórico: a partir de um determinado contexto de sujeitos em relação, observa-se a sua dinâmica relacional e obtém-se uma explicação que compreenda a mudança social como emergência de novas formas sociais. Na perspetiva de Donati, uma teoria da relação social incita-nos a encontrar um elemento ao mesmo tempo integrador e diferenciador na explicação e compreensão da mudança social, por outras palavras, uma teoria que seja uma expressão integradora de agentes (indivíduos em relação) e de estruturas ou mecanismos sociais (formas).



Na realidade, são várias as tentativas de reconciliação destes paradigmas que procuram entender vida social contemporânea através da relação entre o ator e o sistema. Giddens, Beck, Habermas, Crozier e Friedberg, entre outros anteriormente citados, são alguns dos mais recentes que tentam construir “teorias gerais na procura de um entendimento integrado das dinâmicas sociais e da refundação daquilo a que Touraine chamaria uma teoria de acção” (Guerra, 2006a, p.13).

O recurso às teorias da acção pode não ser suficiente para satisfazer as necessidades da nossa análise sociológica, ainda que admitamos que a compreensão e a explicação da acção humana consiste na atribuição aos atores de capacidade para agir de modo não mecânico ou não estritamente racional. Quer dizer, na análise sociológica, reconhece-se que os atores individuais têm uma certa capacidade de iniciativa e de escolha, ou seja, são detentores de um tipo de capacidade que lhes permite algum distanciamento face ao sistema social. A propósito da capacidade de escolha, Percy S. Cohen (Cohen, 1976, p. 96) fala que onde “há escolha, existe uma maior possibilidade e também a necessidade de uma estratégia de acção”, explicando que havendo pouca possibilidade de escolha, quer seja em virtude da estrutura social, quer seja por causa das limitações ou possibilidades técnicas, as estratégias de acção passam a adquirir pouca importância. Tal indica-nos que as acções podem ser classificadas em termos da possibilidade de escolha e das condições que permitem ou limitam essa escolha. No campo da sociologia, estas questões têm sido alvo de reflexão no que se refere aos problemas da racionalidade ou não-racionalidade da conduta.

Cohen (1976) evidencia a importância de considerarmos na abordagem da acção um conjunto de pressupostos que determinam uma forma de análise explicativa da acção de indivíduos típicos em situações típicas, vistos estes como atores individuais ou atores sociais, designadamente: 1) o ator é detentor de objetivos (ou intuítos ou fins), cujas acções são realizadas na procura desses mesmos objetivos; 2) a acção envolve constantemente a escolha de meios para a concretização dos objetivos, ainda que a mesma não a faça de forma declarada, ao observador é possível traçar analiticamente a distinção entre meios e objetivos; 3) o ator possui sempre muitos objetivos e as suas acções permitem alcançar cada um deles, influenciando, por sua vez, a busca de outros objetivos; 4) a procura dos objetivos e a escolha dos meios ocorre sempre dentro de situações que influenciam o curso da acção; 5) o ator formula sempre determinados pressupostos inerentes à natureza dos seus objetivos e à possibilidade da sua realização; 6) a acção é influenciada não somente pela situação, mas



também pelo conhecimento que o ator possui da mesma; 7) o ator é detentor de determinadas ideias ou modos de pensar que influem o seu entendimento seletivo das situações; 8) o ator tem certos sentimentos ou disposições afetivas que influenciam quer a sua percepção das situações quer a sua escolha de objetivos; 9) o ator possui determinadas normas e valores que orientam a sua escolha de objetivos e a ordem de prioridade dos mesmos (Cohen, 1976, pp. 85-86).

O que, no fundo, pretendemos é ensaiar uma sociologia da significação e da ação colocando o ator em primeiro plano, aceitando-se a multiplicidade de pontos de vista provenientes de diferentes autores, alguns ainda presentes outros ausentes, por representarem uma possibilidade heurística de aperfeiçoamento de determinados problemas e na forma como os mesmos podem ser ultrapassados. Conforme Radcliffe-Brown (citado por Cohen, 1976) afirmou que “não havia margem para escolas de pensamento na teoria social contemporânea” (p. 253) e, sem querer seguir uma única “escola de pensamento”, admitimos aproximações e inclinações na forma como abordamos o objeto de estudo.


Contudo, ao recusarem-se os princípios dos paradigmas holista, funcionalista, estruturalista e marxista que ignoraram o sujeito, ao sobreporem o sistema ao ator, leva-nos a esclarecer os pressupostos epistemológicos inerentes à jornada intensiva da nossa pesquisa, que, em conformidade com o exposto, se situam na articulação entre a análise sistémica e a análise estratégia de atores, obedecendo a duas linhas dicotômicas de pesquisa e interpretação da vida: uma que defende que a vida social apenas poderia ser explicada à luz das determinações estruturais; uma outra sustentada pelo património teórico do sentido da ação social que defendia que a vida social possuía uma lógica própria, que não se reduzia nem era dedutível das grandes determinações estruturais (Guerra, 2006b).

A articulação entre estas duas linhas de entendimento da vida social permite-nos alcançar a compreensividade de universos sistémicos e complexos onde as variáveis (as dinâmicas) identificadas são, ao mesmo tempo, causas e efeitos, tendo em conta a sua interdependência complexa. O recurso à análise dos sistemas complexos e à análise das ações estratégicas dos sujeitos permite-nos, deste modo, um “entendimento integrado das dinâmicas sociais” (Guerra, 2006b, p. 13), além de considerarmos que é nesta articulação onde a diversidade das interpretações do nosso objeto de análise faz emergir a mudança social.

Assim, de forma a alcançar uma compreensão integrada do sistema de Cuidados Continuados Integrados recorreremos aos pressupostos⁷ de uma teoria da ação coletiva que nos auxiliem a entender as formas de construção da ação coletiva de um determinado sistema de ação, que podem ser sintetizados nos seguintes postulados (Guerra, 2000, pp. 1, 2):

- a) O sujeito (individual ou coletivo) deve ser pensado como um ator capaz de cálculo e de escolha num contexto de "racionalidade limitada" quer pelos constrangimentos do sistema quer pelo desconhecimento dos contextos de ação e/ou das consequências da sua ação, um ator capaz de ações estratégicas e, portanto, portador de racionalidades, o que não significa lucidez ou consciência, tal como cálculo não conduz ao utilitarismo e instrumentalização pura.
- b) Podemos entender as estruturas como produzidas num contexto de ação coletiva e coletivamente sustentadas pelos atores, recusando-se uma conceção em que as "estruturas" que organizam os sistemas e os "modos de ação coletiva" sejam encaradas como "dados naturais" que aparecem espontaneamente e cuja existência iria por si só como um resultado automático de uma dinâmica qualquer. Além disso, essas estruturas não são entendidas como fruto da soma linear das decisões individuais. As "estruturas", sempre provisórias e contingentes, são fruto das condições encontradas pelos atores graças a recursos e capacidades específicas e historicamente datadas.
- c) Podemos, também, conceber que a mudança é possível através de uma ação concertada de atores numa perspectiva de "governança integrada" em função de objetivos coletivamente definidos, e nesse contexto poder-se-á defender que são os atores atuais que orientam os "sistemas de ação concretos".
- d) Acrescentamos, no entanto, que transpomos este olhar sobre as dinâmicas sociais um entendimento das relações sociais como relações de poder, isto é, relações de troca desigual que comportam sempre uma base de negociação potencial. Nesse sentido, toda a "negociação" é realizada numa base de interações desiguais, entre dominados e dominantes, pese, embora, que o "domínio" de alguns atores sobre os outros pode advir de vários tipos de fontes, entre as quais, económicas, culturais, simbólicas. Este princípio traz consigo elementos paradoxais. É, por um lado, a politização da vida

⁷ De acordo com Isabel Guerra (2002), tais pressupostos recriam e estruturam conceitos provenientes de diferentes correntes teóricas, fundamentados através de um quadro de referência que tenta recuperar a articulação entre as seguintes vertentes da sociologia: urbana, organizações e política.

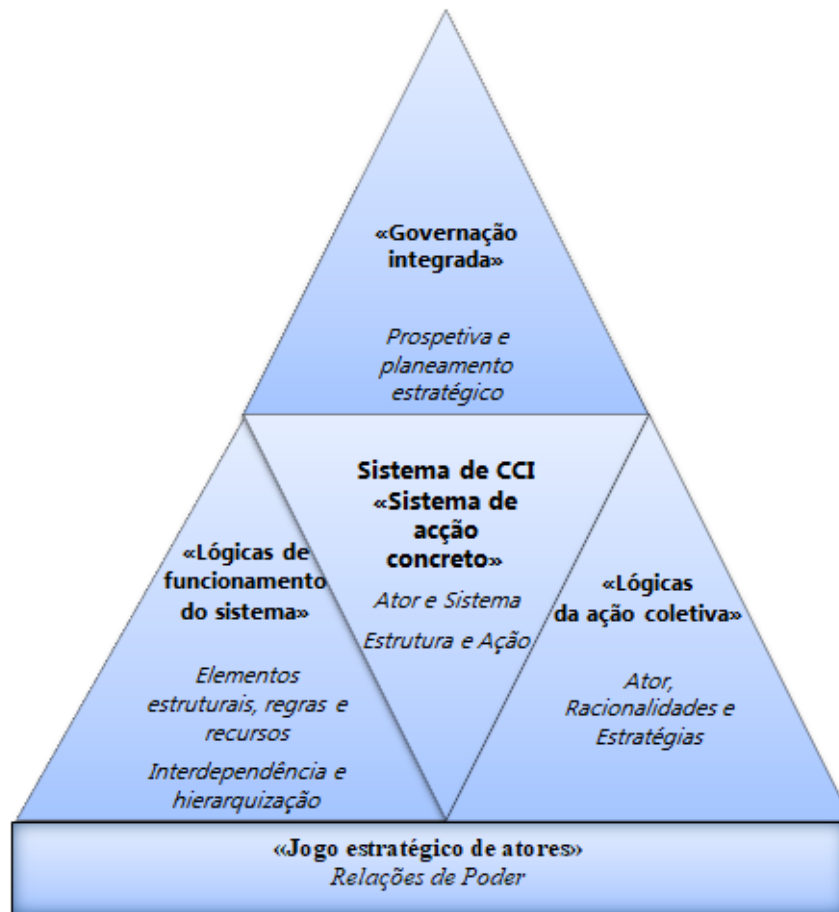


quotidiana, e é, por outro lado, a banalização e uma normalização da noção de poder que é considerado como uma dimensão irreduzível, e perfeitamente "normal", de todas as relações sociais, sejam conflituosas ou cooperativas. Neste contexto, os contextos da ação são entendidos como um conjunto de relações interdependentes, mutuamente condicionadas, e chama-se a atenção para a sociologia das organizações e das decisões, já que a gestão das dinâmicas sociais exige competências que é necessário criar.

- e) Podemos, por último, entender as dinâmicas sociais como dinâmicas interdependentes, mas não necessariamente coincidentes entre ator e sistema. Sendo o contexto da ação um "sistema de ação concreto", recorre-se à noção de interdependência entre o ator e o sistema, que se baseia no postulado da existência, em todos os contextos de ação, de um mínimo de ordem e de interdependência por trás da aparente desordem das estratégias dos atores individuais e coletivos. No entanto, o "descompasso articulado" entre sistema e ator está na origem de muitos efeitos não previstos (perversos ou não).

Com base nestes pressupostos, buscamos um entendimento integrado das dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados (conforme Figura 1), a partir de uma abordagem compreensiva, próxima de Weber e Touraine, com recurso ao campo teórico do que alguns apelidam de «sociologia da acção colectiva».

Figura 1 - Compreensão Integrada do Sistema de CCI



Fonte: autoria própria

A abordagem compreensiva é aquela que mais se ajusta ao perfil e aos objetivos da nossa investigação, na medida em que, tal como expõe Isabel Guerra (2006a, p. 17), “os sujeitos/actores interpretam as situações, concebem estratégias e mobilizam os recursos e agem de acordo com essas interpretações”. As análises compreensivas são orientadas pela “concepção weberiana do sujeito” (Guerra, 2006a, p.17), que olham o sujeito como “capaz de ter racionalidade próprias e comportamentos estratégicos que dão sentido às suas acções num contexto sempre em mudança provocada pela sua própria acção” (Guerra, 2006a, p.17).

Assim, ao situarmos no campo teórico da acção “a compreensão da acção humana” (Max Weber), leva-nos a questionar sobre o que influencia mais sobre a acção dos atores: se “os determinismos sociais (a estrutura) ou os interesses/a vontade e as estratégias individuais dos actores sociais?” (Guerra, 2006a, p.17).

As consequências da aceitação desta discussão situam-se na aceitação da indução como forma de pensamento⁸, na aceitação do carácter provisório/antecipado do conhecimento e na conceção do papel pragmático para a ciência. Ainda assim, conforme adverte Guerra,


Estas metodologias (e reflexões) não parecem ser suficientes para reformatar a teoria geral nem para reestruturar os contextos da acção. Os seus objectivos parecem ser o de produzir um conhecimento próximo do campo de acção e assim, fornecer aos que estão interessados capacidade para socializar a informação colectiva e nela integrar as suas práticas transformando-as e com isso transformar o sistema de acção concreto (Guerra, 2000, p.7).

Se, tradicionalmente, a teoria sociológica situa-se na divisão entre acção e estrutura, os trabalhos de Anthony Giddens e Pierre Bourdieu destacam-se pela forma como transformaram a teoria ao tentar ultrapassar e transcender essa divisão. Estes autores destacam-se principalmente por compartilharem de uma vontade comum de abordar e elaborar uma proposta de resolução teórica para a antinomia estrutura-acção, que marca a sociologia, e por apresentarem uma visão dinâmica da acção social, em permanente processo de estruturação e reestruturação.

A teoria da estruturação de Giddens espelha essa vontade de ultrapassar e transcender a divisão *agency*/estrutura. Ao inspirar-se num conjunto de ideais filosóficos de Martins Heidegger, Giddens tenta demonstrar que a estrutura é sempre resultado de uma prática repetida, isto porque a prática é sempre resultado da estrutura. O seu objetivo passava por elaborar uma visão geral da constituição da sociedade (Giddens, 2000). Do outro lado, e de uma forma similar, Bordieu (1989) procurou produzir uma verdadeira sociologia da prática, introduzindo-lhe uma série de ideais materialistas sobre a noção de estrutura e de constrangimento.

De entre as tentativas contemporâneas de superação no seio das teorias sociológicas, as obras de Giddens e Bourdieu constituem-se como fundamentais para a discussão em torno da relação entre acção e estrutura. Ainda assim, as mesmas confrontam-se com a dificuldade em explicar a relação entre a liberdade do indivíduo e as suas capacidades reflexivas e seletivas com as situações e a existência de normas, valores e instituições construídas social e historicamente.


⁸ Estas e outras questões metodológicas serão devidamente explicadas no capítulo 3 a propósito das implicações metodológicas de uma análise sociológica com recurso à teoria da acção.



Ao evidenciar o contínuo reforço e complementaridade que se estabelecem entre os termos ação e estrutura, Giddens (2000) confere uma maior margem de liberdade aos indivíduos. A ação possui o poder ou capacidade para transformar situações e, por conseguinte, o agente tem a capacidade de introduzir mudanças no mundo social, ainda que reconheça a existência de constrangimentos sobre os atores. Segundo este autor, um ator deixa de ser um agente quando perde a capacidade de influenciar o mundo social. Para Giddens (2000), a capacidade reflexiva do sujeito é a faculdade específica da “agência humana” que o habilita de pensar sobre o que faz, as regras que segue e, por conseguinte, para transformar as práticas e as regras. Isto significa que o indivíduo pode modificar as suas circunstâncias, não apenas em virtude da sua faculdade seletiva e da sua capacidade de acesso e controlo dos recursos de poder, como também da sua posição nas redes de relações humanas.

Por seu turno, Bourdieu compreende a experiência dos agentes sociais como estruturada externamente pelo campo e internamente pelo habitus e que, por sua vez, aqueles agentes movimentam-se em espaços sociais autónomos e distintos entre si, isto é, campos específicos (académico, religioso, científico, arte, literatura) onde se produz e se reconhece o capital dos diferentes grupos sociais. Assim, os atores ou “jogadores” têm as suas próprias regras de ação interiorizadas em função da sua interpretação do mundo onde vivem por meio dos campos específicos, cuja interiorização e automatismo das regras de jogo determinam a sua capacidade de ação.

Em jeito de conclusão: ao descrever, explicar e analisar as dinâmicas atuais e passadas de um determinado sistema social, estamos no fundo a olhar para o seu processo de transformação e mudança. Nesta ótica, somos imediatamente tentados a delimitar períodos diferentes, a situar cronologicamente os acontecimentos e a identificar os momentos e episódios mais marcantes, que nos ajudem distinguir as particularidades de cada transformação sucedida e a relação entre essas transformações e os acontecimentos. Sabemos, contudo, que esses mesmos acontecimentos e/ou transformações não decorrem de processos e ações regulares e lineares, muito pelo contrário, são marcados por momentos e episódios, tantas vezes, contraditórios e irregulares. Na verdade, qualquer que seja o processo de transformação, este não é senão um processo feito de descontinuidades e contradições. Tal como a transformação histórica da humanidade pensada por Norbert Élias (Élias, 2004) também a história dos Cuidados Continuados Integrados nasceu “de planos, mas de forma não planeada. Movida por fins, mas sem finalidade” (p. 36).



Por outro lado, as ações coletivas que aqui vão ser descritas e analisadas, mais do que um processo de transformação das políticas de CCI, incorporam mais uma vontade estratégica. No entanto, essas ações apenas poderão ser compreendidas enquanto uma parte desse processo, ainda que nos possibilite antecipar de que forma as mesmas poderão vir a contribuir para as transformações de acordo com as suas expectativas e intenções estratégicas dos atores. Naturalmente que, ao surgirem novas mudanças e necessidades, as mesmas podem conduzir a novas dinâmicas transformadoras, que, por enquanto, podem estar longe de serem instituídas ou então são apenas ponderadas como possibilidades ou hipóteses pelos atores com uma visão mais prospetiva.

Posto isto, a mudança estratégica do sistema de CCI implica, por um lado, analisar as lógicas de funcionamento do sistema (dimensão sistema), ou seja, identificar os elementos do jogo político e administrativo e analisar as interações entre os elementos que o compõem e, por outro lado, analisar as formas e lógicas da ação (dimensão ação), ou seja, as racionalidades e as estratégias dos atores.

Concebemos, assim, os CCI como um sistema social onde se constroem diferentes formas de ação coletiva no contexto do jogo estratégico de atores com vista a alcançar um futuro desejável, o que nos leva a olhar ao mesmo tempo o objeto de estudo como um sistema de ação concreto – uma entidade dinâmica e organizada num território concreto onde a ação coletiva se estrutura e se constrói em torno de uma finalidade, de um projeto comum - e um processo da ação – as relações entre atores e a «estratégia de actores» entendidas como formas de construção negociada de interesses e objetivos.

Deste modo, quando o interesse se foca na ação dos agentes (ou atores sociais) presentes numa dada situação social e, mais concretamente, na dinâmica da ação coletiva, não podemos deixar de refletir, antes de tudo, sobre uma relação teórica fundamental - a relação entre ação e estrutura, no sentido de compreender de que forma ação se estrutura e constrói.

4. Sociologia da «Acção Colectiva»: Contributos Teóricos Para a Atual Análise da Ação Coletiva

A análise da articulação complexa entre atores e sistemas deu e continua a dar lugar a um dos mais interessantes debates no domínio da análise sociológica da ação, abastecendo o *corpus*


teórico da sociologia da ação de contributos teóricos diferentes nas suas orientações de conceber a ação.

Como já tivemos oportunidade de referir a problemática da relação entre sistema (dinâmicas) e o ator (racionalidade) tem sido amplamente debatida pela sociologia e pelas diferentes gerações de autores que se dedicaram e dedicam a tentar clarificar “essa estreita, e não linear, relação entre o sujeito e a ação coletiva” (Guerra, 2002, p.21).

O debate em torno da reconcetualização do ator retoma Durkheim, Weber e Parsons, pela importância que assumem na conceção que alguns sociólogos contemporâneos tecem sobre o lugar e a função do ator individual, aprofundando a sua ligação e distanciando-se da crise epistemológica que dominou nas conceções clássicas da sociedade. Preocupados com os diferentes domínios da vida social, alguns dos autores mais significativos que situaram uma grande parte da sua obra na discussão dessa relação e que aqui importa salientar são Raymond Boudon (1979, 1982, 1984, 1989), Michel Crozier e Erhard Friedberg (1977) e Alain Touraine (1984).

Retomando ao individualismo metodológico de Boudon (1979, este assenta na ideia de que o objeto da sociologia deve centrar a sua atenção na “compreensão das dinâmicas de relação entre atores” (Guerra, 2002, pp. 23-25). Neste sentido, é dada atenção ao lugar do ator no sistema, onde são valorizadas as suas lógicas e estratégias individuais. Propõe, assim, “a supremacia da lógica da racionalidade”, considerando o sistema um elemento chave do contexto da ação ao determinar os constrangimentos às expressões individuais. Chama, ainda, a atenção para a descontinuidade da relação entre lógicas de funcionamento do ator e do sistema que resulta sobretudo dos “efeitos de composição”, fala de “dupla indeterminação na lógica de acção dos atores - uma indeterminação objectiva (o sistema reduz a margem de manobra da escolha do ator) e uma indeterminação subjetiva (incapacidade de previsão do ator)”. Segundo Guerra (Guerra, 2002), podemos aplicar a análise de Boudon aos dinamismos sociais através da “identificação dos grupos em presença, dos seus conflitos, consensos e estratégias” (Guerra, 2002, pp.23-25).

O trabalho de Michel Crozier e Erhard Friedberg (1977) parte, igualmente, das mesmas reflexões sobre a lógica da ação social e o rumo da mudança social, ainda que o enfoque integre outras dimensões mais sistémicas.



Crozier e Friedberg (1977), ao partir do seu interesse pelo trabalho ao nível das organizações, desenvolvem uma metodologia assente em vários pressupostos. Um dos pressupostos baseia-se na afirmação de que as regras das organizações são acionadas pelos atores e, ao existirem, as mesmas correspondem a relações de interesses e de poder. O que significa que as regras ao serem construídas pelos atores, estes têm o poder de alterá-las em função dos seus interesses ou racionalidade negociadas. As questões do poder e da racionalidade dos atores são centrais na análise sociológica das organizações.


É através da sua obra “O Actor e o Sistema” que Crozier e Friedberg propõem uma “análise estratégica da acção social” baseada na ideia de que a mudança das organizações é feita a partir de um contrato entre os atores, as suas necessidades e aspirações. Este contrato pressupõe o aumento e a consciencialização da capacidade de negociação dos atores, no sentido da construção de uma acção fundada em compromissos e interesses coletivamente desejáveis.

É em torno das relações entre o ator e o sistema, enquanto pólos opostos, que se estrutura o raciocínio dos autores. Para Crozier e Friedberg (1977)

o actor não existe fora do sistema que lhe define a liberdade e racionalidade que pode usar na sua acção. Mas o sistema não existe senão pelo actor, o único que lhe pode dar vida e mudar-lhe o sentido. É na justaposição destas duas lógicas que nascem os constrangimentos da acção organizada (Crozier & Friedberg, 1977, p. 11).

Crozier e Friedberg (1977) propõem, assim, uma teoria da acção assente nos seguintes postulados: a) conceber um «sistema de acção concreto» a partir da análise sistémica que impõe o reconhecimento da coerência dos elementos de um sistema, bem como a ideia de alteração de um dos elementos alterar o conjunto do sistema. O facto dos sistemas terem mecanismos integradores que coexistem com tensões e contradições, impõe conhecer a origem das contradições e dotar os sistemas de capacidades mínimas para garantir a sua manutenção; b) a ideia de «interdependência e hierarquização dos elementos do sistema», defendendo que o mesmo tem múltiplas entradas, isto é, afasta a ideia da primazia do económico e dos valores sobre as outras dimensões do sistema; c) o princípio da «homogeneidade do campo social», onde os valores humanos e os comportamentos coexistem com outros elementos naturais que os podem influenciar.

De acordo com os referidos autores (1977), o sistema de acção resulta dos “efeitos de agregação” ou de “efeitos de sistema”, cuja lógica de funcionamento não provém diretamente




da racionalidade e da intencionalidade dos atores individuais. Neste sentido, as estruturas e as formas de ação coletiva consistem em “artefactos humanos”. Estes autores confiam na capacidade de mudança regulada dos sistemas em função de valores assumidos coletivamente, potenciando, ao nível dos sistemas de ação, uma ligação próxima entre os atores e o sistema. Deste modo, o sistema, ao mesmo tempo, controla o ator e confere-lhe liberdade para decidir.

A análise estratégica assume aqui um papel determinante no sentido de ajudar os atores a compreender melhor as lógicas de funcionamento do sistema, dos objetivos e necessidades que o mesmo satisfaz (ou não). Ao tomarem conhecimento, os atores não só ampliam as “relações de poder socializado”, como ganham maior liberdade no sentido de dar novas orientações às suas ações e regras de ação coletiva (Crozier & Friedberg 1977, como referido em Guerra, 2002, p. 27).

Outra problemática refletida por Crozier e Friedberg (1977) diz respeito à mudança. Ao mesmo tempo que a concebe como um problema e como um fenómeno sistémico, também a compreende como uma oportunidade de aprendizagem de novas formas de ação coletiva. Considera que todo o sistema de ação está em permanente alteração e que, portanto, está em condições para receber essas alterações. Advertem, no entanto, que essas mudanças apenas são possíveis se forem guiadas e orientadas por meio do exercício do poder e da capacidade de aprender e criar normas coletivas, assim como novos modelos relacionais e códigos de conduta e de raciocínio.

Alain Touraine desenvolve uma teoria da ação centrada na procura de uma compreensão das dinâmicas de mudança, especialmente ao nível do estudo dos movimentos sociais. Touraine concebe, assim, a vida social como um “processo” focalizado na ação dos atores, substituindo o conceito de “sociedade” pelo conceito de “vida social” (Touraine, 1984).

Ao centrar o trabalho sociológico na análise da estratégia dos atores e identificar a dialética contraditória dos fenómenos e relações sociais, Touraine defende que o “essencial é que a separação crescente do actor e do sistema seja substituída pela sua interdependência, graças à ideia de sistema de acção”. Na sua ótica, os sociólogos devem “substituir o estudo das respostas sociais pelo da análise dos mecanismos de autoprodução da vida social”, em vez de “descrever os mecanismos de um sistema social, da sua integração ou da sua desintegração, da sua estabilidade ou mudança”. O papel do sociólogo passa, portanto, por clarificar a




historicidade dos sistemas de ação e os conflitos e as relações sociais que os produzem (Touraine, 1996).

Touraine (1973) produz, assim, uma «teoria da acção histórica», onde o ator ocupa um lugar de destaque. Afirma que o sentido da ação não se resume às manifestações das intenções do ator, nem sequer está estruturado pelas regras do sistema e que sociedades são capazes de se construir e de alterar os seus modelos de funcionamento se conseguirem criar uma identidade própria e investir na construção de uma imagem da sua história e do seu futuro controlando os seus destinos.

A reflexão deste autor, apesar da sua complexidade, torna-se importante para a nossa pesquisa pela tentativa de articulação da relação ator/sistema e pelo facto de entender o sujeito como um ator através da seguinte definição: “o sujeito incorpora identidade e racionalidade, construindo-se como um actor capaz de alterar o que o rodeia e, num projecto colectivo, a democracia é indispensável para gerir as relações entre racionalização e identidades” (Touraine, 1996, p. 160).

Do debate em torno da análise de uma sociologia da «acção colectiva» emergem duas questões fundamentais para a nossa pesquisa, conforme sugere Guerra (Guerra 2002). A primeira questão remete-nos para as diferenças entre a análise estratégica e o individualismo metodológico. Se, por um lado, a proximidade entre ambas reside na “concepção weberiana da acção que atribui racionalidade ao actor social” (p.39), as suas diferenças estão fundadas na importância dada à relação ator/sistema e às potencialidades desta relação, bem como na atenção do ator em detrimento do sistema. Quanto às diferenças, a primeira de “ordem epistemológica”, reporta-se “às tentativas do individualismo metodológico para definir o papel do sujeito da compreensão colectiva das acções individuais”, ao contrário da análise estratégica que “insiste em fazer da análise sociológica a base para uma teoria da mudança organizacional”. A segunda distinção relaciona-se com as “propriedades do sentido da acção para o ator”. Se para a análise estratégica, a presença dos constrangimentos dos sistemas é mais acentuada, condicionando e inibindo a ação do sujeito, para o individualismo metodológico esta ideia é falsa, afirmando que os atores são lúcidos quanto à ação (Guerra 2002, p.32).


Crozier e Friedberg, através da sua obra *O Actor e o Sistema* (1977), buscam assim integrar estas duas perspetivas, defendendo que o ator tem poder para controlar “uma zona pertinente



de incerteza” e que a compreensão do sistema implica a combinação de um raciocínio estratégico e de um raciocínio organizacional. Estratégico no sentido em que o ator identifica os constrangimentos que poderão explicar algumas “irracionalidades aparentes”, e organizacional que impõe ao ator “situar a dimensão contingente da ordem construída”. Nesta perspectiva, estes autores falam de processos de negociação e de aprendizagem coletiva, no sentido em que uma estratégia de mudança obriga à construção de diferentes níveis de negociação (partindo da ideia de que cada ator aceita em participar nesse processo desde que a sua liberdade de escolha seja respeitada) e, conseqüentemente, a uma aprendizagem coletiva de regras, com vista à descoberta de objetivos e à apropriação do sentido da ação.

Contudo, esta mudança estratégica, obriga, segundo aquele autor, a considerar duas dimensões de análise: “a lógica de funcionamento do sistema” (dimensão do sistema) - que impõe que o ator esteja atento a todos os “elementos do jogo político e administrativo”, assim como às interações entre os diferentes elementos constituintes da sociedade; e “a lógica da ação”, compreendida como as racionalidades e as estratégias que os atores desenvolvem no contexto da mudança - que obriga ao compromisso dos atores na análise dos problemas, com vista a encontrar as soluções a partir dos seus próprios recursos, mudando-se a si mesmos e aos sistemas de ação. A este respeito, Crozier e Friedberg acrescentam que a democratização não deve assentar nas formas e nas estruturas, mas no método e no raciocínio, pois é nesta base que se torna possível o compromisso e a responsabilidade (Crozier & Friedberg, 1977).

A análise destes autores permite-nos, contudo, afirmar que as perspectivas sistémicas e estratégicas complementam-se, enriquecendo a análise do social. A segunda questão fundamental incide, assim, na complementaridade entre a “sociologia dos atores” e a “sociologia dos sistemas” Se, por um lado, a perspectiva sistémica procura analisar as regulações ou as formas estruturais que produzem e reproduzem o sistema, por outro, a perspectiva estratégica torna-se essencial para explicar os períodos de crise, em especial aqueles em que se assiste a transformações culturais, com mudanças profundas ao nível das práticas. Além disso, como explica Guerra, “a prospectiva estratégica orienta-se sobretudo para a identificação das práticas actuais e da emergência de novos comportamentos e factores que são constitutivos de mudanças que consolidam, ou transformam, as regras e/ou as instituições existentes” (Guerra, 2002, p. 33).



Estamos, portanto, perante modelos de interação que valorizam, não indivíduos isolados como o individualismo metodológico, mas de atores que atuam em função do coletivo, isto é, a partir da percepção dos outros e dotados de uma consciência coletiva.


Conforme explica aquela autora, a passagem do “microacontecimento” à macroestrutura, acontece quando um “conjunto complexo de microacontecimentos” se inscreve nos processos de solução existentes, é declarado pelos atores que os mobilizarão com vista a atingir determinados fins e possui uma durabilidade e uma longevidade suficientes. Isto quer dizer que, as práticas e os procedimentos quotidianos apenas se tornam “estruturas de conhecimento culturalmente organizadas” quando os mesmos passam regularmente “a prova da realidade para se estruturarem em modelos de rotina” (Guerra, 2002, p. 33).

Recorremos à «sociologia dos actores» na aceção dada por Giraud (1994) para, com isso, centrar o nosso olhar sobre os processos de mudança de um dado sistema de ação concreto – o sistema dos CCI, procurando entender o conflito na interação entre o sujeito e o sistema, a liberdade e o poder e, desta forma, identificar as lógicas implícitas na “construção da historicidade dos sistemas (Giraud, 1994, p. 21).

Esta sociologia dos atores incorpora vários postulados, entendendo o indivíduo como um ser ativo. O primeiro postulado compreende os factos sociais a partir da ação, admitindo que os acontecimentos sociais são produto de ação individuais agregadas. Inerente a este, está o segundo postulado que considera a ação dos atores uma ação racional, conduzindo-nos ao conceito de racionalidade da ação humana limitada. Por último, o terceiro postulado crê que, apesar de limitada, as racionalidades têm o poder de mudar os contextos de interação, tornando-se possível orientar a mudança social de forma negociada e coletiva.

Os “sociólogos dos atores” entendem, assim, a racionalidade dos atores como o meio de utilização de recursos individuais (capacidades cognitivas, crenças...) e ou coletivos (meios, valores de referência...) para responder a uma situação concreta e ou mudança. Através desta forma de conhecimento, o sociólogo busca identificar os recursos disponíveis e os objetivos consensuais (e os conflituais) de forma a orientar a historicidade do sistema e a encontrar uma relação de equilíbrio entre a coesão do sistema e a liberdade dos atores (Guerra, 2002, p. 34).

Para Guerra (2002), uma teoria da ação pressupõe olhar de forma atenta para esta relação complexa entre o ator e o sistema, a fim de se compreender as suas formas de complementaridade e as suas tensões. É no contexto do planeamento que esta relação urge




como central pela exigência que se faz aos atores na definição de um futuro desejado. É, portanto, no contexto de uma sociologia de ação, que devem ser refletidas as seguintes questões: “Como controla o sujeito as propriedades do sistema? Como pode o sujeito alterar o sistema? Quem tem poder para orientar o sistema a seu favor?” (Guerra, 2002, p. 36).

Quando estamos a analisar a ação social e procuramos responder a estas questões não podemos deixar de refletir sobre as problemáticas do poder e das estruturas. Partindo da ideia de que os contextos de mudanças sociais são desiguais, uma vez que os atores atuam de modo diferenciado, ocupam lugares socialmente desiguais com acessos diferenciados aos recursos e competências de interpretação e intervenção distintas, torna o sistema assimétrico em termos das relações de poder. Nessa medida, a questão do poder constitui um problema macro e central pela capacidade que têm alguns atores de realizar a sua vontade perante a resistência dos outros e de estabilizarem as relações de poder (Guerra, 2002).

Nas palavras de Guerra (2002), “as estruturas que organizam os sistemas e os modos de ação coletiva são sempre provisórias e contingentes” e, portanto, não surgem naturalmente e como resultado mecânico de uma determinada dinâmica. Desta forma, sendo a ação coletiva fruto das decisões de atores com interesses e necessidades diferentes, num campo de relações onde são fortemente desconhecidas as consequências da ação, assim como as relações e lógicas dos outros atores, faz da dinâmica dos sistemas um campo de incerteza e de indeterminação (Guerra, 2002, p. 36).

Ainda assim, conforme adverte Guerra, a indeterminação da dinâmica dos sistemas apela o interesse de conhecermos o seu funcionamento e de compreendermos as lógicas e racionalidades subjacentes, questionando “sentido social que elas representam e a que problemas tentaram responder, bem como as dificuldades e os constrangimentos que provocam” (Guerra, 2002, p. 37).

Esta articulação não linear entre os efeitos do sistema (as propriedades dos sistemas) e as decisões individuais (capacidades dos atores) dão lugar àquilo a que Boudon designou de “acaso” e “desordem”. Assim, os resultados da ação coletiva, muitas vezes contrárias às vontades dos indivíduos, deve-se, não à “natureza intrínseca” da ação social, mas antes “ao modo de estruturação social do campo da ação”, isto é, às propriedades de organização e/ou aos sistemas de ação organizados, ou melhor, às formas de construção dos processos de ação coletiva (Crozier & Friedberg, 1977, p. 16).



Neste sentido, para o enriquecimento do *corpus* teórico da nossa investigação pretendemos usar o conhecimento sociológico, no quadro da sociologia da ação coletiva. O objetivo de uma sociologia da ação é o de elucidar as formas de construção da ação coletiva, tornar claros os papéis dos diferentes atores e muito particularmente do agente público. Dito de outra forma, essa perspectiva sociológica pretende entender como se processam os conflitos e os consensos em termos das relações de poder que atravessam uma sociedade ou uma situação concreta.


No campo da sociologia da ação coletiva, estamos perante paradigmas de índole sociológica, sendo que cada uma apresenta propostas diferentes, mas que complementam o nosso entendimento da ação colectiva.

Contudo, a clarificação do conceito de ação coletiva ainda está longe de ser consensual pela diversidade de paradigmas de entendimento das formas de ação no quadro da sociologia. O uso recorrente da noção de «ação coletiva» suscita uma primeira dificuldade: o adjetivo «colectiva» que a acompanha impõe, conforme Neveu (1996), a que se recorra de imediato a uma definição redutora, isto é, a de que ação coletiva se traduz numa ação comum cuja intenção passa por alcançar objetivos partilhados (Neveu, 1996).

A reflexão em torno da ação social conduz-nos, ainda, para o tema da cooperação entre atores, embora associados a contextos díspares e com formas de compromisso igualmente distintas.

Perante a diversidade de entendimentos da ação coletiva é crucial neste momento precisar e delimitar o âmbito da nossa discussão teórica. Importa aqui esclarecer que a nossa análise centra-se sobre a ação coletiva nas suas formas “institucionais de participação de atores coletivos”, no que diz respeito ao planeamento estratégico, onde os atores coletivos são “actores que representam interesses de grupos sociais que lhes determinam «legitimidade»” (Guerra, 2006b, p. 58).

Guerra faz referência a Alberto Melucci (1996) como o autor que melhor contribuiu para a definição de ação coletiva e da diversidade de formas de «ação colectiva», considerando que este conceito tem sido pouco aprofundado, ignorando um conjunto de dimensões e características sociais que, na sua ótica, devem ser ponderadas na sua denominação, designadamente: as ações incluem ao mesmo tempo um grupo de indivíduos ou grupos; as ações revelam características morfológicas semelhantes em proximidade no espaço e no tempo; as ações implicam um campo de relações sociais; as pessoas envolvidas atribuem



sentido à ação em causa. Segundo Melucci (1996), o envolvimento das pessoas apresenta significados distintos e sentidos opostos: consenso versus conflito; solidariedade versus agregação de interesses (Melucci, 1996, p. 26).

Tem-se assistido, nas últimas décadas, a duas formas de mobilização coletiva com sentidos e orientações opostas: num sentido negativo, a reemergência de reivindicações de todo o tipo (muitas delas até violentas) questionando diretamente as ações públicas; e, por outro lado, uma forma de mobilização da ação (em sentido positivo) ligada ao conceito de «governança» que surge como uma chamada de atenção a novas formas de participação de apoio à capacidade de intervenção do Estado, ou seja, a existência de grupos organizados da sociedade civil que são chamados a intervir na co-produção de políticas públicas (Guerra, 2006b).

Apesar da existência de diferentes posturas e perspectivas no domínio de pesquisa da sociologia da «ação colectiva», é possível identificar cinco «correntes», onde se enquadram na sua matriz de reflexão os fenómenos da ação coletiva: “o estudo do comportamento colectivo”; “a teoria da mobilização dos recursos”; “a teoria dos novos movimentos sociais” (as três primeiras no contexto europeu); e a teoria dos quadros de referência denominada de *frame theory* (no contexto americano). Surge, ainda, como quinta corrente o “planeamento estratégico local e territorial”, que vem questionar a democracia representativa como única forma de representação dos interesses sociais, trazendo à discussão as novas formas de governança. Para Guerra, esta corrente defende o surgimento de novas formas de decisão e ação coletiva em virtude da “crise de legitimidade do Estado e da emergência reivindicativa dos atores”, assim como da “complexidade dos problemas e da multiculturalidade”, o que não é harmonizável com o funcionamento centralizado e homogêneo dos aparelhos públicos (Guerra, 2006b, p. 12).

Ao nos centrarmos no campo da sociologia da ação coletiva, procuramos neste ponto apreciar e desenvolver a resposta de um dos modelos teóricos disponíveis aos motivos que levam os atores a uma participação coletiva – a teoria da mobilização dos recursos (TMR). Para além destes, resgatamos para a nossa análise a conceção de planeamento aliada às novas formas de governança, conforme nos sugere Guerra (2006b) - o planeamento como um “jogo estratégico de actores”, isto é, um processo onde emergem “novos espaços de exercício de poder e de regulação social” por meio do qual se aprofundam “novas formas de pensar e fazer a acção colectiva”. (Guerra, 2006b, p.9).

Para um entendimento da ação coletiva, recorreremos, assim, à teoria da mobilização dos recursos (TMR)⁹, que sugere os seguintes conceitos chave: “Actor”; “Poder”; “Recursos”; “Sistema de Acção Concreto”; “Racionalidade”; e “Estratégia” (Guerra, 2006b, p. 99). Como autores de referência desta abordagem teórica, são destacados autores como Olson (1965), Oberschall (1973, 1993), Crozier (1970 e 1977) e Friedberg (1977 e 1993).

Esta corrente afasta a ideia de uma concepção espontânea da ação coletiva, uma vez que a mobilização é entendida como fruto de um trabalho de organização, construção e aquisição de recursos materiais e humanos desenvolvido pelos atores sociais que se comprometem em relação a objetivos conflituais (ou não), defendendo que ação social surge como uma “acção institucionalizada” e não somente segundo uma “lógica esporádica e espontânea” (Guerra, 2006b, p. 65).

De modo geral, destacam-se três linhas de desenvolvimento da TMR, designadamente: a “teoria dos jogos”¹⁰, baseada na identificação das condições de cooperação e conflito; a “teoria da acção colectiva de Olson”; e a “abordagem estratégica de Crozier e Friedberg”. Estas diferentes linhas de pensamento aproximam-se no seguinte ponto: a concepção da “ação social como ideologicamente legítima e resultante de comportamentos voluntários e intencionais” (Guerra, 2006b, p. 66). Vejamos melhor.

Começando pela *teoria dos jogos*¹¹, esta surge associada ao estudo dos conflitos, permitindo antecipar as condições de cooperação ou de conflito entre os atores e as possíveis escolhas estratégicas que se lhes são propostas. A teoria dos jogos, sob a forma de apresentação matricial, possibilita diferentes tipos de jogos ou escolhas. Conforme a concepção de Mann (1991), a matriz pode, de um modo simplificado, apresentar a seguinte configuração: o ator A e o ator B dispõem cada um de duas possibilidades de ação, sendo que para A existe a possibilidade a1 ou a2, e para B a possibilidade b1 ou b2, resultando numa matriz com quatro soluções: a1 e b1; a2 e b1; a1 e b2; a2 e b2. Assim, o primeiro tipo de jogo, chamado de «soma nula» - o que é ganho por um ator será perdido pelo outro, parte da racionalidade do comportamento do ator, cujos interesses podem ser totalmente opostos. Por outro lado, é possível ter um jogo de «soma não nula», em que, ainda que opostos, alguns interesses podem

⁹ O desenvolvimento desta «corrente» surge nos anos 50 e 60 com a emergência de novas formas de ação coletiva.

¹⁰ Esta teoria foi desenvolvida por Van Neuman, matemático, e Morgenstern, economista, na obra *The Theory of Games and Economic Behavior*.

¹¹ A teoria dos jogos baseia-se no paradigma utilitarista e na crença da racionalidade individual.

ser considerados convergentes, desde que um dos atores julgue que tem algo a ganhar caso chegue a um acordo com o seu opositor. A terceira possibilidade de jogo pode ser designada de «cooperação total», uma vez que os atores em jogo coordenam os seus esforços de forma eficaz (Guerra, 2006b, p. 66).

Segundo Guerra, a teoria dos jogos apenas traz vantagens para a compreensão da ação coletiva uma vez que valoriza “o facto de a decisão dos actores não se fazer num vazio social mas num ambiente racional e transaccional, de difícil previsão”, acrescentando, no entanto, a incapacidade da mesma não responder à seguinte questão: “Em que condições agem os indivíduos colectivamente para defender os seus interesses também colectivos?” (Guerra, 2006b, p. 67).

Ao escrever sobre a teoria dos jogos, Peter Abell (1996) diz que esta “estende a teoria da acção racional individual a situações em que os actores ao agirem, levam em consideração as acções dos outros.” (p. 273). Isto significa que o destino dos atores é influenciado não só pelas suas próprias acções, como também pelas acções dos outros. Ao abordar a teoria dos jogos, este autor fala-nos de uma outra classificação dos jogos, além da classificação baseada na distinção entre jogos de «soma nula» e jogos de «soma não nula», que reside na distinção entre jogos de «informação completa» e os de «informação incompleta». Esta distinção revela as “condições informacionais dos atores (jogadores) sob as quais são formadas as preferências e a acção toma lugar”, chamando a atenção para o que é e não é conhecido pelos atores – o «conhecimento». Outra distinção central destacada pelo autor é a distinção entre jogos cooperativos e não cooperativos. Como já foi referido, nos jogos cooperativos os atores comunicam entre si e, através dessa comunicação, estabelecem acordos no sentido de formar coligações. Pelo contrário, nos jogos não cooperativos, como não há lugar à comunicação, não há possibilidade dos atores formarem acordos (Abell, 1996, p. 274).

Abell fala-nos, ainda, das suas potencialidades. A teoria dos jogos pode, por um lado, ajudar a clarificar a “natureza das situações estratégicas” e, sempre que possível, indicar uma solução de equilíbrio que prediz as acções estratégicas que cada ator irá adoptar. Por outro lado, pode ajudar a desenredar a complexidade inerente a muitos mecanismos micro-macro¹² que possuem uma estrutura estratégica complexa. Neste sentido, considera aquele autor “urgente

¹² Segundo Abell, “os mecanismos que relacionam as acções sociais individuais com os resultados sociais (não são necessariamente premeditados) são, com frequência, complexos (...) envolvendo muitos actores e padrões intrincados de interdependência estratégica e paramétrica” (Abell, 1996, p. 274).

dispormos de modos de descrever estes processos complexos” de forma tal que possam ser tratados como «factos sequenciais», e só então, espera-se, como trilhos de equilíbrio nos jogos constituintes” (Abell, 1996, p. 275).

A propósito da problemática da interdependência e ação social, Abell identifica dois tipos de ação (inter) dependente (segundo as ações de Weber): as “acções sociais paramétricas” e as “acções sociais estratégicas”. Na sua perspectiva, as ações são paramétricas “quando as acções dos outros puderem ser vistas como independentes das acções do actor focal, de forma tal que ele (ou ela) não tenha que calcular o que os outros farão em consequência daquilo que ele faz, ou em antecipação daquilo que poderá fazer (...) os actores podem ser interdependentes de modo paramétrico se cada um tratar o outro como um dado ambiental”. Quando fala, por outro lado, de ações sociais estratégicas, este autor refere-se à situação de um ator ter que antecipar “o que os outros estão a fazer, ou farão, em resultado do curso da acção que adoptar.” (Abell, 1996, p. 270)

Partindo do princípio de que os mecanismos possuem uma complexidade suplementar, Abell apela a um olhar atento, em especial, à complexidade do material gerado a partir de um estudo histórico de caso. Refere que os estudos de caso com estas características possuem frequentemente, “muitos actores (unidades de análise), cujas acções são paramétricas ou estrategicamente interdependentes”. Outra característica essencial é a possibilidade de existirem “níveis de agregação diferentes, por exemplo, indivíduos ou colectividades deste ou daquele tipo (...) a agregação pode modificar-se no decurso da narrativa, por exemplo, a criação de uma colectividade efectiva”. Por último, pode também existir a “ramificação e combinação de subgrupos” (Abell, 1996, p. 275).

Para além de Abell, a *teoria da ação coletiva de Olson* trouxe os contributos sociológicos que faltavam às bases do raciocínio económico inscrito na teoria dos jogos. Olson (1965) destaca a lógica racional da ação do sujeito através do famoso «paradoxo de Olson». Esta «racionalidade» é explicada quando o ator para atingir os seus “objetivos egoístas, ou altruístas, usa os meios eficazes e adaptados para atingir os fins que pretende”. Evidenciou, ainda, os “obstáculos lógicos à construção da acção coletiva”, explicando que o ator, ainda que seja do seu interesse associar-se para alcançar um benefício coletivo, muitas vezes não irá fazê-lo, uma vez que está tentado a contar com a ação dos outros membros. Desta forma, ao alcançar essa vantagem irá favorecer o ator no sentido de o mobilizar sem fazer qualquer esforço. O que explica a dificuldade de mobilização de muitos atores, individuais ou


coletivos, em situações em que os seus interesses individuais são postos em causa, acreditando que havendo a mobilização de alguns atores, beneficiarão dos ganhos que esses alcançarem. Na sua perspetiva, o obstáculo à mobilização da ação apenas pode ser ultrapassado, quer nos pequenos grupos em que o ator pode ter vantagens em suportar os custos de obtenção do bem coletivo, quer nos grandes grupos, cujo obstáculo pode ser ultrapassado quando se incluem aos benefícios coletivos estímulos individuais à ação, sejam elas positivas (recompensas) ou negativas (sanções) (Olson, citado por Guerra, 2006b, p. 68).

Assim, na tentativa de não limitar a compreensão da ação coletiva à racionalidade individual, alguns autores de referência da TMR procuram questionar os processos a partir dos quais os atores coletivos criam solidariedades e identidades coletivas.

Para o sucesso da ação coletiva, Olson¹³ indica duas estratégias chave. A primeira indica que aqueles que conduzem a ação coletiva devem procurar ligar a produção de bens coletivos com os bens individuais. A partir do exemplo das organizações sindicais, este autor faz notar que essa associação de bens coletivos e de bens individuais existe sempre em todas organizações, senão para os aderentes, ou mesmo para os militantes ou os membros da organização. Mesmo que o seu interesse seja reduzido, quem anima e conduz a ação coletiva obtém os benefícios individuais. A outra estratégia consiste em usar os constrangimentos de forma a suprimir as contradições das escolhas «racionais». Acrescenta Reynaud (2004) que este constrangimento pode ser consentido, e até mesmo da forma mais democrática (Olson, 1965, como mencionado em Reynaud, 2004).

Segue-se uma outra linha de desenvolvimento teórico ancorada na teoria da mobilização coletiva - a *análise estratégica*, desenvolvida por Crozier e Friedberg, cuja análise centra-se nas condições e nos constrangimentos à ação coletiva. Sendo sustentada pela teoria da ação e tendo surgido das necessidades e contingências dos processos de intervenção sociológica, a análise estratégica assume-se, antes de mais, como um método com profundas implicações metodológicas. Assim sendo, ao adoptarmos a análise estratégica estamos desde logo a assumir os seus pressupostos característicos de um raciocínio que visa a compreensão do sujeito e da sua influência na mudança social, isto é, estamos a definir uma certa conceção do

¹³ Jean-Daniel Reynaud questiona o paradoxo de Marcur Olson, expondo que o mesmo repousa sobre um paradigma utilitarista, no sentido que a ação humana pode ser reduzida à busca racional dos interesses. Segundo Reynaud, do ponto de vista prático, Olson mostra bem os limites das associações sindicais/militantes, e teoricamente demonstra que a ação coletiva não pode passar sem constrangimento social (Reynaud, 2004, p. 72). A proposição que este autor retira de Olson é que a ação coletiva é, por norma, condicionada por uma regulação comum.



saber e do trabalho científico ancoradas em três princípios fundamentais. O primeiro princípio assenta na “compreensão do sujeito como um actor capaz de racionalidade e de escolha”, isto é, os atores são capazes de tomar ações estratégicas e, neste sentido, são portadores de racionalidades, que não se traduzem necessariamente em ações lúcidas ou conscientes. Por outro lado, esta racionalidade é sempre limitada pelo conhecimento que os mesmos têm dos contextos e situações, pela indeterminação dos sistemas e dos efeitos da sua ação, ou pela impossibilidade de controlo da subjetividade dos outros. Assim, o ator é dotado de uma «racionalidade limitada» por três motivos. Primeiro, o ator age no contexto de um sistema de ação que não conhece integralmente. Segundo, não domina as consequências provocadas pela sua ação e, em terceiro, está sujeito aos constrangimentos que advêm do próprio sistema de ação. O segundo princípio dá-nos a perspetiva de “entendimento das relações sociais como relações de poder” (Crozier & Friedberg, 1977, p.11).

A dimensão do poder surge como central na análise sociológica pela importância da análise das interações sociais atravessadas pelas relações de poder baseadas em relações de troca assimétricas. Este entendimento das relações sociais permite incorporar na análise dimensões como a instabilidade e a conflitualidade dos comportamentos, evitando uma perspetiva excessivamente consensual das estruturas da ação coletiva. Por último, esta abordagem apela para um olhar crítico da sociologia das organizações e da decisão no sentido de perceber os contextos da ação como uma combinação de relações interdependentes reciprocamente condicionadas (Friedberg, 1994).

Para Guerra (2006b), como “nó central deste jogo de interdependência” surge o poder, cujo papel consiste em mediar projetos e ações entendidas como meios de troca negociada de comportamentos em contexto de incerteza. (Guerra, 2006b, p.39).

Na perspetiva de Crozier e Friedberg (1977), o poder consiste numa relação negociada que todos possuem, ainda que de forma desigual, permitindo reciprocidade e uma possível negociação baseada na incerteza.

Para aqueles autores,


O poder é a «matéria-prima» da ação colectiva (...) a chave do exercício do poder reside na capacidade de influenciar os outros. A força da pressão do poder varia e dá origem a diferentes poderes, que são por sua vez situacionistas, isto é, alteram-se conforme as circunstâncias. O poder pode ter origem nas competências ou especializações, no controlo das informações de relação como outros ou com o meio

exterior, no conhecimento das regras de funcionamento do sistema acção. (Crozier & Friedberg, 1977, pp.64, 65).

Conceitos como «sistema» e «actor» integram o centro desta abordagem, cuja hipótese de pesquisa fundamenta-se na existência da interdependência entre atores, partindo de mecanismos de jogo (coordenação) que possibilitem regular a interdependência. Daqui surge o terceiro princípio que considera as dinâmicas sociais como “dinâmicas interdependentes, mas não necessariamente coincidentes, entre actor e sistema” (Guerra, 2006b, p.40). Segundo este princípio, o sistema é considerado como um «sistema de acção concreto», onde a interdependência entre o ator e o sistema assenta na premissa de que em todos os contextos existe um mínimo de ordem e de interdependência por detrás da desordem aparente das estratégias dos atores individuais e coletivos. De acordo com Friedberg (1994, citado por Guerra 2000, p. 71), passa-se da ideia de uma organização simples e concreta vista como uma “entidade unificada e coerente ao serviço passivo de uma racionalidade única” para uma conceção “muito mais complexa, abstracta e fluída, de construção de jogo, de laço contratual, ou simplesmente de arena ou de contexto de acção”. Ainda assim, a ordem local predomina, assim como as regras e os mecanismos de regulação que estão dependentes desses processos de interação e de negociação. O conceito de regra é definido por Friedberg como um instrumento estratégico de análise sociológica, no sentido em que, por um lado, tenta descrever e desmistificar os “mecanismos institucionais, os arranjos estruturais e os equilíbrios de poder que relacionam um conjunto de actores empíricos afectados por um problema comum e que regulam as suas transacções”; por outro lado, permite destacar os efeitos desses mecanismos nos “comportamentos empiricamente observáveis desses actores e as suas margens de manobra, de liberdade de acção e capacidades estratégicas e cognitivas” (p.71).

A análise do «sistema de acção concreto» remete-nos para o estudo do modo como os atores coletivos se estruturam, determinam as regras do jogo (as formas de regulação social), negociam e definem os objetivos e estratégias que animam as organizações e instituições. Partindo deste princípio, independentemente do contexto concreto onde a acção social se desenvolve, esta é, nas palavras de Guerra:

conceptualizada e, como sempre, mediatizada por um conjunto mais ou menos estabilizado e articulado de jogos cujas regras e mecanismos de regulação estruturam os processos de interacção, quer dizer, de troca e de negociação, através dos quais os actores respectivos regulam e gerem as dependências mútuas que deram origem à sua concepção, ao mesmo que são mantidas por elas (Guerra, 2006b, p. 72).



Para analisar a dinâmica relacional do mundo social (como processo) implica “compreender como os indivíduos agem no decurso das negociações, fazem escolhas estratégicas (cooperam, impõem, discutem) e como se processam as relações de poder.” (Guerra, 2006b, p. 72). O enfoque da análise estratégica é, portanto, a «ação organizada», a «coerência das decisões» e as «interdependências complexas entre poderes».

Neste sentido, o papel do sociólogo passa por clarificar as regras do jogo social e os interesses que estão em jogo, a fim de apoiar os atores nos processos de decisão. A ação coletiva resulta, na perspetiva desta autora, sobretudo de uma necessidade de decisão e de organização dos sistemas, cuja adaptação à modernização não significa uma reação à mudança e à tensão, mas antes uma resposta aos interesses individuais e coletivos do grupo (Guerra, 2006b).

Concluindo, a TMR caracteriza-se por fornecer uma dimensão estratégica aos movimentos coletivos, sendo que alguns autores aproximam-se mais dos modelos do comportamento coletivo e outros da mudança organizacional e ainda outros autores procuram a sua reconciliação. Procuramos neste estudo essa reconciliação, ainda que o nosso foco sejam as estratégias mobilizadas pelos atores no contexto de um sistema de ação concreto.

São várias as críticas que recaem sobre esta teoria. A principal crítica recai sobre o seu fechamento nas estratégias e nas dimensões organizacionais, dificultando que os autores olhem diretamente para a questão da identidade e da solidariedade de grupo. Outra crítica evidenciada por Fillieule, Olivier e Péchu (1993) prende-se com o facto dos fundamentos teóricos deste paradigma impedirem que se adopte uma perspectiva única de análise perante as imprecisões e contradições internas das diferentes noções.

Outra limitação da TMR está no modo como questiona a problemática a ação coletiva ao centrar a sua atenção «no como» e não «no porquê» (Melucci, 1996).

Buscamos, assim, para a nossa análise o entendimento da ação coletiva segundo a TMR, que considera que os atores desenvolvem a respeito de uma situação concreta interpretações semelhantes com base numa mesma avaliação dos custos e das vantagens da ação. Essa interpretação constrói-se à luz do confronto entre interesses individuais e coletivos que, por sua vez, vão determinar os seus comportamentos.

Ao nível do método, este tipo de abordagem teórica foca-se nas estratégias desenvolvidas pelos grupos com vista aquisição ou preservação de recursos no contexto económico, político e social, assim como à mobilização dos seus membros para a participação.

Os contributos teóricos até aqui expostos são essenciais para o entendimento da ação coletiva (no quadro da sociologia), cuja questão central se move em torno da problemática da mobilização da ação coletiva.

Assim, ao revisitarmos os paradigmas sociológicos da ação coletiva e ao dispensarmos a nossa atenção sobre alguns dos seus importantes contributos para o desenvolvimento de uma «teoria da acção colectiva», leva-nos a refletir sobre um conjunto de questões que, apesar da diversidade de respostas e dos diferentes estudos empíricos, são comuns a todos os autores considerados: Quais as razões que levam os atores a agregarem-se? E o que os leva a agir? Estas interrogações levam-nos, por sua vez, à questão central a propósito das formas de ação coletiva: Que lógica social leva os indivíduos a reunirem-se e a organizarem-se para defender os seus interesses num projeto comum?

Contudo, seja qual for análise sociológica que se pretenda desenvolver, não podemos descurar a relação próxima entre o ator e o ambiente envolvente. Assim sendo, as teorizações em torno da ação social induzem-nos sempre à relação entre o ator e o sistema, cuja relação carece sempre de uma referência aos sistemas sociais para explicar a complexidade do ator e das suas relações com o campo social, enquanto palco de interações desiguais e/ou consensuais.

4.1. Sistemas Sociais Complexos

Este ponto procura, numa primeira análise, fazer um esforço de reflexão, ainda que sucinto, sobre a noção de sistema e as propriedades gerais dos sistemas, no sentido em que este conceito se utiliza no conhecimento científico e de que forma o mesmo nos pode fornecer elementos teóricos fundamentais na compreensão da dinâmica do sistema em estudo. Desta análise resulta a problemática da governação e da gestão de sistemas sociais complexos.

José F. Ribeiro (2008) classifica os sistemas sociais, quer sejam eles do campo económico, social e societal, como “sistemas complexos e adaptativos”. Neste âmbito, a antecipação dos acontecimentos que podem ocorrer dentro e fora desses sistemas e a sua respetiva governação, torna-se uma tarefa complexa e difícil, visto que:

as forças que formatam o futuro desses Sistemas não interagem de maneira simples, por adição. Pelo contrário os efeitos destas forças incluem interações não lineares entre os componentes do Sistema, de tal modo que uma conjugação de pequenos acontecimentos pode ter grandes impactos, se estes se multiplicarem em vez de se adicionarem (Ribeiro, 2008, p. 3).

É aqui que pode residir a imprevisibilidade de um sistema – os acontecimentos vigentes podem modificar de forma drástica a possibilidade futura de outros acontecimentos. Uma das respostas alternativas na busca do que pode ser o comportamento futuro desse tipo de sistemas é através da elaboração de Cenários¹⁴.


O conceito de sistema é objeto de múltiplas definições, tendo estas evoluído à medida que se foi clarificando a riqueza e os desafios que este conceito encerra. Uma vez que a ação em análise se situa no contexto social – o das interações entre os atores e os grupos, levamo-nos a considerar aqui a noção de sistema social, que compreende, por um lado, “as condições implicadas na interacção dos indivíduos humanos reais que constituem colectividades concretas compostas de membros determinados” (Mills, 1959, citado por Rocher, 2012, p. 186).

Esta noção de sistema definida como “um conjunto de processos em interacção uns com os outros”, cujos processos “são uma sequência de movimentos, comportamentos ou de acções realizadas por um qualquer agente (individual ou colectivo) que pode ser designado como ator desse processo”, faz de um sistema social uma entidade dinâmica. Por outro lado, um sistema pode ser visto como uma entidade organizada, uma vez que implica, ao mesmo tempo, “ordem e desordem”, “processos desorganizadores e processos reorganizadores” (Ribeiro, 2008, p. 5).

Jean-William Lapierre (Lapierre, 1992, citado por Ribeiro, 2008, p. 5) considerou que “todo o sistema tende para uma ou mais finalidades, orienta-se para um projeto inscrito no seu “programa” ou prescrito por decisões tomadas.

Um sistema social traduz-se num “conjunto de interacções privilegiadas entre elementos – actores ou grupos de actores – e os seus «produtos» – efeitos, acções e processos”, cujas interacções podem levar “a inter-relações que vão estar na origem de uma certa permanência do sistema bem como da manifestação da sua existência, ou seja de uma autonomia relativa face aos seus ambientes”. Contudo, essas inter-relações podem “revestir a forma de contradições, de antagonismos e de conflitos que geram a possibilidade de existência de “jogos” em qualquer sistema social – nos sistemas sociais em particular o conflito não está excluído da organização, pelo contrário está implicado na organização” (Ribeiro, 2008, p.5).

¹⁴ Esta questão será aqui apenas considerada como uma característica de um sistema social complexo, não sendo este o lugar nem o momento para nos debruçarmos sobre os contornos metodológicos adotados no domínio desta investigação.




Estudar um sistema implica, portanto, conceber as suas interações com aqueles que o rodeia, identificar o que recebe (variáveis internas) e o que produz para o seu ambiente (variáveis externas), bem como os feedbacks através dos quais as reações do ambiente às variáveis externas alteram as próprias variáveis internas e, no caso dos sistemas sociais, identificar os processos (entendidos aqui como ações e comportamentos coletivos) de antecipação e proação.

Para Ribeiro (2008), seja qual for o sistema, o mesmo impõe que seja compreendido em relação com o seu ambiente, face ao qual dispõe sempre de certo grau de autonomia¹⁵, o que significa que está ao mesmo tempo aberto e fechado a esse ambiente. Neste contexto, este autor procura distinguir sistema aberto e sistema fechado - um sistema aberto é aquele que atua sobre outros sistemas e reage à ação destes sobre si. Neste sentido, a ação do ambiente permite entrar informação e recursos que podem promover e estimular os processos internos, ou pelo contrário pode pressionar a organização do sistema, trazer constrangimentos ou impor limites aos processos internos. Por seu turno, um sistema fechado pode impedir a entrada de informação e recursos fornecidas pelo ambiente, defendendo-se dos possíveis efeitos nos seus processos internos.

A forma como um determinado sistema se inter-relaciona com ambiente, permite-nos perceber o seu comportamento. Para além da abertura ou fechamento do sistema, Ribeiro (2008) apresenta outras formas de tipificar e diferenciar um sistema. Um sistema pode ser classificado de adaptativo quando os seus elementos ou agentes – dispondo de uma certa capacidade de decisão, estabelecem relações com os outros elementos que lhe estão próximos, aplicam regras simples que determinam as suas respostas a mudanças do ambiente. Contudo, apesar dessa relação comunicacional ser positiva e da simplicidade das regras, o sistema não se comporta de forma determinada, podendo até ter um procedimento não linear. Assim, quando um sistema se comporta de um modo determinado significa que as suas variações são lineares e regulares. Um sistema pode, ainda, ser estático sempre que não se verificarem muitas alterações ao longo do tempo na sua interação com o ambiente, tanto ao nível dos elementos que o compõem, como ao nível da globalidade desse sistema. Por último, considera-se um sistema dinâmico aquele que, simultaneamente, altera como também modifica o ambiente em que se insere.

¹⁵ Esse grau de autonomia depende da capacidade do sistema se auto-regular em função da existência de uma memória, ou seja, de um processo interno de acumulação de informações e recursos que o sistema foi desenvolvendo ao longo do tempo.



Contudo, de acordo com a noção parsoniana de função, o sistema social é um sistema aberto, na medida em que está em constante relação com o seu meio ambiente. Quando Parsons (1949) fala de meio ambiente do sistema social torna-se crucial compreender os outros quatro subsistemas do «sistema geral de acção», ou seja, o organismo biológico, a personalidade e a cultura, uma vez que cada subsistema tem conhecimento da sua própria evolução e todos se influenciam mutuamente, impondo constantemente à estrutura do sistema social problemas de ajustamento e adaptação. (Parsons, 1949).

Segundo Parsons, esses mesmos problemas de ajustamento impõem, ao nível da funcionalidade dos sistemas sociais, uma capacidade de resposta que se traduz na sua função de estabilidade normativa (a capacidade de assegurar que os valores sejam conhecidos pelos seus membros e que estes estejam motivados em aceitá-los), na sua «função de integração» (a capacidade de assegurar a coordenação entre as unidades ou partes do sistema, especialmente quanto aos elementos contraditórios que possam interferir na sua organização e funcionamento), na sua «função de prosseguimento de fins» ou «goal-attainment» (a capacidade de definição e concretização de objetivos para a globalidade do sistema e/ou para as diferentes unidades que a compõem) e, ainda, na sua «função de adaptação» (a capacidade do sistema e os seus membros alcançarem os meios necessários no prosseguimento dos fins) (Parsons, citado por Rocher, 2012, pp. 191-192).

Na perspetiva de Parsons, o ponto partida fundamental na análise dos processos em função dos quais um sistema ou se adapta, sem sofrer transformações estruturais importantes, ou não é capaz de se ajustar e responder às exigências das transformações impostas pelo meio ambiente, ou ainda a consolidação de um problema impede o seu desenvolvimento, corresponde ao conceito de equilíbrio. Esta noção, criticada por muitos, reporta-se ao que se designa em estatística de «hipótese nula» no sentido em que permite compreender e medir a transformação. Neste sentido, as suposições de Parsons incidem na ideia de que “a estrutura ou os elementos estruturais são constantes e estáveis num momento dado do tempo”, sendo que é esta estabilidade estrutural que confere equilíbrio no interior do sistema social e entre este e o seu ambiente externo. Contudo, quando surge um problema, a resposta natural de um sistema passa por “manter o seu equilíbrio interno ou mesmo reencontrá-lo”. É aqui que a função de estabilidade normativa pode desempenhar um papel de “conservação de equilíbrio: os valores interiorizados ao longo da socialização operam como contrapeso às exigências da transformação.” Mas, em função da orientação que tomar, esta função pode exercer uma


“força de inércia e de resistência à mudança ou uma força ativa de transformação de estruturas” (Parsons, 1949, citado por Rocher, 2012, p. 197-199).

Acresce a este conceito, a importante distinção que Parsons faz entre dois tipos de transformação que podem ocorrer num dado sistema social, nomeadamente: uma «transformação de equilíbrio» quando o equilíbrio de um sistema é rompido para dar lugar a outro equilíbrio. Verificam-se alterações em determinadas unidades ou partes desse sistema, mas sem provocar modificações no sistema global; e uma «transformação de estrutura», na medida em que afeta o sistema no seu conjunto pelas pressões e forças exercidas pelas alterações sobre o interior e o exterior do sistema, verificando-se, assim, a rutura do seu equilíbrio (Parsons, 1949, citado por Rocher, 2012, p. 197-199).

Podemos ir mais longe nesta análise dos sistemas sociais, se formos buscar a interpretação que Percy Cohen (1976) faz da sociedade e dos sistemas sociais ao partir de uma questão central - o que é que mantém uma sociedade unida ou um sistema social coeso?

Esta questão levou-o a identificar um conjunto de problemas que importa transportar para a nossa análise. Se pensarmos no sistema social em estudo – o sistema de Cuidados Continuados Integrados - a interpretação de Cohen, possibilita-nos compreender que o seu grau de coesão pode ser influenciado pela natureza e grau da solidariedade, consenso e integração funcional.

Cohen começa por colocar o problema da «coesão», ao questionar por que razão as seções ou os segmentos de uma unidade social ou coletividade se mantêm unidas e porque não se separam do todo de que fazem parte? De seguida, identifica o problema da «solidariedade» que surge da seguinte pergunta: “Por que os membros de um grupo social, quase-grupo ou coletividade continuam a reconhecer-se como uma entidade, distinta de outras entidades semelhantes, e por que se acham preparados, sob certas condições, a agir como uma entidade?”. Problemas como «submissão», «comprometimento», «conformidade» e «consenso» são identificados por Cohen ao questionar os motivos que levam os participantes de um sistema social ou subsistema de uma sociedade a aderir ou a conformarem-se às suas normas. Outro problema que eleger ainda como significativo nesta discussão é o da «mutualidade» que, por sua vez, está associado ao problema da «cooperação», isto é, “por que os diferentes atos dos homens nos sistemas sociais continuam a complementar-se, reciprocarse, apoiar-se ou corresponder-se mutuamente?”. Ao interrogar “como é que diferentes




conjuntos de atividades a ocorrerem dentro de uma sociedade ou subsistema de uma sociedade, não se obstruem mutuamente e podem mesmo chegar a prestar apoio uns aos outros? E como coexistem os diferentes conjuntos de crenças, símbolos, valores e sentimentos?”. Por fim, invoca o problema da «interdependência funcional» ou de «integração de sistemas» e identifica o problema da «persistência social». Entende-se como problema da «integração de sistemas ou interdependência funcional» o modo através do qual se inter-relacionam diferentes conjuntos de normas, valores, estruturas de papéis, instituições, crenças e símbolos que compõem um sistema social (Cohen, 1976, pp. 146-166).

A questão da interdependência funcional ou integração de sistemas é considerado por Cohen como um dos aspetos mais complexos do sistema social pela dificuldade abstrata do conceito. Para Cohen “nenhum sistema social é um tecido «sem costuras» de instituições, crenças (...) há sempre áreas de descontinuidade entre sectores institucionais e diferentes e «partes» diferentes podem ser subsistemas «integrais»”. Isto pode querer dizer que, as partes de um sistema social são relativamente autónomas relativamente às outras partes quando, por um lado, uma instituição ou setor social é protegido contra influências potenciais que, de outra forma, afetariam o seu funcionamento, e quando, por outro, uma parte do sistema funciona sem muita influência (Cohen, 1976, pp. 146-166).

Por último, outro problema essencial dos sistemas sociais referido por Cohen (1976), prende-se com a persistência ou continuidade de um sistema. O estudo da mudança social de um sistema implica o estudo da rutura da persistência social, isto é, o estudo dos processos que impedem ou deixam de produzir a mudança. Um aspeto importante, que pode justificar a persistência de um sistema, nomeadamente a existência de interesses parciais diferentes e mutuamente opostos que inibem qualquer pressão a favor das mudanças, mesmo que algumas delas sejam requeridas por todos ou uma grande maioria dos grupos. Ainda assim, Cohen coloca a seguinte questão: “como e por que razão alguns sistemas ou partes de sistema duram mais do que outros?” (Cohen, p.177).

Neste âmbito, quando abordamos um sistema social como complexo, devemos considerar que, de acordo com Ribeiro (2008), a sua complexidade pode depender de três fatores: o grau mais ou menos elevado da sua organização; a incerteza presente no seu ambiente; e a dificuldade ou impossibilidade de identificar todos os elementos e compreender todas as relações que estão em jogo, considerando que o comportamento global de um sistema complexo apenas permite uma previsibilidade reduzida. Outro aspeto inerente à complexidade



dos sistemas e dos subsistemas sociais é a sua diferenciação, o que, em virtude do seu grau de importância e de conflitualidade, exige “novos equilíbrios que se desenvolvem nas diferentes áreas do sistema com fortes pressões nas problemáticas mais centrais quer a níveis da produção e da distribuição dos bens e dos serviços, quer a níveis simbólicos mais estruturantes” (Ribeiro, 2008, p. 20).


Além disso, como nos lembra Robin Fortin (2005) “a ideia de sistema é uma ideia complexa que nenhuma redução analítica ou holística pode atingir. Reúne um conjunto de noções e relações entre noções igualmente complexas”. Assim, toda a relação organizacional, quer dizer, todo o sistema possui e produz, em simultâneo, antagonismos e complementariedades. Está sujeito a pressões e a inibições. A complexidade do sistema reside, portanto, na ideia de impossibilidade de “reduzir o todo às partes, como as partes ao todo” (Fortin, 2005, pp. 46-51).

Morin (1970) além de definir sistema como “um conjunto de unidades em inter-relações mútuas” concebe-o como “uma unidade global organizada de inter-relações entre elementos, acções, ou indivíduos”. Segundo este autor, “a organização é o rosto interiorizado do sistema (inter-relações, articulações, estrutura), o sistema é o rosto exteriorizado da organização (forma, globalidade, emergência)” (Morin, 1970, citado por Fortin, 2005, pp. 54-55).

Assim, num contexto de complexidade, em virtude dos processos de individualização e de diferenciação que caracterizam hoje as sociedades atuais, o problema da integração tem vindo a assumir uma relevância particular. Segundo Rui P. Pires (2012) por integração¹⁶, em sociologia, entende-se “o conjunto de processos de constituição de uma sociedade a partir da combinação das suas componentes, sejam elas pessoas, organizações ou instituições” (Pires, 2012, p.55). Essa combinação das componentes de um sistema expressa-se na forma como as relações sociais se organizam. Assim, e conforme nos diz Pires (2012), o problema da integração

constitui uma das dimensões do problema de ordem na medida em que inclui os modos de padronização da vida social no âmbito das relações complexas entre as “partes” na constituição do “todo”. Relações que têm propriedades diferentes consoante sejam relações entre atos de pessoas, singulares ou coletivas, ou relações de interdependência sistémica entre instituições e hierarquias (Pires, 2012, p. 56).

¹⁶ Do ponto de vista etimológico, integração provém do verbo integrar que, em latim, significa «integer», ou seja, inteiro e, cujo significado “sugere uma acção ou movimento onde diferentes partes se fundem num todo” (Koogan, 1978, como mencionado em Santana & Costa, 2008, p.9).




Este autor refere-se, assim, à integração como problema no sentido que qualquer sociedade ou sistema pode “colapsar por separação das partes que a constituem”. Assim, “a separação ou tendência para a separação entre as partes que compõem um qualquer todo social” consiste no contrário de integração, isto é, na desintegração (Pires, 2012, pp. 56-73).

A este respeito, Pires enuncia dois processos que contribuem para manifestação desse problema num determinado sistema social, designadamente: o processo de individualização, entendido como processo de “autonomização do agente humano nos planos cultural, normativo e material”; e o processo de diferenciação que se traduz na “crescente especialização das atividades, organizações e instituições que constituem as sociedades modernas” (Pires, 2012, p. 56).

Ao conceitualizar os processos de individualização e diferenciação, o mesmo autor procura discutir os seus efeitos na integração das sociedades modernas aos níveis social e sistémico. Ao nível social, a integração define-se como a forma como indivíduos autónomos são incluídos “num espaço social comum através dos seus relacionamentos, isto é, como são constituídos os laços e símbolos de pertença coletiva”. Ao nível sistémico, a integração significa a forma como são “compatibilizados entre si subsistemas sociais especializados, isto é, como são constituídas as interdependências entre subsistemas de um mesmo sistema” (Pires, 2012, p. 56).

Assim sendo, e de um modo geral, a integração pode ser definida como “um processo que envolve a criação e a manutenção ao longo do tempo de uma estrutura comum entre os parceiros (e organizações) independentes com o propósito de coordenar a sua interdependência no sentido de permitir o funcionamento conjunto no âmbito de um projecto colectivo”. De um modo mais específico, se, por um lado, a integração social traduz-se na “ordenação das relações entre indivíduos, agrupamentos de indivíduos, atos individuais e atos coletivos”, por outro, a integração sistémica traduz-se na “ordenação das relações entre papéis, instituições, lugares e hierarquias” (Contrandriopoulos et al., 2003, citado por Santana & Costa, 2008, p.9).

A este propósito, interessa esclarecer o significado de coordenação e interdependência. Segundo Santana e Costa (2008), a “coordenação representa a mão visível que controla as relações entre os elementos do sistema” (Santana & Costa, 2008, p.9), pressupondo a garantia de três elementos: a disponibilidade dos meios, quer sejam recursos, como serviços e



competências; o acesso a todos os serviços e bens concebidos pela organização; e a interação harmonizada entre os vários elementos ao longo do tempo (Alter e Hage, 1993, citado por Santana e Costa, 2008).

A coordenação de um sistema impõe, assim, a regulação dos diferentes intervenientes na produção, com vista a assegurar uma melhor interligação funcional. Por exemplo, no contexto dos Cuidados Continuados Integrados, a coordenação envolve “a criação de planos terapêuticos comuns que integrem os diferentes inputs do processo”, abrangendo os profissionais, utentes, famílias a fim de atingir um objetivo comum (Stille et al., 2005, citado por Santana & Costa, 2008, p. 9). Quando se fala em interdependência, fala-se numa relação de interdependência baseada numa necessária complementariedade entre os diferentes elementos, ou seja, quando qualquer elemento, quer seja individual ou organizacional, por não possuir o controlo de todos os recursos e/ou técnicas, necessita de outro elemento para concretizar um determinado processo.

Como nos esclarece Pires, se pretendemos analisar o problema da integração é essencial explicar

como se combinam, de modo ordenado, as partes constitutivas de uma sociedade e, portanto, como se organizam as relações sociais que concretizam essas combinações, sejam as relações entre atos de pessoas singulares ou coletivas, sejam as relações de interdependência sistémica entre instituições e hierarquias, ou as suas componentes. (Pires, 2012, p. 73)

Pode, contudo, acontecer frequentemente que numa mesma unidade social, coexistam ou se combinem diferentes graus de integração nos vários planos relacionais. Segundo Pires, a integração social impõe algum consenso coletivo, ou seja, uma consciência coletiva que se traduz na partilha de orientações, (como por exemplo, normas, valores e outras ideias fundamentais), uma vez que

a ausência de consenso não conduz, necessariamente, ao conflito, apenas à persistência de desacordos e divergências (...) mais importante do que o consenso substantivo sobre uma qualquer questão social, enquanto fator de integração, é a existência de consenso sobre os procedimentos de regulação dos desacordos e divergências sobre essa mesma questão (Pires, 2012, pp. 73-74).

Este autor explica, assim, a possibilidade de existência de dinâmicas de integração social nas seguintes formas de articulação entre consenso e desacordo ou conflito a partir de certos exemplos:

o consenso sobre fins, mas divergência ou conflito de interesses sobre o modo de prosseguir esses fins; o consenso sobre a norma geral, mas desacordo ou conflito sobre a especificação da norma num domínio específico; o consenso sobre a norma específica, mas divergência ou conflito sobre a interpretação dos seus efeitos (Pires, 2012, p. 74).


A existência de consenso não implica, portanto, o acordo generalizado ou absoluto. A questão fundamental colocada por Durkheim (1897) a propósito dos principais mecanismos de integração social é evidenciada por Pires para explicar que muitos dos processos que visam a integração podem levar também à diminuição da autonomia e singularidade, em virtude dos efeitos que provocam, quer ao nível relacional (pertença a grupos), quer ao nível simbólico (consciência coletiva). Este quadro leva-nos a interpelar, por um lado, “como compatibilizar pertença grupal com autonomia individual”, e, por outro, “como compatibilizar conhecimento comum (consciência coletiva) com singularidade individual” (Durkheim, 1897, citado por Pires, 2012, p. 77).

Pires procura, assim, responder a estas duas questões da seguinte forma: a conciliação entre a pertença grupal e autonomia individual implica “o desenvolvimento de sistemas de interseção dos círculos sociais de pertença individual”; e a conciliação entre a consciência coletiva com singularidade individual implica “o desenvolvimento de sistemas de valores e normas mais abstratos e gerais, bem como a sua especificação por domínios de especialização institucional” (Pires, 2012, p. 74).

A integração social é, na perspetiva daquele autor, “um estado de equilíbrio dinâmico entre pressões opostas presentes no funcionamento de cada mecanismo e processo de integração”, que “não requer nem o consenso nem a ausência do conflito, mas não é compatível com a total ausência de conhecimento comum nem com todo o tipo e grau de conflitualidade” (Pires, 2012, p. 78).

Conforme já referido, a integração sistémica consiste na combinação das partes de um mesmo sistema social por meio do desenvolvimento de sistematicidade, isto é, de interdependências entre essas partes, sendo que a multiplicação das partes desses sistemas constrói-se a partir de dois planos – estrutural e funcional.

Segundo Pires, os principais mecanismos de integração sistémica são: no plano estrutural, “os dispositivos relacionais de descontextualização (como a escrita e o dinheiro, entre outros), cujo uso permite criar e ampliar as relações de interdependência estrutural para além das relações de interação”; e no plano funcional, “a dependência recíproca entre resultados da




ação num ambiente estruturalmente ordenado e a coordenação das partes por regulação normativa ou por administração organizacional” (Pires, 2012, p. 84).

No que se refere aos problemas de integração sistémica, Pires identifica os problemas de compatibilidade entre as propriedades estruturais e funcionais de sistemas sociais diferenciados, cuja resolução passa pela “interpretação destes como dilemas por agentes com capacidade para agir estrategicamente sobre eles”, isto é, agentes com as competências, a informação e os recursos necessários a identificação e resolução desses problemas. Contudo, a resolução de problemas de integração sistémica através da ação estratégica “pode ter como resultados a persistência dos problemas, a sua resolução por reajustamento sistémico, a transformação da ordem social ou o colapso do sistema social em causa” (Pires, 2012, p. 85).

Este autor acrescenta que tal resolução envolve, muitas vezes, o confronto de interesses, passando pela formação de processos de negociação e conflito com vista à “manutenção, adaptação ou transformação das relações sistémicas em causa”, justificando que as soluções identificadas são sempre temporárias, podendo fomentar o aparecimento de novos problemas de integração, em virtude da ocorrência de situações de “erro de diagnóstico ou de desempenho”, da “impossibilidade de prever todas as consequência da ação” e, ainda, dos “compromissos negociais efectuados” (Pires, 2012, p. 84).

Neste âmbito, coloca-se a problemática da governação de um sistema social complexo – como é o caso do sistema de Cuidados Continuados Integrados, como fundamental num contexto em que a ação pública se move num ambiente autonomizado, variável e diferenciado. A governação deste sistema de cuidados é cada vez mais evidente na conceção das políticas públicas e a sua necessidade emerge de regulações cada vez mais complexas e diversificadas. A passagem de um período de previsão para um de gestão estratégica no sentido de gerir um ambiente cada vez mais complexo e diversificado – a multiplicidade e coexistência de patologias e doenças crónicas associadas à dependência -, impõe uma ação coletiva estratégica coordenada e ajustada.

Não há dúvida que todos temos a noção clarividente de que os fundamentos da governação e da gestão pública não se baseiam na hierarquia de diferentes níveis de poder, mas sim num processo complexo de coordenação e ajustamento entre atores (Guerra, 2006b). É, neste âmbito, que surge a problemática “governação” revelando alterações no modo como se analisa os sistemas e impondo novas formas de gestão da ação pública.




Retomando a afirmação de Guerra de que “a inovação deste início de século são a interação e a cooperação programadas com vista a atingir objectivos concertados”, conduz-nos de imediato à conceção de gestão da esfera pública que apela à participação dos atores e ao reconhecimento de que cada projeto de mudança social produz efeitos positivos nas dinâmicas de mudança dos atores envolvidos (Guerra, 2006b, p. 16).

Estamos, portanto, perante formas de gestão engendradas pela invocação da «iniciativa privada» que, no fundo, surgem da incapacidade pública em suportar os elevados custos que a exigência de bens e serviços implicam. Neste contexto a governança questiona a competência das políticas tradicionais pelo seu fraco impacto, ou até mesmo falência, na gestão da vida pública e, por outro, desenvolvendo mecanismos de gestão rápida e flexível imposta pelos processos de mudança. O que na realidade se procura é a construção de novas formas de pensar e de agir que advêm de um duplo reconhecimento: “da complexidade crescente e da incerteza das dinâmicas económicas, sociais e territoriais” e “de que o espaço público é construído – e apropriado – por uma miríade de actores com interesses e lógicas de acção diferentes cujos recursos são indispensáveis à orientação da mudança social” (Guerra, 2006b, p. 16).

O conceito de governança traz consigo três desafios diferentes, podendo adquirir uma importância igualmente diferenciada em função do tipo de governo ou do jogo de forças que possa existir, quer entre países ou no interior dos países. São eles: gestão da complexidade; necessidade da eficácia e legitimidade das decisões.

Segunda Guerra, quando se fala em gestão da complexidade estamos perante processos associados à complexidade do funcionamento do mercado e da sociedade civil, assim com processos de divisão, multiplicação e difusão das instâncias políticas que, ao alterar as regras de gestão tradicionais, procuram gerir a complexidade através de “decisões, escolhas e políticas capazes de reduzir a incerteza dos sistemas, cuja mudança rápida afecta de forma pouco controlável a vida dos cidadãos” (Guerra, 2006b, p.15).

Como nos expõe Melucci (2001), a gestão da complexidade no interior das designadas “sociedades complexas de alta densidade de informação” exige dos diferentes elementos (indivíduos e grupos) que a compõem “uma crescente autonomia”, sendo que estes “devem funcionar como terminais confiáveis e capazes de auto-regulação e, por isso, estimulados a desenvolver habilidades formais de aprendizagem e acção” (Melucci, 2001, p.27).



Ao entendermos o domínio público dos CCI como um complexo sistema de governação assente num território particular, implica considerar na sua análise as seguintes dimensões sugeridas por Guerra: “alargamento do campo dos actores e das formas de organização que estão envolvidos no desenvolvimento e implementação das políticas”, no contexto de decisões dispersas e inter-relacionadas; “alargamento do campo das relações e problemáticas que se incluem na gestão da coisa pública”, de que são exemplo as “relações político-económicas, políticas activas de recursos humanos, políticas tecnológicas e ambientais, marketing territorial”; “alteração do papel dos actores públicos a nível institucional formal e alargamento de novas oportunidades de envolvimento informal” (Guerra, 2006b, pp.17, 18).

Este quadro da governação de um sistema de ação complexo não só torna a decisão política mais politizada, como dá destaque ao ator político, se co-responsabiliza a coletividade pelos problemas e soluções e se apela aos diferentes mediadores que intervenham na “efectivação da acção coletiva” (Guerra, 2006b, p.42).

Torna-se claro que todas as formas de ação coletiva, em especial as mais complexas, carecem da procura de novas formas de pensar e agir. Assim, para Guerra, as formas de gestão e as políticas públicas cada vez mais são “interpretadas como práticas no contexto de constrangimentos sociais, mediados por formas plurais de conhecimento, contradições inerentes aos objectivos do planeamento das políticas públicas e intenções de prosseguir um ideal-tipo de eficiência entendida como justa, integradora e inclusiva” (Guerra, 2006b, p.42).

A construção de métodos de planeamento e de gestão estratégica representam, no fundo, uma forma de racionalização instrumental da ação pública que recorre a ferramentas e procedimentos com vista à melhoria do seu trabalho. Nesta perspetiva, o planeamento pode ser concebido como uma «forma de institucionalização» das formas de ação coletiva por meio de intervenções interpretativas, estratégicas e simbólicas no quadro dos processos de interação social.

As transformações que decorrem desta sociedade crescentemente complexa, como a descentralização, a crise económica, a exigência crescente da transparência e a eficácia da administração, os processos de modernização e inovação tecnológica requerem uma nova compreensão das dinâmicas e dos contextos da mudança social. Tais processos estão associados, também, à necessidade de nos confrontarmos com um ambiente mutável e à necessidade de alcançarmos equilíbrios no interior de sistemas sujeitos a contínuas mudanças

e de grande instabilidade característicos de uma «sociedade de risco». Conforme Giddens (2000) e Beck (1992), esta sociedade de risco impõe uma reflexividade acrescida nas práticas sociais, apelando para a necessidade de se tentar definir melhor qual o tipo de sociedade que afinal estamos a construir.


A problemática teórica do planeamento e da governação situa-se, segundo Guerra, no reconhecimento das novas formas de construção da ação coletiva entendidas como jogo estratégico de atores. O processo de planeamento é, assim, o lugar da emergência de novos espaços de exercício do poder e de regulação social, assim como o lugar de novos atores, o que nos obriga a identificar uma multiplicidade de parceiros – tanto do setor público como do setor privado – para o financiamento e gestão de interesses coletivos, alterando radicalmente as “formas de fazer as políticas públicas” (Guerra, 2006b, p. 19).

Este quadro de análise conduz-nos, assim, ao ponto seguinte a partir da reflexão em torno de um conjunto de questões sobre “Que actores?” e “Que acordos?” Em relação à primeira questão, importa saber quais os atores presentes e os atores excluídos e como os interesses desses atores excluídos estão representados. A segunda questão leva-nos, por outro lado, a interpelar sobre: Quais os acordos estabelecidos e de que forma os atores chegam a um acordo? Qual o grau de abertura da negociação aos diferentes actores, sejam eles atores políticos, sociais e económicos, assim como à diversidade dos poderes e estatutos? Que mecanismos possibilitam uma partilha harmoniosa? “Quais os sentidos e as dinâmicas do actual funcionamento da parceria?” (Guerra, 2006b, pp. 20, 21).

4.2. A Construção do Ator Coletivo: Definições

Os contextos de mudança constituem-se, portanto, como contextos de decisão e escolha, onde coexistem e se confrontam uma multiplicidade de atores, que ocupam diferentes posições e níveis direção ou decisão – administrações, coletividades locais, bancos e instituições e empresas de serviços sociais. Como nos sugere Guerra (2006b), surgem em diferentes escalas e lógicas da estrutura, atores coletivos e individuais, locais e globais, públicos e privados.

Estamos, portanto, perante o «jogo estratégico de actores» que resulta de “uma complexa dinâmica de acções de organizações onde as relações de força e os conflitos de interesse guiam os comportamentos”. Neste sentido, como nos diz Guerra, é crucial “identificar os sistemas de relações complexas que se desenvolvem entre atores individuais, instituições e/ou



esferas de atividades distintas, assim como os seus interesses, imagens recíprocas e níveis de adesão aos objectivos propostos” (Guerra, 2006b, p.19). Nas palavras de François Eymard-Duvernay (1999), o ponto de partida da análise do jogo estratégico de atores passa por reconhecer a heterogeneidade de atores e dos seus projetos, assim como a presença de interesses divergentes (Eymard-Duvernay, 1999).


As definições de «actor» e «actor coletivo» são diversas e, como tal, devem ser abordadas dentro dos paradigmas teóricos da ação coletiva que lhes conferiram significado. Bion (s/d) define ator como “uma pessoa, um grupo de indivíduos, uma organização ou uma instituição com um ou mais porta-vozes” (Bion, s/d).

Outra distinção importante é entre «actores» e «agentes»: «actores», conforme referido por Touraine (1996), no sentido em que os mesmos, ao «protagonizam um projecto de sociedade», constituem elementos produtores dessa sociedade; e «agentes», como prefere designar Giddens, associada à noção de agência que envolve a “intervenção num mundo-objeto potencialmente maleável” (Giddens, 2000, p.15).

Contudo, a noção que aqui pretendemos adotar é a de que o ator é um «actor estratégico», conforme o entendimento de Crozier e Friedberg (1977), e a de «actor coletivo» que, segundo a definição Touraine (1996), “traz consigo um projecto de sociedade”, ou seja, “participa na historicidade” e, por esse motivo, “está imerso numa rede de relações sociais desiguais” (Touraine, 1996, p. 111).

Quando nos debruçamos sobre estudos cujas análises se centram em programas e projetos públicos de desenvolvimento, assentes em estruturas de parcerias, como é o caso da Rede de Cuidados Continuados Integrados, estamos perante alianças de atores sociais que representam interesses coletivos e não de atores individuais, o que nos leva a outra designação de ator: «actores institucionais» Estes atores são «institucionais» pelo que têm em comum o agrupamento em torno de objetivos coletivos, que compõem uma organização estruturada em função de uma intervenção concreta (Guerra, 2006b, p.21).

Surge, ainda, a expressão de Sandrine Nicourd (1997) de que «a ação faz o actor», uma vez que “o processo de construção das identidades colectivas emerge na relação com o problema em causa e a solução que se procura” (Nicourd, 1997, citado por Guerra, 2006b, p. 22). Daqui surge a explicação de Guerra sobre a construção do ator coletivo e do sistema de ação como um «fenómeno identitário». Essa construção faz-se, portanto, através da ação, gerando, assim,



uma identidade coletiva fruto do sentido e da motivação da ação por meio de um processo de comunicação. Nas palavras da autora, “essa identidade coletiva não advém de princípios, mas da acção concreta permitida (forçada?) pela coexistência e interdependência complexa de um sistema de acção territorializado” (Guerra, 2006b, p. 23).

Deste modo, além do reconhecimento da heterogeneidade interna e das formas de representação dos atores, há que olhar para a diversidade de lógicas sociais, penetradas por sistemas de relações sociais, que comportam múltiplos significados, muitas vezes contraditórios e conflituais. Assim, é fundamental, não só identificar os atores, como identificar o processo da sua construção enquanto atores coletivos no campo das interações, negociações e relações com o ambiente externo e as problemáticas em causa.

Assumimos, portanto, os CCI como um sistema social inscrito num contexto vasto de relações sociais que condicionam e determinam as capacidades para intervir, atuando em simultâneo na formação das identidades e estruturando-as por meio de um amplo e complexo processo de produção social, ao qual apelidamos de identidade coletiva.

Este processo de construção da identidade coletiva pressupõe a constituição do que Guerra apelidou de “viver em conjunto”, podendo-se desenrolar num contexto de múltiplas referências e reconhecimentos: o «reconhecimento de si» e dos interesses que representa na esfera pública (associações e instituições de apoio social, hospitais e centros de saúde, autarquias locais...); o «reconhecimento do outro», onde a conexão entre o individual e o coletivo reconstrói a identidade comum e atinge o seu estado de amadurecimento; a «legitimação de um sistema de ação», cuja base de legitimidade se constrói a partir de uma ação comunicacional, constituindo-se, desta forma, como uma “«comunidade de acção» ou como uma «comunidade política»”; e «uma nova forma de regulação societária», uma vez que as lógicas que estruturam as interações concretas entre os grupos estabelecem novas figuras de ação coletiva com diferentes formas e conteúdos (Guerra, 2006, p. 24).

Para Boutinet (1990) “os processos identitários são construídos na articulação das interações locais no seio de um projecto.” Neste sentido, identidade e projeto surgem como noções inseparáveis, sendo que, no âmbito do nosso estudo, estamos perante “projetos múltiplos, em dimensões, áreas de acção e lógicas, que no seu conjunto constituem um sistema de ação complexo.” Um projeto coletivo é, nas palavras de Boutinet, “uma combinação operatória de

um futuro desejado”, requerendo dos atores um sentido de ação coletiva e uma capacidade de autonomia firmada em vontades intencionais e coletivas (Boutinet, 1990, p. 101).

Contrariamente a Boutinet, surge a concepção de Nicourd (1997), que vê o projeto como “um sistema de ação concreto que dispõe de regras próprias e oferece uma nova configuração das relações entre actores” (Nicourd, 1997, como referido em Guerra, 2006b, p. 26). Um projeto que surge como uma construção social finalizada, na medida em que determina o espaço de ação individual e coletiva e é regulado por diferentes racionalidades movidas recursos sociais, culturais e simbólicos dos atores individuais e coletivos que buscam uma resposta para os problemas e necessidades. Daí que a formação dos laços sociais e da cooperação entre atores se torne crucial na construção de qualquer projeto coletivo assim definido.

Assim sendo, constituem como aspetos basilares e de sucesso a um projeto coletivo, “a geometria variável das parcerias» e a sua evolução no tempo, a forma de implicação, o tipo de envolvimento e fomalização” (Guerra, 2006b, p. 26).

4.3. Formas e Lógicas da Ação Coletiva

Ao adotarmos o conceito de sistema de ação concreto, pretendemos com isso, e segundo sugerem Crozier e Friedberg (1977), fazer referência a um sistema empírico que é real e apresenta contornos que resultam de uma construção social e analítica de acordo com os problemas que importa responder. Tal significa que, a variedade e heterogeneidade de atores e projetos que caracterizam o sistema de ação em análise, fazem crescer os fluxos e interações e multiplicar as necessidades de negociações e de busca de compromissos, tornando-se fundamental um olhar orientado e planeado das práticas que aí se geram por meio de processos de planeamento e gestão estratégica. Neste sentido, a identificação do sistema de atores à volta do qual se faz mobilizar um sistema de ação concreto constitui uma das etapas iniciais da análise da estratégia de atores (Crozier & Friedberg, 1977).

Posto isto, a identificação dos atores e o seu posicionamento no sistema de ação, impõem que centremos a nossa análise nas formas de apresentação e de representação dos atores, nas identidades e imagens mútuas face a todos os outros atores implicados, estejam eles presentes no contexto das negociações ou ausentes.

É na análise destas dinâmicas de interação que o «jogo estratégico de actores» toma o seu lugar central. Nas palavras de Guerra, “é neste jogo estratégico que se podem encontrar quer o

gérmen das ditaduras modernas, quer a emergência de novas formas de regulação social” (Guerra, 2006b, p. 33).


No que concerne à intervenção em espaço público, as formas de negociação para a formação de consensos situam-se no centro das formas de ação coletiva. De acordo com Guerra, “a criação de consenso desempenha um papel de contenção de ameaça estrutural para a desagregação”. Ou seja, para além de uma adaptação constante à mudança e às variações do ambiente e respetivas necessidades de equilíbrio interno, um dado sistema social necessita de definir formas de negociação para o estabelecimento de consensos (Guerra, 2006b, p. 34).

Surgem, assim, uma grande variedade de conceitos que servem de base a esta discussão da ação coletiva no sentido da criação de consenso. A participação, a concertação, a negociação e a cooperação expostas atualmente como novas formas de construção da ação coletiva, apresentam conceções muito variadas em função da análise dada pelas distintas áreas disciplinares, tanto da sociologia como da ciência política ou da gestão.

No interior da sociologia aparecem algumas noções em torno dos processos negociais. Esses processos, entendidos como «instrumentos institucionais», possibilitam aos atores em situação de conflito face a orientações e decisões estratégicas, concertar a ação e os seus interesses (Touraine, 1996).

Outros autores, como Crozier e Friedberg (1977), entendem a cooperação e a negociação com formas privilegiadas de organização, passíveis de tornar possível a cooperação entre atores sociais seguindo objetivos divergentes, ou seja, contraditórios. (Crozier & Friedberg, 1977). Lembram, ainda, que as relações de poder e negociação estão interligadas, pelo que o «poder» consiste numa «relação de troca» e, portanto, «de negociação». Por outro lado, Reynaud (2004) define «negociação colectiva», enquanto alicerce do sistema de relações sociais, que permite a regulação, ainda que provisória e contingente, por meio da conjugação de regras ou valores concorrentes. A negociação coletiva é, neste sentido, o «arquétipo da organização e regulação social», isto é, serve de modelo de organização e regulação de um dado sistema de relações sociais (Reynaud, 2004).

Neste sentido, importa refletir sobre a existência ou não de conflitos no contexto da cooperação negociada. A ausência de reflexão em torno desta problemática conduziu a que se considerasse o campo da cooperação negociada como um espaço sem conflitos e sem tensões,



o que na visão de Guerra (2006b) é difícil de perceber, uma vez que o conflito e a negociação estão no foco de uma grande parte das dinâmicas das interações sociais.

Autores como Thuderoz (2000) perspetivam o mundo social como uma “soma de regras e de políticas organizacionais” fruto de uma negociação continuada e persistente entre atores (Thuderoz, 2000, citado por Guerra, 2006b, p. 35).


Assim, surgem diferentes formas de conceber e entender a negociação e a cooperação: por um lado, como uma forma de regulação social, quer por meio da definição de regras e normas (a negociação vista como um mecanismo eficiente de criação e seleção de regras sociais), quer através da produção de acordos entre as partes com interesses divergentes (o que implica uma relação entre, pelo menos, dois atores, ao mesmo tempo em interdependência ou em desacordo); e, por outro, como produtora de identidades e legitimidades (assente na visão de que «o compromisso constrói o actor» e, desta forma, obriga-o a assumir a sua responsabilidade, orientando-o para a conciliação dos interesses individuais com os coletivos) (Guerra, 2006b, pp. 36, 37).

Posto isto, a negociação, além de reforçar e permitir a afirmação de novos atores, “complexifica os problemas de governação do sistema”. A negociação é, por isso, um elemento de recriação constante dos laços sociais e a base de mecanismos geradores de mudança (Guerra, 2006b, p. 38).

Assim, partindo do pressuposto de que a ação coletiva é um processo que implica a participação dos atores, cujos interesses são divergentes, torna-se importante voltar a questionar: «O que faz agir os actores?» e «Quais os motivos que os levam a associar-se em projetos comuns perante interesses que não diretamente os seus?» (Guerra, 2006b, p. 30).

Na verdade, as respostas a estas questões são ainda insuficientes quando se procura refletir sobre as formas de construção da ação coletiva. As motivações dos atores para uma ação coletiva devem ser aprofundadas até pela importância que podem assumir na renovação do pensamento sobre as políticas públicas e na análise das relações entre o Estado e as coletividades ao nível da dependência e autonomia com a inclusão das noções de processos de cooperação e negociação.

Autores como Gaudin e Novarina (1997) tentaram encontrar uma resposta, a partir do contexto empírico de uma empresa, sobre as motivações dos atores para uma ação de cooperação através das análises de March a respeito da decisão limitada e a racionalidade dos



conflitos. Numa revisão sobre esta problemática, os referidos autores identificaram duas posições: a primeira concebe os processos de cooperação e negociação “como produtos de confrontos entre comparações racionais e interesses e esforços”, cujos objetivos são de natureza mercantil; a segunda, revela que esses processos de associação e decisão coletiva constroem-se mediante a referência a princípios e a valores morais ou políticos (Gaudin & Novarina, 1997, referidos em Guerra, 2006b, p. 31). Estando em desacordo com a forma como estas posições perspetivam a vida social e a racionalidade dos atores, estes autores defendem que


a decisão de associação é mais complexa e surge influenciada de duas variáveis-chave: a experiência de coexistência e de decisão colectiva previamente vivida e a forma como eles próprios apreciam e valorizam a conjuntura e os objectivos da decisão em causa (Gaudin e Novarina, 1997, citado por Guerra, 2006b, p. 31).

Nesta perspetiva, Guerra apela a necessidade de analisar as formas de organização da ação coletiva a partir da sua dinâmica interior. Isto significa que

a lógica de um processo de acção colectiva só poderá ser inteligível *a posteriori*, a partir de uma análise histórica, pois as decisões para a acção colectiva são factores dinâmicos e processuais que decorrem em circunstâncias concretas em função da percepção de um ambiente, ou seja, de um «sistema de acção concreto» (Guerra, 2006b, p. 32).

A sociologia da ação desenvolvida por Pierre Bourdieu (1976) é uma das poucas a preocupar-se em analisar a questão das «lógicas práticas». Para o autor, a ação obedece a “uma lógica que não é a da lógica”, ou seja, “uma lógica prática discernida por que aquele que a realiza.” Neste sentido, surge como essencial uma competência dos agentes – “o sentido prático”, inscrito “no corpo e nos movimentos do corpo”, que se desenvolve em situação perante problemas práticos. Este sentido prático, como parte integrante do *habitus*, permite ao ator economizar reflexão e energia na ação, entendido este como executante da “economia da prática” (Bourdieu, 1976, como referido em Corcuff, 1997, pp. 46, 47).

Do ponto de vista concetual, e pelos importantes contributos na construção desta problemática, parece-nos útil distinguir, conforme nos sugere Carlos Veiga (2006), a lógica intencional e a lógica objetiva. Segundo este autor, esta distinção permite-nos, de um lado, o olhar sobre os aspetos objetivos da ação – as competências e as capacidades dos atores, e do outro, desmistificar as dimensões ideológicas implícitas nos seus discursos e na sua ação estratégica. Se a lógica objetiva não passa pela mobilização afetiva do ator, ainda que a



mesma esteja implícita na sua consciência, por sua vez, é a lógica intencional que norteia a ação dos atores, ou seja, estamos perante uma mobilização afetiva. Por outro lado, outros atores podem ter uma consciência combinada de elementos da lógica intencional e da lógica objetiva, isto é, passar da ação espontânea ou ingênua à ação lúcida, o que lhes permite ganhar uma maior capacidade tática e estratégica capaz de ser adaptada às mudanças de conjuntura (por exemplo, uma maior capacidade de manobra e de influência e mais poder político e social) uma vez que certas consequências da ação podem ser previstas e, eventualmente, corrigidas ou eliminadas.

Ao analisarmos a lógica social objetiva estamos, portanto, a analisar a chamada "racionalidade inintencional" não inscrita nas intenções dos atores. Conforme afirmou Touraine, o sentido da ação nunca é totalmente revelado pela consciência do ator (1996). Não podemos, por isso, ignorar na abordagem da ação coletiva que muitas dos efeitos da ação social se inscrevem no domínio do desconhecido e do não dito (Touraine, 1974).

A propósito da racionalização de uma ação, Davidson (1998) explica que

quando uma pessoa age por uma razão significa que ela tem uma certa pro-atitude¹⁷ a respeito das ações de um certo tipo e que ela acredita que a sua ação é desse tipo (Davidson, 1998, como referido em Veiga, 2006, p.61).

Isto significa que, ao agir com intencionalidade, o ator está a agir por uma razão primária. Ou seja, ao conhecermos a sua ação estamos, por sua vez, a conhecer as suas intenções, ainda que não conseguimos alcançar pormenorizadamente as suas razões. Esta ideia remete-nos logo para o nosso objeto de estudo se pensarmos que os atores ao enunciarem uma determinada ação, como por exemplo, investir na avaliação dos processos e resultados relacionados com a prestação dos CCI como algo que permite reforçar a qualidade do trabalho prestado pela Rede, a satisfação dos utentes, e também das suas famílias, é possível reconhecer a propósito dessa ação uma pró-atitude. Torna-se, porém, essencial, nas palavras de Veigas, “de saber se esses atores acreditam mesmo nela, se gostam de a realizar e se a consideram justa ou se a entendem como um dever ou uma obrigação” (Veiga, 2006, p. 62).

Posto isto, “mais do que os atores revelarem aquilo que buscam e procuram para a sua ação, é a descrição dos fins prosseguidos que permite desvendar os factos que justificam a ação e que

¹⁷ Segundo Davidson (1998, citado por Veiga, 2006), pró-atitude pode significar que um indivíduo possui diferentes finalidades, desejos, vontades e impulsos; e ainda valores morais e sociais, assim como públicos e privados.

demonstram a validade das suas atitudes e ideologias” (Davidson, 1998, como referido em Veiga, 2006, p. 62).

Para Veiga (2006), se a lógica objetiva não aceita a intenção explícita dos atores, então admite-se que uma determinada situação não se pode transformar profundamente somente através do voluntarismo individual. Ainda assim, existem outros fatores como a solidariedade e o empenhamento individuais e as relações de confiança que podem influir no processo de transformação social.

Numa tentativa de aproximação das perspetivas teóricas à abordagem da ação estratégica, importa agora conferir nesta discussão um peso maior aos elementos da lógica objetiva, uma vez que são esses mesmos elementos que nos indicam os caminhos possíveis para outras reflexões, especificamente: a natureza das necessidades sociais sobre as quais a RCCI dá resposta; os elementos ideológicos e os fatores estratégicos que interferem na construção das formas de ação coletiva; as formas de ação coletiva como meios de promoção de poder e autoridade aos atores e a sua legitimidade; os motivos que levam ao apoio de determinadas ações por parte do Estado.

As reflexões acima enunciadas privilegiam as relações objetivas entre os atores. Contudo, ao evidenciarmos a lógica objetiva da ação, não pretendemos aqui ignorar a questão da intencionalidade da ação, nem sequer minimizar ou insistir no papel da consciência dos atores na construção dessas formas de ação coletiva.

Partilhamos, portanto, da opinião de autores como Gaudin e Novarina (1997), que defendem que

qualquer pessoa tem a capacidade para interpretar as mudanças sociais (dimensão cognitiva), enunciar os valores que devem assegurar o respeito pela vida colectiva (dimensão normativa) e definir os princípios mais importantes que permitem orientar a acção pública (dimensão instrumental) tendo em vista a produção de consenso e de acção (Gaudin & Novarina, 1997, citado por Guerra, 2006b, pp. 32, 33).

Assim, segundo a construção teórica proposta destes autores, a formação de acordos não resulta de forma mecanizada, nem fortuitamente, mas sim das interpretações e dos interesses que norteiam o comportamento dos atores. Estes autores defendem, pois, uma abordagem do poder para mostrar que a formação de acordos entre os atores assenta na construção de representações sociais comuns segundo um princípio de justiça – isto é, de regulação do conflito e da produção de consenso. Toda a formação de acordos antecipados obedece a um

princípio que norteia a ação em direção ao bem comum, como ainda estabelece uma ordem hierárquica entre as pessoas ou os interesses (Gaudin & Novarina, 1997).

Neste contexto, a especificidade de um projeto coletivo reside na construção coletiva de regras do jogo onde todos se reconhecem para além das divergências face aos interesses imediatos. Apesar da diversidade de interesses, o que faz persistir um projeto é a sua história, a sua identidade e as formas de ação coletiva que aí se constroem. Um projeto coletivo é um projeto comum que, atuando num determinado território, “congrega uma comunidade cujas características e cujos actores têm uma história comum, que se conhecem, que vivem num perímetro restrito que lhes permite romper com o anonimato das opiniões e nesse sentido, muitos valores não são conflituais” (Denieuil, 1997, p.28).


4.4. Formas de Poder e Redes

Sabemos que na sociedade de hoje as hierarquias e a desigualdades constituem partes estruturantes das formas de organização social. No fundo, questiona-se: Quem tem poder para levar adiante a sua forma de entender o mundo? Quem tem poder para atingir os seus objetivos?

Partindo do pressuposto de que a análise estratégica de atores se situa no campo das relações sociais e, por conseguinte, das relações de poder e dominação, é essencial procurar identificar não só os interesses e conflitos sociais presentes nas relações sociais, como ainda saber que as dimensões de opressão e emancipação também estão presentes em todas as esferas da vida social, ainda que muitas vezes sejam ocultadas por elementos de natureza técnica, burocrática ou política (Guerra, 2006b).

Neste contexto, Guerra (2006b) afirma que todas as relações sociais se encontram mediadas por relações de poder, ou seja, por relações de troca desigual baseadas quase sempre numa negociação potencial. A noção de poder é aqui entendida como uma dimensão que faz parte de todas relações sociais, sejam elas conflituais ou cooperativas.

Como sugere Gualini (2001), o estudo do poder, especialmente quando aplicado em análises onde se procura entender a relação entre as esferas política e institucional da vida pública, deve ser revisto ao recusar o paradigma «distribucional», que passa da noção de poder “como distribuição para dimensões construtivas, relacionais e estratégicas” (conforme sugerem Crozier e Friedberg) e para a dualidade constitutiva do poder (segundo defende Giddens).



Para além disso, deve passar a valorizar as dimensões de incerteza e ambiguidade na ação coletiva e nas decisões (Gualini, 2001). Conforme nos afirma Friedberg (1993), os sistemas de atores e as construções de jogos de poder que lhes dão coesão e consistência, estruturam-se sempre em torno das incertezas «naturais» ou objetivas resultantes das características técnicas e económicas e outras dos problemas a resolver (Friedberg, 1993, p. 254).


São muitas as interpretações à volta do conceito de poder. Weber defende que a melhor forma de concetualizar o poder é concebê-lo como a capacidade de um ator alcançar as suas vontades, mesmo que à custa das vontades daqueles que lhe opõem. O conceito de poder de Parsons apela que o mesmo deve ser entendido como uma propriedade do coletiva. Em oposição, Giddens (2000) entende que estes modos de conceber o poder devem ser articulados como características da dualidade da estrutura. Assim, a abordagem do poder surge associado ao conceito de “regra e recursos”. Tal como a “regra”, o poder consiste não numa descrição do estado de coisas, mas antes numa capacidade. Já os “recursos” são abordados pelo autor como “as “bases” ou “veículos” do poder, incluindo as estruturas de dominação, mobilizados pelas partes em interação e reproduzidos através da dualidade da estrutura.” O mesmo autor, entende o poder como resultado “de formas definidas de dominação” e como um “aspecto integrante das práticas” (Giddens, 2000, pp. 40-42).

Neste contexto, a ação coletiva apresenta, nas palavras de Guerra,

um significado que representa uma visão do mundo e um projecto de sociedade, num contexto em que o desafio da eficácia da ação pública está cada vez mais identificado com os constrangimentos que advêm do «jogo de actores» e da habilidade com que os actores exercem o seu papel, apesar da diferença de poderes reais e simbólicos, como co-produtores das políticas públicas (Guerra, 2006b, p. 42).

Esta significação da ação coletiva dificulta a explicação dos conflitos ao nível das relações sociais. Neste sentido, para se entender como as formas de ação coletiva se processam, torna-se crucial a identificação de dimensões de análise da ação coletiva num contexto que decorre da conflitualidade das relações sociais. Dimensões como a emancipação e o controlo social são, na opinião de Guerra, essenciais para se “aprofundar quem são os actores, como se processa a negociação social, como se estabelecem compromissos e como se controla a sua efetiva concretização.” (Guerra, 2006b, pp. 44, 45).

Guerra (2006b) fala-nos, assim, do paradoxo emancipação/integração no sentido em que o próprio nos conduz à ideia de que é possível os grupos construirem consenso a partir da partilha de experiências comuns. Assim, o conceito de poder pode ser aqui analisado não só



em função do controlo social e da dominação, como também a partir de uma visão relacional baseada na capacidade dos atores interpretarem as situações, construírem objetivos, conseguirem o consentimento dos outros atores e mobilizarem os recursos necessários à concretização dos objetivos.

Se pensarmos no contexto do planeamento dos Cuidados Continuados Integrados, o conceito de poder pode ser compreendido dessa forma, isto é, “como uma construção social que depende da capacidade de alguns actores estruturarem a seu proveito as relações de troca” (Guerra, 2006b, p. 45).


Por esse motivo, a unidade e a coesão interna de um grupo, fruto de um interesse e objetivo partilhado, são essenciais para a conceção do planeamento, uma vez que potenciam a força do acordo em função do grau de consenso alcançado. Contudo, como explica Guerra, o processo de negociação envolve “jogos insidiosos de actores, que misturam interesses de índole muito diversa (pessoais, institucionais, territoriais mas também políticos e socioculturais)”. Esta «não-transparência das relações sociais» torna a análise da ação e dos comportamentos dos atores uma tarefa complexa e de difícil de desvendar (Guerra, 2006b, p. 47).

Para aquela autora, “a presença de atores pertencentes aos grupos – mas também aos interesses «dominados» ou hierarquicamente desvalorizados no jogo social” pode ser um indicador da abertura do campo político a determinados interesses, mas também um apelo a “novas formas de poder, desequilíbrios e desigualdades” (Guerra, 2006b, p. 47).

Contudo, a existência de conflito não é suficiente para o reconhecimento de um movimento social, assim como a existência de consenso não é um indicador de um movimento de integração. Segundo Melucci (2001), no contexto da «microfísica do poder»,

o sistema não tem centro, mas é uma rede de relações entre estruturas diferenciadas e relativamente autónomas nas quais é preciso administrar o equilíbrio. Nenhuma mudança pode operar contemporaneamente em todos os níveis do sistema no qual os diversos componentes funcionam segundo lógicas próprias (Melucci, 2001, p. 36).

Ao problematizarmos o sistema em estudo, conseguimos reconhecer não só a existência de diferentes patamares de ação, como de lógicas sociais próprias, o que nos leva a refletir sobre o modo como se processa a mudança nos diferentes níveis desse mesmo sistema, exigindo, por conseguinte, um entendimento do modo como, igualmente, se processam os conflitos e os consensos ao nível das suas relações de poder.



Num estudo sobre o conceito de redes no contexto das políticas públicas desenvolvido por Patrick le Galès e Mark Thatcher (1995) foram identificadas as seguintes tipificações de redes com distintas características, quer ao nível das intenções, como das suas formas de estruturação: a «comunidade política pública/comunidade territorial», com uma estrutura estável, membros fortemente selecionados, de interdependência vertical e articulação horizontal limitada; a «rede profissional», com características de estabilidade, composta por membros fortemente selecionados, com formas de interdependência vertical e articulação horizontal, ainda que limitada em função dos interesses da profissão; «rede intergovernamental», composta por membros de número limitado, com formas de interdependência vertical e de articulação horizontal importante; a «rede de produtores», com formas de interdependência vertical limitada, que serve o interesse exclusivo dos produtores, cujo número de membros é variável (Galès & Thatcher, 1995, citado por Guerra, 2006b, p. 28).

Se procurarmos encontrar nas características do nosso objeto de estudo semelhanças com esta tipologia de redes, podemos sugerir que estamos perante uma «rede intergovernamental», composta por atores coletivos de dois setores públicos importantes – Saúde e Segurança social, mediados por relações de interdependência vertical e horizontal, e que procura servir os interesses de um grupo com características específicas – pessoas em situação de dependência.

A distinção que Lemieux (2000) apresentou entre redes e aparelhos, em que “os aparelhos são agrupamentos de agentes sociais organizados especificamente para fins de regulação externa dos públicos” baseados na diferença entre “a organização que produz serviços e o público a quem a produção se destina”, conduz à classificação da RNCCI como aparelho e não como rede. Isto porque, as redes não têm um público, mas sim membros, que podem ser indivíduos ou instituições, além de que funcionam de forma auto-regulada. Esta justificação é claramente defendida por M. José Hespanha e Pedro Hespanha quanto ao uso do conceito de rede para análise da RNCCI, uma vez que esta inclui diferentes instituições, públicas e privadas, situadas em diferentes níveis territoriais, interagindo entre si de um modo hierarquizado e cooperando no sentido de alcançar um objetivo/resultado comum – a prestação de serviços de cuidados continuados, deixando de fora os doentes, os seus familiares e os cuidadores informais entendidos estes como os destinatários e beneficiários desses serviços. Consideram aqueles autores ser fundamental clarificar este conceito, de forma a impedir “a ocultação de

características típicas dos aparelhos burocráticos como a hierarquia e a autoridade, a rigidez e a universalidade” (Limieux, 2000, citado por Hespanha e Hespanha, 2011, p. 99)

Outros conceitos como os de «parceria» e de «partenariado»¹⁸, muito próximos do de rede, podem também desempenhar um papel importante na análise da RNCCI, no sentido em que esta coloca diferentes atores coletivos em situação de cooperação “obrigatória” em torno de objetivos comuns, fazendo gerar estruturas de associação de pares desenhadas sob “formas organizativas estabilizadas entre actores institucionais organizados face a objetivos comuns” (Guerra, 2006b, p. 29).

Em relação ao partenariado, este também pode ser definido como uma “cooperação contratual entre os múltiplos parceiros locais em torno de projectos comuns ou convergentes – permite coordenar as iniciativas numa perspetiva de conjunto edificando espaços de solidariedade que congregam os actores locais numa lógica horizontal de reconhecimento mútuo e de comunicação” (Nóvoa, 1991, p. 76).

Guerra (2006b) define aqueles conceitos como “prepositivos que constroem aglomerados de actores, estruturados em função da acção colectiva juntando actores muito diversos e caracterizados por uma adesão voluntária a objectivos de acção” (Guerra, 2006b, p. 29).

Perante os desafios atuais da sociedade e dos fenómenos sociais que lhe estão associados, a referida autora julga ser necessário colocar em evidência as formas de interacção, a estabilidade e flutuação, as formas de coordenação, as hierarquias e interdependências que decorrem das estruturas de parceria e partenariado.

Num contexto complexo, as redes são, nas palavras de Guerra, fruto da “cooperação mais ou menos estável, não hierárquica entre as organizações que se conhecem e se reconhecem, negociam, trocam recursos e podem partilhar normas e interesses” (Guerra, 2006b, p. 29). Para esta autora, a noção de rede dá-nos conta da constituição de “colectivos de acção gerados pelo encadeamento das interacções locais”, que evoluem no tempo e procuram dar resposta aos desafios impostos pela mudança social.

A questão da «descentralização» e da «contratualização» vieram complexificar as regras dos jogo, posicionando os atores públicos “em situação de cooperação obrigatória, mas também

¹⁸ Estes e outros conceitos como os de negociação e cooperação, enquanto formas de construção da ação coletiva, serão nos pontos seguintes novamente refletidos.

de concorrência inevitável”. Nesta perspectiva, Guerra considera que o desenvolvimento das “dinâmicas de poder de iniciativa contratual” depende de variáveis-chave como: «capacidade financeira»; «potencial de conhecimentos»; e «capacidade técnica» (Guerra, 2006b, p. 29).

Por outro lado, as «dinâmicas de poder» resultam das dificuldades em gerir sistemas complexos em contextos de incerteza e na busca de equilíbrios que permitam os atores «viverem e agirem em conjunto» (Guerra, 2006b). A ação coletiva está, portanto, dependente do funcionamento dos sistemas políticos e de todas as esferas públicas onde existem múltiplos interesses, por meio de representação e de processos de decisão para a distribuição dos recursos, que apelam fortemente à participação de todos isto é, a uma governação integrada.

5. Considerações Finais

Ao convocarmos para este trabalho de investigação os modelos teóricos e empíricos de autores que navegam entre uma sociologia dos sistemas e uma sociologia dos atores, estamos a valorizar as práticas e as racionalidades individuais, por um lado, e o “peso das estruturas” na definição das condições individuais e nos “hábitos” que as mesmas produzem. Neste contexto, a articulação entre sistema e ator, isto é, entre propriedades dos sistemas e capacidades dos atores é essencial para análise da mudança estratégica dos CCI, em especial quando o que se pretende é que os atores definam um futuro desejado. Para o efeito, conforme propõe Guerra, as questões que surgem como centrais no campo teórico da sociologia ação são: “Como controla o sujeito as propriedades do sistema? Como pode o sujeito alterar o sistema? Quem tem poder para orientar o sistema a seu favor?” (Guerra, 2002, p. 36).

O capítulo que se segue propõe uma reflexão teórica sobre os Cuidados Continuados Integrados enquanto uma realidade social complexa, pela diversidade de conceitos que a mesma envolve, sujeita a transformações cada vez mais rápidas e imprevisíveis num contexto ambiental fortemente determinado pela combinação de uma multiplicidade de elementos culturais, sociais, políticos, económicos, tecnológicos, entre muitos outros.

Capítulo II – A Complexa Realidade dos Cuidados Continuados Integrados

Os sistemas de saúde, onde se incluem os Cuidados Continuados Integrados, estão sujeitos a transformações cada vez mais rápidas e imprevisíveis. O contexto ambiental onde estes sistemas se enquadram é fortemente determinado por conjunto de realidades - culturais, sociais, políticas, económicas e outras - exigindo destes sistemas mudanças constantes.

Face a este quadro de complexidade global, as transformações trazem consigo novos problemas e colocam desafios aos sistemas de saúde, interferindo no seu funcionamento e alterando a sua estrutura. Para Pew Commission (1998, citado por Santana & Costa, 2008), surgem como desafios centrais durante as próximas duas décadas: a mudança de paradigma de prestação de cuidados de saúde; a pressão económica; o envelhecimento populacional; a mudança epidemiológica, o desenvolvimento das tecnologias de informação; a melhoria contínua da qualidade dos serviços e cuidados; a alteração do perfil dos consumidores; a reafectação de recursos; e a globalização e expansão da economia global.

Tais problemas e desafios impõem uma solução urgente, exigindo uma governação efetiva dos sistemas de saúde em geral. Neste âmbito, as organizações prestadoras de cuidados assumem aqui um papel determinante na forma como respondem a estes desafios, sobretudo a sua capacidade de gestão adaptativa e flexível perante um meio envolvente em permanente mudança. Neste sentido, são valorizados um conjunto de iniciativas de reestruturação organizacional da oferta de cuidados na qual se insere o movimento de integração de cuidados de saúde, nomeadamente “a criação de organizações integradas em saúde, assumindo-se mesmo como uma forma de implementação dessa reforma” (Shortell et al., 1993, citado por Santana e Costa, 2008, p.31), com a finalidade “de combater o «conjunto de ilhas» onde assenta a actual estrutura fragmentada de oferta de cuidados de saúde” (Reis, 2005, citado por Santana & Costa, p. 31).

Perante a complexidade e a diversidade de constrangimentos e desafios enfrentados pelos sistemas de cuidados de saúde, a governação integrada é hoje a chave mestra neste processo de reforma dos sistemas de saúde.

Contudo, a governação integrada dos cuidados de saúde e, em particular, dos CCI, impõe uma alteração da definição de prestação de cuidados de saúde, isto porque, o próprio conceito básico de «prestação» tende para mudar de uma atuação centrada no antigo paradigma

«tratamento da doença», para um novo paradigma mais focalizado no «bem-estar geral do doente». Em conexão com este conceito surgem os conceitos de cuidado e autocuidado que, quando prestados a pessoas em situação de dependência, impõem, igualmente, uma alteração não apenas do seu significado como no modo como atuamos perante este tipo de cuidados.

2. Unidade e Diversidade do Cuidado na Dependência: Uma Realidade Complexa

Estudos sobre a produção de bem-estar e cuidados na Europa, e em Portugal, têm vindo a identificar a dependência, resultado do envelhecimento, como a questão impulsionadora dos estudos sobre os cuidados, sejam eles formais e/ou informais. Os mesmos trabalhos evidenciam, também, a ausência de trabalhos que identifiquem e caracterizem a produção de bem-estar de outras situações de dependência, que não associadas ao envelhecimento (Sousa, 2007). Exemplo disso tem sido a problemática da deficiência, ao ser observada de modo fragmentado pelos teóricos do cuidado.

A produção de bem-estar para a deficiência tem vindo a ser debatida em associação com a questão dos cuidados da infância, ou no campo dos cuidados continuados, com especial atenção sobre a população idosa. De facto, este fenómeno tem sido alvo de uma observação simplificadora da realidade, no sentido em que a mesma nos mostra que há pessoas que nascem, se tornam adultas e atingem a fase da velhice com um tipo deficiência e/ou incapacidade que as torna dependentes de cuidado, pessoas com necessidades muito específicas e que exigem da sociedade e das políticas uma atenção diária e permanente.

A problemática do cuidado na dependência exige, portanto, ser refletida como um tipo de cuidado específico, que respeite a individualidade de cada pessoa e dê atenção às suas necessidades e ao contexto onde está inserida. Mais, pensar o cuidado como diário, continuado e de longa duração, isto é, o cuidado para toda a vida, independentemente da fase da vida em que se encontra. O que na realidade não tem sucedido (Sousa, 2007).

Não nos podemos esquecer, contudo, que a dependência compreende um fenómeno muito amplo, passível de ser uma realidade para qualquer indivíduo, em qualquer idade. Por esse motivo, considerar a dependência como sinónimo do envelhecimento, torna-se redutor e dúbio. O que nos faz repensar sobre o modo como compreendemos a questão do cuidado na dependência. Isto quer dizer que, a dependência, ao compreender várias realidades, não pode ser aprendida apenas de uma forma; de igual modo, o cuidado (na dependência) não pode ser

estudado como um fenómeno que apresenta uma só configuração social, mas compreendido de forma continuada e integrada.

Assim sendo, é importante refletirmos um pouco sobre a multiplicidade de significados e entendimentos dos termos “cuidado” e “autocuidado”.


O termo “cuidado” provém do verbo transitivo “Cuidar” que dita a ação de se ocupar com o cuidado de alguém, ou de qualquer coisa, de formas diversas. Cuidar significa hoje, mais correntemente, ocupar-se de uma pessoa doente, prestando-lhe os cuidados adequados ao seu estado, com vista à sua recuperação, ao seu regresso à saúde, sempre que esta é vista como ausência de doença. Significa, ainda, ter cuidado com alguém, na segurança, na atenção e preocupação com o seu bem-estar, na satisfação das suas necessidades (Honoré, 2004, p. 31).

Para uma compreensão mais densa do «Cuidar», surgem conceções de autores, como Corinne Petit (2004), que entendem cuidar como “atitude, uma maneira de estar na vida” que induz a “um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo.” Esta conceção, “olhar para outro”, leva-nos a refletir sobre a nossa capacidade para tal numa sociedade

em que tudo a acontece depressa (...) em que comunicamos apenas através de objetos intermediários (...) ignorando a mais simples relação com o outro e empobrecendo as nossas capacidades de escuta e troca, projetando-nos num mundo de pessoas com um handicap de comunicação (Petit, 2004, pp. 87, 88).

Assim, como nos diz Petit, “cuidar neste mundo” implica que aqueles que cuidam sejam “dotados de virtude”. Dotados, por um lado, de “virtude intelectual”, proveniente sobretudo da instrução necessária para se manifestar e desenvolver, mas que exige prática e tempo; e, por outro, de “virtude moral”, que se traduz em “bons costumes”. Por outras palavras, “cuidar neste mundo” exige uma aprendizagem e, por conseguinte, prática, tempo e bons costumes (Petit, 2004, p. 91).

Este autor fala-nos, ainda, do cuidar neste mundo como um processo que demora o seu tempo. Ainda que, em dados momentos, o cuidar se imponha como urgente, “a acção de cuidar de alguém opõe-se a qualquer noção de produto restrito, que implica a rapidez incondicional”. Se pensarmos os cuidados dispensados, por exemplo, a uma pessoa doente, importa que o cuidar seja dispensado com tempo, mesmo que seja a “conta gotas se essas forem as exigências do serviço” (Petit, 2004, p. 97). Além do tempo, a experiência, a intuição, a habilidade e o talento, concorrem em conjunto neste processo de cuidar. Tudo isto não chega se os diversos atores do cuidado não possuam uma habilidade especial para trabalhar em equipa.



Durante um longo período de tempo, o «cuidar» era remetido ao cuidar em contexto familiar baseado no “self care” e no “dar e receber”, transportando a ideia de reciprocidade, proteção e apoio, bem como sentido de responsabilidade. Como refere Carvalho, a ação de cuidar de alguém (cuidados prestados, na esfera privada, especialmente por mulheres e recebidos por crianças, jovens, esposos e pessoas idosas), colocava em evidência a intenção de reparar, aliviar, satisfazer e contentar uma determinada necessidade, envolvendo um processo de socialização, prevenção e proteção dos riscos e de promoção da autonomia e independência. Esta atividade de cuidar ou prestar cuidados estava associada ao trabalho feminino, tendo sido objeto de estudo da literatura feminista e dos *Women Studies* (Carvalho, 2006, p. 2).

Historicamente, o cuidado informal aos dependentes tem sido assegurado pela família, em contexto doméstico. As pesquisas sobre a produção de bem-estar têm revelado exatamente isso: as famílias – parentes, amigos e vizinhos – são as principais produtoras de cuidado, sempre que os seus necessitam de cuidados. Por norma, esta forma de cuidado não se baseia em nenhum contrato formal, ou em serviços específicos, mas, pela existência de laços de parentesco e pelas expectativas sociais dos mesmos (Hespanha & Hespanha, 2001).

Contudo, quando nos reportamos à esfera da política social, verificamos que os cuidados estiveram sobretudo relacionados aos cuidados formais, havendo uma forte distinção entre estes e os cuidados informais. Os primeiros, prestados por instituições sociais ou equipamentos sociais, como os lares e os hospitais; os segundos, remetidos aos cuidados prestados dentro do contexto familiar, não existindo ligação entre ambos (Carvalho, 2006). Esta distinção foi sendo ultrapassada com a ideia da desinstitucionalização dos cuidados formais, operacionalizada em finais da década de setenta e oitenta, na maioria dos países do centro e norte da Europa, na saúde mental e na psiquiatria, favorecendo o desenvolvimento dos cuidados no domicílio e/ou *community care*. No presente, esta tipologia de organização dos cuidados tem sido levada a cabo noutros países europeus, em especial na área das pessoas idosas dependentes, enfatizando a articulação e integração de cuidados (Carvalho, 2006).

Segundo Honoré (2004), quando nos debruçamos sobre as atividades profissionais cuidadoras, em especial as que surgem das práticas hospitalares, observa-se que estas eram quase sempre remetidas para dois tipos de cuidados diferenciados entre si: os “cuidados centrados na cura”, que têm por finalidade a recuperação e o tratamento de uma patologia; e os “cuidados centrados na pessoa”, os quais envolvem um processo de cuidado, visando o

acompanhamento da pessoa no seu restabelecimento e respeitando as suas necessidades existenciais (Honoré, 2004, p.28).

Para o referido autor, para atenuar as falhas no estar com a pessoa e no seu acompanhamento, que surgem no “agir curativo”, os atores que cuidam em ambientes institucionais, como hospitais, “inscrevem hoje na sua missão uma modalidade de agir cuidador fundamentada no *caring* como filosofia e ciência dos elementos de cuidado centrado na pessoa, cujo resultado é a satisfação de certas necessidades humana” (Honoré, 2004, p. 34). Contudo, as perspetivas atuais que insistem na distinção entre *cuidados centrados na cura* e *cuidados centrados na pessoa* procuram construir uma identidade vocacional das profissões que cuidam. Por seu turno, outras conceções procuram ultrapassar estas diferenciações, ao considerarem que “cuidar é uma atenção particular que se dispensa a uma pessoa numa situação particular, tendo em vista ajudá-la, contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde” (Honoré, 2004, p. 36).

Esta conceção transmite a ideia de que a noção de cuidar é o suporte de uma perspetiva cuidadora incorporada

numa envolvência através da qual o conjunto de actores de uma estrutura, qualquer que seja a sua função, participa no desenvolvimento de um espírito de cuidar. Eles contribuem assim, para uma atmosfera de grande humanidade que diz respeito, efectivamente, a cada pessoa, quer esta seja quem é cuidado ou quem cuida, quem é responsável pela logística, ou ainda, um parente, ou um amigo de um doente (Honoré, 2004, p. 37).

Segundo Carvalho (2006), o modo de conceptualizar a política de cuidados impõe a inclusão das dimensões social, económica e política, baseada num “processo de assistência a pessoas adultas idosas e/ou deficientes nas actividades da vida diária, necessárias ao seu bem-estar, providenciadas quer por trabalho pago ou não pago, profissional ou não profissional, podendo ser desenvolvidas na esfera privada ou pública” (Carvalho, 2006, p.3).

Na perspetiva da autora, o cuidado surge como um

conceito complexo, que integra múltiplas interacções de nível micro, meso e macro entre a esfera pública, designadamente as orientações de políticas nesta área e os «regimes» de estado dos diferentes países, assim como entre os recursos sociais, à disposição da população, e a esfera privada, associada aos princípios, valores, culturas, tipos e dinâmicas familiares (Carvalho, 2006, p. 3).

Neste contexto, a mesma autora salienta que o conceito de cuidados ganhou um novo entendimento e importância no domínio da política social, sendo, presentemente, usado para


identificar uma diversidade de serviços, que englobam várias áreas, organizados por equipamentos sociais, quer sejam públicos ou privados, lucrativos ou não lucrativos – quer sejam estatais e/ou de organizações não governamentais – e incluem tarefas de carácter social, pedagógico e de saúde, prestadas por profissionais, assim como serviços prestados informalmente por familiares, amigos e voluntários (Carvalho, 2006, p. 3).

Estudos produzidos no âmbito da Comissão Europeia destacam que o sistema formal não consegue, por si, garantir o bem-estar dos cidadãos, e que o sistema de cuidados informais tem sido fundamental para resolver muitas das fragilidades do sistema de cuidados formais. Nesta ótica, são muitos os autores que dão relevo à importância dos atores informais em todos os contextos. A verdadeira ação do cuidado só se concretiza, quando a ampliamos a todos aqueles que dele fazem parte: os cuidadores (formais ou informais) e os que recebem os cuidados. Os cuidadores informais são aqueles que cuidam de um amigo, de um familiar ou de vizinho que, em resultado da doença, fragilidade ou deficiência, não consegue viver quotidianamente sem ajuda ou apoio. Por outro lado, dos cuidadores formais fazem parte aqueles atores, profissionais especializados, que prestam cuidados organizados formalmente e suportados por um conjunto de serviços e/ou equipamentos de natureza pública ou privada, lucrativos ou não lucrativos (quer sejam estatais e/ou de organizações não governamentais), que incluem tarefas de natureza social, pedagógica e de saúde, prestados por profissionais especializados (Carvalho, 2006).

O conceito de autocuidado assume hoje um papel fundamental na dependência, tendo sido incorporado na política social como um “conjunto de atividades executadas pelo próprio para tratar do que é necessário para se manter (...) operacional e lidar com as necessidades individuais básicas (...) e as atividades da vida diária” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2013, como referido em OPSS, 2015, p. 85).

Conforme exposto no Relatório Primavera do Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS, 2015), “a evolução do processo de dependência na realização do autocuidado não obedece a um padrão único” (p.85), sendo que, caso esta evolução não seja revertida, poderá afetar progressivamente um número acrescido de domínios do autocuidado, culminando numa condição, usualmente denominada de «acamado»:

em que a pessoa que não consegue, por si só, levantar-se da cama e/ou transferir-se entre a cama e uma cadeira, ou mesmo posicionar-se na cama; nesta condição, a pessoa estará dependente na globalidade da realização das tarefas de vida diária (OPSS, 2015, p. 85).



Várias pesquisas sobre as designações adotadas por diferentes países para os Cuidados Continuados (CC) despertam-nos para a questão da ambiguidade conceptual que circunda este tipo cuidados. A diversidade das designações explica-se, segundo Hespanha e Hespanha (2011) “pela história de intervenção em cada país (...) a natureza e configuração dos sistemas de protecção social e também com as orientações ditadas pelas organizações internacionais.” Entre as designações mais usadas, surgem as de «cuidados continuados» (*continuing care*), «cuidados de longa duração» (*long-term care*) e «cuidados integrados» (*integrated care*), com objetivos semelhantes, embora muitas vezes sobrepostos (Hespanha & Hespanha, 2011, p. 84).

Os cuidados continuados consistem num conjunto de serviços e processos de cuidar dirigidos a pessoas que necessitam de cuidados regulares, que se prolongam por uma duração que, não sendo necessariamente longos, exigem um acompanhamento ao longo de um certo tempo. Isto é, estes cuidados consistem “numa variedade de serviços continuados de saúde e sociais, prestados a indivíduos que precisam de assistência numa base continuada em virtude de um problema físico ou psicológico. Os serviços podem ser prestados numa instituição, no domicílio ou em centros comunitários” (Instituto de Medicina de Washington, citado por Hespanha & Hespanha, 2011, p. 85).


O objetivo deste tipo de cuidados passa por garantir a melhor qualidade de vida possível a um indivíduo em situação de dependência, com o maior grau de independência, autonomia, participação, auto-realização e dignidade humana possíveis. Sob este ponto de vista, uma política de cuidados continuados deve incluir obrigatoriamente o respeito pelos valores individuais, preferências e necessidades dos cidadãos (Hespanha & Hespanha, 2011).

Por sua vez, a OMS (2002) define os Cuidados Continuados como sendo

as actividades dirigidas para as pessoas que se encontram em situação de incapacidade para o desenvolvimento autónomo de cuidados básicos de saúde, levadas a cabo, por cuidadores informais (família e amigos), por cuidadores formais, incluindo profissionais e para profissionais de saúde, de apoio social e de outras áreas, por cuidadores tradicionais e voluntários (OMS, 2002).

Se analisarmos os dois conceitos (OMS e Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho) constatamos que existem ideias comuns a ambos. Ambos assentam em princípios idênticos, surgindo apenas algumas divergências na sua descrição.

Nas diferentes designações são feitas alusões a termos que são intrínsecos às políticas de CC, entre eles, a «integração dos cuidados» e a «multidisciplinaridade», que impõe a



complementaridade de atuações entre as diferentes especialidades de profissionais que integram as equipas. Associada a esta multidisciplinaridade está a interdisciplinaridade, cujos objetivos a atingir são comuns a toda a equipa, a fim de se conseguir uma prestação abrangente e orientada para todas as necessidades do indivíduo.

Por seu turno, a designação de cuidados de longa duração usa-se, com frequência, para as ações que configuram os cuidados continuados, sendo cada vez mais utilizada pelas organizações internacionais. Em 2005, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) concetualizava o cuidado de longa duração¹⁹ (LTC) como um tipo de apoio destinado a pessoas com elevado grau de dependência, resultado do envelhecimento, da deficiência física ou mental dos indivíduos. Segundo esta organização, este tipo de cuidado implicava a construção de políticas transversais, de modo a providenciar e garantir um conjunto de serviços a todas as pessoas dependentes de ajuda para realizar as actividades da vida diária por um longo período de tempo. Mais recentemente, a OCDE (2007) apresentou uma nova definição que confirma aquele propósito, ou seja, cuidados de longa duração consistem numa variedade de serviços de saúde e sociais providos durante um longo e continuado período, a indivíduos que precisam de uma assistência base continuada resultado da deficiência física e/ou mental.

O que mais distingue estes cuidados dos anteriores é o facto dos cuidados de longa duração se destinarem “a situações de dependência prolongada no tempo e não a situações de dependência esporádica e facilmente resolúvel no quadro das respostas hospitalares ou comunitárias existentes” (Hespanha & Hespanha, 2011, p. 85). Isto é, para além dos cuidados médicos e de enfermagem, estes cuidados compreendem os cuidados não especializados de vigilância e acompanhamento de tarefas diárias da pessoa dependente.

A designação de cuidados integrados consiste em prestar serviços ajustados à multidimensionalidade dos problemas das pessoas que necessitam de cuidados, em especial as pessoas idosas e dependentes, com o propósito de integrar as respostas médicas, sociais ou outras nos serviços prestados. Como referem os autores, Hespanha e Hespanha (2011), este objetivo revela-se especialmente complicado de atingir nos países cujos cuidados sociais e de

¹⁹ De acordo com a OCDE (2005), os cuidados de longa duração podem traduzir-se em: reabilitação, serviços médicos básicos, cuidados de enfermagem, apoio social, auxílio nas tarefas da vida doméstica, transporte, refeições, actividades ocupacionais, e ajuda nas actividades instrumentais da vida diária.

saúde funcionam em diferentes ministérios e/ou organismos públicos (particularmente relevante para a análise do caso português).

Desta forma, coloca-se o desafio de “gerar arranjos inter institucionais (por meio de protocolos de equipas multidisciplinares), em garantir compromissos entre as institucionais (pelo esforço da confiança mútua e da cooperação) e em explorar as boas práticas (através de um processo contínuo de aprendizagem e avaliação)”. Acrescentam aqueles autores que as relações entre os organismos públicos e privados dependem “de um quadro claro de regulação entre ambos e de um clima de confiança recíproca no respeito da autonomia e da missão de cada parceiro” (Hespanha & Hespanha, 2011, p. 86).

A evolução e rumo político de Portugal conduziu-nos à atual designação de Cuidados Continuados Integrados.


Do ponto de vista concetual e para além do que já foi referido, importa acrescentar que, apesar da diversidade de terminologias em torno desta área, começa a haver consenso político no que se refere à definição de cuidados de longa duração (Long Term Care), sendo hoje assumido pela atual política governamental que os mesmos são constituídos por

um sistema de atividades realizadas por cuidadores informais (família, amigos, e/ou vizinhos) e/ou profissionais (saúde, social, e outros) para garantir que uma pessoa que não é totalmente capaz de se autocuidar possa manter a melhor qualidade possível de vida, de acordo com suas preferências individuais, com o maior grau possível de independência, autonomia, participação, realização pessoal e dignidade humana (MS e MTSS, 2016, p. 17).

A concetualização de cuidados e autocuidado, quer do ponto de vista mais *filosófico* e *existencial*, quer no âmbito da política social, permite-nos, para já, entender a amplitude e a riqueza semântica associada à palavra *cuidar*. A sua significação varia, assim, consoante a língua, a cultura e a política de cada lugar e/ou país.

3. A Integração e Continuidade dos Cuidados Como Resposta: Um Novo Paradigma de Funcionamento

A crescente preocupação dos diferentes Estados e governos com a escassez da oferta de cuidados continuados para as pessoas dependentes e a procura de respostas capazes de responder às necessidades dessas pessoas e as suas famílias têm vindo a ocupar a agenda política atual. O aumento da população idosa e o conseqüente declínio da taxa de natalidade, o



retardamento da idade de procriação, o aumento das famílias monoparentais e da participação da mulher no mercado de trabalho são algumas das razões dessa preocupação. Mas, o principal problema que hoje se coloca às famílias é a sua incapacidade para cuidar e acompanhar os seus familiares dependentes. A estas dificuldades acresce o problema da pobreza, comprometendo gravemente a capacidade dessas pessoas e dos seus familiares proverem todos os cuidados de que necessitam no seu quotidiano. Neste quadro, solicita-se ao sistema formal (político) que

dê uma resposta que respeite, em simultâneo, a necessidade de prestar cuidados de qualidade e especializados a uma população (...) de criar instituições adequadas a prestar esses cuidados por forma a reservar os hospitais para episódios de doença aguda, de aliviar as famílias do encargo pesado de cuidar dos seus familiares dependentes de cuidados continuados e relativamente especializados e de integrar as ajudas que o sector social presta aos doentes e suas famílias (Hespanha & Hespanha, 2011, p. 83).

Perante a evolução permanente e crescente do ambiente externo e dos constrangimentos que decorrem da atual estrutura de oferta de cuidados, os sistemas de saúde defrontam-se com novos desafios, impondo uma resposta urgente por parte dos responsáveis pela gestão desses mesmos sistemas.

Conforme defendem Santana e Costa (2008), a integração de cuidados de saúde pode constituir uma resposta organizacional aos novos paradigmas dos sistemas de saúde. Esta solução estratégica não reúne consenso, além de não permitir que a sua operacionalização seja feita de forma linear. Ainda assim, reconhece-se a importância das suas potencialidades, principalmente ao nível da sua estrutura vertical, uma vez que potencia “uma focalização na criação de valor para o utente e necessariamente na concentração do desenvolvimento das actividades nas fases primárias da doença” (Santana & Costa, 2008, p. 29).

A intenção é instaurar um modelo de intervenção integrado e ou articulado das vertentes saúde e social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diferentes atores sociais, a sociedade civil e o Estado, enquanto principais incentivos.

Este modelo de intervenção de cuidados continuados designado RNCCI situa-se num novo nível intermédio (entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar) de cuidados de saúde e de apoio social, e é definido pelo Decreto – Lei nº 101/2006, de 06 de junho, que cria esta rede, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social. A lei em causa esclarece-nos alguns conceitos fundamentais na compreensão da filosofia da rede.

Os «Cuidados Continuados Integrados» entendidos como

o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente da 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 (MS & MTSS, 2006, p. 3857).

A «Continuidade de Cuidados» vista como “a sequencialidade no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social” e a «Integração de Cuidados» que consiste na “conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenções conjuntas”. A estes conceitos, surgem outros, entre eles: o «Processo Individual de Cuidados Continuados», que reúne o conjunto de informação relativa à pessoa em situação de dependência que recebe estes cuidados”; o «Plano familiar de intervenção», que resulta da definição de uma série de objetivos a atingir e de intervenções a adotar face as necessidades identificadas, com vista à recuperação global ou a manutenção, tanto a nível clínico como social; a «Dependência»; o «Serviço Comunitário de Proximidade», enquanto estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras entidades comunitárias, constituída pelas Unidades de Saúde Familiar (USF), ou enquanto estas não existirem, pelo próprio Centro de Saúde (CS), “pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir” (MS & MTSS, 2006, p. 3857).

A problemática da integração dos cuidados é uma estratégia chave na reforma dos sistemas de saúde de todos os países do mundo. A sua importância assume hoje um lugar de destaque e as teorizações à volta do conceito não são fáceis em virtude da sua complexidade e falta de especificidade e clareza, dificultando a compreensão e interferindo no sucesso da sua aplicação e avaliação.

Para Dennis Kodner (2009) cuidados integrados é um “conceito-chave global em saúde” que permitiu conduzir e moldar políticas, introduzindo, nas últimas duas décadas, mudanças de natureza prática nos sistemas de saúde de diferentes países do mundo, desde a América do Norte à Europa. Conforme este autor,

a integração é projetada para criar coerência e sinergia entre várias partes do sistema de saúde, com vista à melhoria da eficiência do sistema, da qualidade dos cuidados, a qualidade de vida e consumo, a


satisfação, especialmente para pacientes complexos e multi-problemáticos ou clientes (Kodner, 2009, p.7).

Nesta lógica, os cuidados integrados podem ser vistos “como uma procura-resposta dirigida os cuidados de saúde modernos com preocupações de acesso, serviços fragmentados, cuidados disjuntos, qualidade ótima, ineficiências do sistema e dificuldades difíceis de usar, custos de controle” (Kodner, 2009, p. 7). Tais desafios resultam de um conjunto de fatores, sendo que o principal fator reside na diferenciação, especialização, segmentação e mentalidade do silo²⁰ profundamente inserido em todos os elementos do sistema de saúde, nomeadamente na política, regulamentação, financiamento, organização, prestação de serviços e cultura institucional. Existe, ainda, um forte desajustamento entre as complexas necessidades de um número crescente de pessoas idosas e pessoas com condições crónicas e deficiências e o sistema saúde (Kodner, 2009).

Para continuar a prestar cuidados de saúde acessíveis e de qualidade, os governos não tem escolha senão reestruturar o sistema de saúde de forma a aumentar a eficiência e reduzem a fragmentação. E a integração é um dos principais impulsionadores da reforma (Contandriopoulos et al., 2003, citado por Kodner, 2009), mas o desafio surge da falta de uma definição comum. A noção de cuidados integrados é frequentemente usada por pessoas diferentes para significar coisas diferentes, sendo muitas vezes equiparada a organização de cuidados, continuidade de cuidados, gestão de casos/cuidados, cuidados centrados no paciente, cuidados partilhados, cuidados de transição e sistemas integrados (Kodner, 2009, p. 8).

Conforme Kodner (2009), a noção de cuidados integrados desempenha um papel essencial na forma como visualizamos, projetamos, gerimos e avaliamos os cuidados e os serviços de saúde, cuja aplicação na realidade torna-se ainda mais complicada pela falta de uma estrutura empírica sólida que potencie e facilite a formulação de políticas e o desenvolvimento e avaliação de programas. Este autor sugere assim, a partir de uma adaptação desenhada por Lloyd e Wait (2006), diferentes formas de perspetivar os cuidados integrados em função dos diferentes intervenientes: os pacientes olham os cuidados como um cuidado contínuo e de fácil acesso e mobilidade; os provedores de cuidados que olham os cuidados numa perspetiva

²⁰ Mentalidade de silo é uma expressão utilizada no mundo empresarial para explicar que a estrutura de uma dada empresa está organizada por funções ou departamentos, sendo que cada uma das funções e departamentos se fecham sobre si própria, prosseguindo os seus próprios objetivos, limitando a sua cooperação com os outros departamentos ou, até mesmo, competindo com os outros departamentos em situações mais complicadas (Kodner, 2009).




interdisciplinar, de trabalho em equipa, de coordenação de tarefas, serviços e cuidados profissionais e institucionais, com limites de atuação; os Gerentes, cuja visão assenta na supervisão da combinação fluxos de financiamento, na coordenação de metas de desempenho conjuntas, na supervisão alargada e profissional de pessoal diversificado, na gestão complexa de estruturas organizacionais e relacionamentos, na construção e manutenção de uma cultura partilhada; e os promotores de políticas que centram a sua visão no design da integração amigável de políticas, regulamentos e financiamento, na avaliação holística de sistemas e programas (Lloyd & Wait, 2006, como referido em Kodner, 2009).

Comparando a uma árvore, Kodner refere que os cuidados integrados têm muitas raízes e ramos. Recorrendo à teoria organizacional e à ciência de gestão, estas desenvolveram um estudo sistemático das organizações sob diferentes perspetivas, isto é, o indivíduo e o grupo, a dinâmica interna da organização, o poder, a cultura e as redes. Diferentes autores evidenciam que o *design* e o desempenho organizacional efetivo dependem da obtenção do estado de integração (Scott, 1992 & Thompson, 1967, citados por Kodner, 2009).

Acrescenta Pfeffer (1982, citado por Kodner, 2009) que todas as organizações consistem em partes separadas, embora interconectadas, sendo que essas partes devem desempenhar papéis complementares para realizar tarefas compartilhadas. Contudo, a divisão, a descentralização e a especialização detetadas na arquitetura de organizações mais complexas tendem a interferir com as intervenções. O cumprimento de objetivos organizacionais exige cooperação e colaboração entre os diferentes componentes e processos (Galbraith, 1973, citado por Kodner, 2006). Na sua essência, “a integração é a cola que liga a entidade em conjunto, permitindo assim alcançar objetivos comuns e resultados ótimos” (Kodner, 2009, p. 8).

Numa revisão sistemática sobre a integração dos sistemas de saúde, Suter, Oelke, Adair e Armitage (2009) concluíram que os princípios e as lições de comportamento organizacional e práticas de gestão no setor empresarial podem contribuir para a compreensão de cuidados integrados. Justificam que as empresas têm objetivos semelhantes aos da saúde – fornecedores de cuidados com respeito à integração como estrutura e processo. A cultura organizacional foi, igualmente, identificada como uma barreira à integração.

Neste contexto, Kodner enuncia um conjunto de imperativos à integração dos sistemas e serviços de saúde, são eles: envelhecimento, doença crónica e deficiência; saldo equilibrado de cuidados “desequilibrado”; fragmentação do serviço, lacunas e redundâncias; problemas de




acesso, continuidade e coordenação; uso ineficiente de recursos; resultados subótimos e erros médicos; montagem, custos difíceis de controlar; responsabilidade defeituosa; redução da confiança do público no sistema de saúde (Kodner, 2009).

Muitas definições de cuidados integrados tocam direta ou indiretamente sobre a problemática da continuidade dos cuidados, e a literatura está repleta de definições. Assim, quando se fala em continuidade de cuidados somos conduzidos a vários aspetos que caracterizam essa continuidade, designadamente: longitudinal, que determina o período de tempo em que o paciente se relaciona com o profissional/cuidador formal; relacional, que implica tempo e qualidade desse relacionamento; geográfico, no sentido da gestão geográfica do relacionamento entre níveis de cuidados; tratamento, que se relaciona com natureza do cuidados integrado ou fragmentado dentro do mesmo nível; continuidade como flexibilidade, que se traduz na capacidade de adaptar cuidados às mudanças das necessidades do paciente; informativo, que implica registos e dados relacionados com o atendimento ao paciente; comunicações enquanto meios de interação distante entre fornecedor e o paciente (por exemplo, telefone e internet); experiencial traduzida na forma como os pacientes experienciam a continuidade dos seus cuidados (Solinís, 2008, citado por Kodner, 2009, p. 9).

Nas palavras de Kodner (2006), “o continuum de cuidados é um antídoto bastante recomendado para sistemas de saúde e serviços sociais fragmentados e não coordenados, em que a continuidade dos cuidados frequentemente é a vítima.” (p. 10). Outros autores concluem que a continuidade dos cuidados é o método pelo qual os pacientes experimentam a coesão e a conexão do sistema de saúde” (Reid et al., 2002, & Haggerty et al., 2003, citado por Kodner, 2009, p. 10).

Em conclusão, Kodner entende que o cuidado integrado é ao mesmo tempo global, sistemático e abrangente, cuja orientação para os cuidados de saúde deve basear-se nas necessidades. A integração de cuidados constrói-se à volta de noções relacionadas com a continuidade e coordenação dos cuidados. Estas noções, agregadas entre si, formam a espinha dorsal do sistema de saúde e a força de integração de serviços.

O modelo de integração potencia a abordagem conjunta de preocupações com a eficiência e eficácia da saúde. Contudo, a sua relevância foca-se especialmente para as pessoas com vários problemas como pessoas idosas e pessoas com doenças crónicas, incapacitantes e frágeis ou



em condições de alto risco. Essas populações sofrem de problemas de acesso, continuidade, fragmentação e problemas de qualidade encontrados em todos os sistemas de saúde.

O cuidado integrado depende, contudo, de uma combinação construída a partir de estruturas, processos e técnicas para abordar as necessidades dessas pessoas e as circunstâncias da relação sistema-institucional-comunidade. Para o efeito, usa estruturas organizacionais, acordos de rede para reunir instituições, gestores e prestadores. Além disso, adota uma ampla gama de técnicas (sendo o mais relevante a gestão de casos e a gestão de doenças) para garantir os cuidados adequados e de alta qualidade dentro de um quadro integrado de serviços. Essas técnicas são muitas vezes confundidas com o facto de serem cuidados integrados, mas na verdade elas são apenas parte dos meios para alcançar esse fim (Kodner, 2009).


Nas palavras de Kodner,

para usar uma analogia médica, o cuidado integrado é mais um procedimento cirúrgico preciso do que um antibiótico de amplo espectro. Não há abordagens “tamanho único” ou “bala mágica” para integrar sistemas ou serviços de saúde (...) O cuidado integrado é como um país. Exige uma cultura própria, que abrange diferentes organizações e profissões, mentalidades temporais, elimina limites e preconceitos, criando um espaço compartilhado para facilitar as inter-agências muito necessárias de colaboração e trabalho interdisciplinar em nome de o paciente (Kodner, 2009, p. 13).

A integração de cuidados parece, na perspectiva de Kodner (2009), estar relacionado com uma série de resultados positivos, incluindo melhor desempenho do sistema, melhores resultados clínicos e melhor qualidade e satisfação do paciente. Ainda assim, há menos certeza sobre qual o “pacote de estratégias” que traz melhores resultados ou se os cuidados integrados geram economia de custos, pelo menos a longo prazo. Claramente impõe formas de trabalho muito mais exigentes e complexas.

Por fim, independentemente dos dilemas e incógnitas inerentes aos cuidados integrados, aquele autor acredita que ainda é possível que essa integração funcione. Pode não ser fácil, mas com visão clara, a combinação correta de estratégias e recursos, as circunstâncias e as posições para apoiá-lo, é possível alcançar os benefícios da integração para as populações com maior necessidade, bem como para o sistema de saúde em geral (Kodner, 2006, p. 13).

Para Santana e Costa, comparativamente com as outras organizações ditas «convencionais», as organizações ligadas à saúde apresentam particularidades e especificidades que lhes conferem um elevado grau de complexidade na sua gestão. Um dos aspetos centrais na gestão destas organizações reside na definição das suas funções, responsabilidades e incentivos ao



nível interno (Daft, 1998, citado por Santana & Costa, p. 47), sendo que a forma como estas funções surgem nas organizações é através de um organograma, por norma, apreendida como a sua estrutura organizacional. Segundo Williams (1992), “um bom desenho da estrutura organizacional não garante o sucesso mas um mau impede-o” (Williams, citado por Santana & Costa, p. 47). Por outro lado, a estrutura organizacional é uma realidade dinâmica e evolutiva que pode sofrer influências sempre que a organização atravessa problemas ao nível dos resultados obtidos, quando existe uma alteração do contexto externo e são criadas novas linhas de produtos ou serviços ou quando existe uma mudança na liderança da organização. Segundo a teoria contingencial aplicada às organizações, tais alterações impõem a necessidade das organizações lidarem, ao mesmo tempo, com a diferenciação e integração do trabalho desenvolvido, sendo que “a diferenciação passa pela necessária divisão do trabalho em funções específicas e a integração pela coordenação das diferentes unidades operacionais ou funções” (Charns & Tewksbury, 1993, citado por Santana & Costa, p. 48).

Da mesma forma, autores como Leatt, Shortell e Kimberly (2000), falam da existência de um conjunto de fatores críticos de sucesso de uma estrutura organizacional assente em programas de saúde, designadamente: a gestão de um sistema de informação que interligue dados clínicos, financeiros e de produção por doente; um sistema de contabilidade capaz de desagregar custos e proveitos de forma a serem corretamente aplicados às respetivas unidades; um apoio em áreas como o planeamento, marketing e finanças; a existência de sistemas de incentivos que estimulem a inovação e o risco; o envolvimento dos profissionais no processo de produção dirigido ao consumidor; o alinhamento entre autoridade e responsabilidade; a capacidade de comunicação entre diferentes unidades operacionais e flexibilidade para o trabalho em equipas multidisciplinares (Leatt, Shortell & Kimberly, citado por Santana & Costa, p. 48).

Não obstante as potencialidades inerentes ao processo de integração, o que acontece é que, na sua generalidade, os estudos apresentados sobre os resultados da integração de cuidados, não são conclusivos (na sua maioria produzidos nos EUA). Shortell et al. (2000), identificou uma série de dificuldades experimentadas em processos de integração de cuidados, são elas (Shortell et al., citado por Santana & Costa, 2008, p. 51):

- Falhas de interpretação do “novo core business originado pelas realidades integradas”, como por exemplo: o novo enfoque estratégico, sobretudo direcionado para os


cuidados de primeira linha em detrimento da utilização de cuidados diferenciados que exigem mais consumos e técnicas diferenciadas.

- Na “resistência provocada pelas diferentes culturas organizacionais das unidades que integraram a nova organização”. As unidades integradas emergiram da agregação de diferentes organizações prestadoras de cuidados de saúde e, como tal, não surgiram de novas realidades sem histórico. A cultura organizacional é, sem dúvida, um dos aspetos mais difíceis de transformar.
- “À proximidade polar existente entre as organizações”, isto porque a integração advém de uma perspetiva geográfica de proximidade. As organizações que passaram por um processo de integração constituíram-se através de outras instituições, que no passado se situavam próximas e que se habituaram a lutar entre si por recursos humanos, técnicos ou mesmo orçamentais, o que, aliada a um grau de desconfiança inicial, conduziu a posturas baseadas por uma competição pelos recursos disponíveis em detrimento de estratégias de partilha e concertação.
- “À desigualdade relativa existente entre instituições”, cuja agregação de organizações com diferentes dimensões estruturais conduz a uma situação de luta de interesses, em que as organizações de menor dimensão reivindicam a perda do controlo dos processos de gestão e produção ou a discriminação não preferencial ao nível orçamental. Esta postura dificulta o prosseguimento dos objetivos específicos da instituição, assim como a operacionalização das estratégias definidas com vista ao alcance de ganhos comuns.

4. Considerações Finais

Os constrangimentos e os problemas colocados pela constante e cada vez mais rápida evolução dos sistemas de saúde geram uma combinação bastante complexa de desafios às organizações que prestam cuidados de saúde.

Neste capítulo procuramos refletir sobre os aspetos relacionados com uma solução organizacional integrada que poderá constituir uma resposta para alguns desses desafios. A atenção que tem vindo a recair sobre a questão da integração de cuidados de saúde é fortemente motivada pelas suas potencialidades, onde impera o foco no utente, buscando, em simultâneo, a promoção da qualidade assistencial e a eficiência técnica e económica. Exemplo disso tem sido o surgimento de movimentos de integração em Portugal, com a criação de



novos Centros Hospitalares, Agrupamentos de Centros de Saúde e Unidades Locais de Saúde. Este movimento impõe uma alteração profunda na forma como perspectivamos a gestão de organizações de saúde com efeitos significativos no planeamento estratégico, na estrutura organizacional ou ainda no processo de produção. Conforme referem Santana e Costa, uma das alterações que resultaram de processos de integração vertical assentou no “redireccionamento das estratégias das instituições prestadoras de cuidados de saúde” (Santana & Costa, 2008, p. 51).

Para Santana e Costa, “a integração vertical de cuidados de saúde não foi, nem é, um processo consensual. Nem todas as iniciativas obtiveram sucesso, nem o sucesso esperado, motivado substancialmente pela presença de algumas barreiras” (Santana & Costa, 2008, p. 52).

Parte 2 – Estudo Empírico

Capítulo III - Metodologia e Processo de Investigação

Após termos analisado os pólos teórico e epistemológico, cujo papel é orientar, «supervisionar» e criticar a informação recolhida sobre o mundo empírico, importa, agora, olhar para os aspetos metodológicos que correspondem a um outro pólo do processo de investigação, o «pólo técnico», segundo o qual assenta a nossa recolha de dados sobre o mundo real.

Assim, para estabelecermos uma articulação entre o «mundo empírico» e o «mundo teórico» foi fundamental selecionarmos um modo de pesquisa, as técnicas de recolha dos dados e os vários instrumentos de registo dos dados, o que significa, segundo Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (2010, p. 141), “instrumentar” a investigação. Esta recolha de dados implicou uma outra opção teórica “respeitante àquilo que é, ou será, observado”, ou seja, quais são as unidades de observação, isto porque, nas palavras daqueles autores, “nós só podemos perceber e representar segmentos, designados por «unidades»: cada unidade representa um aspecto específico da realidade e não toda a realidade” (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2010, p. 142), que, no caso concreto da nossa investigação, diz respeito a um segmento da realidade, os *Cuidados Continuados Integrados*.

Para além destes aspetos, outras questões como o acesso ao campo, a ética e os critérios de qualidade da investigação são refletidas neste capítulo pela importância que assumem no desenvolvimento de qualquer trabalho científico, onde o nosso não é exceção.

O nosso caminho de aproximação ao real é, portanto, percorrido mediante um processo pautado por opções e escolhas, que progressivamente foram conferindo forma, conteúdo e caráter específico à presente investigação.

1. Formulação e Operacionalização das Questões de Investigação

A decisão do material escolhido e do método utilizado decorre de um passo nuclear e determinante para o sucesso de uma investigação, a formulação das questões. As questões de investigação são, portanto, “as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de

investigação” (Talbot, 1995, citado por Fortin, 2009, p.101) e, nessa medida, “são uma porta aberta para o campo da pesquisa” (Flick, 2005).

Conforme expusemos no ponto introdutório do trabalho, a nossa questão de investigação busca em saber quais as dinâmicas passadas e atuais do sistema de Cuidados Continuados Integrados (CCI), as estratégias dos seus principais atores e os “futuros possíveis” para os CCI na região do Alentejo?

A resposta a esta questão depende, assim, da resposta a quatro questões orientadoras do nosso estudo, designadamente:

- 5) Quais as dinâmicas passadas e atuais do sistema de CCI em estudo? – o que impõe responder a um conjunto de questões: Quais os mecanismos e os fatores de evolução do sistema externo e interno? Quais as forças e as fragilidades do sistema de CCI na região do Alentejo? Quais as ameaças e as potencialidades que decorrem do seu ambiente externo?
- 6) Quais as variáveis-chave que caracterizam o sistema de CCI em estudo? – o que exige identificar as variáveis mais importantes para o desenvolvimento do sistema de CCI na Região do Alentejo?
- 7) Quais as estratégias dos principais atores do sistema de CCI em estudo? - o que pressupõe, por sua vez, responder às seguintes questões: Quais os objetivos, os meios de ação, os obstáculos e as relações de força que caracterizam os atores? Qual o grau de implicação dos atores na concretização dos objetivos, os níveis de conflitualidade e as alianças possíveis?
- 8) Quais são os “futuros possíveis” para o sistema de CCI na perspectiva dos atores chave? – o que implica determinar um conjunto de aspetos críticos e determinantes do futuro do sistema.

Se, por um lado, as primeiras duas questões estão orientadas para a descrição do estado atual do sistema (descrever a contexto dos CCI, isto é, as variáveis-chave por onde passa a sua evolução, e como se mantém ou não estável a sua estrutura), por outro, as duas últimas questões preocupam-se em descrever os desenvolvimentos ou mudanças do sistema (processos, consequências, estratégias dos atores, aspetos críticos).

Destas surgem outro tipo de questões de investigação, designadas por Strauss (1987) de «questões generativas» (equiparadas a hipóteses), ou seja, “questões que estimulam a

investigação em direcções positivas” e que, por sua vez, “conduzem a hipóteses e comparações úteis, à recolha de certas classes de dados e mesmo a linhas de ataque a problemas potencialmente importantes” (Strauss, citado por Flick, 2005, p. 51). Tais questões são, assim, apresentadas sob a forma de hipóteses orientadoras do estudo empírico:

- 1) O investimento nos Cuidados Continuados Integrados em contexto domiciliário e na comunidade foram insuficientes para reforçar a oferta de serviços com níveis de qualidade e acesso mais eficientes e ajustados ao perfil da população.
- 2) As políticas em matéria de CCI apontam para um reforço das respostas existentes e para uma diferenciação nas respostas/cuidados.
- 3) A estabilidade do sistema depende fortemente das imposições do seu ambiente externo.
- 4) O sistema de CCI na região do Alentejo é fortemente determinado por variáveis relativas à demografia, ao financiamento, à governação integrada de cuidados e à gestão e liderança.
- 5) Os atores-chave do sistema são as equipas de coordenação e os prestadores de cuidados, as administrações regionais dos setores da saúde e segurança social, as entidades públicas prestadoras de cuidados hospitalares e primários, o terceiro setor, os cuidadores informais e os utentes.
- 6) As estratégias dos atores do sistema de CCI dependem do seu posicionamento no sistema, da relação de forças que estabelecem, bem como da sua implicação e convergência em torno dos objetivos.
- 7) O futuro dos CCI na região do Alentejo depende, quer das estratégias dos atores implicados e do respetivo jogo de forças, quer de acontecimentos exógenos determinados.
- 8) As perspetivas dos atores face ao futuro do sistema são unânimes quanto ao seu reforço e à sua continuidade, sendo que a sua concretização depende de fatores como o investimento nas respostas comunitárias, a liderança e a gestão e a governação integrada.

De forma organizar a informação mais permitente, apresentamos, em apêndice I, um quadro que sistematiza o processo de operacionalização da investigação que levamos a cabo, que parte das questões de investigação e conduzem às hipóteses (Cf. Apêndice I).

Para garantir a adequabilidade das nossas decisões metodológicas às questões de investigação colocadas, tivemos que responder claramente a uma pergunta: a que métodos vamos recorrer e qual é a estratégia mais adequada para responder às questões colocadas?


2. Pressupostos Metodológicos: A Natureza do Estudo

Quanto à natureza do estudo, pretendemos, neste ponto em análise, clarificar os aspetos metodológicos inerentes à jornada intensiva de estudo e da pesquisa a realizada, que neste caso obedeceu a uma combinação de métodos quantitativos e qualitativos.

O debate em torno das diferenças entre os métodos quantitativo e qualitativo é muito frequente e, ainda, de difícil aceitação nas academias tradicionais, havendo posições contraditórias e favoráveis à sua integração. Ao desenharmos para a nossa pesquisa a combinação das duas abordagens – quantitativa e qualitativa, são, de imediato, geradas “dúvidas e inquietações sobre como utilizá-las sem ferir o rigor dos métodos, a especificidade, a sofisticação, metodológica e reflexiva de cada uma delas” (Brüggemann & Parpinelli, 2008, p. 563). Conforme apontam Brüggemann & Parpinelli (2008), mais do que selecionar o método, o mais importante na escolha da abordagem é ter o conhecimento sobre a sua utilidade e adequação ao objeto de estudo, além da sua pertinência social, isto é, a quem esse conhecimento irá servir.

Todavia, as abordagens, ainda que integradas, são muitas vezes insuficientes para abarcar a realidade estudada. A relação entre as abordagens quantitativa (objetividade) e qualitativa (subjatividade) não pode ser entendida como contraditória, além de que também não se reproduz a uma continuidade. Ou seja, ambas “permitem que as relações sociais possam ser analisadas nos seus diferentes aspetos: a pesquisa quantitativa pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa” (Brüggemann & Parpinelli, 2008, p.564).

Com base nos aspetos teóricos apresentados, consideramos que a triangulação metodológica produzida pela combinação dos métodos quantitativo e qualitativo é a estratégia de pesquisa que melhor se adequa aos nossos objetivos, os quais, numa relação entre opostos complementares, buscam a aproximação do positivismo e do compreensivismo. Assim, considerando a complexidade que envolve um estudo sobre a mudança estratégica de um dado sistema ação concreto como os CCI, constituiu-se um objeto de pesquisa que requereu abordagens diferenciadas para aproximar as múltiplas facetas envolvidas. Usamos, por



consequente, uma abordagem quantitativa para identificar as relações diretas entre as variáveis do sistema, o grau de influência entre os atores e a posição dos atores face aos objetivos; a abordagem qualitativa para conhecer os fatores de evolução do sistema, compreender os mecanismos através dos quais são formuladas as estratégias dos atores-chave e identificar os “futuros possíveis” para o sistema de CCI sob o ponto de vista dos atores. A triangulação constitui uma estratégia de pesquisa que contribui para aumentar o conhecimento sobre a nossa problemática, alcançar os objetivos traçados, observar e compreender a realidade estudada.

Para além desta combinação, e, conforme exposto anteriormente, o presente estudo procura estabelecer uma articulação entre a análise sistémica e a análise estratégia de atores, que obedece a duas linhas dicotómicas de pesquisa e interpretação da vida - a teoria dos sistemas e a teoria da ação. O primeiro à luz das determinações estruturais e o segundo sustentado pelo património teórico do sentido da ação social.

Neste caso, coloca-se uma outra questão: como articular metodologicamente a análise dos atores e a análise do sistema? Em resposta a esta questão, Guerra (2002) salienta que a questão metodológica fundamental reside no facto de saber como impedir um raciocínio determinista associado às análises “estruturalistas”. Segundo a autora, a passagem do ator para o sistema é difícil para pensamento sociológico, tanto ao um nível teórico, como metodológico, isto porque o objeto de estudo da sociologia não passa por analisar as ações particulares, mas antes os fenómenos sociais a partir das representações dos sujeitos face às ações individuais e coletivas. Impõe-se, portanto, aceitar uma descontinuidade articulada entre os níveis “estruturais” e “compreensivos” de observação social. Esta descontinuidade dos níveis de análise resulta não só dos “efeitos de agregação” que

potencialmente opõem as racionalidades da ação individual aos efeitos colectivos dessa mesma acção, mas também das desigualdades de poder que, atravessando todos os níveis do social, têm uma função de “determinação” e de hierarquização das regras de jogo de funcionamento do sistema (Guerra, 2002, p.41).

Consideramos, assim, que os factos sociais são produtos de ações individuais agregadas e que a compreensão dos fenómenos sociais passa por entender que as racionalidades dos atores (entendidas aqui como a forma de utilização dos seus recursos próprios ou coletivos) podem alterar em contextos de interação, sendo, portanto, possível orientar a mudança social de forma negociada e coletiva (Guerra, p. 35). A este respeito, Friedberg (1993) defende que é

“inútil e falcioso pretender opor uma sociologia dos atores a uma sociologia dos sistemas, uma perspectiva accionista (ou cultural) e uma perspectiva sistémica”, justificando que

um sistema só é explicável a partir da acção que o institui e o reinstitui constantemente. E a acção só tem sentido se relacionada com um sistema. Com efeito, está esvaziada de todo o determinismo funcional de que poderia ser portadora (Friedberg, 1993, p. 229).

Para o autor, “existe um mínimo de ordem e de regularidade através da aparente desordem das estratégias de poder dos atores individuais e colectivos colocados numa situação de interdependência estratégica num espaço de acção determinado” (Friedberg, 1993, p. 229).

É na intersecção da acção com o sistema onde a nossa pesquisa se situa. Ao compatibilizar a análise da estratégia dos atores com a análise da estrutura do sistema social, o nosso olhar recai nas dinâmicas de um determinado sistema de acção e na diversidade dos pontos de vistas dos atores intervenientes, o que, segundo Guerra (2002), nos traz implicações ao nível da opção de estratégias de investigação, particularmente, a preferência por uma análise qualitativa, com recurso a uma análise quantitativa de dados, e, por conseguinte, uma postura de indução aliada à dedução.

A nossa problemática constrói-se, assim, através da articulação entre estes dois modos de entender a realidade, cujos problemas específicos de investigação emanam de experiências e conhecimentos pessoais e se alimentam de uma abordagem teórica multifacetada, que procura captar a diversidade das teorias que servem de auxílio à análise da realidade, o que, na nossa perspectiva, nos permite responder com melhor eficácia à complexidade do fenómeno estudado. Se o raciocínio indutivo se enraíza nos casos particulares e chega a generalizações de que se pode avaliar a verosimilhança pela confrontação com outros casos particulares, o raciocínio dedutivo tem a sua fonte em formulações gerais abstratas e universais (algumas vezes apelidadas «leis gerais») da qual se obtêm hipóteses para casos particulares. Tais abordagens propõem aplicar mais de um método na pesquisa, ampliando, assim, as possibilidades para se realizar uma análise e se obter respostas para os problemas a serem estudados. Uma característica comum, aos métodos dedutivo e indutivo, é que ambos utilizam a lógica e chegam a uma conclusão. Em última instância, ambos têm sempre fundamentos ontológicos e epistemológicos subjacentes, onde o processo de teorização assume um lugar de destaque na produção de conhecimento científico. A partir do acima exposto, depreende-se que o conhecimento científico é conjectural, uma vez que verdades inquestionáveis não existem e que uma teoria pode ser refutada e substituída por outra mais adequada. No fundo, o

conhecimento científico não segue um itinerário previsível com procedimentos definidos e infalíveis. A pesquisa científica caracteriza-se, na nossa concepção, como um processo permanente de busca e investigação.

Nesta medida, ao perspectivarmos o sistema de Cuidados Continuados Integrados como um caso particularmente significativo no campo das políticas sociais e de saúde, por ser um projeto inovador e revelante na busca de estratégias conjuntas na construção de um novo espaço de práticas de CCI, a presente investigação assumirá, pela complexidade do fenómeno em estudo, a forma de um estudo de caso²¹ prospetivo.

Johansson (2003) explica que “O estudo de caso deve ter um "caso" que é o objeto de estudo. O "caso" deveria: ser uma unidade de funcionamento complexa; ser investigado no seu contexto natural, com uma multiplicidade de métodos; e ser contemporâneo” (Johansson, citado por Pescada, 2006, p. 148). Ao adoptar a forma de um estudo de caso, a presente pesquisa tomará a forma de caso de tipo descritivo, exploratório e explicativo e/ou analítico.

A intenção do nosso estudo é procurar captar uma perspectiva heurística e coerente do objeto de estudo, valorizando um olhar interpretativo, que procura compreender como é a realidade do ponto de vista dos participantes (Yin, 1994).

Contudo, não podemos deixar de ponderar e refletir criticamente sobre algumas questões. A generalidade dos autores considera que um estudo de caso “se reveste de uma ausência total de controlo e por via disso de escasso valor científico. No máximo, terá apenas a utilidade de suscitar hipóteses” (Freixo, 2011, p. 110). Contudo, o nosso estudo, mais do que se apoiar numa «descrição grossa», ou seja, “factual, literal, sistemática e tanto quanto possível completa do seu objeto de estudo”, procura ter uma “alcance analítico, interrogando a situação, confrontando-a com outras situações já conhecidas e com as teorias existentes, podendo desta forma originar novas teorias e novas questões para futura investigação”, procurando, deste modo, responder positivamente à questão da sua validade externa. Como sabemos, para muitos autores, a importância de uma investigação encontra-se na possibilidade da generalização dos resultados (Freixo, 2011). Contudo, Robert Yin (1994) responde a essa ausência referindo que esses estudos “podem não generalizar para um universo contribuindo para uma generalização em extensão, mas ajudam a fazer surgir novas teorias ou a ajudar a

²¹ Yin (1994) define “estudo de caso” com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos.

confirmar ou infirmar as teorias já existentes” (Yin, citado por Freixo, 2011, p. 113). Na verdade, em determinados estudos de caso, a generalização não faz qualquer tipo de sentido, devido à especificidade do “caso” ou pelo caráter irrepetível do mesmo, mas antes a formulação de hipóteses de trabalho a testar em novas investigações. Estamos, por isso, cientes de que, ao optarmos por esta estratégia, estaremos a condicionar a natureza do alcance das nossas conclusões finais.

Como dissemos, o presente estudo será metodologicamente orientado pelas designadas metodologias prospetivas, cujo interesse passa por desenvolver a capacidade de orientar os vetores de mudança a partir de decisões conscientes sobre a evolução e futuros possíveis do sistema estudado.


As vantagens de um estudo prospetivo, quando aplicado a um território regional, como é o nosso, leva-nos a considerar a sua real importância e contributo na (re) definição das abordagens de planeamento por parte de uma multiplicidade de atores do sistema, que, ao tomar conhecimento das perspetivas e das estratégias dos outros atores, podem desenvolver e propor estratégias coletivas e concertadas de intervenção.

Em suma, a essência da metodologia do estudo de caso é a triangulação, a combinação de diferentes níveis de técnicas, métodos, estratégias e teorias. Acreditamos que, desta forma, o nosso estudo se desenvolva através do poder destas combinações. Contudo, a combinação das abordagens quantitativas e qualitativas, leva-nos a ponderar que os diferentes padrões de qualidade (a respeito da verdade, da aplicabilidade, da consistência e da neutralidade) presentes nas pesquisas qualitativa e quantitativa são ainda difíceis de codificar. Retomaremos esta discussão no ponto alusivo aos critérios de qualidade da investigação, mas antes importa refletir sobre a abordagem da prospetiva na investigação e, em particular, nas pesquisas de natureza sociológica.

3. A Abordagem da Prospetiva na Investigação Sociológica

A prospetiva, enquadrada nos estudos sobre o futuro, teve a sua origem no industrialismo e no desenvolvimento capitalista.

Segundo Gaston Berger (1957), a finalidade da prospetiva é “a exploração do futuro, de proceder ao «estudo do futuro distante»” (Berger, citado por Saragoça, Silva & Fialho, 2017, p.19). Por conseguinte, e pelas possibilidades que oferece ao nível da promoção e planificação




da mudança cultural, a prospectiva constitui-se como uma ferramenta essencial no auxílio da construção do futuro.

Ao considerar o futuro como um processo evolutivo, a prospectiva foi-se afirmando como uma reflexão científica sobre o futuro do homem e da sociedade, tendo-se alargado o campo de reflexão e de utilização da metodologia prospectiva por diferentes espaços, desde a academia até às empresas, organizações e territórios. As práticas que decorrem dessa reflexão científica conduziram à “existência de várias «escolas de prospectiva», sendo as mais conhecidas a escola anglo-saxónica e a francesa” (Saragoça, Silva & Fialho, 2017, p. 21).

A primeira, de tradição inglesa, alemã e americana (anglo-saxónica), assume a tecnologia como o principal motor da mudança na sociedade e, que, por isso, a partir da análise da mudança tecnológica, projeta-se para a construção de cenários futuros. A outra, fundada em França em meados dos anos 60 por Bertrand de Jouvenel e por Michel Godet, baseia-se no humanismo, considerando que o futuro pode ser criado e modificado pelas ações dos atores sociais, individuais ou coletivos e propõe estudos que caracterizam a sociedade futura nas suas várias dimensões: social, económica, cultural.

Ao adoptarmos uma investigação prospectiva, não podemos deixar de considerar um conjunto de premissas que, segundo Wendell Bell (1997), servem de ponto de partida para a sua realização, nomeadamente: 1) o tempo é contínuo, linear, unidirecional e irreversível, ou seja, os acontecimentos ocorrem num tempo determinado e a continuidade do tempo determina o passado, presente e futuro; 2) Nem tudo o que vai existir já existiu ou existe; 3) O pensamento sobre os futuros é essencial à ação humana; 4) Ao fazer o nosso caminho no mundo, quer individual como colectivamente, o conhecimento mais útil é o conhecimento do futuro; 5) o futuro não é evidente e não pode ser observado; 6) o futuro não é totalmente predeterminado, está em aberto; 7) o futuro pode ser influenciado pela ação individual e coletiva; 8) a interdependência do mundo apela a uma perspectiva holística e a uma abordagem transdisciplinar, quer na organização do conhecimento para a tomada de decisão como na ação social; 9) alguns futuros são melhores que outros (Bell, citado por Saragoça et al., 2017, p. 21).

Tais estudos baseiam-se, ainda, em três princípios considerados pela generalidade dos estudiosos da prospectiva como consensuais. O primeiro remete-nos para o desfasamento entre o conhecimento e o desejo e receio, ao que Bertrand De Jouvenel denominou de futuros



«possíveis» e «desejáveis». O segundo princípio lembra-nos que é sobre o futuro, ainda não materializado, que podemos ter alguma influência, já que sobre o passado apenas podemos estudá-lo e sobre presente a margem de intervenção é igualmente limitada. O terceiro e último princípio, baseia-se na pluralidade do futuro, ou seja, na ideia de que existem muito futuros possíveis e não apenas um, além de que não existe apenas o nosso futuro, mas o futuro dos outros, conduzindo-nos a diferentes possibilidades de leitura (desejadas ou não desejadas) (Saragoça et al. 2017, p. 23).

Assim, os estudos prospetivos apresentam um conjunto de características que importa aqui enunciar: a *transdisciplinariedade* e *multidisciplinariedade*, pelo contributo de diferentes áreas disciplinares e, por conseguinte, de distintas perspetivas sobre múltiplas dimensões da realidade; a *complexidade* associada à incerteza e multidimensionalidade dos fenómenos; a *globalidade*, que olha os problemas de uma forma integrada e global; a *normatividade*, uma vez que os estudos referem-se a desejos, promessas, necessidades ou valores inerentes ao futuro; a *cientificidade*, que gera muitas vezes contradições por parte dos que consideram que o futuro não deve envolver o uso de dados quantitativos nem métodos experimentais; o *dinamismo*, resultante da necessidade permanente de se compreenderem os processos de mudança; e, por fim, a *participação*, pelo que consiste num processo realizado por e para vários atores (Saragoça et al. 2017, p. 24).

Em relação à cientificidade, Saragoça et al. afirmam que a prospetiva não é uma ciência, mas antes uma «indisciplina intelectual», conforme evoca Godet (1993), justificando que “a ciência tem uma função crítica, a prospetiva do presente esforça-se por compreender o que funciona bem, o que é inovador, o que surpreendente e o que os nossos atuais modos de pensamento não permitem ver sempre” (Saragoça et al. 2017, p. 34).

As reflexões sobre o futuro têm sido amplamente desenvolvidas pelas ciências sociais e humanas, defendendo que é possível e legítimo procurar antecipar e imaginar situações futuras que surgem ou podem surgir da combinação de determinados fatores. A sociologia tem sido uma dessas áreas científicas do saber, que procura na abordagem prospetiva encontrar uma maneira profícua de estudar as mudanças passadas e presentes e de, a partir das fontes, padrões e causas da mudança e da estabilidade, desenvolver a capacidade de antecipar/traçar futuros possíveis, contribuindo, assim, para o enriquecimento do planeamento estratégico e participado (Saragoça et al. 2017).

Em suma, a prospetiva não olha o futuro apenas como uma continuidade do passado, pelo que o futuro está aberto às ações de múltiplos atores que agem hoje em função dos seus projetos para o futuro. O que leva Godet a afirmar que “o futuro é múltiplo e indeterminado” e a “pluralidade do futuro e os graus de liberdade da acção humana explicam-se mutuamente: o futuro não está escrito, está por fazer”. Por esse motivo, questionar os atores sobre a sua perspectiva do futuro “é sempre revelador do seu comportamento estratégico e, mesmo que essa visão nos parece errónea, há que tê-la em conta” (Godet, 1993, p.22).


Em relação às finalidades da prospetiva, esta classifica-se em dois tipos: a prospetiva exploratória, relacionada com a finalidade de elucidar os futuros possíveis de um sistema, ou seja, com o que pode acontecer no futuro de um determinado sistema ou subsistema; e a prospetiva estratégica, fruto da “necessidade de antecipar a evolução do enquadramento e de testar as estratégias existentes e/ou definir uma nova visão estratégica condutora da ação” (Ribeiro, 1997, citado por Saragoça et al. 2017, pp. 23, 24).

3.1. Vantagens, Dificuldades e Limites da Análise Prospetiva Enquanto Metodologia de Apoio à Decisão

A presente *análise prospetiva dos Cuidados Continuados Integrados no Alentejo* fixou como objetivos centrais a identificação de futuros possíveis e prováveis de evolução dos CCI na região do Alentejo e a formulação de propostas de intervenção que fundamentem uma mudança estratégica do sistema de CCI, considerando as dinâmicas atualmente em curso, na perspectiva do seu reforço e continuidade.

O recurso à análise prospetiva, enquanto ferramenta de apoio à decisão, permitiu desenvolver a capacidade de orientar os vetores de mudança a partir de decisões conscientes sobre os futuros possíveis e os factores-chave de mudança do sistema. Para tal, procurou-se conhecer a relação de dependência entre a concretização desses fatores e as estratégias dos atores, as variáveis, as alianças e conflitos a considerar nesse processo de decisão.

Vivemos hoje numa sociedade em acelerada e complexa mudança, onde a mudança assume múltiplas dimensões. A complexidade dos fenómenos exige por parte dos decisores múltiplos conhecimentos, fundamentados objetiva e cientificamente, a fim de sustentarem as suas decisões em «argumentos claros e democráticos» (Guerra et al.,1999). Os CCI, enquanto setor complexo de interações múltiplas, leva-nos a interrogar os objetivos pretendidos para o



sistema no médio e longo prazo, partindo da “inventariação dos fatores de mudança e dos recursos presentemente disponíveis com vista a influenciar a sua utilização no sentido desejado”. Neste sentido, a prospetiva é vista como um «modo de ação», isto é, uma «nova forma de planeamento», que recusa o planeamento tradicional no sentido projetivo (Guerra et al., 1999, p. 10).

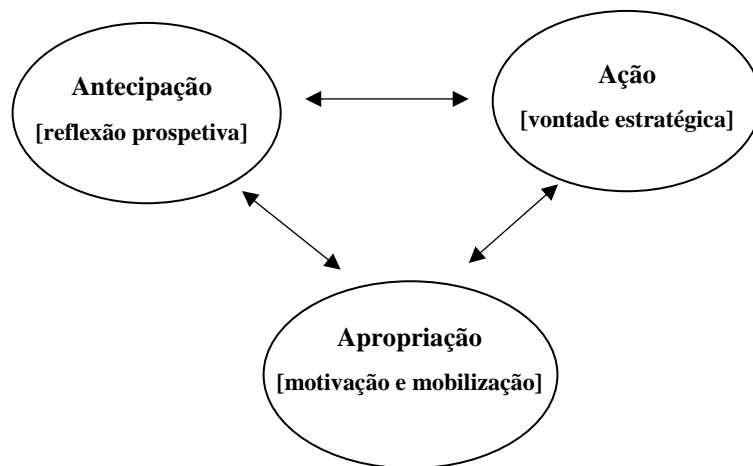
Segundo Guerra, acreditamos, por isso, cada vez mais, que o passado não pode ser mais considerado como um guia das decisões e da ação e, perante as descontinuidades e rupturas que o presente manifesta, a necessidade de controlar e orientar essas mudanças fez potenciar as pesquisas de longo prazo, enquadradas por cenários (ou hipóteses) de evolução prováveis (Guerra, 1999).

As análises prospetivas buscam, assim, responder a tais necessidades, por se tratar de um tipo de análise sistémica de preparação de decisões, que considera a inter-relação entre um grande número de variáveis do sistema em análise, a fim de detetar os sinais de mudança. Tendo como referência um cenário desejável, neste tipo de análises, “as tendências passadas e presentes são suporte a uma decisão actual não como um quadro determinista de influência, mas como suporte da relação entre o passado e o futuro tendo como referência um cenário desejável” (Guerra et al., 1999, p.10).

As metodologias prospetivas apresentam assim, segundo Bourbon-Busset (1967), uma dimensão política, em virtude de contribuir para “determinar o futuro desejável” e, ainda, “tornar provável o desejável” (Bourbon-Busset, citado por Guerra et al., 1999, p. 10). Por conseguinte, as análises prospetivas são, cada vez mais, utensílios de suporte e apoio ao planeamento e à tomada de decisão.

De alguma forma, o triângulo grego exposto por Godet (1993), ajuda-nos sintetizar essa dimensão política (Cf. Figura 2). Para Godet, “a prospetiva é uma reflexão para iluminar a acção presente à luz dos futuros possíveis” e, por essa razão, é “a antecipação necessária para iluminar acção” (Godet, 1993, p. 22). Neste sentido, a prospetiva implica decisões sociais e coletivas, alicerçadas num sistema de planeamento orientado pela antecipação (reflexão prospetiva) de um futuro desejável, circunscrita a sistema de valores (visão normativa).

Figura 2 - Triângulo Grego



Fonte: Godet, 1993

Assim sendo, a prospetiva é sustentada por um conjunto de premissas²² que importa considerar na nossa análise, nomeadamente

o mundo é dinâmico, as suas estruturas fundamentais mudam e novas estruturas emergem; alguns padrões de mudança são reconhecíveis, pelo menos parcialmente; com alguma frequência é possível agir sobre a direção e a velocidade dessas mudanças; neste quadro de mudança existe um certo grau de liberdade de escolha e a possibilidade de influenciar o seu futuro; poderá modificar-se o futuro quando se conhece essa margem de liberdade quando se tem um sistema de valores (Guerra et al., 1999, p.10).

Conforme já invocamos, a prospetiva desempenha um papel fundamental no planeamento estratégico de empresas/organizações (prospetiva organizacional) e de territórios (prospetiva territorial). Segundo Perestrelo, “o planeamento estratégico pressupõe sempre uma visão prospetiva”. Na sua perspectiva, o estimulante é o processo que leva à reflexão prospetiva, isto porque: “O problema não é a solução, mas quais as boas questões? A reflexão!... O problema do consenso, quando tudo está de acordo, é inquietante!... quando se faz prospetiva, põem-se em causa as ideias feitas...” (Perestrelo, 2000, para.12).

Concretizamos para a nossa pesquisa um exercício prospetivo numa rede interorganizacional – a Rede de CCI, orientado para facilitar o desenvolvimento do pensamento estratégico e para a mudança, que valorizou o diagnóstico, a definição de estratégias de ação, no sentido do seu melhoramento e da sua preparação para os novos desafios.


²² De acordo com DATAR, Délégation à l'Aménagement du Territoire (1975).

Na linha de pensamento de Bas e Guilló (2012), desse exercício prospetivo pode resultar várias vantagens:

melhorar a compreensão do ambiente interno e externo; potenciar aos seus decisores uma melhor gestão das incertezas; facilitar a criação de redes de partilha de informação, quer interna como externa; proporcionar uma visão global do ambiente e das suas inter-relações; e ajudar a desenvolver o pensamento criativo e a identificar novas oportunidades e áreas de atuação/respostas (Bas e Guilló, 2012; Bas e Guilló, 2015, citado por Saragoça et al., 2017, p. 30).

A propósito do uso da prospetiva, Enric Bas (1999, p. 60) defende que o uso desta metodologia: amplia o grau de conhecimento sobre o presente e sobre o passado, tida como condição para a definição de tendências; fornece referências válidas sobre como pode ser o futuro a partir da antecipação de cenários; permite a identificação de oportunidades e ameaças potenciais, discriminando-os em cenários desejáveis para o decisor; indica, se for o caso, as probabilidades, objetivas e subjetivas, de ocorrência de cada cenário; constitui uma ajuda inestimável para a definição, análise, valoração de políticas e ações alternativas; potencia o grau de oportunidade que pode existir nas posturas alternativas ao que falsamente podem sugerir as tendências como único e inevitável «destino»; possibilita um maior e melhor controlo da gestão por parte do sujeito decisor, deixando mais reduzida para a incerteza e o acaso.

Como nos revelam Nunes et al. (2002), a prospetiva apresenta, na perspetiva da investigação e da ação, potencialidades que importa destacar, nomeadamente: informar as políticas, de modo a que as decisões tomadas pelos principais atores valorizem mais os desenvolvimentos a longo prazo e o modo como estes poderão interagir com as decisões das políticas atuais; construir redes entre as pessoas envolvidas, a nível central, na modelação do futuro de um determinado tema, convocando os diversos atores para trabalharem as suas visões e avaliações do futuro, a fim de as ajudar a tornarem-se mais capazes de compreender coletivamente os desafios e as oportunidades que poderão ter de enfrentar, as estratégias e objetivos que os outros podem ter em mente; desenvolver capacidades em toda a região no domínio do desenvolvimento de uma «cultura prospetiva», isto é, reforçar o empowerment coletivo, para que as pessoas fiquem habilitadas a concretizarem as suas próprias atividades prospetivas e a constituírem as suas próprias redes prospetivas. A prospetiva é, para o autor, “um instrumento de reforço do diálogo e permite alargar o acesso a informação por parte de mais pessoas sobre as principais questões em jogo e não apenas conhecerem as decisões que foram tomadas pelos políticos” (Nunes et al., 2002, citado por Saragoça et al., 2017, p. 37).



As vantagens de um estudo prospetivo, a ser aplicado num determinado território – a região do Alentejo, contribuirá certamente para apoiar os diferentes atores do sistema na (re) construção das suas ações estratégicas, potenciando, dessa forma, a partilha de visões, esforços e estratégias coletivas de intervenção, ponderando e configurando futuros possíveis para a região no que se refere ao planeamento estratégico dos CCI.


Quando se avalia o contributo das metodologias prospetivas para a investigação social, os resultados são, em geral, positivos, ainda assim tal não significa a inexistência de limites e desvantagens no uso destas metodologias, tendo em conta “a pouca clareza e o controlo de algumas das suas técnicas e etapas de trabalho bem como da complexidade e morosidade (e necessariamente o custo) do trabalho, pouco compatível com a urgência com que as decisões políticas se confrontam” (Guerra, et al., 1999, p. 12).

Um dos aspetos críticos da prospetiva assenta na ideia de que o futuro é múltiplo e esta pluralidade torna-o incerto, leva-os a considerar que qualquer exercício prospetivo está sempre sujeito a incerteza e erro de estimativa. Michel Godet (1993) lembra que

há que reconhecer que é difícil de prever vários futuros, pois isso é relativizar a validade do raciocínio que conduz a cada futuro; infelizmente, a percentagem de erros de previsão é exactamente igual à soma das probabilidades dos futuros possíveis que se tenham ignorado (Godet, 1993, p.37).

A prospetiva é vista para o autor como uma «indisciplina intelectual», que põe em causa as disciplinas tradicionais e as «ideias feitas» das ciências sociais, mas que não tem ainda o estatuto de uma nova disciplina do domínio das ciências sociais, faltando-lhe tempo de experimentação, de elaboração teórica, de maturação científica para que alcance o estudo de nova ciência social (Godet, 1993). Outros autores defendem a construção de um sistema teórico e metodológico, bem como o uso de técnicas de controlo rigoroso de informação capaz de assegurar cientificidade dos resultados (Guerra, et al., 1999).

Outros obstáculos e exigências que decorrem do uso do método de cenários foram elencados por autores como Alvarenga e Carvalho (2007), designadamente: a subjetividade do processo, que exigem “competências específicas e cooperação interfuncional e multidisciplinar”, muitas vezes difícil de comunicar e aceitar por parte daqueles que não estão envolvidos no seu desenvolvimento; dificuldade de encadeamento dos diversos módulos que integram o método, o que exige aos investigadores uma sensibilidade apurada na forma como se estabelece a relação e a transição entre esses módulos (Alvarenga & Carvalho, 2007, citado por Saragoça et al., 2017, p. 33).



Para além destes aspetos, outra limitação do método dos cenários relaciona-se com o tempo que o mesmo requer para a sua concretização. Na realidade, conforme proposto por Godet, este método exige, em geral, 12 a 18 meses para seguir o encaminhamento lógico na sua totalidade, metade dos quais, pelo menos, se destina à «construção da base» (Godet, 1993, p. 62). Para o autor, o Método dos Cenários muito dificilmente será realizado cumprindo todas as suas etapas, pois “isso só pode ser tarefa de especialistas numa obra de grande fôlego” (Godet, 1993, p. 62).

O problema da disponibilidade de dados fiáveis, sejam de natureza quantitativa e/ou qualitativa, pela sua relevância face à crescente complexidade e rapidez das mudanças, constituiu-se como uma limitação da prospetiva. Isto porque, é com o conhecimento do passado e do presente que se configuram os futuros possíveis e prováveis. Daí que, outros autores como Saragoça et al. (2017) apontem “a dificuldade de verificação imediata do rigor das análises prospetivas no momento da sua produção”, visto que “não podemos saber se o estudo anteviu o/s futuro/s e foi útil, a não ser os acontecimentos nele antevistos ocorram” (Saragoça et al., 2017, p. 33). Outro aspeto relativo à validade da prospetiva prende-se com a qualidade das opiniões recolhidas, ou seja, os peritos/especialistas consultados podem não possuir a informação necessária ou adequada, abordando falsos problemas que acabam por camuflar questões essenciais. Entre muitas causas, a existência de erros de análise por parte dos peritos/especialistas pode passar, como refere Godet, pelo chamado «efeito de anúncio incitativo, dissuador», isto é, a ideia de que a difusão de uma evolução pode incitar a reações que venham a influenciar essa evolução²³ (Godet, 1993, p. 35).

Posto isto, torna-se imperativo uma vigilância epistemológica permanente, mas para isso é fundamental fazer «boas perguntas e desconfiar das ideias feitas», «distanciar-se no tempo e imaginar, primeiro, o que não vai mudar». Nas palavras de Godet, “a maioria dos acontecimentos destinados a produzir-se já criaram raízes num passado longínquo. Uma olhadela frequente para o retrovisor também faz parte da boa condução face ao futuro”. Por esse motivo, não devemos subestimar “a importância dos fatores de inércia relativamente às forças de mudança potencial” (Godet, 1993, p.40). Segundo este autor, se pensarmos nas grandes organizações, estas caracterizam-se por grandes inércias, onde as mudanças demoram muito tempo a produzir-se. Daí que um dos perigos da prospetiva passa pela

²³ No entanto, Godet chama atenção que o «efeito de anúncio nem sempre é um erro, pode ser provocado para corrigir uma evolução no sentido mais desejável.» (Godet, 1993, p. 35)

frequente tendência em imaginar o que poderia eventualmente acontecer, esquecendo de considerar de forma sistemática o que tem grandes possibilidades de se manter inalterável caso não façamos nada para alterar.

Assim, o caminho da antecipação à ação impõe que colocar sucessivamente as questões corretas, analisar os jogos de atores, reduzir a incerteza sobre os cenários possíveis, identificar e avaliar as opções estratégicas (Godet, 1993, p.41).

Assim, no quadro de uma análise prospetiva, a partir de um olhar retrospectivo sobre os fatores que podem influenciar o curso futuro dos acontecimentos do sistema de CCI, procuramos compreender o passado, identificar as variáveis-chave e analisar os jogos dos atores, a fim de colocar as questões-chave para o futuro. Convocamos, deste modo, para a nossa pesquisa um olhar sociológico centrado no estudo das ações estratégicas e na análise prospetiva de um sistema ação concreto – *o Sistema de CCI na Região do Alentejo*.

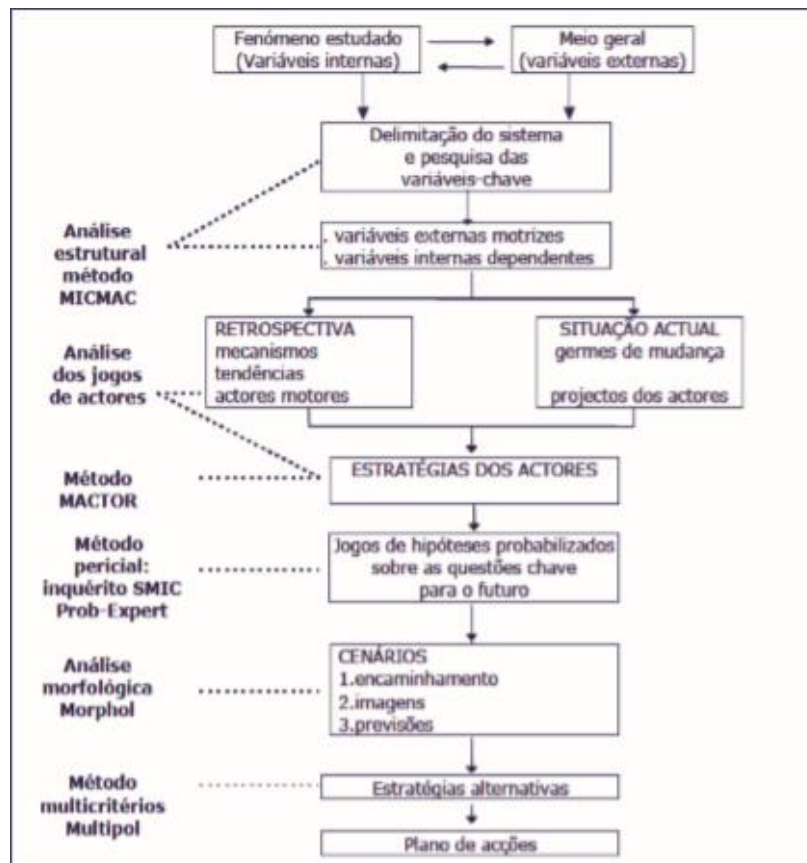
5. O Método da Escola Francesa de Prospetiva

Michel Godet criou o seu método em 1983, designado *La Prospective*, definido como um modo de pensar baseado na ação e não na predeterminação usando métodos específicos como os cenários (Godet, 1986). Este método difere do método da Escola Anglo-Saxónica de Prospetiva sobretudo ao nível dos processos metodológicos: o da Escola Francesa apresenta um maior grau de formalidade e o da Escola Anglo-Saxónica, por seu turno, possui uma maior informalidade, participação coletiva e intuição (Souza, 2009, citado por Saragoça, 2011, p. 166).

O foco da prospetiva do método de cenários assenta em sete ideias-chave, nomeadamente: 1) clarear as ações presentes à luz do futuro; 2) explorar futuros múltiplos e incertos; 3) adotar um enfoque global e sistemático; 4) considerar os fatores qualitativos e as estratégias dos atores; 5) lembrar que a informação e a prospecção não são neutras; 6) optar por uma pluralidade e complementariedade de enfoques; 7) questionar ideias pré-concebidas sobre prospecção e sobre quem trabalha na área (Godet, 1993).


O Método dos Cenários²⁴, na linha da análise prospetiva proposta Michel Godet e a sua equipa do LIPSOR consiste numa combinação métodos específicos e ferramentas que nos permitem identificar futuros possíveis e cenários e compreender a relação de dependência estabelecida entre a concretização desses futuros e cenários e as estratégias dos atores sociais, as variáveis, as alianças e os conflitos a ter em consideração no exercício das suas escolhas (Godet, 1993). O método dos cenários é composto por duas grandes etapas: a “construção da base” e a “construção dos cenários” (Cf. Figura 3). A construção da base é, por sua vez, constituída por três fases: a delimitação do sistema em estudo, a decomposição do sistema em grupos de variáveis e o estudo das estratégias dos atores. A partir da elaboração das hipóteses sobre a evolução futuro, que decorre da primeira etapa do método, segue-se a elaboração dos cenários.

Figura 3 - Método de Cenários, Segundo M. Godet



Fonte: Godet (1993)

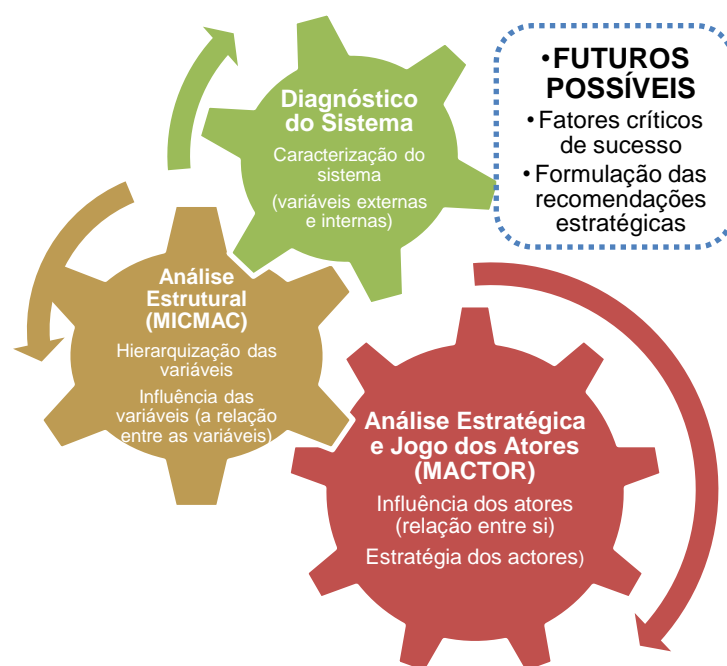
²⁴ Este método desenvolveu-se progressivamente nos EUA, após a Segunda Guerra Mundial, e em França, nos anos 60, integrando, em simultâneo, informação quantitativa e qualitativa. Tem sido aplicado como ferramenta de apoio à decisão, primeiramente no domínio empresarial, e actualmente no contexto das administrações públicas em vários domínios e setores, incluindo o ordenamento do território.



Ao optar pelo Método dos Cenários, na linha da análise prospetiva proposta por Godet (1993), o presente estudo concretizou a primeira etapa, a qual se desdobrou em várias fases.

A primeira etapa, designada por «Construção da Base», consistiu na elaboração de um *diagnóstico orientado* do sistema em estudo, com o intuito de detetar um conjunto de variáveis quantitativas e qualitativas que permitiram caracterizá-lo o mais exaustivamente possível. Prosseguiu-se com a determinação das variáveis-chave (fatores) e respetiva enumeração de relações diretas entre as variáveis através de um método de *análise estrutural* (o método MICMAC). Esta análise, ao permitir reduzir a complexidade do sistema, isto é, ao evidenciar e hierarquizar as variáveis do sistema em estudo, revela as variáveis mais importantes do sistema em estudo. Em síntese, a *análise estrutural* concretiza-se nas seguintes etapas: recenseamento das variáveis; identificação das relações na matriz da análise estrutural; pesquisa das variáveis-chave; tornar perceptível a visão sistémica e comum do problema em estudo. Uma vez detetadas essas variáveis, avançamos com a *análise estratégica de atores*, através da aplicação do método *Actores, Objectivos, Relações de Força* (MACTOR), que nos possibilitou analisar o posicionamento dos atores relativamente às variáveis detetadas, isto é, compreender as eventuais alianças, conflitos e estratégias. Deste modo, os objetivos do Mactor são os seguintes: identificar e caracterizar os vários atores-chave; perceber quais são os principais conflitos e alianças possíveis entre os diferentes atores; contribuir para entender as dinâmicas sociais e melhorar a implicação/participação e reflexão estratégica dos atores; compreender e avaliar as relações de poder, isto é, confrontar os projetos em presença e avaliar as relações de força existentes; elaborar uma série de recomendações estratégicas e especificar as condições de viabilidade da sua implementação.

Figura 4 - Fases do Processo de Investigação



Fonte: autoria própria

Tendo por base o diagnóstico orientado, a análise estrutural e a estratégia de atores, estabelecem-se uma série de recomendações estratégicas que têm por objetivo sugerir orientações para a ação.

De referir que o Método dos Cenários integra outros métodos e análises, porém, no caso da sua aplicação ao domínio dos CCI, optou-se apenas pelos descritos (Cf. Figura 4), remetendo para futuras investigações a fase da cenarização propriamente dita.

A principal razão da nossa opção prende-se com o elevado tempo e os recursos requeridos à sua plena concretização. Contudo, por ser um método integrado e modular, composto por várias técnicas e ferramentas, pode ser usado de forma separada e isolada, o que implicou um encadeamento dos resultados apurados entre as diferentes fases, análises sistemáticas da informação e uma constante vigilância dos instrumentos de recolha de dados (desigadamente, o guião de entrevista).

5.1. Diagnóstico Estratégico, Análise Estrutural e Estratégia de Atores: Utilidades e Limites

Considerando aqui os procedimentos usados para a concretização da primeira etapa do método de cenários, importa, agora, debruçarmos sobre a utilidade e os limites que decorrem da sua operacionalização.

A fase do diagnóstico, inserido como uma das etapas essenciais do método de análise da prospetiva, permitiu-nos alcançar o diagnóstico completo dos recursos e da envolvente do sistema de CCI em estudo. Deste modo, foram considerados os diagnósticos interno e externo, cujo objetivo passou, respetivamente, por identificar os trunfos e as desvantagens e avaliar a sua importância através das ameaças e das oportunidades que provêm da envolvente estratégica. Este diagnóstico permitiu colocar o sistema de CCI numa perspetiva dinâmica de evolução, ainda assim com a possibilidade de ocorrência de rupturas técnicas, políticas, económicas e sociais que modifiquem o sistema. Nesta perspetiva de evolução futura, o diagnóstico permitiu identificar quais os fatores-chave de mudança dos CCI na região do Alentejo, colocando-se a questão de saber quais são os que melhor correspondem às competências fundamentais deste sistema.

A análise estrutural constituiu-se, após a fase do diagnóstico, como um instrumento de estruturação da reflexão coletiva²⁵, possibilitando a descrição do sistema com o auxílio de uma matriz que relaciona todos os elementos constituintes desse sistema. O interesse central da análise estrutural para a presente pesquisa passou por estimular a reflexão no seio do grupo, levando-o a ponderar sobre aspetos não intuitivos do comportamento de um sistema. Nas palavras de Godet (s/d), não existe uma leitura única e “oficial” dos resultados do MICMAC. Daí que um dos limites desta análise esteja relacionado com o carácter subjetivo da lista das variáveis elaborada durante a primeira etapa, bem assim das relações entre as variáveis (preenchimento da matriz). Esta subjetividade resulta do facto da análise estrutural não ser a realidade, mas um meio de a representar. Na realidade, quer os resultados (a lista de variáveis) como os dados de entrada (a matriz) refletem como a realidade é percebida pelo grupo de trabalho. O trabalho em grupo tem a função de controlar melhor esta subjetividade. Outros dos aspetos referidos pelo autor está relacionado com o facto da análise estrutural ser

²⁵ Conforme sugerido por Godet (1993), a análise estrutural foi realizada por um grupo de trabalho composto por atores e especialistas do domínio considerado.

um processo longo, tornando-se, por vezes, “um fim em si mesmo e que só deve ser empreendido se o indivíduo a tal se prestar” (Godet, s/d, p.68).

Para Godet (1993, p. 140), a análise do jogo dos atores, o confronto dos seus projetos, a análise das suas relações de força (condicionalismos e meios de ação) são fundamentais para pôr em evidência os desafios estratégicos e as questões-chave para o futuro. Na ótica de Godet, a análise estratégica (jogos de atores) trata-se de uma etapa crucial, senão a mais importante, para a construção da base de reflexão que potenciará a elaboração dos cenários. Por seu turno, carece de um instrumento sistemático para a analisar os jogos, sobretudo ao ser precedida de uma análise estrutural mais densa em que foram usados instrumentos que ajudaram a identificar as variáveis-chave, a colocar as questões corretas, ou seja, a melhorar a pertinência da reflexão. No fundo, o que o autor sugere é que no futuro os instrumentos evoluam, lembrando que “seria bom tirar partido das informações da «teoria dos jogos» para explorar as informações bastante complexas reunidas nos quadros de estratégia dos atores.” Contudo, faz a seguinte recomendação: “desenvolver instrumentos suficientemente simples para serem apropriados (compreensíveis) pelos seus utilizadores, prestando-se a múltiplas e variadas aplicações” (Godet, 1993, p. 141).

Podemos, assim, dizer que os aspetos aqui enunciados constituíram para a nossa pesquisa uma preocupação constante aquando de aplicação dos instrumentos utilizados, permitindo-nos explorar melhor o valor acrescentado informativo dessas análises.

6. O Desenho da Investigação

Ao optarmos por um desenho qualitativo, não estamos a negar a ideia de complementaridade que se reconhece existir, e com a qual concordamos, entre as possibilidades heurísticas da investigação quantitativa e da qualitativa. Parece-nos, então, que a triangulação dos métodos está mais em consonância com os objetivos a que nos propomos atingir, permitindo-nos utilizar e combinar vários métodos de investigação ao nível do desenho e da colheita dos dados.

Assim, a presente pesquisa, ao trilhar o caminho que potenciou o uso da análise prospetiva, nomeadamente do método dos cenários proposto por Michel Godet (1993), percorreu diversas fases que passarão pela operacionalização de uma combinação e articulação de diferentes métodos e técnicas de investigação, entre eles, as análises PEST e SWOT, os métodos de

análise estrutural (MICMAC) e de estratégia de actores (MACTOR), a análise documental, a entrevista (de tipo exploratório e semi-estruturado) e o grupo focalizado (*focus group*).

6.1. As Fases e Etapas da Pesquisa

Qualquer processo científico está sujeito ao cumprimento de uma série de etapas. Como afirma Fortin *et al.* (2009) “o próprio sentido do termo «processo» sugere fases progressivas que conduzem a um fim” (p.35). Para alcançarmos esse fim, procuramos seguir uma série de etapas ou fases, ainda que as mesmas não tivessem sido realizadas de forma linear e contínua. Isto porque, no decorrer do seu percurso, a investigação foi sujeita a várias alterações e a alguns retrocessos, implicando uma reflexão permanente sobre o processo de investigação, no seu conjunto, e sobre a interligação de cada um dos seus passos com os outros.

Assim, a forma como apresentamos as fases principais percorridas por esta investigação (Cf. Quadro 1) não correspondem exatamente a um trajeto cronológico linear, sem que as mesmas não sofressem alterações. São elas:

Quadro 1 - Fases do processo de investigação

Fase 1
Elaboração de uma base de dados bibliográficos e de fontes de informação documental. Estudo e análise do material recolhido.
Fase 2
Aproximação ao campo e estabelecimento de contatos com os potenciais participantes do estudo. Formulação dos pedidos de autorização do estudo (Cf. Apêndice II e IV).
Fase 3
Elaboração do protocolo de investigação (Cf. Apêndice III) junto das comissões de ética da investigação (elaboração da carta de explicação do estudo e do consentimento).
Conhecimento do parecer favorável e respetiva apresentação do estudo às diferentes entidades/instituições envolvidas no estudo (Cf. Anexo I).
Fase 4
Delimitação do estudo e seleção de informantes chave. Planificação inicial do processo de investigação.

[continuação]	Fase 5
Realização de entrevistas exploratórias aos informantes-chave, mediante um guião de entrevista previamente elaborado. Recolha rigorosa e sistemática de dados para descrever as características do objeto de estudo.	
Estudo e análise da informação recolhida com vista à realização do diagnóstico orientado do sistema estudado (ambientes interno e externo).	
Fase 6	
Elaboração da lista de variáveis-chave do sistema. Preparação/planificação e realização do grupo de discussão.	
Fase 7	
Realização da análise estrutural do sistema com o apoio do programa informático MICMAC. Análise e interpretação dos dados e respetiva comunicação dos resultados obtidos a partir do programa.	
Fase 8	
Recenseamento dos principais atores e seleção dos potenciais participantes no estudo da estratégica dos atores. Estabelecimento de contatos informais e formalização do pedido de autorização/consentimento para a participação na entrevista (envio de cartas convite de participação aos participantes e respetivo consentimento informado).	
Fase 9	
Realização da análise estratégica de atores com o apoio do programa informático MACTOR. Análise e interpretação dos dados e respetiva comunicação dos resultados obtidos a partir do programa.	
Fase 10	
Interpretação dos resultados alcançados e formulação das conclusões e das recomendações estratégicas.	

Fonte: autoria própria.

Para o estabelecimento das fases do estudo, a presente investigação seguiu o esquema proposto por Fortin, Côté & Vissandjée (2009), que define três etapas essenciais que decorrem de um processo de investigação: *conceitual, metodológica e empírica*.

- 1) A primeira etapa, a *conceitual*, partiu da escolha e formulação de um problema de investigação, da revisão da literatura pertinente, da elaboração e do enquadramento dos principais fundamentos teóricos, da enunciação dos objetivos, das questões de investigação e hipóteses.
- 2) A segunda etapa, a *metodológica*, consistiu na definição de um plano de investigação, na escolha de um desenho da investigação, na delimitação do estudo, na definição da população e da amostra, na escolha dos métodos de colheita e de análise dos dados e, por último, na programação no tempo da sua concretização;
- 3) A terceira etapa, a *empírica*, correspondeu ao trabalho de campo e ao processo de desenvolvimento do estudo empírico, assim como à análise e interpretação dos dados e respetiva comunicação dos resultados obtidos durante o trabalho empírico realizado²⁶.

A estas acresce uma outra etapa, a *comunicação das conclusões e a revisão*, que resultou na elaboração de um relatório final de investigação, uma memória e, neste caso concreto, numa tese, fruto da reflexão suscitada pelos resultados obtidos no decurso da fase empírica e da relação dialética entre teoria e empiria.

As duas primeiras etapas – a *conceitual* e a *metodológica* tiveram início no ano letivo 2011/2012, altura em que a investigadora ingressou no programa de doutoramento e frequentou o primeiro ano curricular do curso.

Digamos que a terceira etapa, por ser aquela onde, por norma, dispensamos mais tempo, por estar dependente de fatores externos, como por exemplo, a acessibilidade ao campo e aos participantes, assumiu, no caso da nossa pesquisa, um peso significativo pelo facto de ter inviabilizado o processo de investigação ao nível do cumprimento das metas previstas. Assim sendo, a fase de recolha dos dados propriamente dita (a partir do desbloqueio do acesso ao campo²⁷) teve início em 2015, tendo-se prolongando até 2017.

A fase empírica seguiu de perto a primeira etapa do método dos cenários – a «construção da base»²⁸ (Godet, 1993), constituída por três tipos de procedimentos, conforme anteriormente

²⁶ Os resultados foram, igualmente, comunicados em conferências, congressos e em revistas científicas.

²⁷ Na sequência dos pedidos de autorização dirigidos ao Conselho Diretivo da ARS Algarve, e após sucessivas tentativas no sentido da sua reavaliação por parte daquela entidade, foi recusado pela CES desta ARS a concretização do estudo (Cf. Anexo II), forçando-nos a mudar de objeto empírico. Assim, a região do Alentejo foi o local escolhido para dar continuidade ao projeto de investigação e, após a formulação do pedido de autorização à CES da ARS Alentejo e sua respetiva aprovação, o mesmo obteve o parecer favorável do Conselho Diretivo desta ARS (conforme anexo I), comprometendo, deste modo, a execução das fases do processo de investigação.

²⁸ Para a sua concretização foram precisos aproximadamente entre 18 a 24 meses.

exposto: começa com a delimitação do sistema, continua com a determinação das variáveis-chave e conclui com o estudo da Estratégia de Atores. Cada um destes procedimentos ocorreu em períodos distintos.

O primeiro período, com início em 2015, correspondeu à fase de pesquisa e análise documental, assim como de realização de entrevistas exploratórias, com o objetivo de elaborar um diagnóstico orientado do sistema estudado. O segundo período correspondeu à fase de realização de um grupo de discussão, com o objetivo de listar/detetar as variáveis mais importantes, tendo decorrido entre os meses de maio e junho de 2016. A fase da realização de entrevistas semi-estruturadas aos atores chave deu por concluída o período de colheita dos dados, que decorreu entre os meses de novembro de 2016 e fevereiro de 2017.

Encerramos com a análise e interpretação dos dados e respetiva comunicação dos resultados e das conclusões, bem assim com a revisão geral da tese.


6.2. A Seleção do Campo de Estudo e dos Participantes

Ao assumir a forma de um estudo de caso, a presente pesquisa adoptará como modalidade de amostragem, a *amostragem por caso único*, que, segundo Guerra (2006), consiste na seleção de uma situação ou local para fazer uma análise intensiva - a esfera dos CCI na região do Alentejo. A proposta de um estudo empírico na região do Alentejo assenta no interesse particular que advém de uma realidade que apresenta um dos maiores índices de envelhecimento²⁹ (INE, 2014), extremamente polarizado em termos de procura de CCI e que abrange maioritariamente pessoas com mais de 70 anos de idade³⁰. O local onde incidiu a presente pesquisa foi a região de Saúde do Alentejo, designadamente a área de atuação da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) que corresponde à área de intervenção da RCCI.

No que se refere ao método de recrutamento dos participantes, numa fase inicial, este desenrolou-se de uma forma informal, através do estabelecimento de contatos via telefone e/ou via correio electrónico, com o objetivo de apresentar o projeto e solicitar a participação no estudo, procedendo-se, numa fase posterior, à formalização do pedido de participação, por

²⁹ Segundo dados do INE e PORDATA referentes a 2015, o índice de envelhecimento situava-se nos 189, face aos 143,9 de Portugal Continental (INE e PORDATA, 2015).

³⁰ Em conformidade com os dados disponibilizados pelos relatórios de monitorização da RNCCI (ACSS, 2015).



meio de uma carta convite, onde os participantes poderam previamente aceder ao consentimento informado (documento que permitiu formalizar a aceitação dos participantes no estudo). Além deste processo, foram, igualmente, formalizados pedidos de participação aos “Elos de Ligação”³¹ e aos respetivos conselhos de administração e diretores executivos das diferentes entidades locais (designadamente, as Unidades Locais de Saúde, os Agrupamentos de Centros de Saúde).

Desta forma, a amostragem “em bola de neve” (também chamada por amostragem por redes) foi a técnica mais adequada para o estudo em causa, por ser aquela que, numa fase embrionária da pesquisa, permitiu selecionar os participantes que vieram a integrar as duas primeiras fases de colheita dos dados: as *entrevistas exploratórias* e o *grupo de discussão*. Esta seleção baseiou-se nos seguintes critérios de inclusão: a *diversidade de participantes/atores* implicados na rede, bem como o seu *grau de conhecimento/experiência no domínio dos CCI*, isto é, especialistas da área capazes de fornecer informação capaz de alcançar uma leitura/análise do passado e ao presente da RCCI. Estes constituíram-se como critérios de seleção de casos significativos, pelo que possuíam os necessários conhecimentos e a experiência do assunto ou objeto em questão, para além da capacidade de reflexão e disposição para participar no estudo.

Em relação aos participantes a incluir no estudo da estratégia de atores, estes foram selecionados numa fase posterior, nomeadamente após o diagnóstico e a análise estrutural do sistema estudado, pois foram os resultados desta análise que nos auxiliaram a identificar os principais atores do sistema. Neste caso, fizeram parte deste estudo elementos dos diferentes níveis de coordenação (nacional, regional e local), das equipas referenciadoras hospitalares e das equipas prestadoras (designadamente, as equipas domiciliárias e as unidades de internamento). Participaram, ainda, neste estudo outros atores ligados a organizações do setor público e do terceiro setor (de que são exemplo, as administrações regionais e centrais dos setores da saúde e da segurança social, as instituições hospitalares e as instituições sociais de solidariedade social). Esta decisão situa-se ao nível dos grupos (atores coletivos) e não pessoas específicas (atores individuais), como mais adiante explicaremos.

³¹ Assumem o estatuto de “elos de ligação”, todas as pessoas, participantes ou não no estudo, que ajudaram identificar e a estabelecer contatos com os outros participantes.

Mesmo que a seleção dos participantes tenha sido desenhada com base nos resultados prévios à análise estratégica (MACTOR), fatores como a abrangência do campo em termos de dimensão territorial/área de atuação da RCCI, levaram-nos a considerar, ainda, dois critérios de seleção: a *variação máxima na amostra* e o critério de *conveniência*, conforme apontado por Patton (1990). De forma a evidenciar a amplitude das variações e da diferenciação no terreno, procuramos incluir participantes (atores coletivos) que representassem as quatro sub-regiões do Alentejo e as diferentes tipologias da RCCI, ou seja, atores coletivos posicionados em diferentes territórios (Norte Alentejano, Alentejo Central, Baixo Alentejo e Litoral Alentejano) e com posições diferenciadas em termos da sua natureza e atuação no âmbito dos CCI. Por seu turno, houve ainda situações que, quer pela sua facilidade de acesso, quer pela limitação de recursos de tempo e de pessoas envolvidas no processo de colheita dos dados, contribuíram significativamente para este processo de seleção (Patton, citado por Flick, 2005).

Na análise do MACTOR, muitas vezes é necessário proceder à agregação de atores³², pois quando foram identificados os atores tivemos que ter em conta que vários organismos ou entidades integravam um mesmo “actor”. Como sugere Perestrelo, essa agregação implicou partirmos da análise das competências e atributos dos atores, por encontrarmos semelhanças, quer na análise de conteúdo das entrevistas, quer no posicionamento relativamente aos objectivos. Conforme Jacquet-Lagrèze (s/d),

Para que um grupo de indivíduos (corpo constituído ou associação) seja identificado como um e um só actor, é preciso que, relativamente ao processo em causa, os sistemas de valores, os sistemas de informação e as redes de relações dos diversos membros do grupo não sejam ou não tenham que ser, nesse âmbito, diferenciados” (Jacquet-Lagrèze citado por Perestrelo, 2000)

7. O Processo: Recolha e Análise dos Dados

7.1. As Técnicas de Recolha dos Dados

Antes de emprendermos a colheita de dados, foi essencial questionarmo-nos sobre os instrumentos mais adequados às finalidades da investigação. Os dados podem ser colhidos de diversas formas e, por esse motivo, uma seleção criteriosa dos procedimentos que garantam a cientificidade dos resultados é um aspeto chave a ter em conta em qualquer processo de

³² Segundo Perestrelo (2000), no caso do MACTOR é fundamental que essa agregação seja feita pois em termos operacionais e logísticos há um número limitado de actores, 20.

investigação. No nosso caso, recorreremos às técnicas de análise documental, entrevistas e grupo de discussão por considerarmos que as mesmas responderiam melhor ao nosso objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas e às hipóteses formuladas (Cf. Apêndice V). Vejamos, de seguida, os fundamentos da nossa opção pelos modos principais de recolha de dados e respetivas técnicas, que complementarmente contribuíram para o alcance dos objetivos a que nos propusemos.

7.1.1. Análise Documental


A nossa investigação recorreu, numa fase inicial, à análise documental, onde procedemos à leitura e análise de documentos oficiais das políticas sociais e de saúde da UE e do Estado português (especificamente nos domínios do envelhecimento e dos cuidados continuados), de documentos relativos à RNCCI e à UMCCI, bem como à análise de dados e estudos estatísticos sobre o território Alentejano. Os dados recolhidos através desta técnica permitiram não só conhecer melhor o nosso objeto de estudo, como apoiar na construção dos nossos instrumentos de recolha de dados

7.1.2. Grupo de Discussão

O grupo de discussão foi uma técnica igualmente útil, nesta fase, pela possibilidade em gerar debate e interação grupal e, com isso, alcançar as perspetivas dos atores que seriam menos acessíveis sem essa interação, assim como alcançar uma compreensão comum a propósito das questões colocadas. Assim sendo, a concretização do grupo de discussão no contexto da nossa pesquisa tinha como objetivos centrais: apresentar e discutir/validar a lista das variáveis-chave detetadas a partir do diagnóstico do sistema; e enumerar as relações diretas entre as variáveis (preenchimento da matriz estrutural).

No que se refere à planificação do grupo de discussão, e conforme propõe Paul Geoffrion (2003), procuramos ter em conta os seguintes aspetos: 1) o número do grupo de discussão; 2) a estrutura dos grupos; 3) o local físico; e 4) o guia de discussão³³.

³³ Conforme Apêndice VI.




Em termos de número, optou-se pela realização de um grupo de discussão, por considerarmos que o mesmo respondeu os objetivos pretendidos, além de que as dificuldades ao nível da disponibilidade/tempo por parte dos participantes foi um aspeto a considerar na planificação da sessão, optando-se, assim, pela realização de um grupo, com duração de aproximadamente 6 horas.

Quanto à sua estrutura, tivemos em conta o recrutamento dos participantes, o número de participantes e a escolha dos participantes.

O recrutamento dos participantes constituiu uma das tarefas do processo de construção do grupo de discussão. Para o efeito, definiram-se alguns critérios de seleção dos participantes para assegurar uma grande diversidade de opiniões e experiências, mantendo ao mesmo tempo uma certa homogeneidade no grupo. Portanto, foi tido em conta a experiência, os conhecimentos e a compreensão dos participantes em torno do nosso objeto de estudo – os *CCI na região do Alentejo*. A questão do número ideal de participantes foi também um elemento a considerar, tendo optado, inicialmente, por um grupo pequeno (6 participantes), mas que, pela ausência de dois elementos, apenas comparecerem à sessão 4 participantes. Uma vez que estávamos perante o estudo de um documento, nomeadamente uma lista de 66 variáveis, que exigia algum tempo de maturação, a mesma foi enviada aos participantes previamente para que os mesmos pudessem analisá-la com maior atenção e precisão. Como tal, dada exigência e complexidade da tarefa solicitada, o facto de ter sido um grupo muito reduzido de participantes, não invalidou os resultados, muito pelo contrário permitiu a cada um exprimir-se sobre todas as variáveis apresentadas no documento. Em relação ao local físico, este decorreu numa sala, equipada com meios audiovisuais e materiais necessários à concretização das tarefas. Procuramos situar os participantes à volta de uma mesa redonda, a fim de proporcionar maior proximidade e interação entre os diferentes participantes.

Por último, em relação ao guia de discussão, este comportou questões precisas e ordenadas com respostas breves, resumindo os principais temas de discussão e servindo de referência, a fim de evitar que assuntos importantes fossem omitidos quando da discussão (Geoffrion, 2003). Mas, como adverte Geoffrion (2003), “não deve inibir a espontaneidade dos respondentes ou limitar a flexibilidade do animador” (p. 330).

Conforme sugere este autor, o grupo de discussão foi, assim, estruturado em três tempos: a *fase de introdução*; a fase de discussão; e a conclusão (Geoffrion, 2003). A *fase de introdução*




serviu para dar as boas vindas e explicar aos participantes o desenrolar da sessão. Seguiu-se o momento da apresentação (“tour de table”) de todos os participantes, que consistiu no fornecimento de algumas informações (por exemplo, o cargo profissional ocupado e a experiência na área dos CCI). A *fase de discussão* centrou-se nos objetivos delineados para a sessão. Assim, tendo por base o diagnóstico feito para os CCI na Região do Alentejo (resultado da informação recolhida através das entrevistas e análise documental), foi apresentada uma lista de variáveis (internas e externas), organizadas em grupos, tendo sido alvo de discussão pelos participantes. Após validação dessa lista, o investigador/animador solicitou ao grupo de trabalho o preenchimento da matriz de análise estrutural, composta pelas variáveis selecionadas, considerando apenas as relações diretas entre as variáveis, com a seguinte escala: 0, se não existe relação direta entre as variáveis; 1, se a relação direta é fraca; 2, se a relação direta é média; 3, se a relação direta é forte. Em guiza de *conclusão*, foi reservado um período de dez minutos no final, para consultar os resultados da sessão e verificar se havia questões suplementares. Por fim, competiu ao investigador o encerramento da sessão, assim como o agradecimento aos participantes pela sua contribuição no grupo e no estudo.

7.1.3. Entrevistas

Ao iniciarmos o nosso caminho de produção de conhecimento científico temos que estar cientes de que se trata de uma prática social reflexiva sujeita a problemas que, por vezes, podem inibir o processo de teorização, ou seja: temos os conceitos, mas não sabemos teorizar, ou sabemos contar a história, mas não temos os conceitos. Neste sentido, procuramos fazer uma concetualização preliminar por meio do recurso à entrevista exploratória como um primeiro meio de recolha de informações sobre a realidade social em estudo potenciando a busca de pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho. Essas informações foram convertidas em dados pertinentes ao trabalho de teorização, o que nos ajudou a desenvolver um exercício de raciocínio logicamente orientado para as fases precedentes da nossa pesquisa.

As entrevistas exploratórias foram dirigidas a dois informantes-chave, designadamente especialistas e profissionais que operam na área dos CCI, que, de alguma forma, representassem dois momentos temporais diferentes – o passado e o presente dos CCI na região estudada. Nesta entrevista, buscamos captar as percepções dos entrevistados a propósito



dos seguintes temas/questões (Cf. Apêndice VIII): *Situação atual dos CCI* (realidade internacional e nacional); *Situação dos CCI na região do Alentejo* (das experiências piloto à atualidade); *Análise global dos factores externos/internos*; *Atores-chave para o desenvolvimento dos CCI*; *Factores-chave por onde passa a mudança ou estagnação dos CCI*. Os resultados apurados permitiram-nos, assim, analisar dados do passado sobre sistema em estudo e projetar o futuro. Com esta análise pretendeu-se recolher elementos que garantissem que o principal instrumento de medida que viemos posteriormente a usar (a entrevista na sua modalidade semidirigida) focasse sobre os pontos mais relevantes sobre os temas a abordar, garantir que as categorias utilizadas eram as ajustadas à medição dos conceitos e, também, assegurar que o instrumento se apresentasse perceptível à população alvo. As informações foram registadas em suporte áudio, com o devido consentimento do entrevistado, transcritas e analisadas. O seu conteúdo não foi submetido a procedimentos formais de análise de conteúdo, uma vez que leitura das mesmas se revelou suficiente para o que pretendíamos obter.

Numa fase intermédia da recolha dos dados, optámos pela *entrevista* na sua modalidade *semiestruturada* ou *semidiretiva*. A nossa opção pela entrevista em detrimento do inquérito por questionário relaciona-se com o facto de termos considerado que dessa forma seria mais fácil abordar as questões junto dos participantes (numa perspetiva interpretativa e construtivista) e assegurar que as mesmas fossem respondidas em função dos propósitos da pesquisa, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo. Esta modalidade de entrevista constituiu-se, portanto, num instrumento privilegiado para o estudo da estratégia de atores, pelo que nos permitiu alcançar os objetivos a que nos propusemos. Assim, foram entrevistadas entidades que foram consideradas como atores chave do sistema de CCI da região do Alentejo.

A entrevista semidiretiva situa-se a meio caminho entre a entrevista dirigida (também denominada de estruturada) e não dirigida (ou não estruturada). Para o efeito, construímos um guião organizado por tópicos e perguntas³⁴, em função do qual conduzimos a conversa de forma flexível, procurando em simultâneo organizar e estruturar o pensamento dos participantes. Conforme podemos observar no quadro 2, o guião comporta, assim, um conjunto de tópicos com questões, na sua maioria, do tipo “aberta”, embora duas delas

³⁴ Conforme guião de entrevista em Apêndice IX.

sujeitas a avaliações mediante escalas com ponderações já determinadas pelo método MACTOR, a fim de posicionar o acordo/desacordo dos participantes à volta de um conjunto de desafios/objetivos estratégicos e de conduzi-los a avaliar o grau de influência/dependência entre eles. Para além destes, fizeram parte da estrutura do guião os seguintes tópicos: *objetivos da instituição/atores; meios de ação disponíveis e obstáculos encontrados na concretização dos objetivos estratégicos; e futuros possíveis e fatores-chave de mudança ou estagnação dos CCI.*

Quadro 2 - Objetivos Específicos de Cada Um dos Tópicos da Entrevista

Tópicos		Objetivos
A	Apresentação da pesquisa e dos objetivos	- Informar o entrevistado sobre o tema e os objetivos da entrevista, enquadrando-a na investigação e evidenciado a sua importância; - Explicar o processo da entrevista.
B	I. Objetivos	- Identificar os objetivos que cada ator tem para os CCI e respetivo grau de importância; - Posicionar o acordo/desacordo dos atores sobre um conjunto de desafios/objetivos estratégicos
	II. Meios de ação	- Identificar os meios de ação que cada ator dispõe para concretizar os objetivos.
	III. Obstáculos	- Identificar os obstáculos que cada ator pode encontrar na concretização dos objetivos
	IV. Dependência de outros atores e objetivos esperados	- Identificar os atores que cada ator depende para a concretização dos objetivos e as suas expectativas.
	V. Futuros possíveis e factores-chave de mudança ou estagnação para os CCI	- Conhecer os fatores críticos de sucesso para o desenvolvimento dos CCI na região do Alentejo - Identificar os futuros possíveis e desejáveis para os CCI na região do Alentejo.
C	Caracterização da instituição e do entrevistado	- Obter dados pessoais e profissionais do entrevistado

Fonte: autoria própria

A entrevista semidirigida constituiu-se, assim, num dos principais instrumentos de recolha de dados, cuja elaboração assentou num conjunto de pressupostos metodológicos defendidos pela academia, que se regem pela conceção da entrevista (a natureza das questões e escalas a adotar), aplicação do pré-teste, determinação da fiabilidade interna e validade da entrevista, aplicação da entrevista e tratamento dos dados. Em termos práticos, a aferição das questões foi realizada mediante validade facial de conteúdo através de um grupo de especialistas.

Para a realização das entrevistas, procuramos respeitar uma série de procedimentos: o *tempo* e o *lugar*; a *gravação* e a *transcrição*. Quanto ao tempo e ao lugar, as entrevistas tiveram uma duração variável (entre 30 minutos a 1 hora) e decorreram em contexto de trabalho, tendo sido agendadas com antecedência e fornecidas as informações prévias aos entrevistados mediante um formulário de consentimento. Para a sua gravação, recorremos a um gravador áudio, sendo que, ao mesmo tempo, íamos tomando notas. Procedeu-se, numa última fase, à transcrição integral das entrevistas, procedendo-se, nalguns casos, à construção de sinopses das entrevistas.

Podemos dizer que conseguimos alcançar com facilidade as respostas pretendidas pela generalidade dos entrevistados, tendo havido, contudo, alguns casos de desistência e não resposta. Na sua maioria, as reações foram bastante positivas, quer pelo interesse manifestado em colaborar no estudo, quer pela familiariedade com o nosso objeto de pesquisa.

7.2. Análise dos Dados

Todo o material recolhido foi sujeito a um tratamento e análise de conteúdo. Segundo Réjean Landry (2003), a análise de conteúdo constitui um método de tratamento de dados qualitativos. No domínio do nosso estudo, esta análise incidiu sobre dois tipos de fontes: a utilização de documentos e a informação fornecida pelas entrevistas realizadas aos participantes.

Para o tratamento da informação obtida através da recolha documental, usámos uma grelha de análise fechada, em que as categorias foram determinadas por um conjunto de fatores explicativos do sistema externo e interno dos CCI (Cf. Apêndice X). Para o efeito, recorremos a análise PEST que consiste num quadro referencial que permitiu mapear o ambiente externo, ou macro ambiente, a sua evolução e a forma como interfere nos interesses do sistema em estudado. Este modelo de análise proporcionou uma análise de contexto centrada em fatores *Políticos, Económicos, Sociais e Tecnológicos*. Além destes fatores, incorporamos outros de natureza *Demográfica e Educativa*, aproximando-nos do modelo STEEPLED. Considerando a natureza do nosso objeto de estudo, não podemos deixar de incluir outros dois tipos de fatores – *Organizacionais e funcionais da Rede Nacional e Saúde e Dependência*. Para a leitura do sistema interno, definimos como categorias analíticas um conjunto de elementos constituintes

do sistema CCI, designadamente: *Organização da Rede e dos Recursos Humanos; Gestão da Rede e dos Utentes; Financeiras e Qualidade*. Para finalizar este diagnóstico, elaboramos uma análise SWOT,

Em relação à análise de dados recolhidos através da entrevista, se por um lado, o método MACTOR permitiu estruturar e objetivar de forma rigorosa uma parte dos dados obtidos através da entrevista, por outro, foi necessário recorrer à análise de conteúdo das entrevistas (a partir de uma grelha analítica, conforme Apêndice XI), onde nos foi possível clarificar melhor algumas das questões centrais do nosso estudo, designadamente: o posicionamento dos atores em torno dos principais pólos de conflito e de consenso; os meios de ação que os atores dispõem e os obstáculos com os quais se defrontam; e, por último, as perspetivas dos atores face aos fatores críticos de sucesso do sistema de CCI.

8. Procedimentos na Investigação Social

8.1. A Negociação e o Acesso ao Campo

O problema do acesso ao terreno, às pessoas e aos processos merece especial atenção neste estudo, até porque esta foi uma das razões que veio, numa fase inicial, comprometer o sucesso da pesquisa. A presente investigação deparou-se, assim, com dois fatores de regulação do acesso ao campo: o processo de autorização da pesquisa por parte de diferentes autoridades externas; e o investimento em termos de tempo e disponibilidade.

Na qualidade de investigadora, foi necessário formular o pedido em termos formais, tendo sido sujeito a três “exames oficiais”. As duas primeiras avaliações suscitaram dúvidas e desconfianças (sobretudo em relação às questões de investigação, aos métodos e ao tempo necessário), resultando numa recusa na autorização da pesquisa³⁵. Isto levou a uma alteração ao nível do nosso objeto empírico, conduzindo-nos a uma terceira avaliação. Este último processo, culminou num “protocolo de investigação”³⁶, representando para nós uma importante tarefa de negociação de normas de linguagens comuns entre a investigação e a instituição. Isto significa que negociar a entrada e o acesso ao campo não é tanto um problema de informação, como refere Flick (2005), mas antes de estabelecimento de uma relação.

³⁵ Conforme documento em Apêndice III.

³⁶ Conforme documento em Anexo II.

Podemos, assim, afirmar que o estabelecimento de uma relação de confiança e aliança de trabalho com o campo, as instituições e as pessoas, foi fundamental para tornar esta investigação possível.

Como afirma Flick, “um projeto de investigação é uma intromissão na vida da instituição a estudar: é uma perturbação, rompe rotinas, sem qualquer retorno, a curto ou longo prazo para a instituição ou para os seus membros” (Flick, 2005, p.58). Ainda assim, consideramos que, sendo a nossa investigação uma intervenção num dado sistema social, este não tem à partida qualquer verdadeira razão para rejeitar o estudo, sobretudo quando a mesma pretende ter um papel funcional no sistema estudado.

Encaramos, portanto, a nossa entrada no terreno como um “processo sociológico de aprendizagem”, conforme descrito por Lau e Wolff (1983, citado por Flick, 2005).

8.2. Procedimentos Éticos na Investigação

As características do nosso objeto de estudo – centrado em dois setores importantes da realidade social (a saúde e o social), requeriam da nossa parte uma atenção especial à ética. Num sentido mais lato, a ética pode ser entendida como “o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.” (Fortin et al., 2009, p. 114). Assim, a necessidade de ajustarmos a nossa conduta de investigador com os requisitos e as exigências normativas e morais impostas pela ética foi um passo determinante para o desenrolar da investigação.

Nesta medida, o nosso estudo foi alvo de avaliação crítica por parte de Comissões de Ética para a Saúde (CES) de duas instituições distintas – a Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) e a Universidade de Évora. Estas tiveram por missão avaliar o projeto de investigação em causa mediante a análise de um protocolo de investigação concebido para o efeito.

O estudo foi, dessa forma, discutido do ponto de vista da ética na investigação científica, com ajustamentos vários tendo em conta o objeto de estudo em causa. Isto porque, uma vez que não se tratou de uma investigação de natureza clínica assente em estudos experimentais, o protocolo sofreu reajustamentos em função da natureza do nosso estudo ser essencialmente social.

Para o efeito, organizamos um processo documental que foi, juntamente com o requerimento de autorização para a realização do estudo, entregue à entidade com poder decisório para a sua autorização (Conselhos de Administração e Conselho Diretivo) a quem competiu solicitar o parecer à Comissão de Ética para a Saúde. Para consolidação deste processo, tivemos que reunir e apresentar uma série de elementos e requisitos através da elaboração de um documento escrito (protocolo de investigação).

Salvaguardando os princípios éticos de uma investigação social, as diferentes comissões de ética ligadas às referidas entidades, após avaliação dos protocolos, reconheceram a sua pertinência e utilidade, o que veio, de alguma forma, credibilizar o nosso estudo junto dos participantes, facilitando o acesso ao campo.


8.3. Critérios de qualidade da investigação

Neste ponto, procuramos refletir sobre a qualidade da investigação considerando os procedimentos metodológicos adoptados. Concordamos, portanto, com Guardián-Fernández (2007) quando o mesmo afirma que a qualidade de um estudo está determinada, em grande parte, por um rigor metodológico mediante o qual se realiza a investigação. Assim, os critérios de qualidade para os estudos de natureza qualitativa são: a credibilidade, a confirmação e a transferibilidade ou aplicabilidade.

No nosso caso, consideramos que a credibilidade foi alcançada, uma vez que os resultados da investigação foram reconhecidos como válidos por especialistas da área em diferentes congressos, seminários e encontros, onde foi possível difundir e apresentá-los em comunicações.

Quanto à confirmação, isto é, à neutralidade da interpretação, a nossa pesquisa apoiou-se no uso de instrumentos objetivos e já estruturados para alcançar os dados e apoiar as nossas análises e interpretações.

Por último, no que se refere à transferibilidade, apesar de não ser uma investigação com fins estatísticos, consideramos que os resultados podem ser transferíveis a outros contextos e servir de reflexão sobre a realidade dos CCI e, em particular, sobre os aspetos críticos de sucesso de um Sistema que se rege por uma estrutura e uma ação comum, pese embora as diferenças territoriais a tornem num objeto de estudo com singularidades que não convém negligenciar.



Acreditamos, sinceramente, que a presente tese pode ser útil para tomar consciência do ponto onde estamos e como devem ser orientados e concertados os esforços com vista a alcançar a sua última finalidade: melhorar a qualidade de vida das pessoas com dependência e doença crónica e contribuir para a diminuição da sua incapacidade física e psíquica. Consideramos, ainda, que a leitura desta investigação pode ser útil para qualquer leitor, além dos especialistas e interessados no tema.

9. Considerações Finais

Do ponto de vista metodológico, a nossa pesquisa sustenta-se por uma análise prospetiva, a qual seguiu a proposta de Godet. Foi a opção pelo “Método dos Cenários” que, no fundo, veio estruturar o conjunto de procedimentos, pelo que o estudo seguiu a primeira etapa do método definida por Godet, com a concretização da construção de base inicial, que integrou um diagnóstico, a análise estrutural do sistema e o estudo das estratégias dos atores. Para o efeito, selecionamos um conjunto de técnicas e instrumentos que nos auxiliaram na recolha e análise dos dados, foram eles: pesquisa documental, análises PEST e SWOT, entrevistas e grupo de discussão.

Partindo do princípio de que existem futuros múltiplos e incertos, procuramos com esta metodologia desenvolver uma abordagem assente na ação que procura explorar o futuro à luz das dinâmicas do passado e do presente do sistema de CCI na região do Alentejo. Ao adoptarmos a prospetiva como metodologia, esta procura olhar o objeto de estudo não de uma forma determinista, mas antes permitir que, através do conhecimento de um determinado sistema, o investigador execute uma redução de incertezas relativamente ao futuro.

A questão que se coloca agora é a da finalidade do conhecimento para e na ação.

Capítulo IV - Território Estudado

O decréscimo populacional, o envelhecimento e a fraca capacidade de retenção de população jovem são, desde há algum tempo, características conhecidas do território alentejano. A evolução demográfica influenciada por uma significativa redução dos níveis da fecundidade, com efeitos na diminuição do número de nascimentos, e associada ao aumento da esperança de vida, tem vindo a transformar a estrutura etária da população para uma estrutura duplamente envelhecida (elevado peso dos idosos e diminuta proporção dos jovens) de tal forma que o Alentejo é hoje representado como um território de baixa densidade, apresentando-se como o mais envelhecido do país (o índice de envelhecimento no Alentejo é de 178 face ao total nacional de 127,8) (CCDRA, 2014).

Ao nível do sistema urbano, este território possui graves limitações em termos de substrato urbano para a competitividade e coesão, por apresentar um sistema pouco interativo, ainda que policêntrico, e aglomerados urbanos de muito pequena dimensão (apenas uma cidade com dimensão média e nível de centralidade entre as 25 mais centrais a nível nacional) (CCDRA, 2014).

O elevado envelhecimento populacional, associado à dispersão territorial da população, traz limitações fortes ao nível da obtenção de economias de aglomeração e de escala para a oferta de determinados serviços públicos e privados. O principal constrangimento reside na acessibilidade à rede de cuidados de saúde, quer pelas distâncias envolvidas, quer por limitações ao nível da mobilidade (CCDRA, 2014).

Contudo, graças ao seu posicionamento geográfico e, em particular, à sua característica de região de passagem nas ligações a Espanha e Algarve, as boas acessibilidades em termos de vias fundamentais associadas oferecem à região do Alentejo potencialidades de inserção externa, pese embora haja ainda deficiências ao nível da capilaridade que dificultam a integração territorial da região. O porto de Sines e o aeroporto de Beja são vistos como duas importantes infra-estruturas para o desenvolvimento competitivo da região (CCDRA, 2014).

Noutra dimensão e numa sociedade com predomínio de população envelhecida como a alentejana, a formalização de redes (exemplo da Rede de CCI) tem-se demonstrado como mais-valia na resposta à dimensão territorial, gestão e eficácia dos recursos existentes. A integração de respostas, centradas no cidadão, através da formação/educação dos cuidadores

formais e informais, articulando redes, aliadas às tecnologias de informação e comunicação e às condições de excelência ambiental da região podem potenciar a criação de atividades associadas a novas valências das vilas e aldeias, de que são exemplo as aldeia-lar ou os turismos sénior e de saúde, renovando conceitos e infraestruturas para novos desafios sociais (CCDRA, 2012).

1. Delimitação da Área de Intervenção: Condições e Limites da Referência Empírica

Antes da abordagem do sistema de CCI em estudo, é crucial delimitar a área de intervenção, ainda que sem uma justificação teórica ou metodológica, uma vez que a mesma abrange a região de Saúde do Alentejo que corresponde à área de intervenção da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA), designadamente as diferentes áreas concelhias onde intervém a rede de cuidados continuados integrados.

O Alentejo é uma das cinco regiões continentais de Portugal e é a maior unidade territorial de nível II (NUTS II), ocupando uma área de 31604,9 km² (INE, 2011). É constituída por 5 sub-regiões (NUTS III): Alentejo Central, Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Alentejo Litoral e Lezíria do Tejo. Do ponto de vista administrativo, o território integra 58 municípios (INE, 2011) e 299 freguesias (PORDATA, 2013).

Assim sendo, ao traçarmos a área de atuação da Rede de CCI na região do Alentejo, importa referir que a mesma abrange as NUTS do Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral, e Baixo Alentejo, correspondendo aos distritos de Portalegre, Évora, Beja e os concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines pertencentes ao distrito de Setúbal, num total de 47 concelhos, o que corresponde a uma área total de cerca de 27.330 km² e a uma população residente em 2012 de 501.747 indivíduos, de acordo com o último recenseamento da população (ARSA, 2013) (Cf. Figura 5).

Ao nível da organização, a ARSA, I.P., integra três Unidades Locais de Saúde (ULS) (a ULS do Norte Alentejano, a ULS do Baixo Alentejo e a ULS do Litoral Alentejano) e um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) (ACES do Alentejo Central e o Hospital de Évora) (ARSA, 2013). Esta região possui, assim, um total de 48 Centros de Saúde, um dos quais com Internamento e 8 com Serviço de Urgência Básica (SUB). Em 2010, estavam em funcionamento 8 Unidades de Saúde Familiares (USF) e 6 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).


Figura 5 – Área de Influência da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP.



Fonte: ARS Alentejo, 2013.

Assim sendo, e de acordo com a figura acima apresenta, a área de influência da ARS do Alentejo abrange:

- No alto Alentejo, a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), EPE, que inclui 15 concelhos, entre os quais Sousel, mas exclui Mora, diferindo assim da NUTS III do alto Alentejo definida pelo INE. A ULSNA engloba o Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre e o Hospital Santa Luzia de Elvas e o ACES de São Mamede;
- No Alentejo Central, o Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), EPE, que garante a prestação de cuidados de saúde hospitalares, e os cuidados de saúde primários são assegurados pelo ACES do Alentejo Central, integrando 14 concelhos, entre os quais Mora, mas exclui Sousel, pelo que difere da NUTS III do Alentejo Central definida pelo INE.
- No Baixo Alentejo, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), EPE, que inclui 13 concelhos, que coincidem com a respetiva NUTS III definida pelo INE. A ULSBA integra



o Hospital Dr. José Joaquim Fernandes de Beja, o Hospital São Paulo de Serpa e o ACES do Baixo Alentejo;

- No Litoral Alentejano, a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), que integra o Hospital do Litoral Alentejano (HLA), EPE, e o ACES do Alentejo Litoral, incluindo apenas 5 concelhos.

Este é o quadro de referência empírica da análise prospetiva do sistema de CCI. A área definida condicionou a estruturação do nosso trabalho, sendo prévia à discussão das opções analíticas e metodológicas, ou à delimitação definitiva dos objetivos e dos participantes do estudo.

Capítulo V - Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: Um Diagnóstico Orientado

A reflexão que propomos neste capítulo consiste num diagnóstico orientado para uma caracterização do sistema interno e externo dos Cuidados Continuados Integrados (CCI), delimitado à região do Alentejo, prévio à discussão do conjunto de variáveis que o caracterizam (análise estrutural), assim como à sua envolvente estratégica (análise estratégica) e às suas evoluções prováveis e fatores-chave de mudança e/ou estagnação.

A realização de um diagnóstico de contexto orientado do sistema permite-nos analisar o problema dos CCI e delimitar o sistema em estudo. O objetivo fundamental do diagnóstico é fornecer materiais que suportem a construção do exercício prospetivo, o que significa que, ao identificar os sinais fracos, os fenómenos emergentes e os efeitos das influências externas, possibilita-nos identificar um conjunto de variáveis quantitativas e qualitativas que caracterizam o sistema o mais exaustivamente possível e reduzir a complexidade do sistema às variáveis fundamentais.

Torna-se, portanto, indispensável proceder a uma retrospectiva do sistema dos CCI naquela região, pois “uma olhadela frequente para o retrovisor também faz parte da boa condução face ao futuro” (Godet, 1993, p. 40). Olhar o passado, a história, a identidade cultural dos CCI é fundamental na antecipação dos seus futuros possíveis.

Segue-se, no primeiro ponto deste capítulo, o momento do diagnóstico interno, onde procuramos conhecer o sistema interno dos Cuidados Continuados Integrados na região do Alentejo, a partir dos seguintes vetores fundamentais, são eles, o vetor financeiro, o vetor operacional e funcional para os recursos humanos, técnicos e organizacionais, e o vetor tecnológico. Acrescentamos, à análise interna, a qualidade enquanto vetor transversal e de balanço do sistema. Conhecer as forças e fraquezas dos cinco vetores fundamentais do sistema de CCI (humanos, financeiros, técnicos, tecnológicos e qualidade) consiste, assim, no objectivo do *diagnóstico interno*.

Ao partirmos da composição espacial específica do sistema de CCI da Região Alentejo, procura-se, no segundo ponto deste capítulo, detetar as grandes dinâmicas em torno das quais se articulam os debates e as discussões atuais sobre os CCI, estruturadas em fatores de natureza demográfica, sociocultural e educacional, económica, político-legal e científico-

tecnológica³⁷. A estes fatores importa acrescentar outro igualmente determinante para uma análise do contexto macro-ambiental do referido sistema, designadamente os fatores de saúde e dependência e de organização funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

No seguimento da análise de um conjunto de indicadores de natureza demográfica da região e da área de intervenção da ARSA que condicionam e pressionam as atividades da Rede de CCI no Alentejo, consideramos fundamental caracterizar o estado de saúde e dependência a partir dos seus principais aspetos epidemiológicos (mortalidade e morbilidade), dos determinantes de saúde/fatores de risco, dos indicadores de incapacidade e de qualidade e acesso da população do Alentejo aos cuidados de saúde, no geral, e aos cuidados continuados, em particular. Quanto aos aspetos socioculturais, buscamos caracterizar alguns indicadores de educação e formação do território Alentejano.

Como fator importante e transversal a toda a análise relativa à envolvente estratégica dos CCI consideramos, ainda, as variáveis socioeconómicas e económico-financeiras. Começamos por fazer referência às condições socioeconómicas da população portuguesa e alentejana (desemprego, nível de rendimento/empobrecimento...), não ignorando outros indicadores como as despesas de saúde e o financiamento/acesso aos cuidados de saúde.

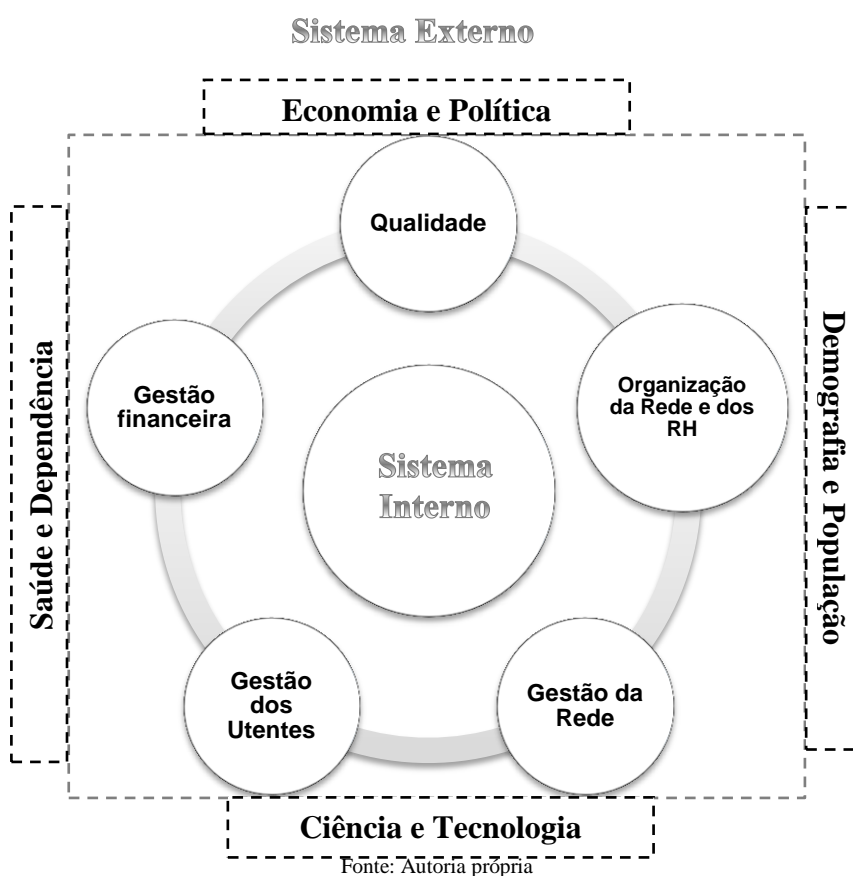
Por fim, descrevem-se os fatores político-legais e científico-tecnológicos. Em relação aos primeiros, importou saber quais as linhas de orientação da política internacional em matéria de saúde e dependência e cuidados continuados e, a partir deste enquadramento, conhecer os eixos prioritários da política nacional naquelas matérias. Os aspetos relacionados com a regulamentação e componente normativa da Rede, onde estão identificadas as regras e procedimentos a aplicar para o seu funcionamento e desempenho são, de igual modo, considerados para esta análise pela influência que assumem na dinâmica evolutiva do sistema em estudo. A propósito dos fatores científico-legais, centramo-nos na análise de dados sobre a atividade estatística na área da saúde, dando especial atenção às atividades vocacionadas para a criação e difusão do conhecimento sobre o estado de saúde das populações, com destaque para a criação de aplicativos informáticos de uso exclusivo da RNCCI.


³⁷ Em conformidade com o proposto pelo Guia Prático de Prospectiva Regional em Portugal (Nunes et al, 2002). Análise PEST é um modelo de análise da envolvente externa macro-ambiental centrada nas seguintes vertentes: Política (Political), Económica (Economic); Social (Social) e Tecnológica (Technological).

Tendo em conta os fatores atrás mencionadas, importa questioná-los em inter-relação de modo a construirmos um quadro referencial que nos possibilite mapear o ambiente externo, ou macro ambiente, a sua evolução e a forma como interfere na estrutura funcional e organizacional ou na pressão para alterações no modelo de prestação de cuidados desenvolvido na região do Alentejo (Cf. Figura 6).

A partir dos diagnósticos interno e externo do sistema de CCI da região do Alentejo, evidenciam-se, assim, as várias mudanças que operam neste domínio, as novas tendências emergentes com as suas potencialidades, fragilidades, estrangulamentos ou patologias. Como nos esclarece Godet, “a abordagem clássica levou, muitas vezes, a separar estes dois diagnósticos, interno e externo. No entanto, estes apenas fazem sentido quando reciprocamente relacionados: são as ameaças e as oportunidades que dão importância a esta ou àquela fraqueza ou força” (Godet, s/d, p.60).

Figura 6 - Modelo de análise dos Sistemas Interno e Externo de Cuidados Continuados Integrados





Para finalizar a fase do diagnóstico, e com o intuito de sistematizar as características fundamentais e as tendências emergentes do sistema de CCI, circunscrito à região do Alentejo, procedemos a uma análise SWOT, dando a conhecer os pontos fracos e fortes, inerentes à sua estrutura interna, assim como as oportunidades e ameaças, relativas ao ambiente externo. O objetivo desta análise passa, portanto, por sistematizar as variáveis/fatores mais importantes com vista à delimitação do sistema, de um modo globalizante e dinâmico, retendo os elementos de informação sobre o funcionamento do sistema e aferindo algumas relações de causalidade e dependência entre as variáveis.

Contudo, procedemos, no capítulo VII, à análise estrutural do sistema, através do método MICMAC, que procura reduzir a complexidade do sistema a fim de desocultar as variáveis mais e menos importantes do sistema ou mesmo as irrelevantes ao seu funcionamento, pondo em evidência a sua hierarquia, e detetando os atores que estão na origem da sua evolução. Estamos, porém, cientes de que a tentativa de redução da complexidade do sistema pode ocultar a complexidade que lhe é inerente. Efetivamente, a ideia de sistema, como tivemos oportunidade de referir no primeiro capítulo deste trabalho, não é uma ideia simples e simplificável, mas sim uma ideia complexa que nenhuma redução analítica é capaz de alcançar (Fortin, 2005).

Posto isto, a partir da realização de entrevistas exploratórias a especialistas e profissionais, assim como consulta e sistematização de documentos diversos³⁸, desde estudos já realizados sobre os CCI, descrevem-se, previamente à análise estrutural, os mecanismos e atores determinantes na formação e transformação dos CCI, as dinâmicas que enformam esse domínio e os agentes que aí interagem.

³⁸ Os dados aqui expostos/analizados a propósito da monitorização da rede reportam-se ao período temporal 2009-2016.

1. Caracterização dos Cuidados Continuados Integrados no Alentejo: Diagnóstico Interno

1.1. Organização da Rede e dos Recursos Humanos

No Alentejo³⁹, tal como nas restantes regiões, a coordenação da RNCCI é assegurada através de três níveis territoriais: nacional, regional e local; sendo que os dois últimos são de âmbito operacional, a saber: Equipa de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL)⁴⁰ para os Cuidados Continuados Integrados.

A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação regional e local. A nível regional, a coordenação da Rede é assegurada por uma equipa constituída, de modo multidisciplinar, por representantes da ARSA e do Centro Distrital do Instituto de Segurança Social⁴¹, cuja sede é na ARSA. A nível local, as ECL integram elementos das UCC integradas nos Centros de Saúde, geograficamente distribuídas pelas quatro sub-regiões do Alentejo. No total, existem 25 equipas na região constituídas de modo multidisciplinar e com desempenho interdisciplinar, integrando, do sector da saúde, um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a), e do setor da segurança social, um(a) assistente social. Contudo, em determinadas equipas é possível encontrar mais do que um enfermeiro, havendo apenas uma equipa com um(a) administrativo (a).

Para além das Equipas de Coordenação, surgem, ainda, as Equipas de Referenciação⁴², nomeadamente as Equipas de Gestão de Altas (EGA)⁴³ (cinco equipas no total), respetivamente integradas em cinco hospitais de agudos da região, e as equipas de saúde das unidades funcionais (médico de família, enfermeiro de família, assistente social).

³⁹ Conforme Apêndice XII, apresentamos um quadro com a constituição das equipas que integram a rede de CCI na região do Alentejo e os seus respetivos perfis profissionais.

⁴⁰ As ECL estão integradas no ACES do Alentejo Central e nas diferentes ULS da Região do Alentejo, conforme descritas no capítulo anterior.

⁴¹ De acordo com os termos do Despacho Conjunto n.º 19040/2006, dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

⁴² A referenciação para a RNCCI procede quer do contexto hospitalar, quer do âmbito dos cuidados de saúde primários. Todavia, toda e qualquer referenciação para a RNCCI carece de validação pelas Equipas de Coordenação Local.

⁴³ Conforme n.º 1 do Art. 23.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, a EGA tem por missão preparar e gerir a alta hospitalar em articulação 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, com as unidades de média duração e reabilitação e com as unidades de longa duração e manutenção, existentes na área de influência hospitalar.

Ao nível da prestação de cuidados, o modelo da RNCCI define que a mesma seja assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias, com vista a darem resposta às diferentes necessidades dos seus utentes. Assim, na região do Alentejo, até ao momento atual, existem, no total, 36 Unidades de Internamento⁴⁴, distribuídas pelas seguintes tipologias: seis Unidades de Convalescença (UC); onze Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR); dezanove Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM); e três Unidades de Cuidados Paliativos (UCP).

Em relação às equipas hospitalares, existem na região do Alentejo cinco EGA e três Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) sediadas em hospitais de agudos integrados nas ULS do Baixo Alentejo e do Litoral e Norte Alentejano.

As EIHSCP integram elementos com diferentes perfis profissionais, entre eles, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, com formação em cuidados paliativos, que prestam aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação.

Fazem parte da prestação de Cuidados Comunitários (Equipas Domiciliárias), as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), quatro no total, situadas nos concelhos de Moura, Beja, Mértola e Santiago do Cacém, e as Equipas Comunitárias de Cuidados Integrados (ECCI) (36 no total) sediadas nas diferentes Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) integradas nas ULS e ACES⁴⁵. As ECCI fazem parte integrante da UCC⁴⁶, podendo, contudo, serem chamados para prestar apoio aos casos de cuidados paliativos, nas ECSCP.

⁴⁴ Tais unidades encontram-se sediadas em vinte instituições locais, distribuídas pelas diferentes sub-regiões do Alentejo. Fazem parte dessas instituições, entidades de natureza pública, privada e semi-privada, designadamente Hospitais, Cruz Vermelha Portuguesa, Fundações, Santas Casas da Misericórdia (Conforme Apêndice XII).

⁴⁵ De acordo com o previsto no n.º 2 do Artigo 7º, do Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, “Em cada Centro de Saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta. Desta forma, o ACES participa através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado, integrando a equipa coordenadora local”.

⁴⁶ De acordo com o artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, “a UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio á família e na implementação de unidades móveis de intervenção (...) Assim a UCC, é uma unidade funcional, que trabalham no âmbito comunitário com uma equipa multiprofissional em estreita articulação com as demais equipas funcionais.

Em termos de dotação de recursos humanos, a Rede de CCI no Alentejo⁴⁷ carece de recursos humanos, em quase todos os níveis e tipologias de cuidados, especificamente ao nível das ECCI⁴⁸, nomeadamente a falta de recursos humanos ao nível de tempo/horas para a prestação de cuidados e de número e diversidade de profissionais em termos de área da formação. Conforme exposto pela ACSS, a organização destas equipas “depende das características geodemográficas onde está inserida e prevê que seja ajustada a cada realidade ou contexto local, em termos de dimensão da população, bem como, dimensão e diversidade de competências da equipa”, sendo que “a implementação deste processo é da responsabilidade dos CS” (ACSS, 2016, p. 25).

No que diz respeito às formas e procedimentos de trabalho, estas cumprem os requisitos definidos para o funcionamento normal da rede e diferem em função das competências inerentes às equipas e unidades que integram a rede (CF. Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de junho).

1.2. Gestão da Rede

Importa agora analisar alguns dos indicadores mais relevantes para conhecer a situação do Alentejo em relação à consolidação da rede, nomeadamente: o número de lugares existentes (Unidades e ECCI), a sua evolução e cobertura populacional (os rácios); o número total de lugares existentes na Rede;

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), quer ao nível das unidades de internamento, como das equipas domiciliárias, continua a ser um investimento fundamental a assegurar na região Alentejo. Segundo o relatório de atividades da ARSA face a 2014, “a rede de unidades de internamento encontra-se consolidada, existindo um total de 39 unidades de cuidados continuados integrados, distribuídas nas várias tipologias” (ARSA, 2015, p.2).

Assim sendo, o número de lugares de internamento em funcionamento, dispersas por 22 dos 47 concelhos da região Alentejo, totalizavam em 2015 os 765 lugares, estando distribuído do seguinte modo: 6 unidades de convalescença com 135 lugares; 11 unidades de média duração

⁴⁷ Conforme apresentado em Apêndice XIII, é possível visualizar Constituição das equipas que integram a rede de CCI na região do Alentejo e os seus respetivos perfis profissionais.

⁴⁸ O desenvolvimento das ECCI foi enquadrado por documento conjunto com os CSP, em 2007, em que se referia a ECCI como uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários.

e reabilitação com 186 lugares; 19 unidades de longa duração e manutenção com 425 lugares; 3 unidades de cuidados paliativos com 10 lugares. Em termos da evolução do número de lugares de internamento, apenas verificou-se um crescimento de 11,8% entre 2014-2015 na tipologia de UCP (ACSS, 2016).

Importa referir que, face ao panorâma nacional, a região do Alentejo apresenta uma boa cobertura populacional do número de camas (i.e., lugares de internamento) por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos, sendo que em relação a lugares de internamento de UC, como tem vindo a suceder em anos anteriores, é a região com maior cobertura populacional. Em relação à cobertura de lugares de internamento de cuidados paliativos⁴⁹, o planeamento de camas de UCP proposto pelas regiões para 2016, fará com que o Alentejo ultrapasse essa cobertura (ACSS, 2016).

De um modo geral, as regiões têm reajustado o número de lugares de ECCI. Assim, apesar do número de ECCI ter aumentado, os lugares disponíveis têm vindo a decrescer (-2,7%), devido a este reajustamento. A maior diminuição regista-se no Algarve com -13,7%, mantendo o mesmo número de ECCI que em 2014, já o Alentejo tem vindo a manter desde 2014 o número de ECCI, assim como o número de lugares. Posto isto, na região do Alentejo, encontram-se em atividade 37 Equipas, abrangendo 37 concelhos e com uma capacidade assistencial de 549 utentes no domicílio (ACSS, 2016).

Por outro lado, quando analisamos o número médio de lugares disponíveis por ECCI, este continua a apresentar assimetrias regionais acentuadas. Enquanto que, por exemplo, o Algarve tem uma média de 36 lugares por ECCI, o Alentejo tem 15, mais de duas vezes menos.

Estas assimetrias, referidas de forma persistente nos relatórios de monitorização pela ACSS (2016), reforçam a urgência da monitorização pelas regiões, no contexto das ECCI, justificando que é uma situação que deve ser avaliada por cada região quanto ao número e perfil de recursos humanos respetiva alocação de tempo.

Em suma, existem na região do Alentejo 1.314 lugares totais (unidades e ECCI), sendo que os lugares domiciliários são inferiores aos lugares de internamento. Em relação a lugares de internamento e domiciliários, o Alentejo é a segunda região com maior cobertura

⁴⁹ De acordo com a ACSS (2016), o PNCP previa 80 camas por milhão de habitantes - cerca de 800 camas no país, das quais cerca de 400 seriam UCP na RNCI, bem como cobertura de 80 % dos padrões internacionais no total das tipologias de recursos de internamento até ao final do processo de implementação. Deste modo, a cobertura necessita de ser avaliada em função das decisões a ser tomadas no âmbito da RNCI.

populacional⁵⁰ (o Algarve apresenta a maior cobertura), o mesmo acontecendo com os lugares totais.

Em relação à monitorização e controlo da atividade assistencial, o processo de monitorização e controlo da atividade é considerado pela coordenação regional da Rede como fundamental para o desenvolvimento da atividade da Rede (ARSA, 2016). As visitas de acompanhamento às unidades de internamento fazem parte deste processo, as quais decorrem no momento de abertura (arranque da atividade) e trimestralmente. A primeira visita de acompanhamento é da responsabilidade da ECR, consistindo em quatro fases: 1) reunião de abertura; 2) análise documental; 3) visita às instalações; 4) reunião final com a produção de um relatório. As visitas trimestrais são da competência das ECL e visam apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede. Para o efeito são aplicadas grelhas de avaliação e acompanhamento construídas com base na legislação em vigor que define um conjunto de requisitos de qualidade mínimos para as tipologias de cuidados continuados integrados.

A Rede dispõe, ainda, de um Sistema de Gestão de Transporte de Doentes (SGTD), para a prescrição, requisição, gestão, conferência e faturação dos encargos com o transporte não urgente de utentes (pertencentes ao SNS) das unidades de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região, tendo o Sistema sido adaptado à Circular Informativa N.º 4/2014/DPS/ACSS. Todas as unidades de cuidados continuados integrados utilizam o SGTD, à exceção de uma localizada num concelho do distrito de Portalegre onde as entidades transportadoras não aderiram ao Sistema (ARSA, 2014).

Segundo o relatório de atividades da ARSA referente a 2016, em termos de respostas de proximidade no domicílio, na região do Alentejo, verifica-se, ainda, a existência de muitas pessoas que aguardam no domicílio uma resposta. Nesse sentido, torna-se essencial saber quem são? Quais as suas necessidades e em que condições vivem? Face à fragilidade da capacidade de respostas de proximidade, uma das prioridades da coordenação da Rede no Alentejo passa por reforçar estas respostas, nomeadamente ao nível das equipas de cuidados continuados integrados. O desafio coloca-se, portanto, na gestão/capacidade destas respostas quanto à importância de alocar os recursos certos nos lugares certos e equacionar o tempo de

⁵⁰ A cobertura populacional é determinada segundo o número de lugares existentes na Rede por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos a partir de dados dos Censos 2011 (INE, 2011).

resposta com as necessidades do território dada as suas especificidades (poucos recursos e território muito disperso) (ARSA, 2016).

Outro aspeto importante salientado pela coordenação no relatório de atividades de 2016 reporta-se ao facto de que a aposta nestas respostas não pode descuidar a necessidade de adequação de alguns lugares, embora residuais, ao nível das unidades de internamento e a implementação das novas respostas em cuidados continuados integrados de saúde mental e de pediatria (ARSA, 2016).

Neste contexto, avançou em finais de 2016 uma experiência piloto no âmbito das ECCI, com objetivo de ser replicada a nível nacional. Assim, no dia 11 de dezembro desse ano foi assinada uma carta de compromisso que impõe a existência de condições para que a mesma passe a funcionar 24 horas (12 horas presenciais e 12 horas de atendimento nocturno - chamadas telefónicas), num regime de multiplicidade técnicos, composta por 8 perfis profissionais, que até à data não acontecia em nenhuma ECCI a nível nacional. O nascimento desta experiência prende-se com o reforço das equipas e com a necessidade de cumprir o previsto no decreto-lei 101/2006 e que ainda não existia no terreno, com o objetivo de apostar no alargamento da resposta assistencial em horário e em perfis profissionais assente na diferenciação de serviços, onde se espera que traga indicadores positivos e de eficácia, ou seja, menos dias de internamento hospitalar, menos dias de internamento nas unidades da rede e menor custo associado aos episódios associados em ECCI em detrimento do internamento hospitalar ou numa unidade da rede. As intervenções e os resultados desta experiência serão, desta forma, monitorizados a fim de demonstrar que após 11 meses esta resposta é viável (ARSA, 2016).

Está, de igual modo, em curso a implementação das respostas ao nível dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, através de uma experiência piloto, desenvolvida com base na experiência da Rede e potenciando as equipas existentes no terreno. No entanto, os recursos humanos que atuam nesta área são em número reduzido e com qualificação diversa, o que tem contribuído para que os projetos implementados na Região sejam essencialmente de cariz local, desenvolvidos por cada Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, atendendo às necessidades e interesses sentidos. A implementação de respostas de CCI na área da saúde mental coloca, na perspetiva da ARSA, desafios acrescidos à rede de CCI no Alentejo, nomeadamente o nível da articulação/coordenação de setores e níveis de cuidados, da capacitação dos recursos humanos e sua respetiva dotação (ARSA, 2016).

Com vista à aplicação do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), a ARSA prevê dispor de um conjunto de linhas de atuação de âmbito regional, para desenvolvimento da Rede de CCI para o Alentejo, o qual contemple a efetiva articulação entre a Saúde Mental e os Centros de Saúde, bem como entre a Saúde Mental e a RCCI (ARSA, 2016).

1.3. Vetor de Gestão dos Utentes na Rede


O perfil de utentes da rede na região do Alentejo, à semelhança do território nacional, tem evidenciado uma população envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência, situação que se mantém (ARSA, 2013).

De acordo com a ARSA (2013), a idade avançada e a elevada incapacidade e dependência condicionam os resultados da intervenção, impondo por parte das equipas uma gestão adequada dos recursos e dos utentes, nomeadamente através da construção de um Plano Individual de Intervenção (PII), com objetivos de intervenção centrados na promoção de autonomia como princípio geral e definidos para cada utente atendendo à sua situação particular.

Segundo dados disponibilizados pelo sistema de informação GestCare referentes a 2015, no âmbito dos motivos de referenciação surgem: o “Ensino utente/Cuidador informal” e a “Dependência de AVD” (como os dois motivos mais referenciados pelas equipas); “Feridas / úlceras de pressão”; “úlceras de pressão múltiplas”; e “Reabilitação”. Os primeiros motivos são, em geral, encaminhados para as ECCI e o último como motivo de referenciação para as UCCI (ACSS, 2016, p. 30).

Segundo a ACSS, em relação aos objetivos alcançados ao nível da intervenção planeada pelo PII⁵¹, efetuados pelos profissionais, em 2015, o Alentejo apresentou a menor percentagem face ao contexto nacional e às restantes regiões do país. Analisando os destinos pós-alta (ou seja, para onde são encaminhados os utentes após a alta hospitalar), Alentejo registou os valores mais baixos no que se refere aos destinos para o domicílio (ACSS, 2016, p. 34).

⁵¹ Os dados fornecidos dizem respeito a altas com registos válidos, no aplicativo informático, para este ítem, ou seja, com informação registada.



Outro aspeto considerado ao nível da monitorização da Rede a nível nacional, prende-se com a prevalência de quedas na RNCCI no sentido de avaliar a intervenção das equipas. Segundo dados de 2016, a maior percentagem surgiu na região do Alentejo, com especial incidência para o contexto domiciliário face às outras tipologias da Rede (ACSS, 2016).

Neste vetor interessa, ainda, conhecer o comportamento da Rede no Alentejo relativamente à referenciação de doentes para as respostas da Rede, atingindo no ano de 2015 os 3619 (face a 3438 episódios em 2014). Com origem nos hospitais foram referenciados 1987 e 1632 utentes provenientes dos Centros de Saúde. A percentagem de referenciação a partir dos CS face a 2014, cresceu comparativamente à referenciação de utente a partir dos hospitais (ACSS, 2016, p. 39). Face ao contexto nacional, a região que tem maior percentagem de referenciação a partir dos CSP é o Alentejo (com 45% em 2015 face a 42% em 2014). Por outro lado, o peso da referenciação hospitalar foi menor no Alentejo, com a menor percentagem de utentes referenciados dos hospitais para unidades de internamento (com 54,9% em 2015). Em termos de análise por tipologia, o Alentejo foi a região que mais cresceu na referenciação para ECCI. Por seu turno, observa-se no Alentejo um decréscimo ao nível referenciação para as tipologias UMDR e UCP (ACSS, 2016).

Dos registos disponíveis de admissões diretas em EIHS CP e os referenciados para a tipologia UCP, o Alentejo cresceu (cerca 30% entre 2014 e 2015) o que se traduz, segundo a ACSS, num maior investimento nas equipas, que neste contexto deverão ter um desenvolvimento prioritário em relação a lugares de internamento em UCP (ACSS, 2016).

Os cuidados domiciliários assumem-se, assim, como a principal tipologia de cuidados de referenciação, a nível nacional. A nível regional, a referenciação para ECCI no Alentejo situava-se muito abaixo do Algarve (a região que mais referencia os seus utentes para ECCI), embora acima do Centro (a que menos referencia). Em termos de percentagem de referenciados em relação à população com idade superior a 65 anos, foi possível analisar que a região do Alentejo foi a segunda que mais referenciou, segundo dados relativos a 2015 (ACSS, 2016).

Conforme exposto nos últimos relatórios de monitorização, o tempo de referência até à identificação da vaga é crucial para perceber o modo como a gestão dos utentes é realizada pelas equipas e como são garantidas as condições de acesso à Rede, estando sujeitas a várias

condicionantes. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), as razões podem estar relacionadas com as vagas disponíveis, mas também com

o facto de os profissionais das ECL terem outras funções para além das atribuídas à RNCCI, tanto na vertente Saúde como na de Segurança Social, com acréscimo nesta última do tempo necessário aos procedimentos para o cálculo do valor a pagar pelos utentes e respetiva comparticipação da segurança social, quando aplicável, nas tipologias de UMDR e ULDM. (ACSS, 2015, pp. 45, 46).

Segundo dados extraídos do mesmo relatório, no que se refere ao tempo de referenciação, é nas tipologias de ULDM e UMDR que os tempos são mais elevados, embora com assimetrias regionais. O Alentejo, à semelhança do Centro, apresenta o tempo mais baixo para UC (seguido do Algarve), mas tem o tempo mais elevado das 5 regiões para ULDM como já tem vindo a acontecer nos últimos relatórios. Quanto à tipologia de UMDR, o Alentejo é a terceira região, seguido do Norte e Lisboa e Vale do Tejo (LVT), com o tempo mais alto. No entanto, em termos globais, o Alentejo, face a 2014, evidenciou um decréscimo do tempo de referenciação em todas as tipologias (ACSS, 2016).


Assim, considerando que mais de metade dos utentes são referenciados pelos Hospitais, o momento da referenciação a nível hospitalar é importante para a admissão na Rede. Segundo a mesma entidade, é expectável que a referenciação seja preferencialmente efetuada nas primeiras 48 a 72 horas, após admissão hospitalar, para permitir desenvolver todo o processo antes da alta durante o internamento hospitalar.

A gestão dos utentes quanto ao acesso e mobilidade dos utentes na Rede faz parte de uma das principais preocupações manifestadas pela coordenação, cujo intuito passa por manter uma atualização permanente nos critérios de priorização de ingresso na RNCCI (ARSA, 2016).

Assim, no que se refere aos utentes que aguardam vaga, em termos globais, a região do Alentejo foi, em 2015, a segunda região com menor percentagem de utentes que aguardam vaga (16%), correspondendo a 221 utentes, seguido do Algarve com 51 utentes (ACSS, 2016).

Por outro lado, se analisarmos o número de utentes assistidos em 2015⁵², verifica-se que o número de assistidos nas diferentes regiões é assimétrico, cuja evolução regional de assistidos, em relação a 2014, com inclusão das EIHS e ECSCP, mostra que LVT é a

⁵² Este número abrange, para além dos referenciados em 2015, os utentes a quem já se prestavam cuidados em Unidades ou Equipas (designados de utentes transitados de 2014), os admitidos em 2015 cujas referenciações ainda tinham sido efetuadas em 2014, e os que estavam em avaliação na ECL em final de 2014 e que foram, posteriormente, admitidos em Unidades/Equipas da RNCCI em 2015.



região do país que mais cresce em termos globais o número de utentes assistidos (com acréscimo de 15,3% à semelhança do verificado em 2014), onde Alentejo regista um ligeiro acréscimo (cerca de 1,4%, o que corresponde a 4.639 assistidos em 2014 face a 4.706 em 2015) (ACSS, 2016).

Os resultados do relatório em análise traduzem que o Alentejo, o Norte e o Centro assistiram menos de metade da percentagem de utentes que o Algarve assistiu, relativamente à população com idade superior a 65 anos (ACSS, 2016).

Na perspetiva da ACSS, as regiões Norte e LVT “necessitam de desenvolvimento prioritário”, justificado que “a imagem da RNCCI junto da população e das entidades referenciadoras será obviamente muito diferente atendendo a esta realidade” (ACSS, 2016, p. 54).

As regiões apresentam perfis diferentes em relação aos utentes assistidos com necessidade de cuidados paliativos, onde o Alentejo surge, em 2015, entre as regiões que cresceram nos utentes assistidos em equipas (com necessidade de cuidados paliativos).

Em relação ao número de doentes colocados em 2014, na região do Alentejo, as tipologias com maiores taxas de ocupação situam-se nas unidades de cuidados continuados integrados, particularmente na tipologia de longa duração e manutenção (97%), de média duração e manutenção (94%), de convalescença (78%) e, por último, de cuidados paliativos (75%). Desde 2010, que a taxa de ocupação das ECCI tem vindo a aumentar significativamente (situando-se em 2014 no valor de 76% e 73% em 2015). Face a 2014, as taxas de ocupação em 2015 apontam para um aumento nas tipologias de UCP e UC (de respectivamente 86% e 88%), mantendo-se os valores para UMDR e ULDM (ACSS, 2015 e 2016).

Conforme adverte a ACSS a respeito da taxa de ocupação em ECCI, “deve existir por parte das regiões uma sensibilização dos Hospitais e Centros de Saúde, atendendo à disponibilidade de cuidados domiciliários, ou uma verificação sobre se a dotação de lugares e os profissionais alocados são adequados para a capacidade de resposta” (ACSS, 2016, pp. 57, 58).

No que concerne ao tempo médio de dias de internamento/tratamento dos utentes com alta da Rede (indicador revelado pela demora média) nas diferentes respostas da RNCCI, no ano 2015, a região com valor mais elevado é o Alentejo, com 46 dias em UC (descrescendo, ainda assim, 2% face a 2014). A demora média em todas as regiões em UMDR, encontra-se abaixo dos 90 dias, situando-se o Alentejo a acima do valor nacional com 86 dias de demora média. Em ULDM, o Alentejo apresenta uma demora de 191 dias. O mesmo se sucede com a demora

média em ECCI, onde o Alentejo apresenta um tempo de 181 dias (face ao Algarve que apresenta o tempo mais alto, com 208 dias) (ACSS, 2016).

Ao nível da mobilidade na Rede, outro dos aspetos analisados nos relatórios prende-se com as transferências, tida como uma das formas de adequar os cuidados e aproximar os cuidados à situação do utente. Na região do Alentejo as transferências para outras tipologias efetivaram-se em 72% (à semelhança do contexto nacional). As transferências para ECCI representaram 18% do total das transferências a nível nacional (17% em 2014), surgindo o Alentejo como a região com o menor número de transferências (com 11%) (ACSS, 2016).

Posto isto, importa agora analisar a capacidade de resposta e desempenho da rede na região do Alentejo, cuja atividade tem sido reconhecida como indispensável, pese embora subsistem alguns problemas, nomeadamente, a capacidade ainda insuficiente para fazer face à procura crescente e a existência de algumas barreiras no acesso à rede.

Os últimos dados revelados pela ERS (2016), ARSA e CCDRA (2014) dão-nos conta das diferenças regionais e do desequilíbrio entre a procura e a oferta, condicionando de forma negativa o acesso à rede de cuidados continuados sobretudo ao nível do acesso aos cuidados paliativos (ERS, 2016)⁵³. Ainda assim, como já tivemos oportunidade de observar a partir dos dados até agora revelados, a rede no Alentejo face ao contexto nacional apresenta indicadores que revelam um desempenho positivo.

Posto isto, a ACSS apela para a importância de “melhorar a acessibilidade a respostas institucionais a nível social, bem como apoio aos cuidadores (formação, grupos de entreajuda, cuidadores informais, etc.) para assegurar uma resposta efetiva de continuidade de cuidados” (ACSS, 2016, p. 58).

1.4. Vetor Financeiro

Em termos financeiros, e de acordo com o relatório de atividades da ARSA referente a 2014, a despesa com a Aquisição de Bens e Serviços⁵⁴ foi considerada aquela com maior peso no valor global do orçamento da ARSA. Esta rubrica abrange os custos necessários para o bom funcionamento daquela entidade, incluindo os custos com internamentos e transporte de

⁵³ Os resultados do último estudo apresentados pela ERS são expostos no ponto relativo ao vetor qualidade.

⁵⁴ Proveniente da Fonte de Financiamento 311, rubrica 02, do orçamento do Estado (com um montante de 89.156.822€).

doentes resultantes dos serviços prestados no âmbito da Rede Nacional para os Cuidados Continuados e Integrados inerentes ao funcionamento da respetiva rede.

No que se refere às receitas, proveniente da mesma fonte de Financiamento, o valor corresponde a transferências obtidas com origem em receitas de jogos sociais transferidas pela ACSS para a ARSA, onde se inclui o valor financeiro direcionado para o funcionamento da rede de CCI na região do Alentejo.

1.5. Vetor Qualidade (Balanço Transversal)

A análise do Vetor Qualidade permite um primeiro balanço transversal do diagnóstico interno do sistema ao considerar os seguintes elementos fundamentais: qualificação e formação dos profissionais; avaliação dos processos e resultados; incentivo à qualidade; e satisfação dos utentes.

A qualificação e formação dos profissionais das unidades e equipas da Rede na região Alentejo tem sido uma das prioridades da governação/coordenação regional pela importância que assume na qualidade da intervenção/prestação dos vários atores da Rede. Uma das atividades inerentes assenta na programação bianual da formação.

No âmbito da RNCCI e sob proposta da ECR do Alentejo, a ARSA tem promovido formação para os profissionais das unidades e equipas da região Alentejo. Durante o ano de 2014, foram desenvolvidas ações, entre elas, destacam-se: Acompanhamento da Qualidade das equipas e unidades da Rede para Elementos da ECR; Formação Contínua para Auxiliares de Ação Médica; Cuidados Paliativos; Intervenção Nutricional em Cuidados Continuados Integrados; Plano Individual de Intervenção (PII) nas equipas e unidades de Internamento da RNCCI; Prevenção e Controlo da Infecção nas Unidades de CCI; Tratamento de feridas/Úlceras de Pressão para os CCI. Em termos de adesão, importa referir que as cinco últimas ações foram as que alcançaram o maior número de participantes. A formação em Cuidados Paliativos na EIHSCP do Hospital do Espírito Santo de Évora, englobou profissionais de ECCI e profissionais dos Cuidados Hospitalares daquele hospital. Ocorreu, ainda, na região do Alentejo uma formação intitulada “Curso do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e das Resistências Antimicrobianas – Módulo comunitário (Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados)”, promovido pela DGS, a qual contou com a participação de 35

profissionais que representavam 38 unidades de cuidados continuados integrados (do total de 39 unidades existentes) (ARSA, 2014).

No âmbito das formações, em 2015, realizaram-se ações sobre “Direitos e Dilemas da intervenção em saúde e Consentimento informado”, inseridas na temática da referenciação, e ainda sobre “Disfagia sobre Cuidados Continuados Integrados” e “Tratamento de feridas/Úlceras de Pressão”, estas últimas enquadradas na temática da prestação dos cuidados (ARSA, 2014).

No ano de 2016, a coordenação regional organizou, conjuntamente com a ARSA, o Encontro Nacional da RNCCI a propósito da comemoração dos 10 anos da sua existência, onde foram discutidas as perspetivas de desenvolvimento estratégico da Rede, com especial destaque para os Cuidados Paliativos, Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, Cuidados Pediátricos Integrados e Respostas Comunitárias.

No que se refere à avaliação dos processos e resultados, esta surge sobretudo no contexto das visitas de acompanhamento da ECR⁵⁵ às unidades e respetivas equipas, que por norma decorrem no início da abertura e, posteriormente, durante o seu funcionamento. Para o efeito, é usada uma grelha de avaliação construída com base em parâmetros de acordo com a legislação em vigor. Estas equipas elaboram uma grelha de acompanhamento às unidades de cuidados continuados integrados, onde se encontram incluídos dados relativos a: identificação da instituição (identificação da instituição/entidade gestora e da unidade de cuidados continuados integrados e a caracterização da visita de acompanhamento); caracterização da unidade; infraestrutura física e organizativa; afixação de documentação obrigatória; processo individual de cuidados continuados; recursos humanos; formação; protocolos e procedimentos; prevenção e controlo de infeção; fármacos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos. Da aplicação destes parâmetros resulta um relatório resumo com apreciação sumária por área, bem assim a apreciação global.

Na sequência das visitas de acompanhamento às unidades prestadoras, têm sido detetados em certas unidades problemas ao nível da utilização de procedimentos de trabalho/intervenção, nomeadamente ao nível do PII (processo do doente). Foram, igualmente, detetadas lacunas ao nível dos circuitos de informação entre os diferentes níveis e setores de cuidados. A adaptação

⁵⁵ Estas visitas cumprem as seguintes etapas: 1) reunião de abertura; 2) visita às instalações; 3) análise de documentos; 4) reunião final.

e a criação de circuitos foram consideradas pela coordenação como fundamentais, no sentido de efetivar/consolidar a articulação da Rede com os CSP e Hospitais. De igual forma, no âmbito das visitas de acompanhamento às unidades de cuidados continuados integrados realizadas em 2014, a área da prevenção e controlo de infeção foi avaliada em 15 unidades da região Alentejo. Também nesta área, foi prestado apoio técnico e consultivo, assim como ministrada formação aos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde⁵⁶ (ARSA, 2014)

Acrescentam-se, ainda, as auditorias feitas pela ERS às unidades de internamento, no sentido de avaliar a qualidade no acesso aos cuidados. Dados do último relatório da ERS relativos ao acesso dos cuidados continuados e paliativos, nomeadamente ao nível das unidades de internamento, confirmam problemas ao nível de referenciação, tempos de espera e rácio do número de camas por habitantes (ERS, 2016).

Assim, ao nível do acesso às unidades de internamento de cuidados continuados e paliativos que foram fiscalizadas por esta entidade, foram detetadas falhas ao nível do cumprimento dos critérios de referenciação, revelando que, num total 58 unidades de internamento, 16% das unidades não cumpriram com todos os critérios de referenciação por tipologia de unidade, indicando casos de atendimento a doentes paliativos em unidades não dedicadas a este tipo de cuidados (dados igualmente revelados no estudo da ERS de 2013), assim como situações em que não existiu correspondência entre os critérios clínicos registados na plataforma da rede e a situação real do utente. No que se refere aos tempos de espera, em todas as ARS, a mediana do tempo desde a referenciação até à identificação de vaga é inferior para a entrada em ECCI face às restantes tipologias de unidades da RNCCI, com exceção da ARS Algarve, no primeiro semestre de 2014. Por outro lado, as tipologias a apresentar maior mediana de tempo até ao ingresso numa unidade são as UMDR, nas ARS Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, e as ULDM, nas ARS Alentejo e Algarve, relativamente aquele período. Outro aspeto considerado neste estudo é relativo à meta em vigor para o rácio de número de camas por habitantes para todas as unidades de internamento em conjunto, cujo número total de camas necessário para a satisfação das necessidades de cuidados continuados e paliativos em Portugal deveria ter atingido os 14.640, pelo que nem 50% da meta foi atingida. Por

⁵⁶ Testemunhos individuais e narrativas grupais recolhidas em contexto de observação/notação durante o Encontro Nacional da RNCCI, em 6 e 7 Junho de 2016, a propósito das comemorações do 10º aniversário da Rede.


consequente, face a 2013, a ERS registou um aumento de 19% em termos de número de unidades de internamento (ERS, 2016).

A ERS (2016) ao proceder, ainda, a uma análise do acesso potencial por tipo de internamento, que relaciona a localização dos pontos de oferta da rede e a sua capacidade traduzida em número de camas com a procura potencial, constatou que o baixo acesso atinge desde 81% da população, no caso dos cuidados paliativos, até 95% no caso dos cuidados de convalescença. Se consideradas todas as unidades de internamento de forma conjunta (UC, UMDR, ULDM e UCP), 93% da população tem um acesso baixo, com um número de camas insuficiente face às metas estabelecidas. Ainda assim, e comparativamente com 2013, em que se verificou uma insuficiência bastante maior ao nível de número de camas de cuidados paliativos, em 2015 constatou-se que os maiores problemas de acesso, que indicavam falhas ao nível da oferta de unidades e camas face à procura potencial, se situavam nos cuidados de convalescença, onde 95% da população portuguesa tem um baixo nível de acesso. Numa análise comparativa, verificou-se que as regiões com as mais altas proporções de população com baixo acesso em quase todos os tipos de internamento são as regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo, sendo que, no caso dos cuidados paliativos, o pior acesso localiza-se nas regiões Norte e Alentejo. A região do Alentejo é, no entanto, a região onde se verificou a maior proporção de população com acesso alto aos cuidados continuados, em especial no caso dos cuidados de média duração e reabilitação. Ainda assim, esta entidade revelou a existência de mais da metade da população residente com um acesso baixo a estes cuidados, refletindo as desigualdades existentes nessa região (ERS, 2016).

A avaliação concorrencial⁵⁷ realizada pela ERS foi outro aspeto considerado na análise do acesso aos cuidados continuados e paliativos, pela importância de que, a relação entre concorrência e acesso na área da saúde, pode trazer problemas concorrenciais e, especialmente num mercado não regulado, afetar negativamente o acesso dos utentes, por exemplo via discriminação de utentes, preços excessivamente altos, limitação da oferta ou redução da qualidade. O estudo levado a cabo pela ERS integrou 319 unidades de internamento de cuidados continuados e paliativos pertencentes a 200 “operadores”⁵⁸. Em

⁵⁷ Esta avaliação, assim como a avaliação do acesso aos cuidados, dependem da definição dos produtos ou serviços e das áreas geográficas a estudar e utilizam informações acerca da oferta e da procura, devendo igualmente considerar a atração dos consumidores aos locais de oferta, pelo facto de se estar perante um setor de atividade como o da prestação de cuidados de saúde, em que os consumidores precisam de se deslocar até aos locais de oferta para obterem os produtos ou serviços de que necessitam (ERS, 2016).

⁵⁸ Entende-se, aqui, “operadores” como entidades do setor público ou privado que detêm unidades de internamento.




termos de abrangência populacional dos níveis de concentração de mercado de unidades de cuidados continuados e paliativos, por ARS, este estudo evidenciou a existência, por um lado, de uma maior concentração de mercado em zonas menos urbanas e, por outro, uma mais baixa concentração e com maior diversidade de operadores, em zonas urbanas litorais (sobretudo nas regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo). Assim, constata-se que a maior predominância de resultados de elevado grau de concentração de mercado se encontra na região do Alentejo (60%), contrariamente à região de Lisboa e Vale do Tejo que apresenta a maior prevalência de baixa concentração (84%). Posto isto, a região do Alentejo é identificada pela ERS como a região que apresenta a maior prevalência de risco alto de ocorrência de problemas concorrenciais, com potencial prejuízo para os utentes (com 35% da população ali residente afetada por este resultado), como por exemplo ao nível de qualidade oferecida.

Por outro lado, em termos de procura a estes cuidados, a ERS confirmou que os utentes referenciados para cada tipologia de unidades de cuidados continuados e paliativos totalizaram 44.363 episódios (entre janeiro de 2014 e junho de 2015), sendo que a maior parte dos utentes foi atendida pelas diferentes unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos (mais de 70%), e os restantes utentes por equipas comunitárias, em que apenas 0,1% dos utentes foram atendidos por equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. Considerando o perfil de utentes atendidos nos diferentes tipos de equipas e unidades de internamento, estes foram sobretudo idosos, com baixa escolaridade e profissão não qualificada, do género feminino, casados, com diagnósticos de saúde mais frequentes ao nível de doença vascular cerebral aguda e de neoplasia maligna (principalmente, traqueia, brônquios, pulmão e cólon) (ERS, 2016).

Posto isto, o atual enfoque da coordenação da Rede no Alentejo está orientado na “consolidação dos principais processos relacionados com a prestação de cuidados continuados integrados de elevada qualidade” (ARSA, 2016).

Enquadrado no «Projecto de Incentivo à Melhoria da Qualidade nas Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo», surge em 2010 o processo de incentivo à melhoria da qualidade surge no início de 2010, o qual decorreu de forma pioneira a nível nacional. O Departamento de Contratualização (DC) e a ECR apresentaram o Relatório de Avaliação do ano de 2011, cujos resultados permitiram realçar os principais processos relacionados com a organização, funcionamento e resultados, decorrente da prestação de cuidados e focar as unidades no seu compromisso, contributo e responsabilidade



de melhoria continua. Segundo aquele relatório, a área social, a área das quedas e das úlceras de pressão, assim como o registo do peso e agudizações, foram apontadas como as áreas mais críticas. Apesar de terem sido contratualizadas metas diferentes entre as unidades, estas áreas necessitam de uma maior atenção por parte das unidades, no sentido de implementarem estratégias que permitam às unidades obter melhores resultados (ARSA e ECR, 2012).

De acordo com o relatório de atividades da ARSA (2014), a contratualização das Entidades Gestoras dessas unidades com a ARSA, no âmbito projeto de incentivo à melhoria da qualidade, reflete o empenho das instituições e das unidades na garantia da qualidade da prestação de cuidados continuados integrados aos utentes. Assim, em 2014, foram negociadas metas com todas as unidades à exceção das unidades de cuidados paliativos, 1 de convalescença e 1 de média duração e reabilitação. De acordo com plano de atividades da Rede no Alentejo previstas para o ano de 2016, a revitalização do projeto faz parte de uma das áreas a desenvolver, estando prevista sua implementação a nível nacional (ARSA, 2014).

Desde 2014 que a satisfação dos utentes na Rede tem sido alvo de estudo por parte da coordenação regional, através do envio/aplicação de questionários aos utentes internados na Rede, de forma a avaliar o seu grau de satisfação face às estruturas, à organização e aos profissionais que integram as respetivas unidades de cuidados continuados integrados. Segundo a ARSA, avaliar a satisfação dos utentes é crucial para elevar os níveis de qualidade dos cuidados prestados na Rede de CCI no Alentejo (ARSA, 2014).

Partindo do princípio-chave que as diferentes respostas disponíveis e as que vierem a ser desenvolvidas pela Rede não podem deixar de ter como fio condutor a centralidade do cidadão no sistema e a respetiva acessibilidade às mesmas, então torna-se pertinente colocar algumas questões sobre o atual relacionamento da Rede e os cidadãos/comunidade local, nomeadamente: Como é facilitado o acesso à informação de maneira a que a mesma possa ser reutilizada pelo cidadão/comunidade local? Como se relaciona a Rede com os cidadãos/comunidade local que falam sobre o seu funcionamento/organização, o acesso aos cuidados e a atuação/desempenho das equipas e unidades?

2. As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Sua Envolvente Externa

2.1. Breve Contextualização

A RCCI surge num contexto social onde operam diversas mudanças e alterações, com pretensões e estímulos internos que dependem de um conjunto de pressões e condicionalismos da envolvente geral (ambiente externo). É relativamente a essa envolvente que a Rede se deve posicionar face às novas tendências emergentes com as suas potencialidades, fragilidades, estrangulamentos e patologias.

Considerando os fatores anteriormente identificados, houve que descrevê-los e questioná-los em inter-relação de modo a que pudesse entender as dinâmicas de evolução da Rede de CCI na região do Alentejo. Partindo da identificação e análise das principais características demográficas, de saúde e dependência, socioeconómicas, socioculturais e educacionais, económico-financeiras, político-legais, científico-tecnológicas e de organização funcional da Rede nacional, houve que caracterizar o sistema sobre qual desenvolvemos o nosso estudo e perceber os seus efeitos na (des) estruturação da função rede ou na pressão para alterações no modelo de prestação de cuidados.

2.2. Dinâmicas Demográficas

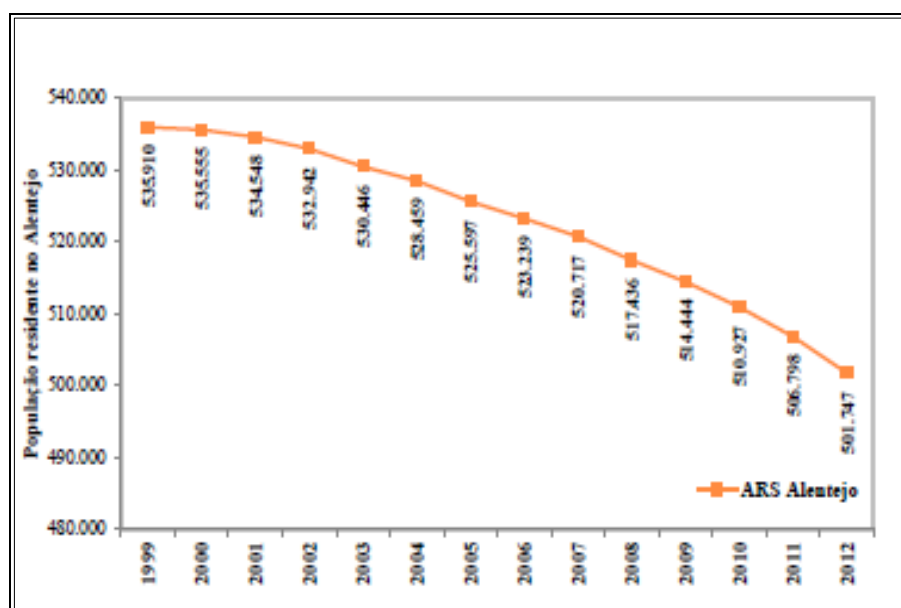
A população residente no Alentejo regista decréscimos continuados que se iniciaram nos anos 50. A redução mais significativa ocorreu na década de sessenta durante a qual sofreu um decréscimo superior a 22%. Nas últimas décadas, a intensidade do declínio reduziu-se, em particular nos anos noventa, durante os quais se registaram saldos migratórios positivos (CCDRA, 2012). Segundo os resultados do último censo, a população acentuou o seu declínio numa proporção próxima do dobro da década anterior. Essa diminuição correspondia, em 2001, a 2,5%, o que representava 776 585 pessoas a residir no Alentejo. Em 2011, a população residente na região do Alentejo passou a ser de 757 302 indivíduos, o que representa 7,2% da população do país, dos quais 366 739 são homens e 390 563 são mulheres.

A região do Alentejo apresenta, assim, em 2011, uma densidade populacional de cerca de 24,0 habitantes por Km², muito inferior à densidade média do país, 114,5 habitantes/km². O Alentejo Central (NUTS III) é a unidade territorial na Região de Saúde com a maior

população (32,7%) e o Alentejo Litoral a unidade com a menor (19,2%) (ARS, 2012). O Alto Alentejo com 118.448 e o Baixo Alentejo com 126.692 de habitantes que representam 23,2% e 24,9% da população do país respetivamente. A ARSA abrange, portanto, uma população de 509.741 habitantes que representa 5,1% da população residente no Continente (INE, 2011).

Assim, de acordo com a mesma fonte, no período de 1999 a 2012 a população residente na área de influência da ARS tem vindo a sofrer um decréscimo anual, conforme podemos observar no gráfico 1.


Gráfico 1 - Evolução da população residente na ARS Alentejo, 1999-2012.



Fonte: INE, 2012 e ARS Alentejo, 2013

O estudo da evolução da população a residir nos lugares da Região possibilita afirmar que a queda progressiva da população do Alentejo tem sido acompanhada por um processo de concentração populacional, que se vem manifestando há algumas décadas (CCDRA, 2014).

Os resultados dos Censos de 2011 evidenciam o aumento proporcional da população a residir em lugares (de 91,7%, em 2001, para 93,4%, em 2011), com a consequente diminuição da população isolada a qual, na última década, passou de 64.819 para 43.122 habitantes (diminuição de 33,5%) (INE, 2011).




Outra particularidade do povoamento do Alentejo resulta do facto de a população se localizar, na sua maioria, em lugares de pequena dimensão, existindo um número considerável de população que reside em lugares com menos de 500 habitantes, respetivamente 142.054 habitantes. Ao conjugar este número àqueles que vivem isolados, chega-se a cerca de um quarto do total da população alentejana. Em compensação, apenas 22,8% dos alentejanos residem em localidades com mais de 10.000 habitantes e apenas 70.924 pessoas (9,3% dos residentes no Alentejo) moram nos lugares da Região com mais de 25.000 habitantes (INE, 2011).

A forma como o povoamento na Região está estruturada, e sendo constituído por uma percentagem significativa de população isolada, “cria constrangimentos ao nível do planeamento territorial, sobretudo na garantia de uma equidade territorial no acesso a bens, serviços e equipamentos, nomeadamente para a população mais fragilizada pela idade avançada (CCDRA, 2014, p. 284).

No que se refere à estrutura etária da população, segundo o INE (2011), a mesma acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década passada, o que significa, por um lado, uma diminuição na base da pirâmide, a qual corresponde à população mais jovem, e, por outro, um alargamento no topo com o crescimento da população idosa. Na última década, Portugal perdeu população em todos os grupos etários, em especial entre os 0-29 anos, verificando-se um crescimento de 26% para idades superiores a 69 anos. Face a 2001, em 2011 verificou-se que o grupo das idades mais avançadas reforçou a sua importância no total da população. O escalão etário dos 30 aos 69 anos que, em 2001, representava 51% da população residente, passou a representar 54% em 2011. Também a população com 70 anos passou a representar 14% em 2011 (em comparação ao 11% em 2001) (INE, 2011:20). Os valores apresentados apontam para um agravamento do índice de envelhecimento da população entre 2011 e 2001, cujos valores eram de 128 e 102 respetivamente, o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (INE, 2011, p. 22).

À semelhança do país, a região do Alentejo não conseguiu inverter o desequilíbrio demográfico que caracteriza a estrutura etária da população, caracterizada pela diminuição da população mais jovem e do aumento da população com idade mais elevada. A percentagem de jovens diminuiu de 13,7% em 2001 para 13,6% em 2011, e a de idosos aumentou de 22,3% para 24,2%. Consequência direta da estrutura demográfica do país, na região do Alentejo, o

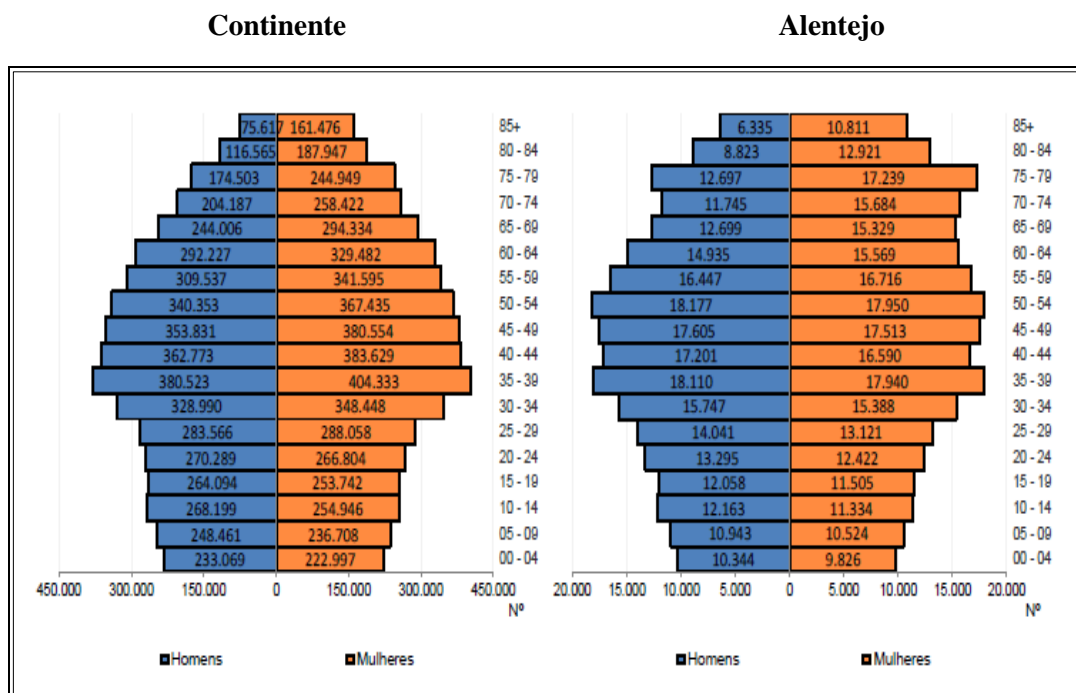


índice de envelhecimento subiu de 163, em 2001, para 178 em 2011, por cada 110 Jovens. Em Portugal, este indicador passou de 102, em 2001, para 128, em 2011 (INE, 2011).

É possível observar que, na região do Alentejo, em 2011, a população entre 0-14 anos representa 13,6%, enquanto em 2001 era de 13,7%. Esta região perde população, essencialmente entre os 15 e os 29 anos. Este grupo etário representava 19,6% em 2001, e 15,3% em 2011. A população com 65 e mais anos regista na região o movimento contrário. Em 2001, era de 22,3% e, em 2011, atinge os 24,2%. De destacar o aumento verificado na população com 70 e mais anos, que, em 2001, era de 15,5% da população, enquanto em 2011 atinge os 18,5% (INE, 2011).

Se analisarmos a população residente apenas na área de influência da ARS Alentejo, esta é mais envelhecida do que a população do continente, conforme se pode observar no gráfico 2. Os indivíduos de 65 e mais anos representam nesta área cerca de 25% da população, enquanto que no continente este grupo etário representa 25% da população. Relativamente ao grupo etário dos 0 aos 14, a proporção de indivíduos é cerca de 15% e na ARS Alentejo de 13% (INE, 2012).

Gráfico 2 - Pirâmides Etárias da População Residente, no Continente e no Alentejo, por sexo, 2012.



Fonte: INE, 2012.

Ao analisarmos o índice de envelhecimento por município, na última década, todos os municípios, com exceção de Beja, Barrancos, Alpiarça e Monforte, viram agravado este indicador. Contudo, é no Alto Alentejo que se localizam os municípios com índices mais elevados, de que são exemplo Gavião e Nisa, com 471 e 401, respetivamente. De um modo geral, em 2011, todos os municípios apresentaram índices de envelhecimento superiores a 100, com exceção de Benavente com 90, o que significa que têm mais população idosa do que jovem (INE, 2011).

No quadro seguinte, é possível observar como o índice de envelhecimento e dependência total, quer no continente, quer nas NUTS III da Região de Saúde do Alentejo, têm evoluído entre 1991 e 2011. Os valores aumentaram em ambos os indicadores, em todas as áreas geográficas, projectam-se para 2025 e 2050 a continuação desse crescimento.

Quadro 3 - Evolução do índice de envelhecimento e dependência total, no continente e nas NUTS III da Região de Saúde do Alentejo, 1991 a 2011, projeções 2025 e 2050

Área geográfica	Índice de Envelhecimento					Índice de Dependência Total				
	1991	2001	2011	2025	2050	1991	2001	2011	2025	2050
Continente	73,5	106,5	131,3	171,4	244,0	49,5	47,9	51,9	54,8	81,9
Alentejo Litoral	97,7	171,2	190,0	265,1	382,3	53,4	53,7	58,2	65,5	102,0
Alto Alentejo	134,7	199,2	213,9	242,9	375,7	63,6	63,9	67,1	61,6	98,8
Alentejo Central	111,8	167,5	185,9	232,7	382,0	55,8	58,3	60,9	58,4	100,4
Baixo Alentejo	120,7	181,4	189,6	238,1	380,3	60,6	60,9	62,9	60,2	100,0
Região de Saúde do Alentejo	116,9	179,0	194,1	242,4	380,2	58,4	59,3	62,2	60,9	100,2

Fonte: INE, Censos 2011. Resultados Definitivos, Região do Alentejo e ARS Alentejo, 2012

Na última metade do século XX, a população portuguesa e, em particular, a população residente na Região do Alentejo, assistiu a um continuado processo de transição demográfica, com o decréscimo simultâneo das taxas de mortalidade e de natalidade. Esta trajetória acentua a incapacidade de regeneração demográfica que o Alentejo vem manifestando desde os anos 50, de tal forma que, associado ao considerável envelhecimento dos seus efetivos populacionais, a demografia regional se configura como um dos grandes obstáculos ao desenvolvimento regional (CCDRA, 2014).

Em relação à taxa bruta da natalidade, esta tem diminuído substancialmente ao longo das últimas décadas, verificando-se variações negativas de 2001 para 2011, com exceção do Litoral Alentejano que apresenta uma variação de positiva (6%) (INE, 2011).

A descida acentuada da taxa mortalidade nos primeiros anos de vida, registada em Portugal, e em todos os países da OCDE, é responsável pelo aumento da esperança média de vida. Segundo dados da OCDE, em 2007, a esperança de vida à nascença era de 78,9 anos, a qual correspondia, praticamente à média dos países da OCDE, que era de 79 anos. Dados mais recentes, mostram-nos como esse indicador, entre 2008 e 2010, cresceu para os 79,4 anos (INE, 2010).

Na Região do Alentejo, os dados revelam precisamente o mesmo quadro demográfico. Analisando a esperança de vida à nascença por área geográfica, entre 2008 e 2010, podemos observar, através do quadro 4, que é no Alentejo Central onde este indicador se revela mais alto (79,1 anos), contrariamente ao Baixo Alentejo onde valor desce para os 77,03 (ARSA, 2013).

Quadro 4 - Evolução da Esperança de Vida à Nascença no Continente e NUTS III da Região de Saúde do Alentejo, 2004-2006 a 2008-2010.

Área geográfica	Esperança de vida à nascença (anos)			
	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2008-2010
Continente	78,34	78,65	78,90	79,38
Alentejo Litoral	76,99	77,59	77,62	78,0
Alto Alentejo	77,79	77,83	77,91	78,11
Alentejo Central	78,68	78,78	79,02	79,10
Baixo Alentejo	76,61	77,0	77,21	77,03

Fonte: ARS Alentejo, 2013

A taxa de mortalidade infantil em Portugal desceu significativamente ao longo das últimas décadas, para 3,3 mortes por cada 1000 nados vivos, quando comparado com a taxa de mortalidade infantil de 24,2 por cada 1000 nados vivos, em 1980 (OCDE, 2007). Dados recentes do INE, revelam-nos que a taxa de mortalidade infantil continua reduzida (cerca de 3,1%), apesar do crescimento registado em relação a 2010 (2,5%) (INE, 2011). Na Região de Saúde do Alentejo, a taxa de mortalidade infantil foi, em 2011, inferior à do Continente (2,2%), porém a taxa bruta de mortalidade nas NUTS III da Região de Saúde do Alentejo é superior à do Continente em todos os anos analisados (1996, 2001 e 2011), reflexo da estrutura etária da população, respetivamente 15,1%, 14,2% e 14,2% (ARSA, 2012).

No que se refere ao índice de longevidade, na região do Alentejo este indicador aumentou na última década, passando de 42,7, em 2001, para 51,9 em 2011, ultrapassando, assim, os valores nacionais, que em 2011 era de 48, contra 41 em 2001). Comparativamente com os


homens, a mulheres apresentavam, em 2011, um índice de longevidade superior, 53,8 e 49,5 respetivamente (INE, 2011).

O índice de rejuvenescimento da população ativa é outro dos indicadores que reflete bem o desequilíbrio demográfico que se tem vindo a observar. De acordo com os censos 2011, na região do Alentejo, este índice situava-se nos 84,4, inferior, ao observado para o país, 94,3. Contudo, à semelhança do país, nos últimos 10 anos, o índice de rejuvenescimento na região apresentou uma quebra acentuada de 28 pontos no índice que, em 2001, era de 112,4. Na região do Alentejo, apenas 7 municípios apresentavam um índice de rejuvenescimento igual ou superior a 100, o que quer dizer que potencialmente há mais pessoas a entrar no mercado de trabalho do que a sair. Nos restantes municípios este índice situava-se sempre abaixo dos 100. Crato e Nisa registam os valores mais baixos, com 54,6 e 53,7 respetivamente (INE, 2011).

Importa, ainda, analisar o índice de sustentabilidade potencial⁵⁹, pela importância que assume na presente análise, já que nos permite alcançar o significado que a população idosa assume na estrutura etária da população da região do Alentejo. Na região do Alentejo este indicador diminuiu ligeiramente na última década, passando de 2,9, em 2001, para 2,6, em 2011 (INE, 2011). Em comparação com o verificado a nível nacional (3,5), o índice de sustentabilidade na região é bastante inferior, o que mostra a importância da população idosa na estrutura etária da população da região do Alentejo. É no Alto Alentejo e no Baixo Alentejo que se localizam os municípios com valores mais baixos do índice de sustentabilidade, são eles, Mértola (1,6), Crato (1,6), Nisa (1,4) e Gavião (1,2). Com os valores mais elevados, destacam-se os municípios de Benavente (4,1), Sines (3,9) e Évora (3,3). Entre 2001 e 2011, observou-se uma diminuição deste índice na maioria dos municípios (INE, 2011).

No que concerne à população estrangeira residente na região do Alentejo, esta representa 3,1%, o que corresponde a 23 577 cidadãos, ligeiramente abaixo da média do país, 3,7%. A população estrangeira residente localiza-se predominantemente em alguns municípios da Lezíria do Tejo, no Alentejo Litoral e em alguns municípios dispersos do Alto Alentejo e do Baixo Alentejo. Odemira, com 9,2% de estrangeiros é o município da região do Alentejo com maior percentagem, seguido de Benavente com 7,1% (INE, 2011).

⁵⁹ Segundo o INE, o índice de sustentabilidade potencial fornece uma medida do número de indivíduos em idade ativa por cada indivíduo idoso. (INE, 2011).

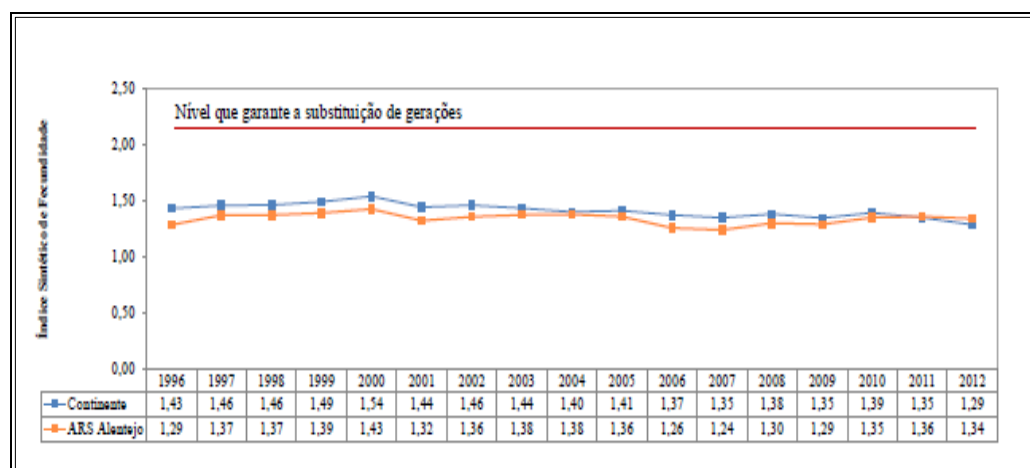


Ao observarmos a estrutura etária da população estrangeira residente no Alentejo, verificamos que é muito diferente da estrutura etária da população de nacionalidade portuguesa residente naquela região. Os grupos etários mais jovens até aos 9 anos de idade têm uma maior expressão na estrutura da população portuguesa. Quanto à população estrangeira em idade ativa (15-64 anos) a residir na região do Alentejo, esta representa 82,2% do total de estrangeiros residentes na região. Por seu turno, a população portuguesa, para o mesmo escalão etário, representa apenas 61,6% do total da população portuguesa que reside na região do Alentejo. Por último, podemos observar que, face à população idosa de nacionalidade portuguesa, a população idosa de nacionalidade estrangeira tem uma expressão muito reduzida, respetivamente, 24,8% e 4,4% (INE, 2011).

Este cenário tende a continuar e a agravar e, segundo as estimativas do Eurostat, até 2060, prevê-se um aumento na esperança de vida à nascença em Portugal de 6.4 anos nas mulheres e de 8.3 anos nos homens (atingindo valores de 88.8 e de 84.1 anos, respetivamente, ligeiramente abaixo da média da UE) (Eurostat, s/d).

Quando analisamos o índice de fecundidade na ARS Alentejo, este apresenta valores sem grandes oscilações entre cerca de 1,3 e 1,4 filhos por mulher, sendo que em 2012 o valor que corresponde a 1,3 crianças por mulher é inferior a 2,1 crianças por mulher (índice considerado necessário para estabilizar a população). Também o continente, desde 1996 a 2012, se tem encontrado sempre a baixo desde valor (Cf. Gráfico 3).

Gráfico 3- Evolução do índice de fecundidade no Continente e na ARS Alentejo, 1996-2012




Fonte: INE, Estimativas 2012 e ARS Alentejo, 2013

Esta quebra da população não é compensada pelos fluxos migratórios, que se estima diminuir até 2060, embora Portugal permaneça entre os países da UE com um maior fluxo líquido de imigração. O efeito conjunto destes fenómenos demográficos aponta claramente para um envelhecimento progressivo e sustentado da população, com uma diminuição gradual da percentagem de população activa (uma queda de cerca de onze pontos percentuais até 2060).

As projeções são unânimes em relação ao aumento da população idosa. Espera-se que até 2050 a percentagem de pessoas idosas atinga os 32% e a de jovens 13%, o que provocará grandes desequilíbrios e pressões na sociedade, num duplo sentido

por um lado, um aumento percentual do número de idosos onera os custos com os cuidados, por outro, uma diminuição do número de jovens, que se traduz na redução do número total de pessoas em idade activa e a contribuir para a segurança social, invocando-se assim questões de sustentabilidade potencial (OPSS, 2011, p. 16).

É provável que a população da Europa envelheça significativamente nos próximos 35 anos. O principal cenário de projeções demográficas do Eurostat (2013) fornece algum contexto em matéria de possíveis evoluções. As projeções sugerem que a transição demográfica para uma população envelhecida resultará no aumento da população dos 28 Estados-Membros com idade igual ou superior a 65 anos de 18,2 %, no início de 2013, para 28,1 % até 2050, enquanto a percentagem de população em idade activa diminuirá de 66,2 % para 56,9 %. Assim sendo, haverá quase menos 40 milhões de pessoas em idade activa. O tamanho e peso



relativo da população com idade igual ou superior a 65 anos aumentará a um ritmo acelerado durante este período de projeção, sendo estimadas quase 150 milhões de pessoas neste grupo etário até 2050. O número de pessoas muito idosas (definidas no presente como as pessoas com idade igual ou superior a 80 anos) deverá aumentar a um ritmo ainda mais acelerado, atingindo 57,3 milhões (mais do dobro do número atual) em 2050. Como consequência destas diferentes tendências nas faixas etárias, o índice de dependência de idosos (o rácio entre as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e as pessoas em idade ativa) deverá aumentar de 27,5 %, no início de 2013, para quase 50 % em 2050. Isto significa que, num período de tempo inferior a 40 anos, a UE passaria de ter quase quatro pessoas em idade ativa para cada pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, para apenas duas pessoas em idade ativa para cada pessoa idosa (Eurostat, 2013).

O envelhecimento representa um dos desafios mais importantes do século XXI induzindo-nos à reflexão sobre questões de extrema relevância, como a idade da reforma, meios de subsistência, qualidade de vida das pessoas idosas, estatuto na sociedade, solidariedade intergeracional, sustentabilidade dos sistemas de segurança social e saúde.

Em síntese, podemos apontar como fatores demográficos mais relevantes da região do Alentejo: o continuado decréscimo da população residente⁶⁰; a queda da densidade populacional e o conseqüente isolamento populacional; a diminuição da taxa de natalidade⁶¹; a crescente esperança de vida à nascença; o envelhecimento da população⁶²; a quebra do índice do rejuvenescimento da população ativa; o aumento da dependência total; e a baixa sustentabilidade potencial.

De acordo com a CCDR do Alentejo, a análise das atuais dinâmicas de demografia regional permite apontar os seguintes efeitos para o planeamento territorial:

desvitalização económica e social do espaço rural que se traduz no abandono, envelhecimento, desemprego e, implicitamente, na migração para espaços urbanos de pessoas e serviços; insuficiente massa crítica ou deficiente aproveitamento da existente para intervenções de valorização territorial associadas; Erosão do potencial de articulação do território com as regiões envolventes, apesar de

⁶⁰ O decréscimo de população verifica-se em todos os ACES e manter-se-á até 2050 de acordo com as estimativas do INE.

⁶¹ A natalidade na Região de Saúde do Alentejo (8,5‰) é inferior à do Continente (9,5‰) e o índice sintético de fecundidade em todas as NUTS III é inferior ao necessário para garantir a substituição de gerações, que é de 2,1 filhos por mulher em idade fértil.

⁶² O índice de envelhecimento da Região de Saúde do Alentejo (173,4%) é o maior do Continente, sendo que o mais elevado é o da NUTS III do Alto Alentejo (207,8%).

facilitada pelo investimento na melhoria das condições de acessibilidade, mas que não teve efeitos significativos na dinamização da economia regional (CCDRA, 2014, p. 288).

Em jeito de Conclusão, no documento *The 2012 Ageing Report*, a Comissão Europeia declara que o crescimento rápido da população idosa depende do que o futuro trouxer em termos de esperança de vida, fertilidade e migração. E o futuro dependerá do que os Estados e as sociedades conceberem em termos de estratégias e ações políticas (CE, 2012).

2.3. Dinâmicas de Saúde e Dependência

No desenvolvimento dos cuidados às pessoas com dependência, o estado de saúde e dependência, o acesso aos cuidados de saúde, o apoio às necessidades (de saúde e sociais) da pessoa em dependência e à família são indicadores decisivos e de extrema importância para uma leitura e análise da situação dos cuidados continuados integrados em Portugal e, no caso particular do presente estudo, no território alentejano.

Em matéria de saúde e dependência, Portugal tem vindo a dar alguns passos no que se refere à avaliação da situação de saúde e dependência da população.

Há quem considere que saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança. Nessa medida, saúde e doença (onde incluímos igualmente dependência) devem ser compreendidos como conceitos amplos e complexos, que englobam um conjunto infinito de indicadores. No entanto, interessa-nos, neste ponto, abordar alguns dos aspectos da saúde dos portugueses, em particular da população residente na região do Alentejo.

Diversos autores, como Manuel Vila Verde Cabral (2003), António Correia de Campos (2008) e Constantino Sakellarides (1999), têm vindo a traçar o retrato possível das principais questões da saúde e dependência, procurando analisar o perfil de saúde dos portugueses e apontar caminhos para as resolver.

Para avaliar os «Ganhos em Saúde»⁶³ em Portugal, a DGS, no âmbito do processo de construção do Plano Nacional de Saúde (2011-2016), considera como indicadores apropriados para a sua definição e cálculo, a Mortalidade, a Morbilidade, a Incapacidade, a Satisfação, a

⁶³ De sublinhar que a expressão “*ganhos de saúde*”, usada em vários estudos e relatórios produzidos por organizações e estruturas nacionais de saúde, tem sido internacionalmente adoptada como enunciado positivo de uma aspiração de melhorar o nível de todos os indicadores de saúde, em especial das populações e comunidades mais desfavorecidas (Miguel, 2002, p.15).

Resposta do Sistema de Saúde e a Sustentabilidade. A estes acrescentam-se outros, igualmente importantes para uma análise mais completa do estado de saúde em Portugal, especificamente os determinantes de saúde⁶⁴ relacionados com os estilos de vida (hábitos alimentares, vida activa, consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, gestão do stress, entre outros) (DGS, 2002).


Nas palavras de Sakellarides et al (2007), os fatores socioeconómicos assumem grandes repercussões na saúde. Estudos sobre equidade demonstram exatamente isso, ou seja, os níveis socioeconómicos (de são exemplo, o nível de escolaridade, os rendimentos, o emprego e a profissão exercida) são preditores fortes do nível de saúde, sendo as classes de reduzidos rendimentos e baixos níveis de escolaridade que apresentam níveis mais elevados de doença e mortalidade precoce (Sakellarides *et al*, 2007). Os ganhos observados no passado, em termos de uma forte redução da taxa de mortalidade, são prova do longo caminho trilhado por Portugal, sendo não apenas um indicador de saúde da população, mas, também, expressão da melhoria do nível socioeconómico e dos cuidados de saúde disponíveis.

Os dados demográficos anteriormente apresentados invocam, portanto, uma atenção redobrada sobre o “estado” de saúde e dependência em Portugal.

Nos últimos 20 anos, segundo o OPSS (2002)⁶⁵, os ganhos em saúde foram óbvios, tendo sido mais significativos em áreas sujeitas às influências de determinantes externos, de ordem socioeconómica, de melhorias estruturais e de prestação de serviços. Contrariamente, nas áreas influenciadas por fatores internos os progressos são menores, em especial no que concerne às ações e comportamentos de riscos e nocivos (com especial atenção para os acidentes, sobretudo os de trânsito, a violência doméstica e o VIH- Sida). As doenças crónicas não transmissíveis (nomeadamente, doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes mellitus, doença osteoarticulares e as perturbações de saúde mental, como a depressão) são a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas,

⁶⁴ Segundo o MS (2000), hoje fala-se de determinantes e não em causas de saúde e doença, no sentido em que não existe uma associação causal unidirecional de um determinante, mas sim de uma complexa rede de fatores associada de forma comprovada a efeitos. Assim sendo, a saúde dos indivíduos e da população é condicionada por um conjunto de fatores que a “produzem, causam influenciam, condicionam ou explicam.” Entre os quais, biológicos ou endógenos (idade, sexo e fatores genéticos); comportamentos e estilos de vida (hábitos alimentares, consumo de tabaco e álcool, prática de exercício físico); demográficos, sociais e económicos (esperança de vida, índices de envelhecimento e dependência, emprego e rendimento...); ambiente (água, ar, alimentos, resíduos, agentes biológicos, habitação, ambiente de trabalho...); sistema de saúde (acesso aos cuidados de saúde, coordenação e resposta do sistema) (MS, 2000 citado por Sakellarides *et al*, 2007, p. 66).

⁶⁵ Segundo a OPSS, “o estado de saúde dos portugueses corresponde ao grau de desenvolvimento do País”, ocupando o 29º lugar “entre 191 países, em saúde e o 27º em desenvolvimento entre os países do mundo, segundo o índice de desenvolvimento humano do FNUAD” (OPSS, 2000).



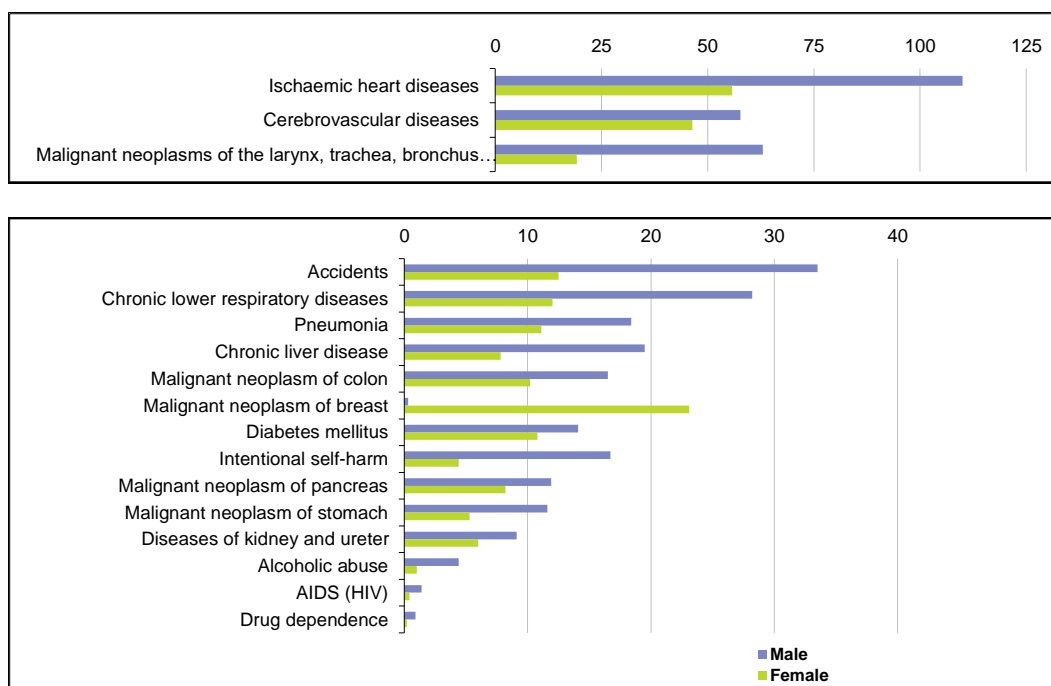
sendo estas as principais responsáveis por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e perda de qualidade de vida. (OPSS, 2002). Segundo a DGS, a essas doenças está associado um conjunto de fatores relacionados com os estilos de vida individuais: erros alimentares, consumo de tabaco, consumo excessivo de álcool, má gestão do stress, inatividade física, obesidade (DGS, 2004).

Dados do Eurostat revelam que as doenças do sistema circulatório⁶⁶ e cancro foram as principais causas de morte na Europa.

Entre 2000 e 2009, houve na UE-27 uma redução acentuada das taxas de mortalidade por doença isquémica do coração e de acidentes de transporte, enquanto que houve uma redução de quase 10% na taxa de mortalidade da UE-27 para o câncer durante o mesmo período. Depois das doenças cancerosas e circulatórias, as doenças respiratórias foram a terceira causa de morte mais comum na UE -27 (com uma média de 43,6 mortes por 100 000 habitantes, conforme gráfico 4), afetando sobretudo as pessoas com 65 ou mais anos (Eurostat, 2009).

⁶⁶ Segundo a mesma fonte, as doenças do aparelho circulatório incluem aqueles relacionados à pressão arterial alta, colesterol, diabetes e tabagismo. No entanto, as causas mais comuns de morte foram doenças isquémicas do coração e doenças cerebrovasculares.

Gráfico 4 - Causas de morte. Taxa de mortalidade padronizada, UE -27, 2009 (por 100 000 habitantes).



Fonte: Eurostat, 2009.

O mesmo cenário verificou-se em Portugal. Conforme referido no quadro 5, as doenças do sistema circulatório (uma média de 177,6), nomeadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, o cancro (156,2) e as doenças respiratórias (63,7) encontram-se entre as três principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal. Face à média da EU-27, as doenças respiratórias, o cancro colo-rectal e os acidentes de transporte assumem valores mais altos (Eurostat, 2009).

Quadro 5 - Causas de morte - taxa de mortalidade padronizada, UE -27, 2009

Total							
	Cancer (1)	Lung cancer (2)	Colo-rectal cancer	Circula-tory disease	Heart disease (3)	Respira-tory diseases	Transport accidents
EU-27	169,0	38,6	18,9	217,3	79,8	43,6	7,4
Portugal	156,2	26,5	22,0	177,6	42,2	63,7	9,0

(por 100 000 habitantes)

Legenda: (1) Malignant neoplasms. (2) Malignant neoplasm of larynx, trachea, bronchus and lung. (3) Ischaemic heart diseases.

Fonte: Eurostat, 2009

Dados mais recentes apontam para um cenário muito semelhante. Em 2013, mais de 70% das mortes, em Portugal, são devidas a Doenças do aparelho circulatório (30%), a Tumores malignos (24%), a Doenças do aparelho respiratório (12%) e a Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (5%) (DGS, 2015).

Quando analisamos a taxa de morte prematura, que corresponde à percentagem de cidadãos que não atingem os 70 anos de idade em relação a todos os óbitos ocorridos no mesmo período de tempo, no mesmo ano, mais de 70% das mortes ocorridas em idades inferiores a 70 anos em Portugal são devidas a Tumores malignos (41%), Doenças do aparelho circulatório (16%), Causas externas de lesão e envenenamento (9%), Doenças do aparelho digestivo (6%) (DGS, 2015).

Muitos autores consideram que 25% das causas da morte prematura⁶⁷ podem ser evitadas, razão pela qual o principal desafio do atual “Plano Nacional de Saúde 2020” passa por reduzir a morte prematura (DGS, 2015).

No que se refere ao território alentejano, mais especificamente à área de influência da ARS Alentejo, no período de 2009-2011, as principais causas de mortalidade, que apresentaram valores superiores aos do continente, foram: os Tumores Malignos (105,8); as Causas Externas de Mortalidade (40,4); as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (15,4); e as Doenças do Aparelho Circulatório (70,4) (Quadro 6). Se formos às causas de morte específicas, na ARS Alentejo, entre as que apresentaram valores igualmente superiores aos do

⁶⁷ Considera-se morte prematura a que ocorre antes dos 70 anos de vida. Ora, naturalmente, as causas de morte por grupos etários até aos 70 anos são diversas.

Continente, destacam-se as lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios) (15,4), os Acidentes de Veículos a Motor (13,8), os Acidentes de Transporte (14,4), a Doença isquémica do coração (28,2), a Diabetes Mellitus (12,9), o Tumor maligno do Cólon e Reto (16,1) e as Doenças Cerebrovasculares (23,2) (ARSA, 2013).

Quadro 6 - Taxa de mortalidade padronizada (TMP) por grandes grupos de causas de morte, para ambos os sexos, na ARS Alentejo e nas ULS, no triénio 2009-2011

	Tumores malignos	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (1)	Doenças do aparelho circulatório (2)	Doenças do aparelho respiratório (3)	Doenças do aparelho digestivo (4)	Causas externas (5)
ARS Alentejo	105,8	15,4	70,4	16,1	17,0	40,4
ACES Alentejo Central	13,4	...	90,4	...	4,9	12,0
ULS Baixo Alentejo	...	...	92,8	21,9	21,6	...
ULS Litoral Alentejano	106,4	8,6	62,6	15,2	21,1	53,4
USL Norte Alentejano	...	...	...	...	...	...

(por 100 000 habitantes)


Legenda: (1) Diabetes Mellitus; (2) Doença isquémica do coração; Doenças cerebrovasculares; (3) Pneumonia; Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC); (4) Doença crónica do fígado e cirrose; (5) Acidentes de transporte; Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios); ...: segredo estatístico (informação não disponibilizada)

Fonte: ARS Alentejo, 2013.

Na área de influência da ARS Alentejo, por grandes grupos de causas de morte, destacam-se pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório (34,2%), seguidas dos tumores malignos (21,3%) e as doenças do aparelho circulatório (10,7%), para todas as idades e ambos os sexos (ARSA, 2013).

De acordo com a mesma fonte, a análise dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)⁶⁸, isto é, da mortalidade prematura, por causas evitáveis, “permite identificar áreas de intervenção prioritárias e com maiores ganhos potenciais em saúde”. Assim, segundo dados da ARSA, as

⁶⁸ As dez causas de morte específica com nº de APVP mais elevadas, em ambos os sexos, na ARS Alentejo, no triénio 2009-2011.



causas que apresentaram um maior número de APVP e por isso as consideradas evitáveis por cuidados preventivos ou curativos na ARSA são: os acidentes de transporte; o tumor maligno do aparelho digestivo e do peritoneu; as lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios); as doenças isquémicas do coração; as doenças cerebrovasculares; o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão; o tumor maligno do aparelho respiratório; o tumor maligno dos ossos, pele e mama; o tumor maligno do cólon e reto; e o tumor maligno de outras localizações (ARSA, 2013, p.61).

De acordo com os diagnósticos ativos dos utentes inscritos ativos nos cuidados de saúde primários (CSP) na região do Alentejo, as doenças que mais se destacam são a hipertensão (22,5%), alterações do metabolismo dos lípidos (16%), diabetes (7,6%) e perturbações depressivas (7,3%) (ARSA, 2013).

Segundo a DGS, a população portuguesa apresenta algumas características de comportamentos pouco saudáveis (ausência de exercício físico, maus hábitos alimentares e consumo de tabaco), o que contribui para o aumento do risco de doença cardíaca. Para a doença isquémica cardíaca observou-se um decréscimo das taxas de mortalidade, apesar de ainda representar, segundo Eurostat (2009), uma das principais causas de morte (com uma média de 42,2) (DGS, 2015).

Na área em estudo, surgem como determinantes em saúde, o abuso do tabaco, o excesso de peso, a obesidade, o abuso crónico do álcool e de drogas. Face ao continente, a ARS Alentejo apresenta, em ambos os sexos, valores mais elevados no indicador da obesidade, 4,5% e 4,6% respetivamente. Contudo, são as mulheres da área de influência da ARS Alentejo que apresentam uma maior proporção de abuso no tabaco (5,0%) e de obesidade (5,7%), comparativamente às mulheres do continente (4,5% e 5,4% respetivamente) (ARSA, 2013).

Quadro 7 - Proporção de utentes inscritos ativos (%) no Continente e na ARS Alentejo, por determinantes com sinais/sintomas/diagnósticos ativos e sexo, em 31 dezembro de 2012

(N - nº de inscritos ativos)

Diagnóstico Ativo (ICPC-2)	Continente			ARS Alentejo		
	HM (N=10.698.149)	H (N=5.381.026)	M (N=5.758.837)	HM (N=540329)	H (N=263092)	M (N=277237)
Abuso do tabaco (P17)	5,7	7,0	4,5	5,3	5,5	5,0
Excesso de peso (T83)	3,4	3,4	3,3	2,6	2,6	2,7
Obesidade (T82)	4,5	3,6	5,4	4,6	3,5	5,7
Abuso crónico do álcool (P15)	1,0	1,7	0,3	0,7	1,4	0,1
Abuso de drogas (P19)	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2

Fonte: ARS Alentejo, 2013.

A partir da análise do estado de saúde em Portugal e, particularmente, na área de influência da ARS Alentejo, torna-se claro o crescente número de pessoas que apresentam doenças para as quais não há cura, havendo, contudo, uma boa expectativa de qualidade de vida. Exemplo disso é o volume de casos de hipertensão arterial e níveis de colesterol sanguíneo, que fazem elevar a probabilidade de acontecimento adverso e inesperado como enfarte do miocárdio ou acidente vascular cerebral (ARSA, 2013).

Resultados de um estudo sobre o estado de saúde dos portugueses, referentes a 2003, reforçam os dados anteriores ao revelar que a prevalência da hipertensão atingiu os 42,1%, numa amostra representativa da população portuguesa (aproximadamente de 5000 indivíduos) (Sakellarides *et al*, 2007, p.61). Ainda assim, na última década, assistiu-se a uma diminuição dos valores de hipertensão, em virtude do investimento da prescrição de terapêutica medicamentosa. No entanto, o aumento do número de pessoas a necessitar de um acompanhamento médico mais frequente e realização de análises sanguíneas e outros exames complementares de diagnóstico, transporta consigo óbvias implicações futuras em termos de volume de cuidados e de gastos, questionando-se, nalguns países, a forma como se informam as pessoas dos riscos e benefícios em que incorrem em passarem a fazer parte de um grupo “doente”, a tomar medicações e a necessitar de regular vigilância do sistema de saúde (Sakellarides *et al*, 2007, p. 62).

Contudo, quando nos debruçamos sobre uma análise dos ganhos de saúde obtidos na complexa área da deficiência, incapacidade e dependência, constatamos que os mesmos carecem de mais dados quantificáveis e análises mais completas:

estes ganhos, resultantes da acção conjunta de políticas sectoriais, que atravessam todo o tecido social, traduzem-se, essencialmente, na maior consciencialização pública do direito à integração e participação destas pessoas na vida social, assim como do direito ao acesso à máxima autonomia possível (DGS, 2002, p. 111).

Contudo, ao admitirmos a existência de uma “maior consciencialização pública”, tal leva-nos a questionar até que ponto esta consciencialização se traduzirá na melhoria do bem-estar e qualidade de vida dessas pessoas? Segundo o relatório do diretor geral e alto comissário da saúde, para uma avaliação mais eficaz e profunda dos ganhos de saúde na área da dependência, serão necessários mais estudos quantitativos, preferencialmente combinados com análises qualitativas (DGS, 2002, p. 111).

No estudo *Portugal Social*⁶⁹, Cabral (2003) constatou que as taxas de prevalência de incapacidades de tipo funcional, embora menos elevadas, assumem valores significativos na população portuguesa a partir dos 50 anos, com especial incidência nas mulheres. Neste grupo, destaca-se o grupo etário dos 85 e mais anos, com 19,45%, seguindo-se o grupo etário entre os 75 aos 84 anos, com 14,2% e, por último, o grupo etário dos 65 aos 74 anos, com 10,8%. No entanto, a partir de uma análise global dos dados demográficos relacionados com o aumento da esperança de vida, os índices de mortalidade e de morbilidade correlacionados com alguns tipos de incapacidade física e funcional, possibilita-nos compreender que a esperança de vida sem incapacidade da população portuguesa aumentou quer para homens, quer para mulheres, ainda que as mulheres apresentassem um maior índice de incapacidade (sobretudo, funcional e com restrição da actividade) e, conseqüentemente, de dependência para as AVD e AIVD (Cabral, 2003).

A questão da incapacidade foi pela primeira vez alvo de tratamento estatístico no âmbito dos Censos 2011 (INE, 2011), substituindo-se “a avaliação baseada em diagnósticos de deficiências, por uma auto-avaliação que privilegia a funcionalidade e a incapacidade como o

⁶⁹ Com base nos resultados do Inquérito Nacional de Saúde, para o Continente, em 1995/1996, calcularam-se as taxas de prevalência de alguns tipos de incapacidade física de longa duração, por sexo e grupos etários. Da análise das taxas de prevalência destacam-se duas características: os valores aumentam ao longo da vida em ambos os sexos, e são geralmente superiores nas mulheres (Cabral, 2003, p. 188).

resultado de uma interação dinâmica entre a pessoa e os fatores contextuais” (INE, 2011, p. 27).

Numa análise ao grau e tipo de dificuldade na realização das actividades, verificou-se que, cerca de 20,9% da população residente com 5 ou mais anos de idade na região do Alentejo declarou ter muita dificuldade, ou não conseguir realizar, pelo menos, uma das 6 actividades diárias (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender). Em relação a esta situação, a taxa de prevalência é superior nas mulheres comparativamente à dos homens, respetivamente 24,5% e 17,0%. Face à média nacional, a região do Alentejo apresenta uma maior percentagem de população com 5 ou mais anos que revela dificuldades na realização das actividades diárias, 17,8% (INE, 2011).

Quadro 8 - Taxa de Prevalência na População Residente com 5 ou mais anos

TAXA DE PREVALÊNCIA NA POPULAÇÃO RESIDENTE COM 5 OU MAIS ANOS	2011		
	Total	H	M
População com 5 ou mais anos			
Alentejo	20,85	16,97	24,48
Portugal	17,79	14,67	20,62
População com 65 ou mais anos			
Alentejo	52,55	44,90	58,26
Portugal	49,51	41,71	55,14

Fonte: INE, Censos 2011, Resultados Definitivos, Alentejo.

Na população com 65 ou mais anos, a percentagem de pessoas com dificuldade na realização de pelo menos uma das actividades diárias sobe para os 52,6%, também acima da média nacional, 49,5%. A dificuldade em andar é a principal limitação manifestada pela população (INE, 2011).

Estes resultados vêm, deste modo, confirmar os dados obtidos no referido estudo, de que as taxas de prevalência de incapacidades de tipo funcional assumem valores significativos na população portuguesa a partir dos 65 ou mais anos. Apesar do seu valor estatístico, estes dados apenas nos informam sobre alguns indicadores de funcionalidade, ficando de fora indicadores fundamentais na avaliação da dependência (como por exemplo, alimentar-se,

preparar refeições, gerir os medicamentos, manusear o dinheiro, utilizar o telefone, tomar decisões sobre assuntos quotidianos e futuros, fazer escolhas, entre outras).

Vários estudos sobre a questão da dependência no autocuidado delimitados a vários concelhos do país (sem garantia de representatividade nacional) revelam o aumento do número de pessoas a necessitar de autocuidados no domicílio (acamados), impondo um investimento maior ao nível dos cuidados domiciliários (OPSS, 2015).

Assim, o número de pessoas dependentes e de pessoas dependentes «acamadas», que, a cada momento, estarão integradas no seio das famílias, irão aumentar. Estima-se que nos 3 869 188 agregados familiares existentes em Portugal (INE, 2011), haverá 110 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48 454 serão pessoas dependentes «acamadas». Na região do Alentejo⁷⁰, observaram-se, segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade ao nível do conceito de Autocuidado, 9,9% de pessoas com problema moderado e 5,5% com problema grave e completo (DGS, 2004).

O OPSS afirma que existe uma expectável correlação positiva entre a idade e o grau de dependência no autocuidado, constituindo-se hoje como um dos desafios mais significativos a necessidade crescente em cuidados de saúde associados à dependência no autocuidado (OPSS, 2015).

Vários estudos têm comprovado o que se tem vindo a evidenciar, isto é, que a dependência decorrente de situações de doença é mais comum na população com mais de 65 anos, com predomínio para as pessoas mais idosas, a partir dos 75 anos. As doenças crónicas, como cancro, artrite, problemas cardíacos, diabetes, hipertensão e obesidade, constituem um dos potenciais factores que condicionam a autonomia dessas pessoas (OCDE, 2007).

A problemática da dependência não esgota aqui. Conforme já exposto, o conceito de dependência é alargado e está associado não apenas à dependência funcional e física, mas também psíquica, atravessando as diferentes idades e fases do ciclo da vida.

Não existe informação exata em Portugal que permita conhecer a prevalência de crianças e jovens com doenças crónicas complexas que necessitam de Cuidados Continuados e Paliativos. Segundo uma estimativa que utiliza os resultados de um recente estudo realizado

⁷⁰ Segundo dados de um estudo transversal, descritivo, com amostra aleatória, estratificada, com 931 pessoas com 65 e mais anos de idade, levado a cabo na região do Alentejo (Fonseca, 2014, citado por DGS, 2004).


em Inglaterra, que coloca a prevalência das doenças limitantes de vida em 32 por 10.000 indivíduos dos 0 aos 19 anos e, considerando que, segundo dados do INE, em Portugal existiam em 2013 cerca de 1.850.000 indivíduos com menos de 18 anos⁷¹, estima-se que existam em todo o território nacional cerca de 6.000 crianças e jovens com necessidades deste tipo de cuidados (DGS, 2016).

Em Portugal, como na maioria dos países, não há rastreios organizados de base populacional com representatividade nacional, que em alguns países são, por motivos éticos, mesmo desaconselhados. Ainda assim, surgem recentemente alguns dados epidemiológicos que têm vindo a ser recolhidos a nível nacional (DGS, 2016).

O primeiro estudo epidemiológico nacional de perturbações mentais (2013) integrou-se no World Mental Health Initiative, uma atividade da OMS que decorreu em mais de 30 países dos cinco continentes, com chancela científica da Universidade de Harvard. Em termos de prevalência anual, Portugal teve a terceira mais elevada taxa (23%) de perturbações do foro psiquiátrico, depois dos EUA (26%) e da República da Irlanda (23%), sendo o país com valor mais expressivo de perturbações de ansiedade (17%). O estudo evidencia que é entre as perturbações depressivas que se apuram as situações de maior gravidade, com preocupante intervalo entre o aparecimento dos sintomas e o início de tratamento médico. As perturbações mentais e do comportamento mantêm um peso significativo no total de anos de vida saudável perdidos pelos portugueses, com uma taxa de 11,75% contra 13,74% das doenças cerebrovasculares e 10,38% das doenças oncológicas, conforme revela o relatório “Portugal – Saúde Mental em Números 2015” apresentado pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2016). Da mesma forma, as perturbações mentais representam 20,55% do total de anos vividos com incapacidade, seguindo-se as doenças respiratórias (5,06%) e a diabetes (4,07%) (Almeida e Xavier, 2013, citado por DGS, 2016).

Em Portugal, a prevalência anual das perturbações mentais comuns “é muito elevada (22,9%), perspetivando-se que a dimensão das perturbações mais graves ronde os 4%, situações de onde resultam a maior parte das condições de incapacidade psicossocial moderada e grave” (DGS, 2016, p. 4).

⁷¹ Idade pediátrica de admissão nos Hospitais do SNS definida pelo Despacho n.º 9871/2010 de admissão nos Hospitais do SNS.



De acordo com as estimativas para 2010 do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2016), o peso da incapacidade medido em DALY's (anos de vida ajustados à incapacidade) e em YLD's (anos vividos com incapacidade) foi respetivamente de 11,75% (o segundo maior valor entre os 9 Programas Nacionais de Saúde Prioritários) e de 20,55% (um valor muito superior ao de qualquer outro dos Programas Prioritários). A estes dados acresce o elevado número de pessoas com internamento superior a 365 dias (cerca de 3500 no setor social) (DGS, 2016).

O envelhecimento progressivo e acelerado da população portuguesa confronta-nos com uma outra problemática - a qualidade da saúde mental das pessoas idosas, “em que as perturbações demenciais são um fantasma omnipresente, embora as perturbações depressivas sejam uma realidade mais comum” (DGS, 2016, p. 76). Segundo uma definição apresentada no relatório *Portugal – Saúde Mental em Números* no âmbito do Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) (DGS, 2016, p. 76),

as demências não são uma doença: são um conjunto de situações clínicas, de múltiplas e mais ou menos conhecidas causas, que determinam um declínio progressivo da capacidade de pensar, recordar e aprender e das atividades do dia-a-dia, em resultado de uma doença ou lesão do sistema nervoso central.

São apontados vários fatores de risco, sendo que a idade – a partir dos 65 anos, é aquela que é apontada como a mais significativa, uma vez que a prevalência duplica a cada 5 anos. Para além da influência genética, a que se acrescentam outros fatores de risco denominados como fatores modificáveis, entre eles, a diabetes, a hipertensão, a obesidade, a depressão e a baixa escolaridade, além dos hábitos mais ou menos saudáveis ao longo da vida, como o fumo do tabaco, o isolamento social e a inatividade intelectual e física. Um outro fator de risco apontado neste relatório é o da institucionalização (havendo já evidência científica, justificando que o importante é manter as pessoas, durante o maior tempo possível, no seu meio familiar, o que pressupõe apoio aos cuidadores (DGS, 2016).

Considerando as projeções demográficas da esperança de vida para as próximas décadas, estima-se que o número de pessoas com demência mais do que triplique até 2050, sendo esta uma das principais causas de incapacidade da população idosa (DGS, 2016).

Segundo dados revelados pela Associação Alzheimer Portugal (APP),

a estimativa da prevalência da demência para o nosso país ronda as 90.000 pessoas, a que acresce um número muito maior com défice cognitivo ligeiro (DCL) – 9,9% a 21,5% de novos casos por ano, em maiores de 65 anos e DCL amnésico, com uma taxa de progressão para demência entre 10% a 15% por

ano e um número correspondente de cuidadores primários e famílias sobrecarregadas e em risco de doenças físicas e psicológicas (APP, s/d, citado por DGS, 2016, p. 75).

Perante a ausência de “armas preventivas eficazes no combate a estas doenças” impõe-se a definição de estratégias antecipadas (antes de atingir aquela fase do ciclo da vida) e centradas “na estimulação das melhores práticas de um envelhecimento saudável”, assim como no “diagnóstico precoce do risco e do aparecimento da doença” (DGS, 2016, p. 75).

Acresce o facto de tais impatos também afetarem todas aquelas que cuidam e, de forma mais ampla, toda a comunidade. Neste sentido, impõe-se a definição de estratégias capazes de alcançarem um problema

que é hoje uma prioridade na maioria dos países desenvolvidos, para a qual são convocados todos os parceiros dos sectores público, social e privado, visando não só a descoberta da prevenção, do tratamento e da eventual cura destas doenças, mas, desde já, melhorar os cuidados aos doentes, desenvolver o apoio aos cuidadores, aumentar a consciência da doença e monitorizar o seu progresso (DGS, 2016, p. 75).

Apesar de existirem alguns estudos, maioritariamente isolados, sobre as atitudes e as crenças face à Demência, pouco se sabe sobre a realidade portuguesa e as suas especificidades, dificultando a comparação com a realidade de outros países, com diferentes culturas e sistemas de saúde. Em Portugal, o PNSM tem vindo, desde 2013, a construir um plano de intervenção em perturbações demenciais, promovendo um seminário anual de peritos e apoiando a produção de evidência epidemiológica nacional. Entre os trabalhos desenvolvidos no âmbito deste programa, o mais avançado é o “Estudo sobre Necessidades de Cuidados em Pessoas com Demência”⁷², o qual procura caracterizar os doentes-tipo existentes no país, a partir de amostras epidemiologicamente representativas de cada Região de Saúde, o que possibilita a estruturação de planos de cuidados mais ajustados à realidade (DGS, 2016).

No âmbito da *Ação Conjunta para a Saúde Mental e o Bem-estar*⁷³ foi elaborada a estratégia europeia para a saúde mental que evidencia o desenvolvimento de cuidados de saúde mental na comunidade e, a consequente, desinstitucionalização. Este processo surgiu em Portugal a partir de 1998, onde o número de camas em hospitais psiquiátricos tem vindo a diminuir para o número atual de 5,5 por 100 000 habitantes. Contudo, as barreiras ao processo de

⁷² Este estudo insere-se nas Parcerias Europeias de Inovação (EIP, 2012) de que a Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI) do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto é parceira.

⁷³ The Joint Action on Mental Health and Wellbeing, coordenada por Portugal, decorreu entre 2013-2015.

transição dos cuidados hospitalares para os cuidados na comunidade⁷⁴ ainda se mantêm, nomeadamente a centralização de recursos, a falta de formação profissional, a insuficiência de financiamento e baixa prioridade política⁷⁵ (DGS, 2016).

Em matéria de distribuição da rede de cuidados de saúde, segundo a CCDR Alentejo, a região apresenta uma distribuição territorial equilibrada ao nível da rede de cuidados de saúde primários (constituída pelos Centros de Saúde e Extensões), sendo complementada pelas Unidades de Saúde Móveis (USM) que prestam cuidados de saúde às populações residentes nas zonas mais despovoadas e afastadas das sedes de freguesia. Porém, tem-se assistido nos últimos anos a uma diminuição do número de Centros de Saúde com unidades de internamento e até mesmo à sua extinção. A realidade mostra-nos, assim, um fraco acesso à rede de equipamento de cuidados de saúde primários, constituindo este o principal obstáculo vivenciado pelas populações que têm de percorrer longas distâncias para recorrerem aos serviços de saúde, sendo que, também, os cuidados hospitalares se situam, na generalidade, apenas nos principais centros urbanos. Conforme dados revelados pela mesma fonte, outro indicador que sofreu uma quebra refere-se à dotação de camas hospitalares existentes no Alentejo, registando valores inferiores à média nacional (2,2 e 3,5 camas por 1.000 habitantes, respetivamente) (CCDRA, 2014).

Apesar do declínio populacional observado na região, tem-se verificado nos últimos anos um aumento da procura efetiva dos serviços de saúde, quando observada no contexto das consultas médicas nos estabelecimentos de saúde por habitante (especificamente nos hospitais), cuja variação registada na região de saúde do Alentejo foi, face às outras regiões, a que obteve um crescimento maior (+7,9% de pedidos de consulta de especialidade) (ACSS, 2016). Na realidade, nos finais da década passada, o número de consultas por habitante no Alentejo ultrapassou a média nacional, resultante do elevado nível de envelhecimento da sua população e consequente aumento da pressão sobre os serviços de saúde (CCDRA, 2014).

No que respeita ao número total de consultas realizadas em 2015, verifica-se um aumento em todas as ARS (à exceção do Algarve), sendo as mais significativas na ARS Centro (+16,2%) e na ARS Alentejo (12,5%), conforme relatório anual sobre o acesso aos cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas (ACSS, 2016). Outro indicador

⁷⁴ Conforme modelo previsto na Lei da Saúde Mental.

⁷⁵ Para o efeito foi reativada a Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, entidade responsável pela apreciação da proposta de prolongamento do Plano Nacional de Saúde Mental até 2020 (DGS, 2016).

analisado prende-se com os tempos de reposta por ARS, verifica-se que a média nacional de consultas realizadas dentro do Tempo Médio de Resposta Garantido (TMRG) é de 74%, sendo que a ARS Alentejo, à semelhança da ARS Centro, obteve a maior percentagem de consultas dentro do tempo médio, respectivamente 78% e de 22% de consultas realizadas fora do TMRG, seguida das entidades fora do SNS (ACSS, 2016),

Segundo a ACSS, em relação à percentagem de utilizadores frequentes do serviço de urgência, por região de saúde, constata-se que a média nacional é de 8,6% e que a região Alentejo é aquela que atinge valores mais elevados, acima dos 10% de utilizadores frequentes do serviço de urgência. Em termos nacionais, em relação ao número de utilizadores de consultas médicas nos cuidados de saúde primários, registaram-se 7.155.139 utilizadores de 2015, mais 101.626 utilizadores do que em 2014. Quanto ao número de consultas médicas no âmbito dos cuidados de saúde primários, registaram-se em 2015, 28.776.550, mais 50.308 consultas em relação a 2014. Se analisarmos agora os dados dos relatórios por região, em 2014⁷⁶, o ACES Alentejo Central obteve o maior número de consultas médicas (especificamente Medicina Geral e Familiar), respectivamente 727.478, seguido da ULSBA (436.285) e da ULSNA (398.032), sendo que a ULSLA registou apenas 205.069 consultas durante este ano (ACSS, 2016).

A ACSS destaca, ainda, o significativo aumento de atividade registada em termos de consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários, traduzindo-se no “esforço de melhoria dos registos que tem vindo a ser efetuado por este grupo profissional nos últimos tempos, do que um real aumento de atividade efetiva junto da população” (ACSS, 2016, p.69).

Contudo, este crescimento, quando analisado nas diferentes regiões do Alentejo, apenas se verificou no ACES Alentejo Central e na ULSLA, com uma variação entre 2012-2014 de 27,29% e 11,7% (ARSA, 2014)

Outro indicador importante prende-se com os níveis de dotação em termos de pessoal médico e de enfermagem, situando-se a Região Alentejo bastante abaixo dos valores nacionais. Este indicador assume aqui um carácter estrutural, pelos seguintes motivos: apesar de se verificar um aumento da dotação de pessoal de enfermagem, o Alentejo possui apenas 5,1 enfermeiros

⁷⁶ Os dados apresentados reportam-se apenas ao ano 2014, pelo facto de estarem inacessíveis os dados relativos a 2015 e 2016 referentes às Unidades Locais de Saúde do Litoral e do Baixo Alentejo, impossibilitando, dessa forma, a sua comparação.

por 1.000 habitantes, para uma média nacional de 6,1; sendo, igualmente, evidente a insuficiência de pessoal médico, em especial nos segmentos dos médicos especialistas, já que no total do País existem 2,89 médicos especialistas por mil habitantes, enquanto no Alentejo esse valor é de 1,42, pese embora o aumento desde 2003 (CCDR Alentejo, 2014).

Apesar dos indicadores revelarem uma situação desfavorável face ao contexto nacional, a Região Alentejo assistiu, nos últimos anos, a uma melhoria do nível de saúde das suas populações, ao nível dos principais indicadores, nomeadamente os decréscimos verificados na morbilidade e nas principais causas de morte (que acompanham as dinâmicas registadas no contexto nacional), como é o caso da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório que é a principal causa de morte, mas que, graças às melhorias verificadas no setor nos últimos anos, tem vindo registar diminuições consideráveis. Outro indicador que mostrou ganhos de saúde bem evidentes foi a taxa de mortalidade infantil, onde Portugal e Alentejo registaram maiores reduções, apesar de se observarem na Região taxas de mortalidade infantil bastante acima da média nacional (CCDRA, 2004, p. 290).

Para sintetizar, apresentamos um quadro com os indicadores mais relevantes na caracterização do sistema de saúde da Região do Alentejo.

Quadro 9 - Quadro síntese dos principais indicadores, Portugal e Alentejo, em 2003, 2007 e 2011

Indicadores	Portugal	Alentejo		
	2011	2011	2007	2003
Centros de saúde	388	59	52	47
Centros de saúde com internamento	18	0	7	12
Camas dos hospitais, por 1000 habitantes	3,6	2,2	2,2	2,2
Consultas médicas nos estabelecimentos de saúde, por habitante	4,1	4,6	3,8	3,6
Enfermeira (o)s, por 1000 habitantes	6,1	5,1	4,1	3,4
Médica (o)s, por 1000 habitantes	4,1	2,2	1,9	1,7
Médica (o)s especialistas, por 1000 habitantes	2,9	1,4	1,3	1,1
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (‰)	3,0	4,5	4,6	5,5
Taxa quinquenal de mortalidade neonatal	2,1	3,3	3,8	4,5

Fonte: Anuários Estatísticos, INE

Após a análise destes e outros indicadores anteriormente mencionados, é possível constatar que na Região Alentejo persistem alguns problemas, em especial ao nível da dotação de recursos físicos e de pessoal de saúde capaz de satisfazer os níveis de procura dos serviços e Cuidados de saúde, com vista à melhoria dos níveis de saúde da população.


No que se refere ao acesso a camas nos hospitais, de acordo com os dados do último Relatório Primavera, assistiu-se a uma contínua redução de camas nos hospitais do SNS e ao mesmo tempo um aumento de camas nos hospitais privados, no contexto de um país em que o rácio de camas por habitante é dos menores da UE (OPSS, 2015).

Dados recentes apontam que, em termos de capacidade instalada ao nível do internamento hospitalar, o SNS contava com 21.305 camas no final de 2015, -0,1% do que verificado em 2014, conforme demonstrado no relatório do ACSS (ACSS, 2016). Na região do Alentejo o cenário é muito semelhante à realidade nacional, verificando-se desde 2010 uma contínua diminuição, apesar de registar uma ligeira variação entre 2014 e 2015, respetivamente 0,8%, a que corresponde a uma diferença de 7 camas (OPSS, 2015).

No âmbito da RNCCI, em 2015 cessaram vários acordos até aqui existentes, sobretudo ao nível de camas de Convalescença (-96 camas). Apesar destes encerramentos que ocorreram em 2015, constata-se que, face a 2014, a RNCCI aumentou em 599 o número de camas de internamento a nível nacional, representando um crescimento de 8,4%. Assim, no final de 2015, a RNCCI era composta por um total de 7.759 camas de internamento, distribuídas pelas várias tipologias de internamento (ACSS, 2016).

Apesar do número de camas da RNCCI nas diferentes tipologias (com a exceção da tipologia de Convalescença) ter vindo a crescer progressivamente desde 2010, este aumento de camas, e conforme afirmado pelo OPSS, não responde às necessidades estimadas das pessoas acamadas. Acrescenta, ainda, o facto de as ECCI continuarem subaproveitadas, traduzindo, desta forma, problemas ao nível da referenciação com consequências nos gastos em saúde, porque, segundo defende o OPSS, os cuidados prestados pelas ECCI são menos onerosos que os prestados em qualquer unidade de internamento, para além de garantirem o conforto e bem-estar dos doentes (OPSS, 2015).

Em termos globais, e considerando as projeções relativas à evolução da população idosa, quer para Portugal quer para os países da UE28, espera-se uma crescente procura por cuidados continuados e paliativos nos próximos anos em todos os países europeus, embora a realidade



portuguesa seja mais evidente, uma vez que a população idosa em Portugal poderá atingir até 2025 uma proporção de idosos, próxima de 25% (OCDE, 2006).

Em suma, quando analisamos o “estado” de saúde e dependência quanto às suas causas (ou determinantes, como alguns autores preferem usar), as mesmas podem ser compreendidas como previsíveis e imprevisíveis. Das causas imprevisíveis fazem parte as variáveis naturais, acidentes ou doenças crônicas e incapacitantes (em especial as doenças degenerativas), já aquelas que nos são possíveis prever estão diretamente associadas a determinados fatores/indicadores de risco, entre eles: o aumento da idade, fortemente impulsionado pelo incremento dos índices de envelhecimento e longevidade; o nível de escolaridade; o rendimento; o isolamento; os hábitos de vida e os recursos sociais (em especial, as redes formais e informais de apoio social); e, ainda, o acesso aos cuidados de saúde. Conforme aponta a OCDE (2006), são estas últimas variáveis que podem ser modificadas e intervencionadas pela política pública e social, no sentido de contribuir positivamente para o aumento dos anos de vida sem dependência, com autonomia e, consequentemente, com qualidade (OCDE, 2006).

Para concluir, conforme aponta o OPSS, fazer “face à crescente necessidade em cuidados de saúde associados à dependência no autocuidado constitui-se, no presente, como um dos desafios mais significativos à inteligência coletiva dos Portugueses”. É, por isso, crucial não esquecer que “as diferentes respostas que vierem a ser desenvolvidas não poderão deixar de ter como fio condutor a centralidade do cidadão no sistema e a respetiva acessibilidade às mesmas” (OPSS, 2015, p. 85).

Neste âmbito, ainda que os cuidados continuados integrados estejam “centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra”, o conhecimento ainda é incipiente quanto à dimensão real da problemática dos CCI. Importa, por isso, questionar: Quantas pessoas são dependentes no autocuidado e, destas, quantas se enquadram nos critérios previstos para as diferentes tipologias da RNCCI?; Qual a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado?; Em que medida as vagas na RNCCI respondem à real dimensão das necessidades? (OPSS, 2015, p.85).

2.4. Dinâmicas Sócio-Económicas

Quando nos referimos à problemática dos Cuidados Continuados, não devemos ignorar outros fatores igualmente importantes e que muito afetam o “estado” de saúde e dependência, em especial, das populações mais vulneráveis e que vivem em situação de pobreza⁷⁷, são eles, a diminuição do rendimento, o baixo nível de escolaridade, as más condições habitacionais, o deficitário acesso aos recursos sociais ou até mesmo a sua inexistência, o isolamento e a solidão.

Em 2005, existiam na União Europeia (EU-27) aproximadamente 68 milhões de pobres, o que representava cerca de 15% da população residente (CE, 2005). Dados de 2010 apontavam para um crescimento acentuado, passando a representar cerca de 23%, o que equivale a aproximadamente a 115,5 milhões de pessoas em risco de pobreza e exclusão social. Em 2013, cerca de 24.5% da população europeia (aproximadamente 122.6 milhões de pessoas na EU28) era considerada como estando em risco de pobreza e/ou exclusão social, de acordo com a definição adotada pela Estratégia 2020 (EAPN, 2015).

A situação de crise financeira que o país tem vindo a atravessar nestes últimos anos tem conduzido, igualmente, a um crescimento acentuado das situações de pobreza em Portugal. Situação que se vem a agravar com as medidas de austeridade recentemente impostas e que afetam todos os setores de atividade, comprometendo o bem-estar e a qualidade de vida da população portuguesa. As elevadas taxas de desemprego que se têm vindo a registar (e que não pararam de aumentar) têm uma consequência gravosa para a capacidade de geração de riqueza e garantia dos serviços básicos, como a saúde e a proteção social, multiplicando, assim, o risco de pobreza dos indivíduos e das famílias (EAPN, 2012).

Em Portugal, de acordo com o *Inquérito às Condições de Vida e Rendimento* (EUSILC), 19,5% das pessoas estavam em risco de pobreza em 2014, igual ao valor estimado para 2013. O risco de pobreza continuou a atingir com maior impacto as mulheres: 20,1% face a 18,8% para os homens. De acordo com este inquérito, a taxa de risco de pobreza correspondia à proporção de habitantes com rendimentos monetários líquidos anuais por adulto equivalente inferiores a 5 059 euros, em 2014 (cerca de 422 euros por mês). Isto quer dizer que se

⁷⁷ Segundo a Comissão Europeia, o risco de pobreza afetava sobretudo os desempregados, os pais e mães solteiros, as pessoas idosas, sobretudo as que vivem sós, com maior risco para as mulheres e famílias com pessoas dependentes a cargo (European Communities, 2005). Dados mais recentes, apontam para um agravamento das situações de pobreza, continuando afectar, em especial as crianças, os jovens e as pessoas idosas (EAPN, 2012).

encontram em pelo menos uma das 3 condições: em risco de pobreza, em situação de privação material severa ou a viver num agregado com uma muito baixa intensidade de trabalho (INE, 2014).


Segundo dados do Eurostat (2013), em termos de grupos etários (e para ambos os sexos), verificou-se que em Portugal, no ano de 2013, o grupo com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos (28,5%) é o segundo mais vulnerável à pobreza e exclusão social. As crianças, com idades até aos 18 anos, constituíam o grupo mais vulnerável à pobreza e exclusão social, com 31.7%. A situação tem-se agravado desde 2009 (Eurostat, 2013, citado por EAPN, 2015).

Em relação às pessoas com 65 ou mais anos, estas enfrentam um risco de pobreza ou exclusão social menor do que o total da população, quer na EU-28, quer na maioria dos países, com 18.3%. No entanto, a situação dos idosos em Portugal não acompanha a tendência europeia, registando um valor superior, cerca 20,3%, apesar do ligeiro decréscimo face a 2012, onde este grupo representava cerca de 22,2% (EAPEN, 2015).

De acordo com o estudo *Novos Factos sobre a pobreza em Portugal* o Alentejo é a terceira região do País mais pobre, e a primeira do território continental (Alves, 2009).

O Alentejo que, no passado, se caracterizava por ter as taxas de desemprego mais elevadas do País, resistiu, numa primeira fase do despoletar da crise económica (e até ao final de 2011), apresentando valores de desemprego menores que as restantes regiões do País, mas no último ano a situação deteriorou-se e a evolução do desemprego assumiu uma maior intensidade atingindo valores superiores à média nacional. Em termos absolutos, e segundo os dados do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), o número de desempregados do Alentejo, inscritos nos Centros de Emprego, passou de 38.954 para 45.336 até Junho de 2013, num aumento superior a 16%. Por seu turno, a população ativa da região Alentejo representa cerca de 6,8% da população ativa nacional e a 45,2% da população residente, registando uma taxa de atividade inferior à média nacional (47, 6%). Nos últimos anos, o envolvimento profissional dos ativos do Alentejo sofreu uma evolução positiva, traduzindo-se no acréscimo da taxa de atividade, até 2011, idêntico ao verificado no contexto nacional, fortemente motivado pela maior participação da mulher no mercado de trabalho tem contribuído para esse aumento (CCDRA, 2014).

Em relação à estrutura da população ativa por grandes grupos de idade, é a população mais jovem (15-44 anos) que, no Alentejo, representa o grupo com maior importância, mas que,




face ao país, representa uma menor proporção no total da população ativa. A maioria da população ativa alentejana possui o ensino básico como nível de instrução mais elevado, ainda que se observe uma crescente tendência dos ativos que possuem o Ensino Secundário, especialmente graças ao aumento da escolaridade obrigatória. Constatou-se, simultaneamente, uma estagnação da população ativa sem qualquer nível de instrução e uma diminuição dos ativos qualificados com o Ensino Superior (CCDRA, 2014).

Apesar da região Alentejo apresentar taxas de emprego inferiores à média nacional, até 2011, tem conseguido manter uma evolução com alguma estabilidade, contrariamente ao país que já tinha vindo a apresentar uma alteração descendente bastante acentuada. Contudo, a partir do final do 2º trimestre de 2011, a região seguiu a evolução negativa observada no país, com a taxa de emprego em sentido descendente, apresentando valores que atingiram os 45,9% no 1º trimestre de 2013 (média nacional, 49,5%) (CCDRA, 2014).

Analisando a população empregada por profissões quer a nível regional, quer a nível nacional, existe uma predominância dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores. Importa, contudo, realçar a proporção superior a 13% de população que desempenha a sua atividade profissional como especialistas das atividades intelectuais e científicas, sendo de notar também a elevada expressão na região de trabalhadores não qualificados (14,7%), associada ao baixo nível médio de escolaridade da população ativa (INE, 2011).

Influenciada, também, pelo decréscimo da população ativa no Alentejo e fortemente motivada pelo aumento da população idosa e reformada, a carga social tem vindo a aumentar de forma muito rápida. Conforme exposto anteriormente, o Índice de Dependência dos Idosos no Alentejo apresenta um valor bastante superior à média nacional (29%), respetivamente 41,1%, o que demonstra que cada 100 ativos têm a seu cargo, em média, 41 inativos (população idosa). Tal situação tem repercussões no volume de população pensionista da segurança social que atinge valores bastante superiores à média nacional (CCDRA, 2014).

No domínio da coesão social, a população residente no Alentejo possui níveis de rendimento inferiores à média nacional, quer em termos da população ativa, quer ao nível do rendimento dos pensionistas. Pese embora o aumento continuado nos rendimentos dos alentejanos, o ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem é inferior à média nacional (€921,10 e €1.034,20, respetivamente), assim como o valor médio anual das pensões não



atinge 90% do valor do País (€4.122 e €4.665, respetivamente). Outro indicador que tem vindo a agravar-se, desde 2007, prende-se com o facto de mais de 15% dos trabalhadores no Alentejo receberem a Remuneração Mínima Mensal Garantida, proporção que se encontra acima na média nacional (CCDRA, 2014).

No que respeita ao rendimento líquido dos agregados familiares do Alentejo, este apresenta valores nitidamente inferiores à média nacional, em particular nos trabalhadores por conta de outrem, conduzindo a uma estrutura de atividades económicas com custos do trabalho inferiores aos observados a nível nacional. Existe, contudo, no âmbito sub-regional, alguma diferenciação, nomeadamente no Alentejo Litoral, cujos valores de ganhos médios dos trabalhadores são superiores à média nacional. Por seu turno, surge o Alto Alentejo com os menores níveis de rendimentos (CCDRA, 2014).

Contudo, o maior indicador de empobrecimento da população alentejana atinge efeitos mais significativos ao destacarmos o elevado grau de dependência que os inativos representam em relação à população ativa. Como aliás já foi exposto, o aumento da população idosa tem contribuído fortemente para o aumento da população inativa, que, no seu conjunto, em 2011 atingiu 62,2%, apesar do decréscimo da população jovem (13% do total) e da consequente e continuada redução do Índice de Dependência dos jovens (21,2%, em 2011). Na verdade, isto significa que, em cada 100 habitantes do Alentejo em idade ativa, tem a seu cargo, em média, 62 inativos, valor notavelmente superior à média nacional (52 inativos por cada 100 ativos) (INE, 2011).

Num contexto regional de forte dependência social, uma conjuntura prolongada de redução dos rendimentos incita a níveis acrescidos de vulnerabilidade e empobrecimento da população, apelando ao fortalecimento do sistema de proteção social.

Em matéria de proteção social, o Alentejo, com uma população ativa de 263.425, tem cerca 50 mil desempregados (41.773 inscritos nos serviços de emprego) e 192414 pensionistas da segurança social, auferindo rendimentos muito abaixo do limiar da pobreza, uma vez que a média mensal da pensão recebida é de 299,07 e do subsídio de desemprego é de 244,58 euros (C.f Quadro 10).

Quadro 10 - Proteção social no Alentejo, 2011 (valores médios em euros)

	Pensões		Subsídio Desemprego	
	Anual	Mensal	Anual	Mensal
Alentejo	4.187	299,07	2.935	244,58
Litoral Alentejano	4.281	305,79	2.635	219,58
Norte Alentejano	4.020	287,14	3.222	268,50
Alentejo Central	4.293	306,64	2.894	241,17
Baixo Alentejo	3.870	276,43	2.718	226,50


Fonte: INE, Censos 2011.

A situação de pobreza não se coloca apenas com a população inativa, seja pelo desemprego seja pela idade ou saúde. Para um número significativo da população ativa, os baixos salários e a precariedade conduzem a este tipo de vulnerabilidade social⁷⁸.

Os indicadores de pobreza e exclusão social deterioraram-se nos últimos anos, apesar de algumas medidas de mitigação que foram tomadas para proteger os grupos mais vulneráveis. Segundo o relatório primavera «Da Depressão da Crise Para a Governação Prospectiva da Saúde», Portugal aparece como um dos países mais desiguais da Europa quanto à distribuição de rendimentos e onde o risco de pobreza, pese embora o ligeiro decréscimo diminuição ocorrido nos últimos anos, continua a afetar de forma muito significativa os indivíduos com baixa escolaridade, os desempregados, as famílias monoparentais e aquelas com um número elevado de filhos e indivíduos que vivem sós (OPSS, 2011).

Tradicionalmente, em Portugal os cidadãos idosos e dependentes foram cuidados de forma informal pelas redes familiares e, sobretudo, pelas mulheres. Por esse motivo, consideramos que seria igualmente importante para esta análise conhecer a participação laboral das mulheres portuguesas em idade de trabalhar, já que este constituiu um fator de mudança na rede de cuidados familiares.

⁷⁸ O salário médio da Região (incluindo a Lezíria) é de 921,13 euros, diferindo significativamente entre as diferentes sub-regiões. Os 1057,37 euros no Alentejo Litoral, ou os 886,27 no Norte Alentejano são, na maioria dos casos, o único rendimento de todo o agregado familiar (INE, 2011). A questão dos rendimentos será melhor analisada aquando a caracterização dos fatores económicos.



Em 2011, observa-se que na região do Alentejo a população ativa é de 342 654 indivíduos, dos quais 53,0% são homens e 47,0% mulheres. A população ativa representa cerca de 52,4 % da população residente na região com 15 ou mais anos, sendo a proporção da população empregada na região do Alentejo constituída maioritariamente por homens, 53,6%, representando as mulheres 46,4%. O que significa que, no Alentejo, observa-se uma maior taxa de atividade nos homens em comparação com as mulheres, respetivamente 49,5% e 41,2%. No entanto, importa salientar que na restante percentagem de mulheres com mais de 15 anos que não realizam nenhuma atividade económica está englobado um número de mulheres estudantes que se encontra a concluir os estudos secundários e/ou universitários (INE, 2011).

Apesar de haver diferenças entre os dados nacionais (Portugal) e regionais (Alentejo), os valores aqui apresentados ilustram a situação existente hoje na sociedade e que se resume a que os cuidadores tradicionais (representados habitualmente por mulheres), que ainda hoje continuam a sustentar a prestação de cuidados às pessoas idosas e em situação de dependência têm, por um lado, uma participação ativa no mercado laboral e, por outro, fazem parte do grupo etário de 65 e mais anos. O que pode querer dizer que a rede de apoio se encontra neste momento bastante fragilizada. A problemática da conciliação entre o trabalho profissional e os cuidados à pessoa idosa e dependente tem sido alvo de muitas discussões e análises, tanto no campo político como nas ciências sociais.

A composição do agregado familiar tem efeitos significativos em termos de rendimento disponível. O risco de pobreza e exclusão social para as famílias monoparentais com um ou mais filhos a cargo manteve-se significativamente elevado em 2013 – quase 50%. Segundo o Eurostat (2013), as famílias monoparentais correspondem em 2013 a apenas 4.6% de todos os agregados, ainda assim não deixa de ser um problema sério sobre qual importa refletir. A percentagem mais reduzida, e que também tem demonstrado mais melhorias desde 2005, corresponde aos agregados com 2 adultos onde pelo menos 1 tem 65 ou mais anos. Esta descida verifica-se em todos os Estados Membros, o que leva a constatar que a ausência de crianças num agregado é fator de redução do risco de pobreza e de exclusão social (EAPEN, 2014).

Segundo dados do *Inquérito às Condições de Vida e Rendimento*, em Portugal as pessoas que vivem em agregados familiares sem crianças dependentes encontram-se menos vulneráveis ao risco de pobreza do que as que se encontram em agregados com crianças dependentes⁷⁹. Em relação aos agregados compostos por apenas um idoso ou por uma mulher a viver sozinha, estes dois tipos de agregado familiar continuam a apresentar taxas de risco de pobreza mais elevadas, sendo ultrapassadas apenas pelas pessoas que residem em agregados numerosos⁸⁰ (INE, 2014).

No que se refere à composição do agregado familiar, à semelhança do se passa no contexto europeu, esta tem vindo a sofrer alterações em Portugal. Segundo dados do INE (2011), em Portugal o número de famílias clássicas aumentou para 302 975, mas diminuiu o número médio de pessoas por família para 2,45. Na região do Alentejo, o número de famílias clássicas residentes aumentou 3,6 % entre 2001 e 2011, valor claramente inferior ao registado a nível nacional (10,8%). A região do Alentejo tem, em média, famílias mais pequenas quando comparadas com o total nacional. A dimensão média da família na região é de 2,4 pessoas, enquanto no país esse valor é de 2,6. Apesar disso, na última década, a região do Alentejo, à semelhança do país, assistiu a uma diminuição na dimensão média da família (INE, 2011).

Segundo dados do INE, na região Alentejo a proporção de famílias unipessoais em 2011 foi de 23,7%, valor superior ao verificado em termos nacionais (21,4%). A proporção de famílias unipessoais constituídas por pessoas com 65 ou mais anos aumentou na última década na região do Alentejo, situando-se em 2011 nos 13,5%. Este valor é superior ao registado a nível nacional (10,1%). As famílias unipessoais constituídas por idosos estavam mais representadas nos municípios do interior, nomeadamente nas sub-regiões Alto Alentejo e Baixo Alentejo. Destacam-se os municípios do Gavião, Mértola e Nisa com proporções acima dos 20% (INE, 2011).

Perante estes dados, a tendência é que a dimensão das famílias diminua, potenciando assim situações vulnerabilidade e solidão sobretudo nas famílias clássicas com uma pessoa idosa, com mais 65 ou mais anos, a viver sozinha.

⁷⁹ A taxa de risco de pobreza para a população que reside em agregados sem crianças é de 16,7%, enquanto esta taxa sobe para 22,2% quando nos referimos a população em agregados com crianças dependentes, tendência que se verifica desde 2007 (INE, 2015).

⁸⁰ O risco de pobreza das/os idosas/os que viviam sós atingiu os 26,8% em 2014 face a 22,5% em 2013 (INE, 2015).

No que se refere aos recursos sociais disponíveis em Portugal e, em particular, na região do Alentejo, é possível constatar a partir da leitura do quadro 11 que esta região⁸¹ apresenta níveis de cobertura diferentes em função das respostas sociais, sendo de realçar que no Alentejo a situação é mais favorável do que a verificada no Continente. Assim, é de realçar o investimento em Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), com especial ênfase na manutenção da pessoa idosa na sua residência, sendo que as taxas de cobertura dos Centros de dia e do SAD aproximam-se dos valores revelados para os Lares de idosos (Cf. Quadro 11).

Quadro 11 - Taxas de cobertura dos Equipamentos de Segurança Social

	Creche	Centro de Atividades Ocupacionais	Lar Residencial	Centro de Dia	Lar de Idosos	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)
Continente	21,1	0,8	0,3	3,4	4	5,0
Alentejo 2020	25,3	1,1	1,1	5,2	6,5	6,9
Alentejo	29	1,2	1,3	5,8	7,8	7,8
Alentejo Litoral	28,6	1,1	0,7	8,2	4,7	7,9
Alto Alentejo	36,9	1,5	1,2	5,7	9,9	8,3
Alentejo Central	27,3	1,3	1,8	5,1	6,8	6,2
Baixo Alentejo	25,0	1,1	0,9	4,9	9,6	9,4

Fonte: Adaptado Carta Social, GEP/MTSS, 2011

Como já foi sublinhado, fatores como o aumento da população desempregada e dos níveis de envelhecimento, associado a fenómenos de isolamento social e de pobreza, têm vindo a desencadear cada vez mais situações de vulnerabilidade social. Porém, o número de indivíduos e famílias apoiadas pelo Rendimento Social de Inserção (RSI) tem vindo a registar um continuado decréscimo, afetando a generalidade dos estratos de beneficiários de

⁸¹ Importa salientar que, para os indicadores em causa, os dados alcançados abrangem a sub-região Lezíria do Alentejo que está fora da área de influência da ARS Alentejo e, por sua vez, fora do âmbito do presente estudo.

prestações sociais, particularmente, os mais idosos, num momento em que se regista um aumento continuado do desemprego. Este cenário fará antever que, num futuro próximo, os riscos de pobreza e de abandono social continuarão a aumentar (CCDRA, 2014).

De acordo com a análise apresentada pela CCDR Alentejo no documento *Portugal 2020 – Proposta de Programa Operacional Regional do Alentejo*⁸², “persistem assimetrias regionais na cobertura por equipamentos sociais, havendo ainda algumas áreas funcionais (nomeadamente, nas áreas da deficiência e da dependência) em que se justificam alguns ajustamentos e complementos de rede”. Em determinadas zonas territoriais tem-se assistido, em simultâneo, à insustentabilidade de algumas valências sociais, em virtude do decréscimo populacional e do número de utentes, e à sobreocupação de equipamentos. Outro constrangimento importante, no domínio das áreas de inclusão social e, particularmente da gestão de equipamentos e serviços, prende-se com a existência de “práticas organizativas e gestionárias nas Instituições, reveladoras de défices de capacidade e formação e sugerindo a necessidade de melhorar os níveis de capacitação institucional” (CCDRA, 2014, p. 294).

De acordo com os últimos censos, na região do Alentejo, o número pessoas a residir em estabelecimentos de apoio social, é de 11 719, dos quais 3 923 são homens e 7 796 mulheres. A população a residir nestes estabelecimentos era sobretudo idosa, representando a população com 65 ou mais anos 85,5%. Comparativamente a 2001, o número de pessoas a residir em estabelecimentos de apoio social cresceu na região do Alentejo, embora a inferior ao observado em termos nacionais. De igual forma, o número de famílias institucionais a residir em estabelecimentos de apoio social aumentou na última década. No ano de 2011, na região do Alentejo existem 376 famílias institucionais, quando em 2001 esse valor era de 256 (INE, 2011).

2.5. Dinâmicas Socioculturais e Educacionais

A melhoria das condições de vida e de saúde das populações estão também associadas ao investimento nos sistemas de educação. Por esse motivo, torna-se fundamental uma leitura sobre alguns indicadores de educação na região do Alentejo, designadamente as taxas de abandono escolar e analfabetismo, assim como a evolução do número de alunos matriculados

⁸² O referido documento consiste numa versão técnica de trabalho em desenvolvimento e que serve de suporte à negociação informal em curso com a comissão europeia.

nos diferentes níveis de ensino e as áreas de formação superior com maior representatividade nesta região.

Os sistemas de educação dos países mais desenvolvidos deparam-se com desafios de extrema importância resultantes da “globalização e da crescente livre circulação de pessoas e internacionalização dos espaços de comunicação e de aprendizagem. Os novos contextos socioeconómicos pressupõem a abertura à competitividade, à diversidade e à inovação e exigem, em contrapartida, padrões elevados de educação” (CCDRA, 2014, p. 273).

Em 2011, a taxa de abandono escolar e a taxa de analfabetismo apresentam valores superiores na ARS Alentejo (1,7 e 10,6 respetivamente) em relação ao Continente (1,5 e 5,2 respetivamente) (INE, 2011).

Ao analisarmos a evolução do número de alunos matriculados em 2003, 2007 e 2011, nos diferentes níveis de ensino (Educação Pré-Escolar, Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior), observam-se tendências similares às que se verificam no país no mesmo período, com exceção do Ensino Superior. Na Educação Pré-escolar, verifica-se uma tendência continuamente crescente do número de crianças, enquanto no ensino Básico e no Secundário há uma ligeira variação do número de alunos em 2007, voltando, contudo, a observar-se uma evolução positiva em 2011. No ano letivo 2010/2011, os alunos matriculados na região Alentejo, no Ensino Básico e Secundário, representavam cerca de 6,5% do total nacional. Porém, no concerne ao Ensino Superior, as situações da região e do país divergem, em virtude de o Alentejo mostrar uma tendência decrescente no número de alunos matriculados, já que no país essa tendência é muito mais atenuada (INE, 2011).

Em relação à taxa de retenção e desistência no Ensino Básico regular, esta apresentou, quer em Portugal, quer no Alentejo uma tendência acentuadamente decrescente, sendo que, a partir de 2008, na região se vem a constatar uma estabilização do fenómeno. Pese embora a região superar a média do país quanto à taxa de retenção e desistência, a taxa de escolarização do Ensino Básico também é superior à nacional, apresentando o Alentejo Litoral as taxas de escolarização e de retenção mais elevadas. No Ensino Secundário, a taxa de escolarização também apresenta valores superiores aos valores médios do País, sendo a segunda região com a taxa de escolarização mais alta (INE, 2011).

Contudo, verifica-se ainda um número significativo de alunos que abandona o Ensino Secundário sem o ter completado. De acordo com os Censos 2011, no Alentejo, no grupo

etário entre os 18 e os 24 anos verifica-se que 16.261 indivíduos abandonaram a escola sem ter concluído o Ensino Secundário, o que corresponde a uma taxa de 30,7%, ligeiramente superior à taxa nacional que apresenta um valor de 29,8%. Esta taxa de abandono do Ensino Secundário (18-24 anos) é mais elevada no Alentejo Litoral (32,9%), enquanto o Alentejo Central apresenta um idêntico ao da taxa nacional⁸³ (INE, 2011).


Em matéria de políticas educativas tem vindo a ser alcançado uma melhoria na conclusão dos percursos escolares dos jovens graças à diversificação da oferta, designadamente a generalização da oferta de cursos profissionais em todas as escolas da rede pública com Ensino Secundário. Desta forma, muitos dos jovens que abandonariam o sistema conseguem alcançar a motivação necessária para concluir o ensino secundário através da frequência de percursos alternativos (CCDR Alentejo, 2014). Em relação à frequência de cursos profissionais no Ensino Secundário regular, a posição do Alentejo é superior (27,5%) à média nacional (25,1%), à exceção do Alentejo Litoral que inverteu esta trajetória a partir de 2008 (INE, 2011).

Quando analisarmos a taxa de escolarização no Ensino Superior (alunos com idade entre 18 e 22 anos), ainda que esta acompanhe a evolução do País, os valores nacionais são significativamente superiores (29,7%) aos valores registados no Alentejo (19,2%). Não há dúvida que o acesso mais generalizado ao Ensino Superior tem representado um aumento muito significativo dos diplomados, tendo na última década duplicado. Ainda assim, e considerando o número de diplomados do Ensino Superior por mil habitantes, constata-se que, enquanto o país revela uma tendência continuamente crescente, o Alentejo apresenta um desvio a partir de 2008, ao observarmos valores tendencialmente decrescentes, acentuando a divergência face à média nacional (CCDR, 2014).

Em termos regionais, no grupo etário 30-34 anos, a taxa de conclusão do Ensino Superior é inferior à taxa registada no país, 21,5% e 27,8%, respetivamente, sendo que é no Alentejo Central que esta taxa é mais elevada e no Alentejo Litoral a mais baixa. Contudo, a percentagem da população, que integra aquele grupo etário que frequentou o Ensino Superior aumenta para 27,2%, na Região, e 33,7%, no País, ainda que não o tivesse concluído⁸⁴. Na

⁸³ O Programa Nacional de Reformas (PNR) define uma meta para 2020 que corresponde a uma taxa média nacional de 10%, evidenciando a dimensão do esforço necessário para diminuir os valores atuais.

⁸⁴ De acordo com a CCDR Alentejo, “neste indicador o PNR estabelece uma meta nacional para 2020 de 40%, estando o Alentejo ainda muito distante da mesma” (CCDR Alentejo, 2014: 274).




distribuição dos alunos por área de estudo, comparativamente ao país, regista-se no Alentejo um valor percentual superior na área das Ciências, contrariamente às matemáticas e engenharias, que apresentam uma situação inversa (INE, 2011).

No que se refere à educação de adultos, a partir de 2008, tal como sucedeu no país, quer a certificação pelo Sistema de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências, quer a participação em cursos de Educação e Formação de Adultos por parte de indivíduos com 18 ou mais anos sofreu uma evolução decrescente. De acordo com a CCDRA (2014), as medidas de política nesta área têm demonstrado um esforço no sentido da melhoria dos níveis de certificação escolar e profissional e da diversificação e flexibilização das oportunidades de aprendizagem de adultos. Porém, “as mudanças registadas no contexto da educação de adultos, na última década, estão longe de garantir alterações significativas nos padrões de qualificação escolar e profissional da população portuguesa e da região” (CCDR Alentejo, 2014, p. 273).

Quanto às áreas de formação superior da população na Região do Alentejo, são a formação de professores, com 18,3%, o comércio e administração, com 12,5% e a saúde, também com 12,5%, aquelas que têm maior representação de diplomados (INE, 2011). As mulheres assumem maior representação nas áreas de formação superior de professores, com 24,9%, seguindo-se a área da saúde com 14,5% e o comércio e administração com 11,9%. O comércio e administração, com 13,6%, é a primeira área de formação superior mais representada nos homens, sendo a segunda no domínio da engenharia e técnicas afins, a par da agricultura e pescas com 10,4% cada (CCDR Alentejo, 2014).

Um dos principais indicadores a utilizar para aferir o desempenho do Sistema Regional de Inovação é o número de diplomados nas instituições de ensino superior da região, bem assim a sua distribuição por subsistema de ensino. Em 2011/2012 os diplomados do ensino superior do Alentejo representam aproximadamente 4% do total de diplomados do país. Entre 2007 e 2012 registou-se uma quebra consecutiva no número de diplomados, atingindo o valor mais baixo em 2010. Considerando as principais áreas de educação e formação na região, evidenciam-se as “Ciências Sociais, Comércio e Direito” e “Saúde e Proteção Social”, como as que mais têm contribuído para o número de diplomados na região, ao longo dos anos e nos diferentes níveis de ensino, culminando num perfil de qualificações de nível superior em que estas áreas de formação agregadas representam mais de 40% do número total de diplomados da região (CCDR Alentejo, 2014, p. 144).



Os níveis de diplomados em áreas nucleares como a saúde e os serviços sociais têm vindo a aumentar nos últimos anos, sendo esta a primeira área que onde o Alentejo vem acumulando capital humano de forma significativa (CCDR Alentejo, 2014, p. 82).

A formação de nível superior e a produção e exploração de conhecimento científico e tecnológico é, desta forma, garantida na região Alentejo pelas seguintes Instituições: Universidade de Évora, integrando as Escolas de Artes, de Ciências e Tecnologia e de Ciências Sociais, e ainda a Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus e o Instituto de Investigação e Formação Avançada, que por sua vez agregam uma multiplicidade de investigação sobre temáticas específicas (entre as quais, saúde, cuidados continuados integrados...); e ainda as Cátedras BES (Energias Renováveis), Rui Nabeiro (Biodiversidade) e UNESCO ("Intangible Heritage and Traditional Know-How: Linking Heritage"); e os Institutos Politécnicos de Beja e Portalegre, integrando as Escolas Superiores Agrária, de Educação, de Saúde e de Tecnologia e Gestão (CCDRA, 2014).

Também ao nível do processo de circulação do conhecimento, a região também é provida de atores especializados, cuja missão passa por estabelecer uma relação direta com os produtores de conhecimento, incidindo a sua atividade na busca e identificação de formas de exploração, difusão e transferência desse conhecimento. Esta tipologia de entidades com perfil de estruturas de interface, que assumem um papel preponderante na região em termos de transferência, mediação e difusão do conhecimento científico, está representada no Alentejo, através das seguintes instituições: Fundação Luís de Molina da Universidade de Évora; Centro de Transferência do Conhecimento do Instituto Politécnico de Beja; C3I – Coordenação Interdisciplinar para a Investigação e a Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre; Sines Tecnopólo; Parque de Ciência e Tecnologia do Alentejo; Parque Tecnológico de Moura – Lógica, E.M; ValorPedra – Cluster da Pedra Natural (CCDRA, 2014).

Importa, agora, destacar alguns aspetos importantes ao nível do investimento que se tem vindo a fazer em matéria de formação graduada e pós-graduada em Portugal e no Alentejo, com especial atenção para a área dos CCI. No plano de estudos da formação graduada das profissões afetas à rede, designadamente nas áreas científicas de Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, observam-se a inclusão de temáticas relacionadas com os Cuidados Continuados. De igual forma, ao nível desta formação têm sido criados cursos em Gerontologia Social e Geriatria,


em diferentes institutos e universidades (Instituto Superior Politécnico de Bragança, Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Escola Superior de Educação João de Deus e Universidade Lusíada) (PNS, 2010).

Quando nos reportamos à formação pós-graduada multidisciplinar, desenvolvida por instituições do ensino superior, têm surgido alguns cursos (desde Cursos Técnicos Superiores Profissionais, Licenciaturas, Pós-Graduações, Mestrados e Doutoramentos) onde os CCI são abordados. São exemplo disso, os cursos existentes na Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Universidade Lusófona e Escola Superior de Saúde Jean Piaget. No contexto Europeu e nacional, a formação pós-graduada com estas características é uma realidade que se encontra em muitos países e a sua necessidade é sustentada por experiências e estudos já desenvolvidos.

A grande percentagem de ocorrência de doenças do aparelho circulatório e cérebro-vasculares associada ao envelhecimento e ao comportamento da população na região do Alentejo representa custos relevantes para os sistemas de saúde. Nesta perspetiva, tem sido fortemente defendido no âmbito da política regional que tais sistemas não se devem “concentrar apenas no indivíduo, mas afirmar a necessidade de uma «saúde global e inserida» com a integração de cuidados e a transformação progressiva do ambiente do paciente (prevenção, alimentação, desporto, cuidadores, transporte, monitorização)” (CCDR Alentejo, 2014, p. 81). Assim, conforme apontado pela CCDR do Alentejo no âmbito da estratégia regional, este conhecimento tem sido reproduzido nas intervenções das diferentes entidades do sistema regional de saúde que têm vindo a desenvolver atividades em conjunto, de que são exemplo os projetos entre Escolas Superiores de Enfermagem e Unidades de Saúde Familiares, ou mesmo os projetos de investigação entre o Hospital do Espírito Santo (Évora) e o Hospital da Universidade de Coimbra, “que visam novas respostas e serviços de saúde ou assistência, numa lógica de prevenção e monitorização da saúde da população num contexto regional” (CCDRA, 2014, p. 82).

2.6. Dinâmicas Económico-Financeiras

Para um diagnóstico completo dos fatores externos que caracterizam o sistema em estudo, não podemos deixar de olhar para os aspetos económicos pelo peso que os mesmos assumem na garantia das condições de vida das populações e no acesso aos cuidados de saúde.



Todavia, não cabe no âmbito desta investigação analisar a situação económica do país e, em particular, da região em estudo, a não ser para destacar os indicadores económicos que poderão ter influência na situação da saúde e, em particular, na evolução do sistema de CCI nos próximos anos.

A conjuntura externa global tem fortes impactos na saúde, condicionando-a em termos presentes e a nível da sua evolução futura. Isto é, o abrandamento da economia e o seu crescimento incerto trazem consigo inconvenientes graves neste domínio.

No contexto da atual situação económica do país, um conjunto de medidas de consolidação orçamental têm vindo a ser tomadas com vista a alcançar a sustentabilidade das contas públicas e a promover a competitividade da economia portuguesa. No entanto, essas medidas de controlo da despesa pública têm implicações graves na área da saúde, nomeadamente devido à contenção de investimentos e despesas correntes (CCDR Alentejo, 2014).

Na realidade, em períodos de recessão económica, existe sempre a tendência de redução das despesas sociais. De acordo com o OPSS (2003), a estabilidade orçamental traz consigo riscos importantes, nomeadamente ao inviabilizar reformas a longo prazo, sobretudo as que se relacionam com a qualificação dos recursos humanos, a inovação científica e tecnológica, assim como a melhoria das condições de acessibilidade e infra-estrutura da atividade produtiva (OPSS, 2003).

Ainda assim, segundo a mesma fonte, Portugal tem tido um bom desempenho ao nível dos indicadores de saúde europeus, mas, com o contexto atual e a perspetiva contínua de redução do orçamento da saúde, existe um risco real de aumentar o endividamento do setor e limitar o acesso dos cidadãos ao sistema. Estamos perante um problema sério, mas também de uma oportunidade para implementar melhorias estruturais no setor da saúde (OPSS, 2011).

De acordo com o mesmo observatório, o objetivo da equidade assente no critério de que o financiamento da proteção da saúde deve ser feito de acordo com a capacidade de pagamento das famílias e não com as necessidades ou a utilização de cuidados que o seu estado de saúde possa exigir, o que na realidade tem sido difícil de garantir, sendo ainda mais difícil em contexto de contenção da despesa pública (OPSS, 2015).

É crucial neste ponto de análise colocar a seguinte questão: O aumento da população idosa trouxe consigo o crescimento da despesa/gastos públicos em saúde?

De acordo com a OCDE, os gastos que os países direcionam para os cuidados com as pessoas idosas dependentes vai duplicar e, talvez, até triplicar, até 2050. Na perspetiva deste organismo, é crucial melhorar a gestão do atendimento e os cuidados disponibilizados às pessoas idosas, pois há uma expectativa de que a população de 80 anos ou mais passe dos actuais 4% da população total dos países-membros para 10% até 2050 (OCDE, 2005).

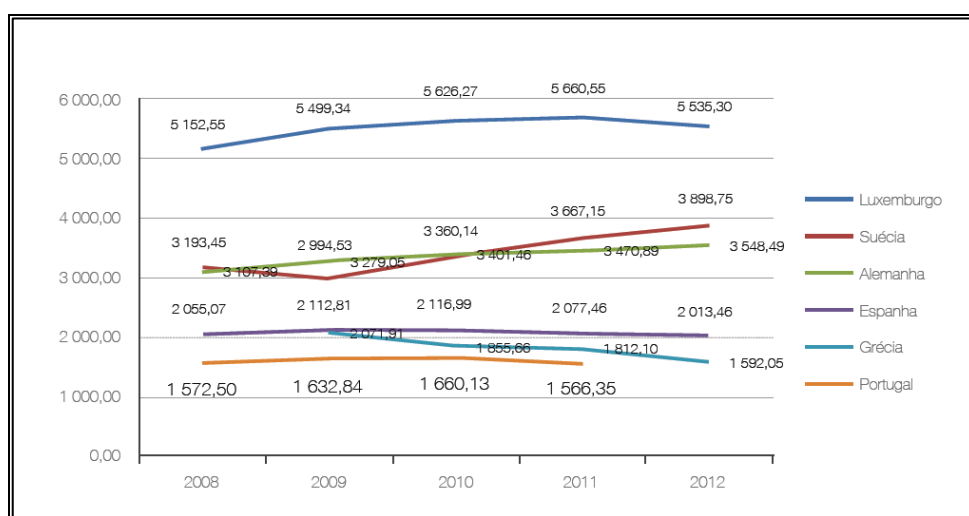
Ainda assim, segundo a mesma fonte, no contexto da OCDE, não existe em Portugal uma relação direta entre variação percentual na despesa *per capita* em saúde (num horizonte de 25 anos) e a variação na proporção da população com 65 anos ou mais. Contudo, o crescimento da despesa *per capita* em saúde atingiu em Portugal, os 10, 62%, repartido em despesa pública em saúde (6,7%) e despesa privada em saúde (3,6%) (OCDE, 2014). Portugal⁸⁵ ocupa, assim, o meio da tabela no que concerne à percentagem de PIB afeto à saúde⁸⁶, quando comparado com os restantes países, sobretudo os mais desenvolvidos, atribui uma pequena e quase inexpressiva percentagem desses gastos aos cuidados continuados (OPSS, 2011).

No último relatório primavera, o OPSS (2015) deu especial atenção à problemática do acesso aos cuidados de saúde, fazendo alusão às despesas de saúde por prestador (englobando todos os prestadores), onde Portugal surge em último lugar entre um grupo de países da UE, sendo que esse valor tem vindo a decrescer, enquanto noutros países (como por exemplo, Alemanha) tem aumentado. Observou-se, ainda, um grande afastamento entre países como Luxemburgo, Alemanha ou Suécia e o grupo de países como Portugal, Grécia e Espanha (conforme gráfico 5).

⁸⁵ Portugal encontra-se a meio da tabela, abaixo de países como Alemanha, Finlândia e Itália, que apresentam um crescimento da despesa per capita em saúde de 26,01%, 20,88% e 20,80% respetivamente, e acima de países como Suíça, Inglaterra, Grécia, Dinamarca e Espanha (2,32%, 2,37%, 6,45%, 8,36%, 8,93%, respetivamente) (CE, 2009).

⁸⁶ A saúde tem um peso crescente quer no PIB (9,5% em 2008), quer no Orçamento de Estado (5,77% em 2010 contra 5,15% em 2009, uma variação de 7,23%, apesar da contração em 4,23% do orçamento).

Gráfico 5 - Despesas de saúde por prestador (todos os prestadores em €/habitante)



Fonte: Eurostat 2015

De acordo com o mesmo relatório, Portugal é um dos países com maior taxa de prevalência de pessoas com doença mental. Esta situação impõe, por isso, um investimento maior ao nível da prestação de cuidados na área da saúde mental. Todavia, os valores da despesa com saúde relativa ao prestador Hospitais da área da saúde mental e abuso de substâncias são igualmente baixos, principalmente quando comparados com países como o Luxemburgo (Eurostat, 2015, OPSS, 2015).

Por seu turno, do lado da procura, o OPSS (2015, p. 42) deu relevo a outros indicadores, nomeadamente o “esforço financeiro empreendido pelas pessoas com o objetivo de aceder aos cuidados de saúde”.

Tal como foi mencionado, Portugal faz parte do grupo de países em que o risco de pobreza tem vindo a aumentar, tal conduz a que o poder compra da população encontra-se comprometido, especialmente quando se verifica um aumento dos custos.

Ao tecer breves comparações com outros países europeus, o mesmo observatório destaca que

Portugal foi o país que teve o maior aumento da taxa de risco de pobreza e exclusão social no último ano (um aumento de 2,1 p.p.); seguido pela Grécia (1,1 p.p.); Portugal tem a segunda maior dívida pública em comparação com o PIB (128%) logo a seguir à Grécia (174,9%) (OPSS, 2015, p. 43).

Segundo dados da OCDE (2014), em 2007 Portugal fazia parte do grupo de países com maiores pagamentos out-of-pocket⁸⁷, ocupando a 6ª posição, sendo que em 2012 subiu para a 4ª posição. O que, com as medidas adotadas para ultrapassar a situação de crise financeira em Portugal, conduziu a um agravamento do empobrecimento das populações e estas passaram a pagar mais pela sua saúde (OPSS, 2015).

O aumento dos gastos com a saúde acontece num país em que o rendimento médio é bastante inferior à média da UE (PORDATA, 2015) e onde, em simultâneo, sucede “o aumento das taxas moderadoras, a diminuição das consultas nos cuidados de saúde primários, uma distribuição desigual de profissionais de saúde pelo território nacional, uma redução do acesso ao transporte urgente e uma debilitação da rede de transportes, entre outros”⁸⁸ (OPSS, 2015, p. 43).

Conforme descreve o OPSS, avaliar o real impacto da crise no acesso aos cuidados de saúde por limitação financeira não tem sido tarefa fácil, sobretudo em virtude da inexistência de estudos mais pormenorizados produzidos em Portugal (OPSS, 2015).

A aprovação do *Orçamento da saúde 2016*⁸⁹, a monitorização e a avaliação (aos 6 e 12 meses) da realização dos compromissos externos assumidos no contexto das políticas de saúde do país, constituem acontecimentos de especial relevância e que merecem aqui a nossa atenção.

É, naturalmente, muito importante avaliar o impacto da actual crise económica e financeira na saúde e, neste caso em particular, no sistema de cuidados continuados integrados, e a forma como os seus inconvenientes podem ser superados. Para esse efeito, é relevante entender os determinantes globais, europeus e nacionais, da crise em curso, ainda que tal apenas possa ser aqui abordado de uma forma muito resumida.

A actual situação do país e as suas repercussões no futuro do sistema de CCI requer não só uma análise retrospectiva rigorosa, mas também uma atitude essencialmente prospetiva.

No âmbito da «Europa 2020», o último relatório da Comissão Europeia relativo a Portugal expõe e analisa alguns aspetos económicos fundamentais que colocam desafios específicos à

⁸⁷ Definem-se como gastos suportados diretamente pelos utentes do serviço de saúde nas situações em que o custo total do bem ou serviço de saúde não é coberto por ambos os serviços: público e seguro privado.

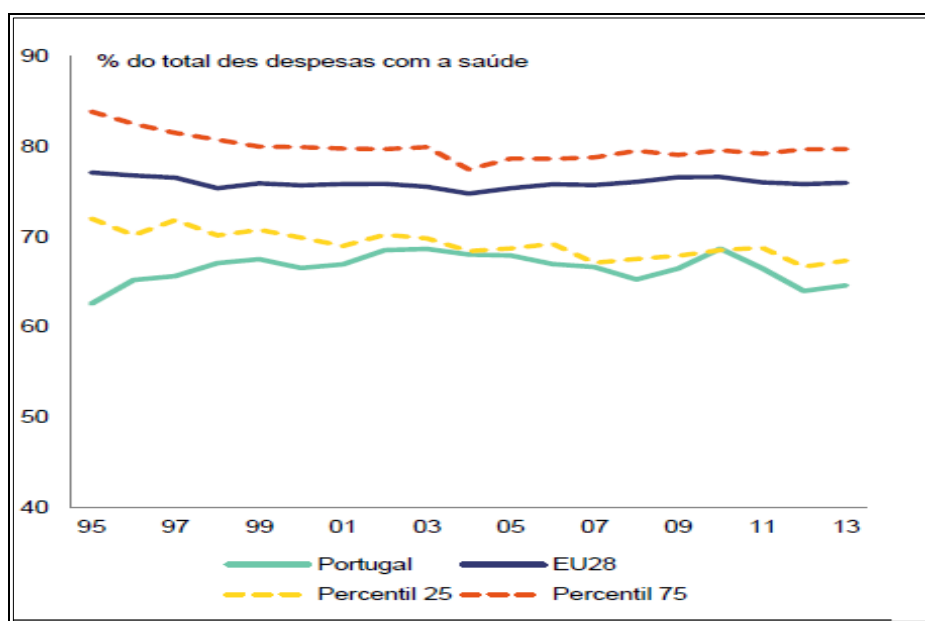
⁸⁸ Conforme refere o OPSS (2015), apesar dos custos com a saúde terem aumentado, o acesso aos medicamentos foi facilitado graças à redução contínua do seu preço nos últimos anos, que decorre do aumento da quota de genéricos.

⁸⁹ A Lei n.º 7 A/2016, de 30 de março, que aprova o Orçamento do Estado para 2016.

economia portuguesa. Segundo este relatório, “Portugal envidou esforços para garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade e de uma forma sustentável, mas as projeções a longo prazo apontam para um aumento da despesa nesta área”. Ou seja, Portugal confronta-se com “o duplo desafio da sustentabilidade a longo prazo do setor dos cuidados de saúde e da manutenção do nível de acesso aos cuidados de saúde por via de uma eficiência acrescida” (CE, 2016, p. 55).

De acordo com o referido relatório, Portugal apresenta uma das mais baixas percentagens de despesas públicas face ao total das despesas do setor da saúde. Em 2013, as despesas públicas correspondiam a 64,7% das despesas totais com saúde e Portugal fazia parte dos países com percentagens menores de despesas públicas no total das despesas do setor da saúde (Cf. Gráfico 8) (CE, 2016).

Gráfico 6 - Despesas públicas em percentagens das despesas totais com a saúde



Fonte: Comissão Europeia, 2016

Pese embora, em 2013, as despesas públicas com a saúde diminuíssem em 6% do PIB (inferior à média de 6,9% da UE), o aumento projetado até 2060 é o mais elevado na UE, atingindo os 2,5% do PIB. Além disso, não se pode ignorar as “pressões futuras em termos de

custos decorrentes das tendências demográficas e da prevalência cada vez mais importante de doenças crónicas” (CE, 2016, p. 55).

De acordo com o OE para 2016, a despesa total consolidada do programa de saúde aumentará a “9.479,7 milhões de euros, o que corresponde a um aumento de 2,8% (258,5 milhões de euros)” face à execução provisória de despesa para 2015 (MS, 2016).

Conforme a informação disponibilizada pelo quadro 12 abaixo apresentado, o SNS conta com um aumento das transferências correntes do Orçamento do Estado de 65 M€. Segundo as previsões do atual programa do Governo, este espera obter um financiamento de 326 M€ para a aplicar em novas políticas, sendo que destes, 245 M€ serão aplicados em despesa (onde se inclui a despesa de 19 M€ com a reforma dos CCI) e os restantes 81 M€ permitirão a redução do défice do SNS (MS, 2016).

Quadro 12 - Medidas do Orçamento de Estado, 2016 (M€)

Receita: 326 M€		Despesa: 245 M€	
Dotação Orçamental	65	Despesas com Pessoal	139
Redução das Taxas Moderadoras	-35	Reforma dos Cuidados de Saúde Primários	39
Política do Medicamento	90	Reforma dos Cuidados de Saúde Hospitalares	33
Compras Centralizadas	30	Reforma dos Cuidados Continuados Integrados	19
Combate à Fraude	30	Modernização de Processos	15
Aumento de Receitas Próprias	65		
Poupanças de aumento da Eficiência	81		

Fonte: Ministério da Saúde, 2016

Conforme se pode observar no quadro 13 , a RNCCI beneficia de um aumento de 11 M€ de receita proveniente da distribuição dos resultados líquidos dos Jogos Sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Com a aprovação do OE para 2016, a despesa orçamentada totaliza 93 M€, verificando-se um incremento de 17 M€ face a 2015.

Quadro 13 - Afetação da Receita de Jogos Sociais (M)

	2015 OE	2016 OE	Variação absoluta
1. Cuidados Continuados Integrados	38	49	11
2. Combate à Toxicodependência e comportamentos aditivos	22	28	6
3. Planos e Programas Nacionais (DGS)	16	16	-1
Receita de jogos sociais	76	93	17

Fonte: ACSS, 2015

Segundo a perspetiva do MS (2016), graças ao aumento das transferências do OE e das medidas de eficiência, a situação financeira do SNS em 2016 reflete uma evolução positiva no sentido da consolidação orçamental. Contudo, o aumento da despesa em matéria de saúde deixa o país perante o desafio de garantir a sustentabilidade orçamental a longo prazo neste setor.

A este propósito, a Comissão Europeia alerta que, apesar de os indicadores da saúde não demonstrarem problemas significativos de acessibilidade, existem indícios de que não será fácil manter os atuais níveis de acesso aos cuidados de saúde. Assim, no diz respeito à acessibilidade, os pagamentos diretos em percentagem das despesas totais com saúde aumentaram entre 2007 e 2013 de 25,5% para 26,6%, face à média europeia que registava uma diminuição (de 16,5% para 16,1%). No que respeita às necessidades de cuidados não satisfeitas, a tendência de queda alterou-se, em 2012, com o aumento da percentagem da população a declarar necessidades não satisfeitas (de 1,4% em 2011 para 3,3% em 2012, seguido de uma ligeira quebra para 3%, em 2013). Entre as razões apontadas pela população, salienta-se as seguintes: “porque os cuidados são demasiado caros, porque é necessário percorrer longas distâncias para os obter ou porque as listas de espera são longas” (CE, 2016, p. 55).

A Comissão acrescenta que em Portugal os indicadores de resultados na área dos cuidados são, de um modo geral, positivos, ainda que, pelos padrões europeus, as despesas com a prevenção sejam relativamente modestas.

Passamos, agora, a analisar alguns dados relativos aos custos da RNCCI. Apesar de, com a criação e completa implementação da Rede, se prever a redução dos custos associados ao envelhecimento da população, sobretudo ao nível hospitalar, considera-se relevante verificar

como decorreu a execução financeira desde a implementação da rede, ou seja, entre 2006 e 2015 (1º semestre).

Assim sendo, de acordo com os relatórios de monitorização da RNCCI, observa-se que o montante global acumulado foi de € 940.800.816,31 € (despesas com o funcionamento e investimentos nas áreas da saúde e social). Na área da saúde, os anos onde se registaram as maiores despesas com o funcionamento foram em 2012, 2013 e 2014 (€ 118.264.129,09), verificando-se um decréscimo muito acentuado em 2015 (€ 60.725.925,19). Na componente social, entre 2006-2015 os custos aumentaram progressivamente, verificando-se uma quebra substancial em 2015 face a 2014, respetivamente € 15.125.201,35 e € 31.764.474,54. (ACSS, 2015).

Constata-se ainda uma quebra generalizada nas taxas de execução em 2015 face a 2014, respetivamente € 76.744.936,09 e € 152.705.364,96, sendo ao nível do financiamento na área da saúde onde os custos atingiram uma quebra mais acentuada (entre 2014 e 2015 os valores associados ao financiamento passaram de € 2.676.761,34 para € 893.809,55) (ACSS, 2015).

Na análise destes dois anos consecutivos destaca-se uma desaceleração dos valores associados a investimento e aos custos de funcionamento, que decorre de um acréscimo de apenas 9,5% de utentes assistidos em 2015 face ao final de 2014 (ACSS, 2015).

Se analisarmos os valores, em euros, da componente Saúde, por Regiões de Saúde, a ARS Alentejo registou em 2016 um total de 14 013 599,26 de despesas de funcionamento (face a 13.583.525,84 em 2015 e 14.184.543,41 em 2014), sendo que 13 994 937,08 (comparativamente a 13.551.719,67 em 2015 e 14.121.406,82 em 2014) foram provenientes dos serviços de saúde, designadamente do funcionamento das Unidades de Internamento (ACSS, 2016).

Em termos de investimento não foram registadas despesas em 2015 e 2016, tendo sido registadas em 2014 o valor correspondente a 26. 343, 05 relativas a subsídios ao investimento no âmbito do programa modelar 1 (ACSS, 2015).

Numa análise feita pela UMCCI relativa aos custos médios da RNCC durante o 1º semestre de 2009,⁹⁰ é possível observar a partir da leitura do quadro 14 que “o custo real médio diário” apurado na RNCCI foi de 82 euros, sendo menor em relação ao custo diário médio hospitalar,

⁹⁰ Dificuldade no acesso a dados recentes que pudessem demonstrar os custos médios obtidos na RNCCI.

apurado em 403 euros no ano 2008. O mesmo se observa em relação aos utentes assistidos pelas ECCI (UMCCI, 2009).

Quadro 14 - Custos Médios da RNCCI no 1º semestre de 2009

Custo médio	Custo médio (euros)
Por utente referenciado	187
Por utente com condições de ingresso	318
Diário da RNCCI (Custo Acção 2/nº de dias do 1º trimestre) ⁹¹	1 237.941
De um utente tratado numa unidade prestadora da RNCCI	3.353
De um utente assistido numa ECCI (Custo Acção 2/nº de utentes assistidos numa ECCI)	1.732
Mensal de uma cama de internamento na RNCCI	2.189
Mensal de um lugar domiciliário na RNCCI	216
Diário de uma cama de internamento na RNCCI	82

Fonte: Portugal. MS, UMCCI, 2009

A questão do financiamento e acesso aos cuidados de saúde tem sido amplamente debatida pelos diferentes organismos, como a OMS e os Observatórios Europeu e Português dos Sistemas de Saúde.

Na perspetiva do OPSS (2011), a maior pressão sobre o aumento dos custos advirá da acentuação do fenómeno de envelhecimento, conforme analisado no ponto relativo aos fatores demográficos a propósito da taxa de sustentabilidade potencial, que evidencia, de acordo com algumas projeções, que em 2050 a percentagem de idosos seja de cerca de 32%. Por sua vez, a percentagem de jovens será de cerca de 13%, o que originará uma dupla pressão: por um lado um aumento percentual do número de idosos onera os custos com os cuidados, por outro, uma diminuição do número de jovens, que se traduz na redução do número total de pessoas em idade activa e a contribuir para a segurança social, invocando-se assim questões de sustentabilidade potencial (OPSS, 2011).

Avaliar diferentes opções para o financiamento dos cuidados de longa duração levanta três questões fundamentais. Em primeiro lugar, requer uma avaliação da necessidade futura de

⁹¹ Esta ação corresponde à prestação de cuidados continuados integrados de saúde e de apoio social adequados aos utentes da RNCCI pelas diferentes unidades prestadoras e ECCI.

serviços de cuidados de longo prazo e das suas repercussões socioeconómicas mais amplas. Em segundo, a justificação para a utilização de fundos públicos para o financiamento de cuidados de longa duração e, como tal, isso varia em função do contexto específico do país. Finalmente, levanta a questão de como esses cuidados são implementados de modo a maximizar a equidade e eficiência no sistema (OMS, 2009).

2.7. Dinâmicas Político-Legais

Quando nos debruçamos sobre os fatores político-legais, devemos considerar, por um lado, a componente normativa que define as regras e os procedimentos a adotar com vista à otimização do funcionamento da rede e, em especial, das unidades e equipas que a compõem, com especial ênfase para as parcerias, definindo os procedimentos para o seu funcionamento global. E, por outro lado, as ações concretas desenvolvidas pelos órgãos de governo central, regional e local, assim como as medidas preconizadas em termos de instrumentos de planeamento/desenvolvimento da rede no território em estudo (projetos, programas, iniciativas, planos).

Mas esta análise carece, antes, de um enquadramento da política internacional em matéria de saúde e cuidados continuados (LTC), capaz de nos fornecer as principais orientações e estratégias da UE nesta matéria.

Atualmente, a ação política da UE e de Portugal em matéria de Saúde é influenciada por um quadro de referência estratégico denominado por «Health 2020» (OMS, 2014), que fornece orientações aos governos europeus na definição de estratégias centradas na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde (mediante abordagens denominadas por *whole-society* e *whole-of-government*) (PNS, 2015).

O âmbito de ação da UE no domínio da política de saúde, definido no artigo 168.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia⁹², passa por garantir que a saúde humana será bem protegida e tida em conta na elaboração de todas as políticas e atividades da UE. A iniciativa da UE «Juntos para a saúde» apoiada na estratégia «Europa 2020», tem como desígnio

⁹² O referido Tratado estabelece que cabe aos Estados-Membros definir as respetivas políticas de saúde, organizar e assegurar a prestação dos serviços de saúde e dos cuidados médicos, incluindo os recursos que lhes são afetados.

“transformar a União Europeia numa economia inteligente, sustentável e inclusiva, capaz de promover o crescimento para todos. A boa saúde da população é uma condição fundamental para a realização desse objetivo” (CE, 2014, para.7).

Com base nestes propósitos, a Comissão Europeia apresentou uma proposta relativa ao próximo quadro financeiro plurianual, para o período de 2014-2020, intitulada “Um Orçamento para a Europa 2020” e um conjunto de propostas legislativas que abrange todos os instrumentos de financiamento das políticas estruturais⁹³ (CCDR, 2014).

De forma a implementar a estratégia da Europa 2020, a Comissão definiu um conjunto de programas em diferentes áreas, entre elas, a Saúde Pública. O atual programa da UE no domínio da saúde abrange o período de 2014 a 2020⁹⁴ (que sucede o programa plurianual para o período de 2008 a 2013) como principal instrumento utilizado pela Comissão Europeia para implementar a estratégia da UE em matéria de saúde⁹⁵. Este programa é executado com base em planos de trabalho anuais que estabelecem as áreas prioritárias e os critérios para o financiamento de ações no quadro do programa⁹⁶ (CE, 2014, p. 3).

Em 2013, a Comissão Europeia adotou um pacote de medidas intitulado «Investimento social a favor do crescimento e da coesão». Um leque diversificado dessas medidas reporta-se ao investimento no domínio da saúde. A principal ideia que a Comissão pretende veicular é a de que “a saúde, sendo um valor em si mesma, é também um fator determinante para a prosperidade económica” (CE, 2014, p. 5). Para tal, a Comissão procura apoiar as reformas necessárias através do «Semestre Europeu» e dos seus instrumentos de financiamento (fundos estruturais e o programa «Saúde»).

De forma a garantir a eficácia da sua ação, a Comissão criou um conjunto de instrumentos que apelam à cooperação e coordenação entre os governos nacionais: Sistemas de alerta da UE;

⁹³ Estas medidas incluem um regulamento de enquadramento com disposições comuns para a gestão do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), Fundo Social Europeu (FSE), Fundo de Coesão (FC), Fundo Europeu Agrícola de Desenvolvimento Rural (FEADER) e Fundo Europeu para os Assuntos Marítimos e das Pescas (FEAMP); regulamentos específicos relativos ao FEDER, ao FSE e ao FC; regulamentos relativos ao objectivo de Cooperação Territorial Europeia.

⁹⁴ De acordo com o regulamento n.282/2014 do parlamento europeu e do conselho de 11 de março de 2014 relativo à criação de um terceiro Programa de ação da União no domínio da saúde (2014-2020), que revoga a Decisão n. o 1350/2007/CE.

⁹⁵ Foi com base e em consonância com os objetivos do anterior programa de saúde da UE para 2008-2013 que se definiram os objetivos da Estratégia Europa 2020, com vista a dar prioridade aos investimentos na saúde e fazer face ao problema do envelhecimento da população.

⁹⁶ Os critérios para o financiamento de ações ao abrigo do programa são definidos anualmente num plano de trabalho, seguido de convites à apresentação de propostas relativas a projetos, subvenções de funcionamento, conferências e ações conjuntas, abertos a todos os interessados. A Agência de Execução para os Consumidores, a Saúde e a Alimentação (CHAFEA) apoia a Comissão na execução do programa.

Comité de Segurança da Saúde (CSS); Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD); e as Redes de investigação à escala da UE (CE, 2014).

De acordo com a Comissão Europeia, “os europeus vivem mais tempo, mas o número de anos de vida com boa saúde não tem aumentado.” (UE, 2014, p. 13). Face a este contexto, a UE lançou, em 2011, a «Parceria Europeia para a Inovação no domínio do Envelhecimento Ativo e Saudável», que reúne investigadores, autoridades competentes no domínio da saúde, profissionais da saúde, empresas, entidades reguladoras e associações de doentes, no sentido de analisar formas de reduzir a pressão sobre os cuidados de saúde e de contribuir para o crescimento sustentável. O objetivo central desta parceria visa aumentar em dois anos a esperança de vida saudável até 2020, para que mais pessoas possam viver durante mais tempo (CE, 2014).

Segundo a CE, as perturbações mentais são hoje uma das principais causas do absentismo dos trabalhadores, das pensões de invalidez e dos pedidos de reforma antecipada, constituindo-se uma das categorias de doenças mais frequentes na UE. Na União Europeia, estimam-se que vivam 6,4 milhões de pessoas com demência e, em todo o mundo, existem hoje 47,5 milhões de pessoas que vivem com demência, 58% das quais em países de baixo e médio rendimento. Perante este cenário, surgiu em 2008 outra iniciativa europeia igualmente importante: «O Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar», que confere aos países da UE, às organizações não governamentais e às partes interessadas, um enquadramento a nível da UE para a troca de informações sobre os desafios ligados à saúde mental, sendo que as melhores práticas são registadas na base de dados em linha da UE sobre saúde mental e bem-estar (CE, 2015).

Recentemente, na reunião do Conselho da UE, realizada a 7 de dezembro de 2015, foram adotadas um conjunto de conclusões sobre o apoio às pessoas que vivem com demência, que passa por melhorar as políticas e práticas dos cuidados de saúde. Para o efeito, tece um conjunto de recomendações aos diferentes Estado-Membros no sentido de considerar a demência como uma prioridade nas estratégias, planos de ação ou programas nacionais intersetoriais sobre a demência, disponibilizando assistência e tratamento adequados às pessoas com demência, às suas famílias e prestadores de cuidados e garantindo em simultâneo a sustentabilidade dos sistemas de saúde e de segurança social. Reforça, ainda, a coordenação das políticas no domínio da demência nos Estados-Membros, assim como o papel dos cuidados primários (CE, 2015).

Conforme sinaliza o *Plano Global da Saúde Mental 2013-2020* da OMS (2013), os problemas de saúde mental são responsáveis por uma alta taxa de incapacidade, para a qual contribuem múltiplos fatores individuais, sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais. Neste sentido, a resposta deve ser multissetorial, estar localizada na comunidade e estimular a participação dos utentes e seus familiares (OMS, 2013).

A integração dos Cuidados Continuados para a Saúde Mental na RNCCI, prevista desde 2010, assinala, assim, a resposta de Portugal às recomendações da UE e da OMS sobre a necessidade de priorizarem as estratégias no domínio da Saúde Mental.

Perante este cenário, um dos objetivos do *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*, bem como do prolongamento do mesmo para o período de 2016-2020, passa pelo

desenvolvimento de unidades e equipas de reabilitação psicossocial que assegurem um suporte de longa duração, numa lógica de proximidade, de maior acessibilidade aos serviços de saúde mental, de mobilização dos recursos da comunidade que procurem a adaptação das respostas a problemas específicos da pessoa em causa, estimulando a autonomia e a tomada de decisão no seu processo reabilitativo, é facilitador da sua inclusão e caracteriza a resposta dos cuidados continuados integrados para a saúde mental (MS, MTSS, 2016, p. 4).

Em relação à pessoa com doença mental grave, existe desde 2010 uma orientação específica, traduzida no Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro⁹⁷, republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011 de 10 de fevereiro, para o desenvolvimento de respostas reabilitativas que atendam a situações de dependência e incapacidade psicossocial provocadas por essas situações clínicas.

Assinala-se, assim, o anúncio de um compromisso de cooperação entre o Governo, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e as Mutualidades Portuguesas, no qual se avançaram com as primeiras experiências piloto de unidades pertencentes ao setor social e solidário⁹⁸, no período 2015 e 2016, e que foram alvo de financiamento comunitário, em função das necessidades regionais identificadas, com especial relevância para as áreas de cuidados continuados dirigidos à Saúde Mental e Cuidados Paliativos (MS & MTSS, 2015).

À semelhança da situação descrita para a Saúde Mental, os CCI à população pediátrica são considerados pela política do atual governo uma necessidade a integrar na reforma dos

⁹⁷ Através do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, foi feita a primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, integrando-se na RNCCI o conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental criado pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro.

⁹⁸ Em relação às unidades e equipas de saúde mental no âmbito da RNCCI foram autorizadas as constantes do anexo III ao Despacho n.º 8320-B/2015, de 29 de julho, perfazendo um total de 312 lugares.

Cuidados em Portugal. Existe um conjunto de referências legislativas explícitas, que remontam a 2011, onde se previa a necessidade de criação de equipas de cuidados paliativos em todos os hospitais de referência, designadamente o 2º Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2011-2013), a Lei de bases dos cuidados paliativos (DL 52/2012) e o Despacho 10429/2014 (MS & MTSS, 2016).

Além disso, em 2014, a OMS identificou Portugal como o país menos desenvolvido da Europa ocidental na prestação de cuidados paliativos pediátricos às crianças e adolescentes, em particular as portadoras de doenças crónicas complexas (DCC), limitantes da qualidade e/ou da esperança de vida. Na sequência desta referência da OMS, foram criados de Grupos de Trabalho de cuidados paliativos e continuados pediátricos (através dos despachos 8286-A/2014 e 11420/2014), cujo trabalho desenvolvido resultou na publicação da Portaria 343/2015 e de um Despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, preconizando a criação, no imediato, de equipas de paliativos pediátricos em 5 grandes Hospitais com serviços de pediatria, em Lisboa (Hospital de D. Estefânia e Hospital de Santa Maria), Porto (Centro Hospitalar Porto e Centro Hospitalar de S. João) e Coimbra (Hospital Pediátrico) (MS & MTSS, 2016).

Neste contexto, as orientações políticas vão no sentido de proceder à avaliação do ponto de situação atual e promover o desenvolvimento de uma Rede de CC e Paliativos destinada ao recém-nascido, ao lactente, à criança e ao jovem com doença crónica e suas famílias⁹⁹.

Apesar de alguns avanços políticos na área dos Cuidados Paliativos, em especial a Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional dos Cuidados Paliativos (PNCP) e a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), é reforçada a carência de respostas e coordenação integrada que promova o desenvolvimento deste tipo de cuidados. Criada pela Lei n.º 52 de 2012, de 5 de setembro, e através da Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro¹⁰⁰, a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) aguarda, ainda, legislação específica, que regulamente os tempos máximos de resposta garantidos, de forma compatível com a natureza

⁹⁹ Através da Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro, foram definidas as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 (UCIP nível 1) e de ambulatório pediátricos, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados destinadas a cuidados pediátricos da RNCCI. Contudo, para dar início à implementação de respostas na área pediátrica, falta aprovar a tabela de preços, assim como analisar/rever a Portaria, pelo que a resposta Unidade de Dia e Promoção da Autonomia (UDPA), em particular, carecem de aprofundamento.

¹⁰⁰ Onde foram reguladas a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais, bem como as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos.

e fase evolutiva da doença (conforme. n.º 5 da Base XX da LBCP) e as regras de financiamento de cada serviço (conforme n.º 2 da Base XXX da LBCP) (MS & MTSS, 2016).


A expansão e melhoria da integração da RNCCI e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência constitui, assim, um dos pilares fundamentais do Programa do XXI Governo Constitucional para a Saúde. Perante este propósito, e respeitando as atuais orientações da Comissão Europeia definidas no 3º Programa de Saúde 2014-2020, a Reforma dos CCI surge no Orçamento de Estado de 2016 como uma das reformas de saúde.

Porque a RNCCI se integra numa Política de Saúde pública e global, interessa pontuar que no âmbito do “Orçamentação por Programas” para os Cuidados Continuados, presente no Orçamento de Estado para 2016, foram estabelecidos os seguintes objetivos estratégicos (MS & MTSS, 2016, p. 19):

- 1) Reforçar os cuidados continuados integrados (CCI) prestados no domicílio e em ambulatório, através da Criação de Unidades de Dia e Promoção de Autonomia, do aumento do número de Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos e do investimento na Formação e capacitação dos recursos humanos;
- 2) Desmaterializar o processo de referenciação, agilizando a colocação de utentes na RNCCI;
- 3) Aumentar o número de vagas em todas as suas tipologias (envolvendo o terceiro setor e privado) em locais de manifesta Carência;
- 4) Reconhecer e apoiar os cuidadores informais, com a experiência piloto de capacitação do cuidador (articulação com Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados);
- 5) Reforçar a componente de saúde mental na RNCCI através do início de atividade destas unidades;
- 6) Implementar os cuidados paliativos pediátricos na RNCCI;
- 7) Reforçar a rede de cuidados paliativos.

A rede de cuidados continuados constitui, nestes últimos anos, para a política de saúde em Portugal, uma grande reforma, pese embora o seu investimento revelasse sinais de abrandamento. As intenções políticas revelam a importância que a mesma assume na sociedade, devendo ser estimulada na comunidade e na periferia das grandes cidades para chegar ao domicílio da população idosa e dependente, integrada com a rede de ação social. Para tal, sublinham o papel ativo das autarquias, no sentido de se criar um ambiente favorável ao envelhecimento ativo e saudável (MS e MTSS, 2016).

Com o intuito principal de maximizar ganhos em saúde e enquadrar a atuação dos diversos atores que intervêm direta e indiretamente na política de saúde, surge o Plano Nacional de Saúde (PNS) enquanto instrumento orientador que visa a definição de uma estratégia de saúde e que tem vindo a ser largamente adotado por diversos países. O PNS cumpre uma função política importante ao concetualizar, desenvolver e consolidar um conjunto de princípios



estratégicos orientadores com vista a melhorar o estado de saúde das populações e reorientar o sistema prestador de cuidados para alcançar níveis mais satisfatórios de acesso, equidade, eficiência, qualidade e sustentabilidade. Neste sentido, numa lógica de planeamento macro estratégico (transformado em planeamento operacional a nível regional e local), a sua implementação concretiza-se através de um conjunto de instrumentos, ou seja, programas, projetos, atividades e ações levadas a cabo por diferentes atores e direcionadas a determinados temas ou necessidades. Este plano pretende que tais instrumentos de implementação adoptem uma abordagem intersectorial, envolvendo os diferentes ministérios, autarquias, entidades públicas e privadas, associações profissionais, sociedades científicas, associações de doentes e demais organizações governamentais e não-governamentais, assim como o próprio cidadão.

Surge em Portugal, entre 1996 e 1999, a primeira estratégia - *Saúde: um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*, sendo abandonada em 2000 e, um ano mais tarde, criado o PNS 2004–2010, onde foram definidas aquelas que seriam as orientações estratégicas para aquele período e cuja finalidade seria “sustentar, política, técnica e financeiramente, uma vontade nacional, atribuindo-lhe uma marca integradora e facilitadora na coordenação e intercolaboração dos múltiplos setores que contribuem para a saúde” (PNS, 2014, p. 1).

Fruto da recolha de estudos nacionais e internacionais, da constituição de grupos académicos e de peritos que produziram análises especializadas em áreas específicas do PNS (colocadas à discussão pública) e dos contributos solicitados a várias centenas de entidades individuais e coletivas, foi constituído, em dezembro de 2013, um suporte de evidência e publicado o PNS 2012-2016. Neste último plano, foram tidas em conta áreas prioritárias e estratégicas, entre elas, a Cidadania e Saúde, a Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde, a Qualidade dos Cuidados e dos Serviços, as Tecnologias de Informação e Comunicação, os Recursos Humanos na Saúde, as Estratégias Locais de Saúde, a Integração e Continuidade de Cuidados, os Cuidados de Saúde Primários (CSP), os Cuidados Hospitalares (CH) e os Cuidados Continuados Integrados (CCI) (PNS, 2014).

No que se refere aos CCI, estes já tinham sido reconhecidos em 1998, por despacho conjunto do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade (Despacho Conjunto nº 407/98, de 18 de junho), em seguimento de várias orientações, projetos e programas anteriormente desenvolvidos pela Direção-Geral de Saúde (DGS). Este documento veio, assim, constatar a crescente importância da prestação de cuidados continuados, face às

transformações demográficas, sociais e familiares na sociedade portuguesa que originaram novas necessidades por parte de alguns segmentos da população, nomeadamente as pessoas mais idosas, com deficiência e com problemas de saúde mental (PNS, 2014).

Em 2004, os CCI foram incluídos, pela primeira vez, no PNS de 2004/2010. Posteriormente, em 2006, consubstanciando a importância deste nível de cuidados, foi criada a RNCCI. Em 2013, a problemática dos CCI surge como foco privilegiado no PNS 2012-2016, intitulado *Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro*, onde esta Rede foi alvo de uma reflexão crítica e onde se teceram perspetivas e recomendações para o seu desenvolvimento no período 2012-2016 (PNS, 2013).

Assim, os CCI continuam a ser considerados como área prioritária no PNS como resultado da necessidade de desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência, de investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, de qualificar e humanizar a prestação de cuidados, de potenciar os recursos locais e criar respostas adequadas ao envelhecimento e às alterações de funcionalidade.

Após dez anos de existência, a RNCCI, enquanto resposta do SNS e fazendo parte de uma das reformas da saúde, é tida como parte integrante do SNS, discutindo-se hoje o seu desenvolvimento e sustentabilidade.

Assim, numa perspetiva de continuidade e evolução do PNS 2012-2016, o último PNS intitulado *Revisão e Extensão 2020* tem como pretensão contribuir para uma estratégia de saúde que reflita sobre a estruturação de um Roteiro de Intervenção¹⁰¹, com o objetivo de materializar um conjunto de recomendações que contribua para introduzir melhorias na RNCCI ao nível do acesso e qualidade dos cuidados e dotar o sistema de melhores estruturas de gestão, potenciando mais ganhos em saúde num quadro de desenvolvimento e sustentabilidade (PNS, 2016).

Este Plano surge na sequência das recomendações da OMS-Euro a propósito da implementação do anterior PNS (2012-2016), cuja fundamentação assenta nos referidos Roteiros de Intervenção e em documentos estratégicos anteriormente referidos para a política de saúde nacional e internacional, designadamente: *Health 2020* (OMS, 2014); *Um Futuro*

¹⁰¹ Os Roteiros de Intervenção são estudos de autor solicitados a peritos nacionais com o objetivo de contribuir com a melhor evidência e conhecimentos para o Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

para a Saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014)¹⁰²; e ainda as implicações decorrentes da *Estratégia Health for Growth Programme 2014-2020* (CE, 2014).

Para a formulação das orientações, o referido Plano inspirou-se no «modelo de co-produção de saúde» que defende que, por um lado, a Governação para a Saúde partilhada pelos diferentes setores da sociedade, incluindo a administração pública, e por outro, a Governação da Saúde (prestação de cuidados de saúde) partilhada pelos doentes e profissionais contribuem em conjunto para o estado e ganhos em saúde na população.

Questões centrais como Cidadania e Qualidade em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde e Políticas Saudáveis têm sido amplamente discutidas e reflectidas nos diferentes documentos orientadores da política de saúde nacional e internacional.

No âmbito do acordo de parceria que Portugal propõe à Comissão Europeia, denominado *Portugal 2020*, a estratégia¹⁰³ que vem sendo implementada na área da saúde procura alcançar melhorias ao nível da eficiência operacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde, definindo, em simultâneo, as bases da reforma estrutural do sistema de saúde.

No âmbito da política regional, surge o Plano Regional de Saúde (PRS), cujo objetivo assenta em constituir-se, por um lado, como um documento orientador com a definição das grandes linhas de intervenção e objetivos estratégicos e, por outro lado, como um instrumento de trabalho a utilizar pelos serviços de saúde da região Alentejo (ARSA, 2014). De acordo com o relatório de atividades da ARSA¹⁰⁴ referente a 2014, e tendo também em consideração as prioridades nacionais definidas no PNS 2012-2016, assim como “as características específicas e diferenciadoras da Região Alentejo e os critérios de transcendência social, de vulnerabilidade à intervenção e a magnitude das patologias definidas”, definiram-se como prioridades para a saúde, para o período de 2012-2016: Doenças cardio e cerebrovasculares;

¹⁰² O relatório «Um Futuro para a Saúde» da Fundação Calouste Gulbenkian (2014) foca-se no desafio de criar, para os próximos 25 anos, uma visão para a saúde e para os cuidados de saúde em Portugal. As propostas deste relatório passam por se investir no empowerment (empoderamento) dos cidadãos, na participação ativa da sociedade e numa procura contínua de qualidade, chamando a atenção para a necessidade de um “novo pacto para a Saúde” (PNS, 2015).

¹⁰³ Para garantir e reforçar a anterior estratégia, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, tem “como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde”. É, ainda, determinado pelo Despacho n.º 5739/2015, de 29 de maio, a divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde.

¹⁰⁴ Este relatório pretende definir as principais linhas de ação das atividades da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP (ARSA) para 2014, cujo objetivo passa por estabelecer os vetores de atuação da instituição, permitindo materializar o orçamento necessário para a sua concretização.

Diabetes; Tumores malignos (mama, colo do útero, cólon e recto, traqueia, brônquios e pulmão); Obesidade; Saúde Mental e doenças do foro psiquiátrico (ARSA, 2014).

Tendo em consideração o perfil de utentes/população da região relativamente às suas características epidemiológicas, para além das patologias prioritárias, foram igualmente valorizadas pela ARSA duas áreas que merecem um olhar atento e reforçado, nomeadamente as doenças crónicas, sobretudo no que respeita à capacidade de intervenção para evitar a sua condição, e a multimorbilidade, que exigirá maiores níveis de volume de prestação, diferenciação e integração na abordagem e intensidade de resposta (ARSA, 2014).

Para além deste, surge o Plano Local de Saúde (PLS) como crucial no âmbito da política regional em matéria de saúde, cuja responsabilidade passa por todos os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e Unidades Locais de Saúde (ULS), em articulação estreita com a respetiva Administração Regional de Saúde (ARS), ao assumirem a sua elaboração em consonância com as estratégias definidas pelo Plano Nacional de saúde da DGS.

O PLS define-se como uma fonte de orientação para as melhores práticas de implementação de programas de saúde a nível local, considerando que o perfil e as necessidades de saúde de cada população têm uma expressão local. Assim, quando se implementam estratégias e prioridades definidas a nível nacional deverá haver um exercício para que, ao nível local, se possam identificar as suas características, bem como a expressão das suas próprias prioridades e estratégias. A formulação de estratégias a nível local conta com os recursos disponíveis não apenas nos serviços de saúde, e em particular os do SNS, como também os recursos das diferentes instituições e organismos a nível local ou mesmo regional (ARSA, 2016).

Para além do que já ficou dito sobre as implicações decorrentes das *Estratégias Health 2020* (OMS, 2014) e *Health for Growth Programme 2014-2020* (CE, 2014), torna-se evidente que o curso das políticas sociais e das reformas em Portugal tem sido influenciado, em grande medida, pelos padrões de decisão política internacional e por determinados programas sociais aprovados por vários países membros da UE que se tornaram modelares¹⁰⁵.

Quando nos reportamos às particularidades do modelo social português, percebemos a sua relevância para avaliar os programas específicos como os CCI, assim como o curso das

¹⁰⁵ De que é exemplo o Programa Rede Mais para a proteção das pessoas com elevado grau de dependência, criado no âmbito da Resolução do Conselho de Ministros n.º59/2002, que destaca o papel do Comité de Proteção Social da União Europeia na definição de objetivos e na orientação e preparação das agendas do Conselho Europeu neste domínio.

políticas sociais e das reformas nesta matéria. Ainda assim, existem outras influências determinantes nas políticas sociais fruto da condição europeia de Portugal, são elas, os fundos estruturais (designadamente do FSE) e de coesão (Programas Delors I e II)¹⁰⁶ e o pacto de estabilidade e crescimento, associado ao sistema monetário¹⁰⁷ (Hespanha & Hespanha, 2011).

À semelhança de outros países do Sul, Portugal caracteriza-se por possuir um setor de cuidados continuados de saúde e sociais ainda pouco desenvolvido, pelo que até há pouco tempo se tratava de um domínio considerado da responsabilidade da Família. Em virtude das alterações ocorridas na estrutura social e composição das famílias, bem como da entrada massiva da população feminina no mercado de trabalho, tem vindo a crescer a atenção do Estado e das instituições não governamentais sobre este domínio (Hespanha & Hespanha, 2011).

A história dos cuidados continuados às pessoas dependentes não recorda qualquer intervenção do Estado ou das instituições públicas. As iniciativas institucionais eram sobretudo levadas a cabo pelas instituições da Igreja e misericórdias. Em Portugal, os apoios públicos de caráter assistencial foram sempre esporádicos, destinando-se a resolver dificuldades pontuais e mais graves sobretudo das famílias, em qualquer garantia de continuidade. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, enquanto programa estatal criado em 2006, vem, em certa medida, preencher essa falha do sistema de proteção social português (Hespanha & Hespanha, 2011).

Importa, agora, recuar no tempo e observar a evolução das respostas, quer públicas quer privadas, que surgiram, no fim do século XX, num processo misto de desenvolvimento do Estado-Providência e de acréscimo das organizações não-governamentais (quase sempre sob a proteção do Estado), cuja existência contribuiu para a construção da RNCCI (Hespanha & Hespanha, 2011).

Uma dessas respostas reportava-se ao Programa de Apoio integrado a Idosos (PAII), criado em 1994 e destinado a ser promovido pelas organizações não-governamentais de base

¹⁰⁶ Tais fundos foram decisivos para o lançamento de muitos programas em diversas áreas do social, como o emprego, a formação profissional, a saúde, a educação, a habitação e a pobreza.

¹⁰⁷ Este pacto conduziu à retração das políticas públicas, o qual se traduziu em cortes da despesa pública, ao estrangular a segurança social, ao congelar os salários e as prestações sociais, ao privatizar, reduzir e encerrar serviços públicos, trazendo consequências irremediáveis para o aumento da vulnerabilidade à exclusão e para o agravamento das desigualdades (Hespanha e Hespanha, 2011).

comunitária¹⁰⁸. Este programa definia-se por um conjunto de medidas inovadoras que proclamavam a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, privilegiando o domicílio e o seu meio habitual de vida, concretizando-se através de projetos de desenvolvimento central e local. Uma vez que partiam de iniciativas experimentais, a cobertura territorial do PAII era muito limitada, uma vez que o financiamento durava em média dois anos, cessando de imediato a responsabilidade do Estado, tornando a continuidade desses projetos insustentáveis do ponto de vista financeiro (Hespanha & Hespanha, 2011, p. 92).

Ainda assim, muitos desses projetos trouxeram importantes contributos ao nível da dinamização de parcerias locais e representaram ganhos significativos para as populações, em especial a mais idosa, nomeadamente com o alargamento do apoio domiciliário para as vinte e quatro horas (incluindo os fim de semana), a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e apoio social prestados, o apoio à formação das famílias, a facilidade do acesso a ajudas técnicas e, ainda, a melhor articulação com o processo de preparação de altas hospitalares e institucionais (Hespanha & Hespanha, 2011).

Com o despacho conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade número 407/98, de 15 de maio de 1998, foram aprovadas orientações gerais para regular a intervenção de uma forma articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos a pessoas em situação de dependência, sendo que, dos diferentes tipos de respostas anunciadas, as Unidade de Apoio Integrado (UAI) e o Apoio Domiciliário Integrado (ADI) foram as mais procuradas. Ambas contribuíram para a construção de um caminho de experimentação, no terreno, de formas organizativas de prestação de cuidados continuados integrados e o resultado dessa experiência permitiu arrancar com uma política mais estruturada nesta área. Surge, assim, no início de 2002, a Rede Mais¹⁰⁹, que veio a influenciar de forma decisiva o sistema vigente. Ao considerar que a proteção social das pessoas com elevado grau de dependência constituía uma prioridade e devia ser tomada a cargo pelo Estado, este Programa procurava instituir uma política de cuidados continuados integrados e criar uma rede de respostas organizadas de saúde e apoio social integrando as duas dimensões tidas como

¹⁰⁸ Despacho conjunto, de 1 de julho de 1994, do Ministérios da Saúde e do Emprego e da Segurança Social, reiterado por despacho, em 4 de julho de 1996, da Ministra da Saúde e do Ministro da Segurança Social e do Trabalho.

¹⁰⁹ Criada através da publicação da Resolução do Conselho de Ministros n.º59/2002 revogada pelo artigo 30.º do Decreto-Lei n.º/2003 de 1 de abril.

indissociáveis, a da solidariedade e segurança social e a da saúde (Hespanha & Hespanha, 2011).

A queda do governo, imediatamente após a aprovação do Programa Rede Mais, veio comprometer a sua execução. Entretanto, foi criada pelo XV Governo uma rede de cuidados de saúde, através do Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro, aproximando-se da anterior rede criada, mas limitando os cuidados ao campo da saúde, quer isto dizer que, não integra a segurança social e torna as instituições de apoio social dependentes dos hospitais e centros de saúde¹¹⁰. No ano de 2005, com a mudança do Governo, o anterior projeto de CCI foi recuperado, incluindo expressamente o Programa de Governo os seguintes objetivos: a criação de serviços comunitários de proximidade (SCP); a articulação de centros de saúde, hospitais e instituições de apoio social para a prestação de cuidados continuados; a reabilitação imediata do doente crónico e idoso logo após o episódio agudo e a sua reinserção na família; o planeamento dos equipamentos de cuidados continuados; a reativação dos cuidados de saúde no domicílio e o reforço do apoio à família, através de internamentos temporários e prolongados; apoio domiciliário de saúde e recurso a *call centers* (Hespanha & Hespanha, 2011).

Para cumprir estes objetivos, em 2006, com o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, foi instituída a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tendo sido implementada progressivamente através de experiências piloto. Na mesma altura, através do Despacho n.º 19040/2006, de 19 de junho, foi definida a constituição e organização, assim como as condições de funcionamento das equipas que asseguram a coordenação da Rede a nível regional e a nível local.

Para a condução e lançamento do projeto global de coordenação e acompanhamento da estratégia de operacionalização da RNCCI, foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), extinta em 2012, ficando a coordenação e acompanhamento da Rede integrada na Orgânica da ACSS. Quatro anos depois, e no quadro do atual Governo, foi criada a Comissão Nacional para a Coordenação da Rede.¹¹¹

¹¹⁰ Segundo o artigo 8.º, 1 do referido Decreto-Lei, o acesso à rede é determinado pelo hospital onde o cidadão se encontra internado ou pelo centro de saúde da sua área de residência.

¹¹¹ Despacho n.º 201/2016, de 7 de janeiro que nomeia o Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados Continuados Integrados, bem como a Equipa de Apoio, e define genericamente as suas funções.

Analisando, agora, o quadro de referência legal que orienta e define o conjunto de regras e procedimentos a aplicar para a otimização do funcionamento da RNCCI, destaca-se, para além do referido Decreto-Lei, a existência de um conjunto de legislação (decretos-lei, despachos, circulares normativas e orientações técnicas), de grande importância, referente a planos, programas, estratégias e ações.

Relativamente aos contratos-programa celebrados com as entidades integradas ou a integrar na RNCCI no âmbito do funcionamento e implementação da Rede, foram publicados despachos que autorizam o Instituto da Segurança Social e as Administrações Regionais de Saúde a assumir os compromissos plurianuais¹¹².

Outro aspeto importante para a regulamentação da rede surge com o Despacho n.º 7968/2011, de 2 de junho, que impõe que “em cada hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem de existir uma equipa de gestão de altas (EGA) e uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP)” (MS & MTSS, 2011).

No que concerne à questão da admissão, o Despacho n.º 3020/2011, de 11 de fevereiro determina

que as equipas coordenadoras da RNCCI garantem, nas unidades de internamento de longa duração e manutenção (ULDM), a admissão prioritária de utentes provenientes directamente de lares de idosos com acordos de cooperação com a Segurança Social, até ao máximo de 10 % da sua capacidade (MS & MTSS, 2011).

A última publicação reporta-se à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório e as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (MS e MTSS, 2014).

Existe, ainda, um conjunto de regras e normas que, desde 2007, têm vindo a regulamentar a prática dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da RNCCI, nomeadamente no que diz respeito aos preços e às condições para participar os utentes pelas despesas que decorrem dessa prestação.

¹¹² Nomeadamente os despachos: n.º 3209/2013, de 28 de fevereiro; n.º 9846-A/2013, de 16 de julho; n.º 12191/2013, de 18 de setembro; n.º 8244-A/2014, de 24 de junho; n.º 12190/2013, de 18 de setembro.

Com o intuito de alcançar a homogeneização de procedimentos, a fim de se evitarem diferenças acentuadas na prestação dos cuidados, a construção da RNCCI tem originado orientações e diretivas com aplicabilidade a nível nacional.

Importa referir que, no âmbito das recomendações expostas num dos Relatórios de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI (1º semestre 2014), as alterações, procedimentos, orientações e diretivas devem ser produzidas de forma transversal, com envolvimento de todos os atores, com vista à melhoria do funcionamento da RNCCI. A existência de reuniões periódicas com todas as regiões constitui um fator importante nessa melhoria (ACSS, 2014).

Acresce à legislação construída em torno da Rede, um conjunto de documentos que abordam e discutem questões essenciais para o desenvolvimento da RNCCI: uns de enquadramento internacional e nacional sobre os cuidados continuados e relatórios finais de grupos de trabalho¹¹³; outros de enquadramento organizacional e funcional, de que são exemplo os relatórios de implementação e monitorização¹¹⁴ e os planos de desenvolvimento estratégico da RNCCI.


Tendo por base a evidência científica e concetual, as recomendações dos organismos internacionais e o Programa do XXI Governo Constitucional, surge o plano de desenvolvimento da Rede 2016-2019, que define a estratégia e as prioridades dos dois ministérios.

Se, por um lado, a missão passa por expandir a capacidade de resposta da Rede, privilegiando os cuidados domiciliários e as respostas comunitárias¹¹⁵, dando prioridade às regiões e às respostas mais carenciadas. Por outro, a visão da RNCCI baseia-se numa abordagem integrada com respostas múltiplas, equitativa e acessível como garante de continuidade de cuidados, promotora de ganhos funcionais e manutenção do bem-estar com qualidade e efetividade (MS & MTSS, 2016).

¹¹³Através do Despacho n.º 8190/2013, de 29 de maio foi criado um Grupo de Trabalho (GT) cuja função assenta na avaliação da capacidade instalada e necessidades em cuidados continuados integrados em Portugal, além da revisão das tipologias e modelo de referência e articulação com as unidades hospitalares, de cuidados primários, e estruturas na dependência da Segurança Social.

¹¹⁴ A publicação dos relatórios de monitorização permite para uma leitura do panorama nacional e regional, sendo os indicadores monitorizados a nível da coordenação nacional, conjugados a nível nacional e regional, ainda que compete às regiões a monitorização a nível de prestador. Desde o arranque da Rede, os referidos relatórios começaram por ser produzidos anualmente, passando a partir de 2012 a ter uma periodicidade semestral.

¹¹⁵ Considerando que uma das assimetrias tem a ver com uma predominância de respostas de internamento, a política de cuidados continuados integrados em Portugal está voltada para o reforço das diversas respostas comunitárias, tendo como referência, entre outros, o “Position Paper of the European Forum for Primary Care” (Iliffe, Boeckxstaens, & De Graaf, citado em Portugal, MS e MTSS, 2016).



Neste âmbito, na senda do atual plano de desenvolvimento da RNCCI (2016-2019) está um conjunto de advertências e orientações que importa, aqui, reter. A garantia do fácil acesso deste nível cuidados na comunidade, sem barreiras geográficas ou financeiras, onde a comunidade é definida como o contexto privilegiado dos cuidados e os familiares vistos como os principais cuidadores informais, devendo ser considerados também como utentes e como parceiros no processo de cuidados (MS & MTSS, 2016).

Outra orientação reside na centralidade dos cuidados na pessoa e não na doença ou no órgão, o que implica olhar para os cuidados de uma forma integrada e personalizada, com especial atenção para a continuidade dos cuidados e para o nível de funcionalidade das pessoas (deficiências, incapacidade e fatores contextuais), devendo ser garantida através da trajetória de cuidados como elemento integrador de todos os cuidados independentemente do contexto em que a pessoa esteja. Para que esta personalização dos cuidados se concretize, o referido plano preconiza, por um lado, a criação do “gestor de doente”¹¹⁶, que assuma a coordenação do processo de cuidados e que sirva de suporte ao doente nas decisões a tomar na gestão do seu processo de saúde-doença, e por outro lado, a interoperabilidade dos sistemas de informação, pois essa concretização da “trajetória de cuidados” torna-se difícil sem a existência de um sistema de informação ou de um conjunto de sistemas interoperáveis (MS & MTSS, 2016).

Outro dos aspetos centrais para o desenvolvimento da Rede reporta-se à abordagem dos cuidados. Assim, os mesmos devem ser abordados de uma forma integrada e de qualidade segundo uma lógica de *comprehensive care* - uma avaliação diagnóstica compreensiva e integrada, isto é, uma avaliação multidimensional e multiprofissional, realizada por diferentes profissionais, que permita compreender as diferentes dimensões e implicações da situação de saúde/doença da pessoa. Esta abordagem integrada deve ainda incluir a articulação e a colaboração de serviços especializados, sempre que necessário. Esta colaboração pode assumir diversos formatos que vão desde a referenciação privilegiada para os serviços especializados à consultadoria aos profissionais (MS & MTSS, 2016).

Por último, os cuidados prestados na RNCCI devem ser orientados para a responsabilidade pela saúde das pessoas na comunidade, o que implica a atenção aos determinantes de saúde,

¹¹⁶ Importa referir que esta figura denominada por “gestor de caso” já faz parte das práticas desenvolvidas por certos profissionais que integram unidades de internamento.

doença e sociais, e uma forte interação com a saúde pública e com os serviços sociais. Aqui as pessoas são consideradas como decisores e parceiros ativos na gestão da sua própria saúde. Esta última dimensão constitui para a política de cuidados uma mudança paradigmática difícil de concretizar, mas igualmente desafiadora e tradutora de cuidados de qualidade e da promoção do respeito e da autonomia das pessoas (MS & MTSS, 2016).


É de salientar, ainda, a presença no programa do atual governo, posteriormente reforçada no plano de desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, do Estatuto do Cuidador Informal, cuja proposta para o seu desenvolvimento baseia-se na melhoria do papel e da qualidade de vida dos cuidadores informais e familiares, no apoio aos cuidadores no sentido de combinar responsabilidades familiares com o trabalho remunerado, bem assim no reconhecimento dos cuidadores informais e familiares (MS & MTSS, 2016).

O desenvolvimento deste Estatuto é justificado por referência aos apoios estruturados em determinados países¹¹⁷ e pelas preocupações expostas por diversos organismos internacionais, entre elas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas (ONU), Comissão Europeia (CE), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a propósito do acompanhamento e monitorização dos cuidadores familiares, cujas recomendações passam pela adoção de um conjunto de medidas que contribuam para incrementar a capacidade de cuidar dos cuidadores informais sem porem em causa a sua saúde (MS & MTSS, 2016).

De forma a alcançar os objetivos estratégicos propostos, o plano propôs, ainda, a criação de uma Comissão de Coordenação Nacional¹¹⁸ que assume a direção estratégica da Rede, com vista a potenciar o diálogo permanente com todos os atores envolvidos, orientar e apoiar as estratégias locais, garantindo o respeito pelos princípios e pela lei que enquadram a Rede e os seus diversos desenvolvimentos (MS & MTSS, 2016).

¹¹⁷ Designadamente: o subsídio ao cuidador; a comparticipação à pessoa com necessidades de cuidados; benefícios fiscais; outros benefícios adicionais; licença remunerada; licença sem vencimento; acordos de trabalho flexíveis; formação e educação gratuitos; descanso do cuidador; e aconselhamento. Em Portugal, o reconhecimento formal dos cuidadores informais e familiares tem-se traduzido apenas no apoio explícito no artigo 252 do Código do Trabalho que, em traços gerais, refere: "o trabalhador tem direito a faltar ao trabalho até 15 dias por ano para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente, a cônjuge ou pessoa que viva em união de facto ou economia comum com o trabalhador, parente ou afim na linha reta ascendente ou no 2.º grau da linha colateral. Ao período de ausência previsto no número anterior acrescem 15 dias por ano, no caso de prestação de assistência inadiável e imprescindível a pessoa com deficiência ou doença crónica, que seja cônjuge ou viva em união de facto com o trabalhador. No caso de assistência a parente ou afim na linha reta ascendente, não é exigível a pertença ao mesmo agregado familiar." (Portugal, MS e MTSS, 2016).

¹¹⁸ Já em curso, a Comissão de Coordenação Nacional tem a colaboração de uma equipa de apoio técnico, de cariz multidisciplinar, com representantes dos organismos dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde (nomeadamente a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., o Instituto da Segurança Social, I.P., a Direção-Geral da Segurança Social e do Gabinete de Estudos e Planeamento).



Não há dúvida que os desequilíbrios decorrentes do envelhecimento populacional colocam, também, outros desafios às políticas, nomeadamente ao nível do reforço das respostas e do aumento da sua adequação a essa realidade, sobretudo através da consolidação de uma rede de equipamentos e qualificação dos serviços coletivos. Por esse motivo, as recomendações internacionais colocam desafios à política nacional em matéria de cuidados de saúde e sociais que vão no sentido de um investimento acrescido na criação de sinergias entre recursos institucionais (como por exemplo, infraestruturas e recursos humanos especializados e capacitados) e recursos da comunidade (como por exemplo, as redes familiares e de vizinhança).

2.8. Dinâmicas Científico-Tecnológicas

Em Portugal, coexiste uma multiplicidade de sistemas de produção de informação, realizam-se estudos de diagnóstico de saúde com alguma regularidade e, nos últimos anos, têm incidido alguns estudos prospetivos sobre o sistema de saúde. Ainda assim, torna-se complexo o acesso a informação mais completa e precisa, que nos permita tecer comparações sobre as diferentes situações de dependência e doença.

Segundo alguns autores, a maior limitação prende-se com a indisponibilidade, em alguns domínios, de indicadores suficientemente rigorosos, que permitam uma objetivação do que seria desejável avaliar. A outra limitação advém da razão de determinadas descobertas científicas não serem devidamente usadas. Ou seja, na nossa sociedade, a ciência, a definição de políticas e a prestação de cuidados de saúde são atividades que operam de forma independente e atuam usando sistemas virados para si mesmos (Pereira, 2002, citado por INSA, 2005).

Apesar da melhoria do sistema de informação de saúde, sobretudo a partir da criação, em 1979, do Serviço Nacional de Saúde (SNS), do lançamento, em 1987, do *Inquérito Nacional de Saúde*, da *Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)*, em Dezembro de 1996, da publicação do livro *A Saúde dos Portugueses (1997)* ou, mais recentemente, do aparecimento, em 2001, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), vários autores afirmam que continua a haver profundas lacunas de conhecimento no que respeita ao

estado de saúde da população portuguesa, em especial no domínio da deficiência, incapacidade e dependência¹¹⁹ (INSA, 2005).

A propósito do ponto da situação do país em matéria de ganhos em saúde, foi em 2002, com a produção do relatório *Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto da Situação* (MS & DGS, 2002), que se começou a dar os primeiros avanços nesse sentido. Já anteriormente, Constantino Sakellarides (1999) havia dado o mote ao escrever o relatório sobre *A Saúde em Tempo de Mudança* (Sakellarides et al, 2007).

Ainda assim, entre as atividades estatísticas que se enquadram na área “Saúde e Incapacidades” destacam-se as seguintes: Inquérito Nacional de Saúde; Estatísticas das Causas de Morte; Estatísticas da Prevenção e Morbilidade; Estatísticas dos Estabelecimentos de Saúde; Estatísticas das Farmácias; Estatísticas do Pessoal de Saúde e Estatísticas dos Partos.

No sentido de colmatar tais limitações e a grande dispersão das estatísticas oficiais, foi definido, nos termos do Despacho 9635/2013¹²⁰, que a produção e divulgação de informação estatística na área da saúde passam a ser responsabilidade da DGS, sendo divulgada no Portal da Estatística da Saúde.¹²¹ No contexto nacional, a produção estatística sobre saúde envolve, para além do INE, da Direção Regional de Estatística da Madeira (DREM) e do Serviço Regional de Estatística dos Açores (SREA), um conjunto de instituições do Ministério da Saúde e outras, que são também responsáveis pela difusão de informação estatística na área da saúde.

Desta forma, são aqui destacadas, a nível central: a Direção-Geral da Saúde (DGS), que é responsável pela edição regular das publicações “Centros de Saúde e Unidades Hospitalares do SNS”, “Morbilidade hospitalar”, “Risco de morrer em Portugal”, “Mortalidade infantil, perinatal e materna” e “Doenças de declaração obrigatória”; o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), cuja intervenção no âmbito da vigilância e da observação em saúde resultam na produção de relatórios e boletins periódicos, além de produtos editoriais

¹¹⁹ Recentemente, mediante a constituição de Grupo de Trabalho de Estatística de Saúde, pelo Conselho Superior de Estatística (CSE) (Secção Permanente de Estatísticas Sociais) do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), foi estabelecida a recomendação de um quadro ideal de informação a constituir o futuro das estatísticas oficiais na área da saúde com especial enfoque nos domínios “estado de saúde e seus determinantes”, “cuidados de saúde”, e “causas de morte”.

¹²⁰ Diário da República, 2.ª série — N.º 140 — 23 de julho de 2013.

¹²¹ <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>, recuperado em 5 de maio de 2016.

sob a forma de artigos e relatórios científicos¹²²; a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), cuja função passa pela publicação Estatística do Medicamento e pelo relatório estatístico anual que contém informação sobre as atividades e, especialmente, sobre o mercado de medicamentos em Portugal; a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que disponibiliza no seu sítio eletrónico um elevado número de publicações com informação de atividade (por exemplo, Relatórios de Actividade Assistencial para os diversos níveis de cuidados) e de gestão (por exemplo, Contas Globais do SNS ou Base de Dados dos Elementos Analíticos, a qual está associada a uma ferramenta interativa para consulta, pesquisa e obtenção dos elementos analíticos das instituições hospitalares); o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que disponibiliza dados e gráficos para consulta no website (sobre o Acionamento de meios / INEM, CODU, Consultas CIAV (Centro de Informação Antivenenos), Doentes transportados em helicópteros, Evolução dos meios do INEM e Cursos de formação). A nível central, importa referir, ainda, o (extinto) Alto Comissariado da Saúde que, no cumprimento da sua missão de monitorização, avaliação e divulgação da evolução dos indicadores do Plano Nacional de Saúde, concebeu o microsite “Indicadores e Metas do PNS” e a plataforma tecnológica “WebSIG – Mapas Interactivos”. O WebSIG é uma plataforma assente em sistemas de informação geográfica (SIG), acessível via internet, que permite a pesquisa e apresentação da informação relativa a indicadores da saúde na forma de mapas, gráficos ou tabelas. Inicialmente (2008) esta plataforma foi desenvolvida com o propósito de monitorizar o PNS 2004-2010, sendo mais tarde, em 2010, alargada para apoio aos planos de desempenho dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACS), resultado de uma parceria com a ACSS.

De referir, ainda, a ferramenta “Dashboard da Saúde”¹²³ que disponibiliza dados sobre o estado de saúde dos portugueses, possibilitando visualizar informação mensal, por região, em alguns indicadores. Esta ferramenta web, ainda em fase de expansão, tem como intenção a visualização dinâmica e comparativa de um indicador de Portugal com a desagregação regional pelas cinco regiões de saúde.

Esta e outras plataformas tecnológicas (como por exemplo, “Saúde Sazonal” e “Tempos de Espera”) fazem parte de um conjunto de ferramentas disponibilizadas pelo SNS, cuja missão

¹²² O INSA possui um repositório onde estão disponíveis todos os produtos editoriais resultantes da sua atividade de investigação, vigilância e observação em saúde.

¹²³ Cf. <http://www.dgs.pt/dashboard/>

passa por visualizar informação sobre a saúde em tempo real – “Saúde em Tempo Real”. O Programa “Consulta a Tempo e Horas” é uma iniciativa inserida no SIMPLEX¹²⁴, que possibilita a marcação de consulta de referência para especialistas hospitalares a partir do médico de família, por via electrónica, assim como a transferência da informação do utente.

Para além destas ferramentas, estão disponíveis no Portal da Estatística da Saúde da DGS¹²⁵ outras bases de dados com informação sobre saúde, como por exemplo: a SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), com dados sobre saúde, envelhecimento e pensões em indivíduos com 50 e mais anos; o Registo Nacional de Doenças Cardiovasculares, que anualmente procede à recolha de indicadores através de questionários enviados às unidades de saúde nacionais e de outras fontes (INE, INEM, entre outros), com a finalidade de alcançar uma panorâmica geral sobre o estado das doenças cardiovasculares em Portugal.

Para além dos meios de difusão de informação estatística na área da saúde acima expostos existem, ainda, outras iniciativas de entidades privadas que agregam informação oficial. São exemplo o PORDATA (www.pordata.pt), desenvolvido pela Fundação Francisco Manuel dos Santos e o SAUDADOS (www.saudados.pt) pela consultora JRS (CSE, 2012).

A nível regional, surgem as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e os Agrupamentos de Centros de Saúde/Unidades Locais de Saúde (ACES e ULS), que de acordo com os respetivos diplomas legais, são também organismos produtores de informação estatística de saúde. Recursos importantes da difusão desta informação são os Perfis de Saúde das Regiões (elaborados pelas ARS) e os Perfis Locais de Saúde (da responsabilidade dos ACES e ULS), ainda que não constituam o único meio de disseminação da informação produzida ou recolhida e analisada pelas ARS ou ACES e ULS. Estas publicações incluem os valores dos indicadores da saúde e dos seus determinantes para a população das respetivas áreas de influência, bem como os valores de referência (nacionais e internacionais).

No caso do Alentejo, surgem algumas atividades vocacionadas para a criação e difusão do conhecimento sobre o estado de saúde das populações, onde se destaca o Observatório Regional de Saúde levado a cabo pela ARS Alentejo. Esta faz os perfis de saúde regional e

¹²⁴ O SIMPLEX (ou Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa) é um pacote de medidas do Governo Português que foi criado em 2006 para combater a burocracia e modernizar a administração pública, com o intuito de facilitar a vida das pessoas e das empresas, simplificando a administração interna em todos os aspetos (<https://www.simplex.gov.pt/app/files/332c67abd4420decd48c1c6429667a35.pdf>).

¹²⁵ Cf. <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>, recuperado em 5 de maio de 2016.

integra um projeto nacional denominado “mort@lidades”¹²⁶. Este observatório assume-se como pólo dinamizador de uma rede de observatórios a nível do ACES Central e das ULS. Na procura de mais conhecimento, a função observatório assume importância também na promoção de investigação em saúde. Os dados/indicadores que constituirão o conhecimento no observatório irão permitir compreender as desigualdades em vários âmbitos: face à saúde, educação e instrução, qualificações e competências, emprego e rendimento, género e etárias, étnico-raciais, entre outras.

No âmbito internacional, existem vários organismos que contribuem para a difusão das estatísticas de saúde de Portugal. Entre estes, destacam-se a Organização Mundial de Saúde (OMS), o EUROSTAT e a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE). A informação é disponibilizada em diferentes formatos (publicações, relatórios, aplicações interativas que permitem a construção de quadros, gráficos ou mapas personalizados), existindo bases de dados de natureza mais abrangente, tais como Health for All Database (OMS), OECD Health Data (OCDE) ou a base de dados com indicadores de Saúde Pública do EUROSTAT, mas também bases de dados e publicações sobre temas específicos, como por exemplo, European hospital morbidity database (OMS) ou Health statistics - Atlas on mortality in the European Union (EUROSTAT).


No segundo relatório sobre o estado de saúde na UE e na Conferência Europeia sobre os determinantes da saúde na UE, coordenados pelo OPSS, são evidentes as dificuldades em obter informações rigorosas, que permitam comparar os Estados-Membros nos domínios da Saúde e Dependência.

Ainda assim, a melhoria do acesso à informação é uma componente essencial da ação da Comissão Europeia para promover a saúde e reduzir as desigualdades neste domínio.

O sítio web sobre saúde pública da Comissão Europeia¹²⁷ destaca o trabalho realizado pela Comissão em matéria de saúde pública e contém artigos de imprensa, documentos jurídicos, vídeos, informações sobre eventos, estatísticas e notícias sobre a saúde na Europa. Outra das suas ações centra-se na atribuição anual de um prémio denominado «Prémio de Jornalismo da

¹²⁶ A ferramenta mort@lidades.infantil constitui o primeiro produto de um projeto de trabalho colaborativo entre as cinco ARS do Continente, mais especificamente, entre os seus Departamentos de Saúde Pública, no âmbito da sua função de Observatório Regional de Saúde, que teve início em Junho de 2012 e foi desenvolvida a partir da ferramenta original criada pela ARS Norte, divulgada em Maio de 2011. Preconiza-se também disponibilizar outra ferramenta com vista à apresentação de dados e indicadores da mortalidade em geral, por grandes causas de morte e mortalidade específica.

¹²⁷ Cf. http://ec.europa.eu/portugal/home_pt



UE no domínio da saúde» que recompensa trabalhos jornalísticos de qualidade sobre questões relacionadas com os cuidados de saúde e os direitos dos doentes. Desta forma, a CE coordena e apoia a investigação europeia em diferentes domínios, entre os quais a saúde, dando prioridade às aplicações clínicas dos resultados da investigação fundamental, ao desenvolvimento e validação de novas terapias, à definição de estratégias de promoção da saúde e de prevenção, ao aperfeiçoamento das ferramentas de diagnóstico e das tecnologias médicas e, ainda, ao reforço da sustentabilidade e da eficácia dos sistemas de saúde.

De igual modo, criaram-se redes europeias de centros de referência numa vasta gama de questões em matéria de saúde, desde a poluição atmosférica à saúde materna. Essas redes ajudam as autoridades nacionais e os profissionais da saúde a partilhar boas práticas e conhecimentos especializados. Entre os projetos recentes financiados pela UE neste domínio, contam-se várias iniciativas para promover os registos de saúde eletrónicos, bem como o Sistema Europeu de Informação sobre a Saúde e a Esperança de Vida.

Entre as diversas fontes destacadas, para o presente diagnóstico importou analisar alguns dados disponibilizados pela OCDE, pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), com a publicação dos Relatórios Primavera (RP), pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), pelo Observatório Nacional de Saúde (ONS) com o Inquérito Nacional de Saúde (2001 e 2005), pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), com o estudo “Portugal Social” (1991-2011) e os censos de 1991, 2001 e 2011, pela Direcção Geral da Saúde (DGS), com a publicação de um relatório documentado dos principais aspetos que caracterizam a saúde dos portugueses em 1997 e 2002, e com a publicação de artigos no âmbito da revista científica intitulada “Portugal Saúde em números”, e, ainda, pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), com a publicação de Relatórios de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)¹²⁸.

Atualmente pensar em saúde sem considerar o suporte tecnológico parece uma realidade cada vez mais distante. É um facto que os progressos da tecnologia têm tido um papel fundamental na melhoria dos cuidados de saúde, com reflexos evidentes na exatidão do diagnóstico e contribuindo, em muito, para o aumento da qualidade de vida na doença. No entanto, as

¹²⁸ A recolha de dados é feita com a ajuda de um aplicativo informático (que será desenvolvido mais adiante), com a finalidade de monitorização na perspetiva de gestão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

tendências tecnológicas em saúde são bastante mais abrangentes que os sistemas de informação, os dispositivos utilizados ou os mecanismos de criação de medicamentos.

Os *drivers* tecnológicos com influência na saúde expandiram-se a outros níveis, sendo particularmente evidente a forma como as novas tendências de colaboração, transparência e participação, expandem as fronteiras daquilo que era o tradicional sistema de saúde, muitas vezes fechado em si mesmo. Assistimos, assim, a uma necessidade premente de ter acesso à informação de uma forma rápida, fácil e controlada. Esta mudança de paradigma tem-se refletido em todas as dimensões e setores da vida social. Um dos exemplos tem ocorrido no setor da administração pública, com vista à melhoria e optimização do serviço prestado ao cidadão por meio da otimização dos processos, da redução de tempos de execução das actividades e por melhorias nos circuitos internos. Desta forma, tem-se tornado essencial a implementação de projetos de interoperabilidade¹²⁹ entre sistemas de informação, podendo se situar numa mesma organização ou interorganizações.

De forma não exaustiva apresentamos, em seguida, algumas destas tendências determinantes no contexto tecnológico da saúde. O paradigma Health 2.0, alavancado nas tendências de “Saúde Electrónica” (eHealth) e na evolução da internet para um conceito de Web 2.0, tem por base, como já foi referido, a utilização de um vasto conjunto de ferramentas, tais como redes sociais, sites colaborativos, blogs e wikis, criando assim, um ecossistema de geração de conteúdos e partilha de conhecimento. Esta tendência está fortemente centrada no doente fazendo com que este seja mais interventivo e conhecedor da sua doença e da informação que gera. Por outro, os diferentes *stakeholders*, tais como médicos, outros profissionais de saúde e prestadores integram também um lugar crucial neste ambiente.

O alinhamento progressivo da comunidade médica e das organizações com estas tendências materializar-se-á na utilização de novos canais de relacionamento eletrónico, assim como fóruns de discussão, partilha de conhecimento, comunicação direta médico/doente, entre outras.

Apresentamos, de seguida, alguns exemplos que ilustram diferentes formas possíveis de relacionamento de um ambiente Health 2.0. Um exemplo muito relevante é o site do SNS, que

¹²⁹ A interoperabilidade poderá ser definida como a capacidade de transferir e utilizar informações de maneira uniforme e eficiente entre várias organizações e sistemas de informação, podendo ser representada a vários níveis: “Hardware e/ou software”; “Integração de redes”; “Integração de sistemas”; e “Integração de tecnologias”. A interoperabilidade, recorrendo à troca de informação entre sistemas de informação, representa uma das opções, com mais expansão no contexto dos sistemas de informação (<http://www.sinfic.pt/SinficWeb/displayconteudo.do2?numero=24428>).

contém um conjunto de plataformas disponíveis a toda a população e onde é possível, por um lado, encontrar informação relativa ao SNS e, por outro, partilhar informação entre o utente, os profissionais de saúde e as entidades prestadoras de serviços de saúde, designadamente: a área do Cidadão, que integra a Plataforma de Dados da Saúde, permitindo ao utente monitorizar os seus dados de saúde de forma integrada e ter acesso, fácil e rápido, aos serviços disponibilizados online; e a área do profissional, onde da mesma forma os profissionais podem aceder a informação e serviços relativos à profissão e ao SNS através da plataforma “ProfissionalSaude”¹³⁰. Por último, a menção a um exemplo Nacional atrás mencionado, relativo ao Plano Nacional de Saúde, com visibilidade e presença nas redes sociais.

A transparência, o acesso e qualidade fazem parte, não só do vocabulário político, mas também científico-tecnológico, constituindo as variáveis motrizes do ambiente tecnológico na área da saúde.

As empresas que operam no campo da Saúde têm, igualmente, um papel fundamental na criação de ferramentas e plataformas face às necessidades de apoio ao nível das Tecnologias de Informação no sector da Saúde, de que é exemplo a empresa Care4IT. Esta empresa criou aplicativos informáticos de uso exclusivo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, assegurando as necessidades de todos os níveis da RNCCI, mantendo o foco no elemento principal – o Utente.

Desde o arranque da RNCCI que a mesma tinha como objetivo avaliar em permanência os ganhos alcançados. Para isso, desenvolveu-se um sistema de registo e monitorização *on-line* onde se registam dados que permitem ao momento avaliar, entre outros, referenciações, admissões, grau de autonomia obtido, estado nutricional, situação cognitiva e emocional, úlceras de pressão, quedas, dor, infeção, uso de fármacos, alocação de recursos humanos. Este sistema de registo foi introduzido no início de 2008 e tem vindo a desenvolver novos campos de registo.

Foi, desde forma, desenvolvida em 2007 a aplicação *GestCare CCI*¹³¹ com o objetivo de responder a todas as necessidades de registo e monitorização da RNCCI. Designada como

¹³⁰ Cf. www.sns.gov.pt

¹³¹ Este aplicativo foi criado por uma empresa de consultadoria em Tecnologias de Informação – Care4IT, em 2002, com o objetivo de dar apoio ao nível das Tecnologias de Informação no sector da Saúde. Atualmente, o referido aplicativo está a ser gerido pelos Serviços Partilhados do Ministério de Saúde (SPMS) em parceria com a ACSS.

uma “montra tecnológica”, esta aplicação integra diversas soluções numa única plataforma, mantendo o foco no Utente. O seu funcionamento web, em tempo real, permite responder às necessidades de todos os níveis da Rede (Equipas de Gestão de Altas, Centros de Saúde, Equipas de Coordenação Local, Equipas de Coordenação Regional, Prestadores - Unidades e Equipas - e ao próprio Núcleo Funcional da RNCCI, anterior Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados), que acedem à informação necessária para produzir os maiores ganhos em saúde em cada um dos utentes da RNCCI.

Com a colaboração das diversas Unidades de Cuidados Continuados, foi criado outro aplicativo informático denominado *GestCare PICC*¹³², que integra todas as exigências, em termos de registos, considerados pela RNCCI, nomeadamente o PII (Plano Individual de Intervenção) e o PIC (Plano Individual de Cuidados), estando disponíveis áreas, instrumentos de avaliação e registos específicos para cada um dos profissionais da Unidade de Cuidados Continuados (Médicos, Enfermeiros, Terapeutas da Fala, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Animadores sócio-culturais, Técnicos Sociais, Psicólogos, Nutricionista/Dietista e Assistentes Operacionais).

Deste modo, a referenciação e monitorização da RNCCI é feita através destes aplicativos informáticos – *SI GestCare*, com a finalidade de garantia da qualidade da referenciação e dos cuidados prestados nas unidades de internamento e equipas domiciliárias, e para que a coordenação nacional da rede possa dispor de dados que permitam a monitorização contínua, as equipas/unidades têm como papel fundamental proceder ao preenchimento dos módulos dos aplicativos enunciados¹³³.

Posto isto, a forma de monitorização assenta, sobretudo, na utilização de um instrumento de avaliação único, denominado instrumento de avaliação integrada (IAI), que permite a avaliação da situação global do doente, transversal a toda a Rede e de aplicação obrigatória, em parceria com uma Universidade, que sendo universalmente aplicado por todo o país, permite resultados globais nacionais, regionais, locais e por entidade prestadora de cuidados e a sua comparabilidade.

Este instrumento abrange um conjunto de informação de natureza bio, psico e social delineado com base em ferramentas internacionais validadas, sendo então usadas em todos os

¹³² Este aplicativo está em contínua evolução seja por exigências legais ou por sugestão das diversas unidades utilizadoras.

¹³³ De acordo com a Directiva Técnica nº1/UMCCI/2010 de 3 de março de 2010.

níveis do registo do aplicativo. Importa, por isso, referir que os objetivos inerentes a esta avaliação passam pela identificação de perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e hábitos de vida, com vista à criação de plano individual de intervenção em que a tónica é colocada na recuperação e manutenção das capacidades.

De salientar que, numa óptica de gestão da RNCCI, este aplicativo informático tem como finalidade monitorizar a prestação de cuidados, permitindo a recolha de dados neste contexto. O registo de dados no aplicativo informático serve para circuito de referenciação, classificação do grau de autonomia física, úlceras de pressão, quedas, utentes a quem foi avaliada a dor, utentes a quem foi elaborado Plano Individual de Intervenção (PII)¹³⁴.

Muitas das novas tecnologias, apesar de representarem significativos avanços na prestação, representam custos acrescidos. Ainda assim, nos últimos anos, tem sido explorado de forma sustentada e crescente, o potencial de racionalização tecnológica decorrente da centralização e consolidação de recursos e da adopção de plataformas mais eficientes e económicas. Num contexto de fortes condicionalismos impostos pelas finanças públicas, e com todos os países da UE centrados na procura crescente de serviços de saúde e opções tecnológicas cada vez mais complexas, as orientações futuras da UE vão no sentido de:

continuar a desenvolver conhecimentos especializados em análises de desempenho dos sistemas de saúde; construir bases de conhecimento nacionais e transnacionais sobre, por exemplo, qualidade e produtividade dos profissionais da saúde da UE e qualidade e eficácia das despesas públicas com a saúde (CE, 2014, p. 15).

Nos últimos anos, no domínio da investigação, têm-se desenvolvido muitos estudos e investigações sobre os CCI, sendo que muitos dos resultados não chegaram a ser divulgados e aproveitados. Neste sentido, o atual Plano de desenvolvimento da RNCCI destaca a importância de cooperar com as universidades, politécnicos e respetivos centros e laboratórios de investigação, permitindo o acesso dos indicadores produzidos no âmbito da RNCCI. São passos essenciais para o desenvolvimento da Rede e dos CCI em Portugal (Portugal. MS & MTSS, 2016).

¹³⁴ Cfr. Relatório de Monitorização da RNCCI relativo ao primeiro semestre de 2015.

2.9. Dinâmicas Organizacionais e Funcionais da Rede Nacional

O desenvolvimento da RNCCI constitui-se como um processo de mudança e modernização organizacional com repercussões na composição, organização e funcionalidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e setor social, contemplando as propostas estratégicas, organizacionais e operacionais das políticas de saúde e de desenvolvimento social em consonância com os objectivos de sustentabilidade financeira. Ao longo deste processo, a Rede foi construindo uma dinâmica própria de organização e funcionamento. O processo e metodologia de criação e desenvolvimento da RNCCI – faseado – incorpora elementos de inovação essenciais no funcionamento de uma administração pública tida como “moderna” e na linha de uma “nova cultura de gestão pública” (*New Public Management*), de que são exemplo os instrumentos de gestão e planeamento utilizados (UMCCI, 2010).

A existência de instrumentos de diagnóstico de necessidade, de financiamento e de avaliação do sistema de qualidade são peças fundamentais no planeamento da RNCCI, potenciando o seu desenvolvimento futuro, de que é exemplo o último plano de desenvolvimento da rede para o período 2016-2019. De igual forma, os relatórios de monitorização¹³⁵ da rede constituem um instrumentos importantes de diagnóstico e acompanhamento rede, dando a conhecer dados relacionados com as estruturas da RNCCI (lugares de internamento, equipas e acordos estabelecidos), a caracterização dos utentes e actividade (resultados da intervenção e destino pós-alta, úlceras de pressão, quedas, avaliação da dor, óbitos), a referenciação, utentes referenciados e assistidos, utentes que aguardam vaga, demora média e taxa de ocupação, transferências na rede, formação e execução financeira¹³⁶.

Nos últimos dez anos, desde a sua criação, formularam-se e implementaram-se elementos relacionados com a gestão e financiamento, o planeamento e liderança da Rede, os quais se prevê a sua consolidação e evolução durante os próximos anos. Elementos como a constituição/organização da Rede (unidades e equipas), os modelos de contratualização e de referenciação e acesso à Rede, o funcionamento e dotação dos recursos humanos, a formação e capacitação dos profissionais, a estratégia de qualidade e avaliação da Rede, contribuem igualmente para caracterizar a RNCCI do ponto de vista funcional e organizacional.

¹³⁵ Os relatórios aqui analisados dizem respeito a 2014 e 2015. Importa referir que a estrutura dos relatórios relativos a anos anteriores foi sendo desenhada de forma diferenciada, sendo que nos primeiros anos de arranque da rede eram privilegiados itens relativos à sua implementação.

¹³⁶ A análise de cada um dos elementos apresentados tem como base os dados registados no aplicativo informático da RNCCI (GestCare CCI).

A RNCCI constitui-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia política anteriormente enunciada e representa um processo reformador desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção adequadas à população: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social (SS). Criada pelo Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho¹³⁷, a RNCCI define um novo modelo organizacional, situado num nível intermédio de cuidados e serviços de saúde e de apoio social, entre os da base comunitária e os de internamento hospitalar. Neste âmbito, a rede¹³⁸ passa a assumir o objetivo geral de garantir a prestação de CCI a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência com a manutenção dos objetivos definidos em 2006. Por conseguinte, os cuidados integrados tal como considerados na rede baseiam-se na “recuperação global e manutenção, entendidos como processo ativo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva e compreendem a reabilitação, a readaptação e a reintegração social (...) a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irreversíveis”¹³⁹ (Decreto-Lei 101/2006, de 6/6, p. 3858).

A Rede baseia-se, portanto, num modelo de intervenção integrada e articulada, concretizado por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social, bem como o conjunto de unidades de equipas de cuidados continuados integrados em saúde mental,¹⁴⁰ centrando-se nos serviços comunitários de proximidade e abrangendo uma vasta rede de parceiros, que integra entidades públicas (hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da segurança social), instituições privadas de solidariedade social (que integram a Rede Solidária, nomeadamente misericórdias, IPSS e pessoas coletivas de utilidade pública administrativa) e autarquias locais, operando, do ponto de vista organizativo, a um plano regional e a um plano local.

¹³⁷ Conforme exposto anteriormente, este decreto sofreu alterações com o Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, ao definir que as unidades e equipas de cuidados paliativos deixam de estar integradas na RNCCI, assegurando, contudo, a necessária articulação entre as duas Redes.

¹³⁸ Nos termos do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

¹³⁹ Em conformidade com o artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 101/2006.

¹⁴⁰ Pode também aplicar-se às equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, nos termos do n.º2 da Base XVIII da Lei n.º52/2012, de 5 de setembro. Acresce que as unidades da Rede podem coexistir com as unidades de cuidados paliativos previstas na Base XVI da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

A coordenação da RNCCI cabe a uma Comissão Nacional¹⁴¹ dependente, nas suas competências e composição, dos dois ministros da tutela, cabendo-lhe genericamente promover a articulação com os parceiros que integram a Rede. Operacionalizada a nível regional e local, a coordenação regional fica a cargo de representantes da ARS e CDSS (integradas nas Equipas de Coordenação Regional - ECR); e a coordenação local compete às equipas concelhias (Equipas de Coordenação Local - ECL) formadas por representantes das mesmas instituições públicas (e eventualmente por representantes da autarquia). No entanto, esta coordenação aos níveis sub-nacionais é meramente consultiva, no sentido em que as ECR e EC não têm qualquer autonomia deliberativa.

No que respeita às suas competências, a ECR articula com a coordenação a nível nacional e local e assegura o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede. Por seu turno, as ECL asseguram o acompanhamento e a avaliação da RNCCI a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência. Decisões importantes, como a de fazer integrar pessoas na Rede, cabe em regra às ECL em função da proposta apresentada pelas diferentes entidades consoante as situações de dependência. Característica comum é a de que as funções de coordenação cabem a representantes de instituições públicas da saúde e da segurança social (constituição intersectorial).

Do ponto de vista operacional, é a parceria a nível local (entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias) quem constitui a estrutura orgânica destinada a prestar cuidados continuados integrados, designadamente as Unidades de Saúde Familiar (USF), que vieram substituir os “Serviços Comunitários de Proximidade” (SCP).

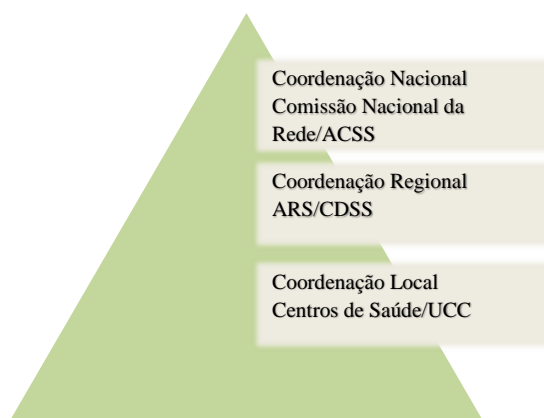
A liderança/coordenação assume um papel fundamental na dinâmica organizacional e funcional da Rede. O desenvolvimento da RNCCI teve por base um modelo descentralizado, com coresponsabilidade e articulação a nível inter e intra-setorial, inter-institucional e interprofissional. Esta estrutura descentralizada visa uma articulação efetiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da RNCCI, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assumir responsabilidades na garantia do bom funcionamento do processo de gestão dos utentes. Neste sentido, considera-se fundamental “manter uma equipa de coordenação central que assegure o

¹⁴¹ Criada pelo Despacho n.º 201/2016, de 7 de janeiro que nomeia o atual Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados Continuados Integrados.

desenvolvimento harmonioso da RNCCI, o aperfeiçoamento da gestão da execução e da obtenção de resultados de desempenho e de qualidade (sistema de controlo de gestão)” (UMCCI, 2010, p.16).

A sua constituição intersetorial, assume-se como característica comum nos três níveis de coordenação – nacional, regional e local, incluindo-se na composição destas equipas elementos da área da saúde e da segurança social. Assim sendo, conforme apresentado na figura 7, surgem como principais intervenientes na coordenação da RNCCI: a nível nacional, a Comissão Nacional da Rede integrada na ACSS; a nível regional, a equipa de coordenação regional que integra elementos da ARS e o CDSS; e a nível local, as equipas de coordenação local que integram elementos das UCC de centros de saúde.

Figura 7 - Níveis de coordenação e principais intervenientes da Rede



Fonte: adaptado de UMCCI, 2010

A respeito da tipologia das entidades que integram a rede, a prestação destes cuidados está organizada nos seguintes tipos de serviços, são elas: as unidades de internamento¹⁴²; as unidades de ambulatório; as equipas hospitalares; e as equipas domiciliárias.

Na primeira tipologia integram-se as Unidades de Convalescência (UC), Unidades de Média e Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e as

¹⁴² É de referir que na sua anterior versão, o Decreto-Lei n.º101/2006, previa que entre as unidades de internamento figuravam as unidades de cuidados paliativos.

Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)¹⁴³. Em relação às unidades de ambulatório, estas englobam a Unidades de Dia e Promoção de Autonomia (UDPA). Por seu lado, as Equipas Hospitalares integram as Equipas de Gestão de Altas e, por último, na tipologia de Equipas Domiciliárias integram-se as Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Neste sentido, importa caracterizar as várias tipologias de cuidados continuados: a UC tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos; a UMDR visa responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias; a ULDM tem por finalidade responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio, proporcionando cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o status do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias; a UCP destina-se a doentes portadores de doença grave e/ou avançada, ou em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia de base, bem como a situações que apelem à necessidade de descanso do principal cuidador do doente paliativo, devidamente avaliada e documentada pela entidade que faz o pedido da admissão. Constituem, ainda, unidades da RNCCI, as UDPA¹⁴⁴ que se destinam a promover a autonomia de pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sócio-familiares lhes permitem a permanência no domicílio, sendo os cuidados de reabilitação e/ou manutenção facultados em regime de dia (UMCCI, 2010).

Em relação às equipas domiciliárias, designadamente as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), estas são da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)¹⁴⁵ e direcionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em

¹⁴³ As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e as Equipas de Cuidados Paliativos foram ainda consideradas na análise do presente diagnóstico, uma vez que estas se mantiveram no âmbito da RNCCI até 2016 (mantendo-se de igual forma o registo no aplicativo informático),

¹⁴⁴ A área do ambulatório, com as Unidades de Dia e Promoção de Autonomia (UDPA), aguarda implementação.

¹⁴⁵ Em conformidade com n.º 4 do art. 11.º do DL n.º 28/2008 de 22 de fevereiro.

processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. O seu desenvolvimento, para além dos Cuidados de Saúde Primários, contempla também a intervenção da Rede Social, no apoio social domiciliário. Por seu turno, as Equipas de Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) têm por finalidade prestar assessoria diferenciada em cuidados paliativos às equipas prestadoras de cuidados no domicílio dos Centros de Saúde/Unidades de Saúde Familiar, unidades de internamento de Média e de Longa Duração.

De salientar, também, o papel relevante das Equipas de Gestão de Altas compostas por equipas hospitalares multidisciplinares, cuja atividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório. Para além destas equipas hospitalares, existem ainda as Intra-hospitalares de suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), que garantem a consultoria, no âmbito dos cuidados paliativos, aos profissionais dos serviços hospitalares e asseguram a continuidade dos cuidados aos doentes dos serviços hospitalares em tratamentos paliativos complexos.

Segundo o relatório de monitorização relativo a 2010, foi possível apurar, ao nível da dotação dos recursos humanos nas unidades de internamento, que o número total de profissionais era de 7.681, o que representava um total de horas de trabalho semanal de 167.492. A este número acresce os profissionais das equipas referenciadoras (EGA/CS), das ECL, das ECR e das ECCI, totalizando cerca de 9400¹⁴⁶. Ao nível da área da formação, os profissionais que integram as unidades de internamento, bem como as equipas, estão representados pelos seguintes perfis profissionais: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, auxiliares de ação direta/ação médica, animadores socio-culturais, entre outros (ACSS, 2010).

Contudo, segundo dados disponibilizados pelos relatórios de monitorização da Rede, em termos das estruturas existentes até finais de 2015, nomeadamente ao nível de EGA, Equipas Referenciadoras e ECL, observa-se que todos os Centros Hospitalares (CH)/Unidades Locais de Saúde e Hospitais, assim como todos os ACES estão dotados destas equipas. Por outro lado, ao nível das ECCI, em 2015, o número de ECCI cresceu 4% em relação ao final de

¹⁴⁶ De salientar que, em virtude da inexistência de dados a nível nacional que permitam uma qualificação atualizada ao nível da dotação de recursos humanos, não nos foi possível após esse período apurar o número efetivo de profissionais, o qual já sofreu alterações tendo em conta o crescimento das estruturas da RNCCI verificado até ao momento.

2014, o que corresponde a total de 286 equipas, sendo que o maior crescimento registou-se no Centro (18%), mantendo-se o número de ECCI no Alentejo e uma diminuição de 2% no Norte. Em termos de Equipas de Cuidados Palitativos, existiam 35 EIHSCP e 13 ECSCP a nível nacional¹⁴⁷, segundo dados apurados através das ECR, sendo que no Alentejo, como já foi anteriormente referido, tem 4 EIHSCP e 4 ECSCP. Tendo em consideração o PNCP, em relação às ECSCP, sugere a sua constituição autónoma em zonas populacionais com mais de 300.000 habitantes (com o rácio de 1 equipa por 140.000 habitantes) e em áreas com menos de 300.00 habitantes a existência de 1 equipa mista de EIHSCP/ECSCP, prevendo também a especialização de algumas das ECCI, com prestação deste tipo de cuidados transversalmente na RNCCI. Nesta perspetiva o Alentejo eventualmente só necessita de equipas mistas, sendo que cumpriu o seu rácio de 1 equipa autónoma por cada 140.000 habitantes (ACSS, 2016, p. 20-22).

Analisando, agora, as estruturas da rede ao nível dos lugares totais na RNCCI (unidades e ECCI), observou-se um crescimento de 3% em 2015 face a 2014, o que totaliza os 114.344 lugares totais. Contudo, este crescimento global deve-se antes ao aumento do número de camas e ao decréscimo de lugares em ECCI (ACSS, 2016, p. 26).

Desde 2006 (ano da sua implementação) até finais de 2015 tem sido notória a evolução do número de camas, passando de 646 camas a 7.759 camas respetivamente, sendo que o crescimento global do número de camas registado em finais de 2015 foi de 8,1% (ACSS, 2016).

No âmbito do planeamento e liderança da Rede, têm sido produzidos instrumentos fundamentais para o desenvolvimento da RNCCI, entre eles, o plano estratégico; os planos de ação anuais; os planos de implementação anuais para as respostas da RNCCI, com a definição do respetivo plano orçamental; o planeamento específico para cada tipologia de cuidados; os relatórios periódicos de monitorização¹⁴⁸; entre outros estudos específicos para o planeamento da Rede. Destaca-se, assim, o plano estratégico da RNCCI, o qual assentou num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, a implementar num período de dez anos e ao longo de três fases. A primeira fase (2006 e 2009) incluía experiências piloto e pretendia alcançar 30%

¹⁴⁷ Importa referir que, segundo a ACSS, “em relação a EIHSCP mostra o total nacional existente, mas sem a comparação com a obrigatoriedade de 1 equipa por hospital de 250 camas, nem com o contexto da existência de equipas mistas, cujo eventual planeamento futuro neste âmbito determinará o seu número.” (ACSS, 2016, p. 21).

¹⁴⁸ A publicação dos relatórios de monitorização contribui para uma panorâmica nacional e regional, sendo os parâmetros monitorizados a nível da coordenação nacional, agregados a nível nacional e regional, sendo da competência das regiões a monitorização a nível de prestador.

de cobertura. A segunda fase (2009 a 2012) visava atingir 60% de cobertura e na terceira e última fase (2013-2016) pretendia alcançar os 100% de cobertura (MS, UMCCI, 2009).

Para dar seguimento ao desenvolvimento da RNCCI, e 10 anos após a sua criação, surgiu, conforme exposto anteriormente, o Plano de Desenvolvimento da Rede para o período 2016-2020 (MS, MTSSS, 2015), cujo objetivo do atual programa do governo foi fazer um ponto de situação e uma reavaliação para potenciar a sua

expansão e melhoria integrando-a com outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência, e retomar o investimento nesta rede que representa uma reforma fundamental do Serviço Nacional de Saúde, assim como do sistema de solidariedade e segurança social” (Despacho de nomeação nº 201 de 2016).

O financiamento da rede é na sua maioria assegurado pelo Orçamento de Estado (OE), competindo à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), cativar verbas para o financiamento da RNCCI, através de receitas provenientes dos jogos sociais da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Estas, segundo o Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de março são divididas entre o MTSS e o MS. As verbas oriundas dos Jogos Sociais só podem ser utilizadas para os fins definidos na Lei e por isso as verbas transferidas para as Administrações Regionais de Saúde (ARS) pertencem à RNCCI.

A Rede dispõe, assim, de um modelo de financiamento específico, isto é, um modelo misto de financiamento partilhado entre os setores da saúde e segurança social. Para este efeito específico, são cativadas verbas dos jogos sociais, explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que são divididas pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social (34,8%) e da Saúde 16,6%. Existe ainda uma componente do financiamento proveniente da comparticipação que cabe ao utente e/ou agregados familiares na proporção dos seus rendimentos e que é determinada através da condição de recursos realizada no momento da referenciação para rede e revista se necessário anualmente. Esta componente destina-se apenas para participar a percentagem de despesas oriundas do apoio social e, em último caso, é totalmente suportada pelo MSST. Assim, o financiamento das equipas e unidades da rede obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação selectiva¹⁴⁹ (Artigo 46º do DL 101/2006) (OPSS, 2011).

¹⁴⁹ As unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, as unidades de dia e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados são da responsabilidade dos setores da saúde e da segurança social, em função da natureza dos cuidados prestados. As restantes tipologias são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde (Artigo 47º do DL 101/2006).


De salientar que, para além do preço fixo pago por utente às entidades prestadoras, a rede tem custos associados à referenciação e acompanhamento das unidades que são francamente exacerbados face ao custo por cama na RNCCI, demonstrando-se urgente a implementação de medidas corretivas a este nível. O Relatório de Primavera de 2011 revelou que uma cama de internamento na RNCCI tem um custo médio de 82€/dia, mas o custo médio de um dia na RNCCI é de 237.941€ (OPSS, 2011).

Conforme Ribeiro (2014), a verba atribuída pelos Jogos Sociais tem-se revelado insuficiente, tornando-se crucial a procura de novas fontes de financiamento de forma a viabilizar a continuação do projeto. Acresce que o grau de especificidade dos cuidados prestados na rede tanto em termos dos recursos humanos especializados, como dos consumíveis ajustados a cada situação forçam “uma estrutura de custos pesada face ao rendimento proveniente do preço fixo estabelecido por doente” (Ribeiro, 2014, p. 28). A mesma autora afirma que muitas instituições prestadoras evidenciam dificuldades em garantir a sustentabilidade financeira, assim como a prestação de serviços de qualidade (Ribeiro, 2014).

Nos últimos anos tem sido debatida a alteração do modelo de pagamento aos prestadores numa perspetiva de, por um lado, aumentar a sustentabilidade financeira da rede e, por outro, aumentar os ganhos em saúde, nomeadamente através de pagamentos com base na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), de forma a garantir mais justiça e equidade no pagamento. Este modelo integra uma das medidas de reforma do SNS na área dos CCI - Desmaterializar o processo de referenciação, agilizando a colocação de utentes na RNCCI, assente em princípios/critérios que modele o comportamento dos agentes/prestadores de CCI (fator de modelação do sistema). Assim, a modalidade de pagamento por diária simples centrado nas características da oferta (tipologia), pretende evoluir para pagamento por complexidade e performance (resultados). Para o efeito, serão criados instrumentos, entre eles: a contratação de atividades (volume de serviços de acordo com as necessidades da população); a definição de métodos/modalidades de pagamento; e a medição da performance¹⁵⁰.

A prestação de serviços de cuidados continuados de saúde e apoio social por parte das diversas entidades promotoras e gestoras da RNCCI é concretizada com a celebração de um

¹⁵⁰ Testemunhos dos participantes/oradores convidados recolhidos em contexto de observação/notação durante o Encontro Nacional da RNCCI, em 6 e 7 junho de 2016, a propósito das comemorações do 10º aniversário da Rede.



acordo bipartido, nas tipologias de convalescença e de paliativos, celebrado entre a ARS e a Entidade prestadora, e com a celebração de um acordo tripartido, nas tipologias de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, celebrado entre ARS, o CDSS e a Entidade prestadora. As obrigações das entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas da RNCCI perante as ARS e os CDSS são as constantes do modelo de contratualização superiormente aprovado. Faz parte do clausulado dos acordos a obrigatoriedade de registos considerados necessários para o acompanhamento e monitorização das unidades, assim como o compromisso de facilitação de condições que permitam a realização de auditorias.

Neste sentido, a relação jurídica com as unidades prestadoras é formalizada através de contratos, denominados “Acordos”, onde são definidas as condições gerais de funcionamento e de financiamento, os requisitos de qualidade e o rácio de recursos humanos (UMCCI, 2012).

O método de definição do preço é o Preço Fixo, compreensivo, por dia e por utente, tendo os montantes, para cada tipologia, sido aprovados pela Portaria nº 1087 – A/2007, de 5 de setembro, sendo que na mesma portaria previa-se atualização anual, que não tem acontecido devido à conjuntura económica. A Portaria n.º 220/2011, de 1 de junho, veio proceder à atualização dos preços e a Portaria n.º 41/2013 de 1 de fevereiro, vem manter os preços publicados em 2011.

A definição de preços para cada tipologia da RNCCI, estabelecendo uma base homogénea para o conjunto de prestadores e tipologias, assim como um sistema de pagamento específico por tipologia de cuidados e partilhado, no caso das respostas com a componente da saúde e a de apoio social, entre o MS e MTSS, com a co-participação da segurança social sempre que o valor a pagar pelo utente não assegure a totalidade de encargos a pagar pela prestação deste tipo de apoio (Cf. Artigo 8 do Despacho normativo n.º34/20075), constituem elementos importantes a considerar no âmbito da gestão da RNCCI.

Quanto ao modelo de adesão à rede, as entidades interessadas em integrar a RNCCI contactam a ECR sedeada na respetiva ARS, a qual lhes informa sobre quais os requisitos exigíveis para integração na RNCCI. A entidade pode formalizar a sua vontade de integrar a Rede através de qualquer meio escrito, em que deve constar, a tipologia proposta, a localização da unidade e o número de camas a afetar por unidade, bem como a referência do interlocutor privilegiado (nome, número de telefone, fax e e-mail).

Conforme já referido, outro elemento fundamental de suporte na gestão da Rede reporta-se ao desenvolvimento de Sistema Único de Registo e Monitorização na RNCCI (GestCare CCI), o qual permite o registo de dados e que inclui um Instrumento Único de Avaliação da Dependência (IAI), que é específico em Portugal e é usado por todos os prestadores de tipologias de internamento e equipas que integram a rede. De salientar que o registo de dados no aplicativo informático só é obrigatório para circuito de referenciação, classificação do grau de autonomia física, úlceras de pressão, quedas, utentes a quem foi avaliada a dor, utentes a quem foi elaborado Plano Individual de Intervenção (PII). Para além de todo um conjunto de procedimentos usados na Rede, tais como: Admissão, Mobilidade e alta da RNCCI, Consentimento Informado (CI), Termo de Aceitação de Internamento (TAI), Processo Individual de Intervenção (PII), Transporte de utentes, Faturação, são ainda tidas em conta as recomendações aplicáveis às instalações para os CCI¹⁵¹.

A RNCCI assenta, assim, numa lógica de contratualização de serviços, usando para o efeito um modelo contratual homogéneo para celebração de acordos com prestadores com objetivos específicos para cada tipologia da RNCCI. A partir da análise dos últimos relatórios de monitorização, em 2015¹⁵² existiam 336 acordos com entidades do setor privado, SCM, IPSS e SNS, o que correspondia ao total de 7.759 camas contratadas. Em relação às respostas de internamento da RNCCI, com base no estabelecimento de acordos com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), estas representavam 78% do total de acordos celebrados, o que correspondia à contratação de 5.845 camas (representando 75,3% da oferta). No âmbito das IPSS, as Santas Casas da Misericórdia (SCM) representavam 53% do total de acordos celebrados, com 3.799 camas contratadas, correspondendo a cerca de 49 % do total de camas. Em comparação a 2014, as IPSS cresceram 10% em número de acordos, com o maior crescimento a registar-se nas IPSS fora do âmbito das SCM, com 22%. Os acordos com Privados cresceram 15% (representando cerca de 15% dos acordos e cerca de 21% das camas), já os acordos com o SNS decresceram 42% (ACSS, 2016).

Outro elemento fundamental para o funcionamento da Rede reporta-se ao processo de referenciação de doentes para e na RNCCI. O circuito de referenciação da RNCCI assenta em níveis operacionais, que correspondem às EGA, ECL e ECR. O acesso à Rede é feito através

¹⁵¹ De acordo o documento “Recomendações sobre as instalações para cuidados continuados” (DGES, 2006).

¹⁵² Até dia 31 de dezembro de 2015.


de referenciação, com início no Hospital do SNS ou no Centro de saúde. Conforme já foi sublinhado, compete à ECL a responsabilidade pelo ingresso da pessoa dependente na Rede¹⁵³ mediante um processo de referenciação próprio, com critérios específicos, cuja proveniência pode ser do Hospital ou do Centro de Saúde, independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário. Para o efeito, cada ECL tem como papel avaliar a situação de saúde e social do doente e verificar o cumprimento dos critérios de referenciação. No entanto, torna-se necessário que o doente (ou o seu representante) formalize o seu consentimento informado e aceite as respetivas condições de comparticipação, no caso das Unidades de Reabilitação e Manutenção. Na referenciação para a RNCCI, as ECL desempenham um papel determinante atendendo às funções que lhes estão atribuídas. Essas funções estendem-se para além do circuito de referenciação, designadamente: acompanhamento próximo das unidades prestadoras; garantia na aplicação dos critérios de referenciação para a rede; assegurar que toda a informação/documentação (nomeadamente o cálculo da comparticipação, se aplicável) dos utentes esteja completa; garantia ao nível dos fluxos de mobilidade na rede (transferências); e a participação ativa na preparação da alta dos doentes das unidades.

Importa, assim, referir que a integração daquelas pessoas na rede faz-se mediante proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, ainda que, a admissão nas UC e nas UMDR é solicitada, “(...) preferencialmente, pela equipa de gestão de altas na decorrência de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar”, como também pela equipa coordenadora local, conforme acima descrito. Contudo, a admissão nas ULDM e nas UDPA¹⁵⁴ fica a cargo da equipa coordenadora local. Acresce que a admissão nas equipas prestadoras de cuidados continuados integrados (ECCI) depende de “(...) proposta dos médicos do centro de saúde correspondente, ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona”. O mesmo ocorre e processa-se ao nível da mobilidade do utente, dentro da Rede¹⁵⁵ (MS e MTSS, p. 3859).

¹⁵³ Pessoas que se encontrem em dependência funcional prolongada, pessoas idosas com critérios de fragilidade, incapacidade grave, com forte impacto psicossocial e, ainda, pessoas portadoras de doença em fase avançada e terminal.

¹⁵⁴ A área do ambulatório, com as Unidades de Dia e Promoção de Autonomia (UDPA), aguarda implementação, tratando-se de temática inserida no mesmo grupo de trabalho das ECCI 24 horas.

¹⁵⁵ Aguarda-se a aprovação da portaria que determina as regras de referenciação na Rede e de admissão nas unidades e equipas, encontrando-se ainda em vigor o determinado no Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de junho.



Um dos objetivos da Rede passa pelo investimento na formação contínua e pelo papel que esta desempenha no desenvolvimento das competências dos diferentes grupos de profissionais e de cuidadores a envolvidos e a envolver na prestação de cuidados continuados integrados. Ao longo dos dez anos de existência da rede, têm sido desenvolvidas ações de formação dirigidas, em particular, aos profissionais (de diferentes níveis de coordenação e cuidados), por meio de encontros de reflexão (inicialmente promovidos pela UMCCI) e formações, em articulação com outras entidades, na formação ao nível da coordenação, da referenciação e da prestação de cuidados.

Numa abordagem interdisciplinar de articulação intersectorial e interinstitucional, compete às equipas coordenadoras regionais, em conformidade com o disposto na alínea c) do nº 10 do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, “promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação de cuidados continuados integrados” (MS e MTSS, p. 3859).

Considerando a importância que a formação contínua desempenha no desenvolvimento das competências dos profissionais da Rede, em 2011, foi criado um diretório de competências, necessidades formativas e bases para o plano de formação no âmbito da Rede, resultado de um Estudo, corporizado pelo Projeto *Identificar Necessidades de Formação nos Cuidados Continuados Integrados*, onde foram destacadas competências chave para dotar a RNCCI e, particularmente, as Lideranças, as Equipas e os Profissionais com instrumentos e recursos que permitam antecipar as necessidades dos CCI, em termos de desafios e novas competências próximos das profissões clínicas que actuam na Rede: competências de comunicação, relacionamento inter-pessoal e trabalho em equipa; competências técnicas e organizacionais, como por exemplo, ao nível do planeamento de cuidados, TIC para simplificação e desmaterialização de processos, sistemas de qualidade contínuos, entre outros (Santos et al., 2011).

Enquadrada no plano de ação para o desenvolvimento da Rede 2016-2019, está previsto o desenvolvimento de um plano de formação para todos os cuidadores, que resultará de diagnóstico das necessidades de formação da RNCCI e da definição de eixos estratégicos para a formação que fomente a articulação entre as estruturas da Rede e as Instituições de Ensino Superior (IES) e que privilegie a formação em contexto (MS e MTSS, 2016).

À análise dos aspetos organizacionais e funcionais da Rede Nacional, acresce outro elemento importante de gestão da RNCCI – a Estratégia de Qualidade e Avaliação da Rede, entendido aqui como transversal e integrador de todo o processo de planeamento estratégico, o qual tem atuado por meio do desenvolvimento e execução de planos de acção de base regional e respetiva monitorização/avaliação¹⁵⁶. Transversal às áreas da qualidade e do planeamento, surge a avaliação¹⁵⁷ baseada na monitorização e avaliação global de estratégias, processos e resultados.

Ao longo de dez anos de desenvolvimento, a RNCCI tem vindo a desenvolver uma política da qualidade¹⁵⁸, com especificidades próprias e compreendida como “uma dinâmica de melhoria contínua assegurada pelo cumprimento de objectivos estratégicos e de requisitos de organização e funcionamento para a prestação de serviços e cuidados de proximidade, eficientes, eficazes, personalizados e oportunos” (UMCCI, 2009, p. 2).

Assim, no âmbito da política da qualidade para a RNCCI, a estratégia da qualidade engloba os seguintes processos-chave: o acesso à Rede (incluindo o circuito de referência de utentes); a prestação de CCI nas unidades e equipas (os impactos dos cuidados e serviços na qualidade de vida dos utentes e familiares/cuidadores informais); e consolidação da Rede (planeamento, gestão e avaliação/monitorização de recursos, competências e processos).

Neste domínio, são destacadas dimensões que favorecem o desempenho da RNCCI ao nível da execução e resultados, nomeadamente a dimensão estratégica, técnica, estrutural e cultural, que conjuntamente interferem no processo de qualidade (UMCCI, 2009).

A disseminação da filosofia e modelo de cuidados da RNCCI junto dos vários parceiros e diversas instâncias da Rede, o desenvolvimento progressivo da Rede¹⁵⁹, a definição/aplicação de ferramentas para a monitorização da Rede¹⁶⁰ e o cumprimento das condições clausuladas

¹⁵⁶ Além dos relatórios periódicos de monitorização, cuja produção é feita desde 2008, existe um conjunto de instrumentos homogéneos, tais como, inquéritos, grelhas de acompanhamento, grelhas de avaliação/auditoria, que fazem parte do processo de acompanhamento e monitorização de desenvolvimento da RNCCI.

¹⁵⁷ Para o efeito são produzidos anualmente Relatórios de Avaliação do desenvolvimento da RNCCI.

¹⁵⁸ Conforme documento “Política e Estratégia da Qualidade - Março 2009” disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/>.

¹⁵⁹ Através de experiências-piloto de Unidades prestadoras em 2006-2007 e análise do histórico de respostas integradas públicas no País como as unidades de apoio integrado criadas no âmbito do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 15 de maio, assim como a integração de experiências semelhantes, nomeadamente o modelo de cuidados “sócio-sanitários” e respectivas práticas profissionais de Espanha-Catalunha apresentadas, em 2006 e 2007, através de conferências e estágios in loco de elementos das Equipas de Coordenação Regional em estruturas prestadoras de cuidados continuados.

¹⁶⁰ De que são exemplo, os aplicativos informáticos Gestcare®, Controlo Administrativo dos Contratos — CADCON e Registo de Informação Mensal — RIM e o Método de Avaliação Biopsicossocial — MAB.

sobre funcionamento e prestação de cuidados, compõem a dimensão estratégica com vista à garantia da qualidade da Rede.

Na dimensão técnica são valorizados os seguintes aspetos: o favorecimento da constituição de unidades prestadoras de referência¹⁶¹; o desenvolvimento de uma dinâmica de planeamento participativo¹⁶²; o investimento na formação contínua dos vários profissionais que integram a Rede, ao nível da coordenação, referenciação e prestação de cuidados, para o uso de instrumentos de gestão e de acesso à Rede¹⁶³ e para a apreensão da filosofia, metodologia e monitorização de cuidados continuados integrados¹⁶⁴.

Ao nível da dimensão cultural, ressalta-se a abordagem educativa e orientada para a melhoria contínua no acompanhamento técnico às Unidades e Equipas Prestadoras e na concretização de auditorias externas, na qual são utilizados métodos e ferramentas que implicam uma identificação conjunta de desajustes ou grau de incumprimento de requisitos por item e grupo temático. A partir dos resultados desta avaliação, em cada unidade prestadora, junto da equipa profissional são criadas e acordadas ou sugeridas metas de melhoria exequíveis.

Foram, ainda, dinamizadas pela UMCCI sessões baseadas nas seguintes ideias-chave para a ação: a centralidade do utente (ex. o Consentimento Informado como etapa prévia obrigatória à admissão numa Unidade ou Equipa prestadora, a participação do utente na elaboração do plano individual de intervenção consta nos contratos); o trabalho em equipa e as articulações/parcerias intra e extra Rede; a intensificação da cultura do registo, assente na seguinte frase: “O que não se regista, não existe. Se não está registado, não se avalia logo não se melhora” (UMCCI, 2009, p.4).

Em conclusão, o investimento diferenciado em cuidados e repostas, especificamente na área da Saúde Mental e Cuidados Pediátricos, integra uma das prioridades da atual política governamental. Os problemas do foro de saúde mental têm vindo a assumir cada vez maior

¹⁶¹ No âmbito do projecto *Unidades de referência*, em 2008, foram disponibilizadas a cada unidade selecionada serviços de coaching organizacional e sessões formativas em técnicas como “reuniões multidisciplinares” e “planos individuais de intervenção interdisciplinares”, definição e monitorização de metas de melhoria e lançamento de uma “Linha Aberta” para assegurar a comunicação direta entre as equipas das Unidades de referência-projecto e os supervisores/coachers.

¹⁶² Em 2007 e 2008, foram promovidos focus groups com o objetivo de auscultar os profissionais da Rede sobre a Rede e disponibilizar para consulta pública o Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

¹⁶³ Por exemplo, em 2008, todas as unidades receberam formação sobre o «Instrumento de Avaliação Biopsicossocial», assim como sobre o aplicativo informático.

¹⁶⁴ Desde 2006 e durante 2009 foram promovidas pela extinta UMCCI um conjunto de conferências sobre a implementação da RNCCI, sessões “tutoria/supervisão contínua e formação específica para unidades de Internamento” e estágios profissionais nas áreas de cuidados continuados integrados, assim como formação contínua de auxiliares de ação médica/ajudantes de ação directa em cuidados continuados e formação em “Qualidade e Técnicas de Acompanhamento na RNCCI”.

importância, razão pela qual este se tornou um programa de saúde prioritário em Portugal, onde a região do Alentejo não é exceção. Ocorre, assim, a implementação de experiências-piloto, estando previstas durante o ano de 2016 a funcionar as experiências de saúde mental e de pediatria (ACSS, 2015).

De referir ainda que, de acordo com o relatório de monitorização referente a 1º semestre de 2015,

o grau de complexidade de cuidados a prestar não sendo igual para todos os utentes, assim como a existência de situações específicas que condicionam determinado tipo de cuidados, podem vir a constituir variáveis com implicações nos recursos e no pagamento dos cuidados no âmbito da contratualização baseada em objetivos e indicadores com metas contratualizados (ACSS, 2015, p. 7).


Entre 2017-2019, está igualmente previsto o desenvolvimento das UDPA, através da implementação de experiências-piloto. Tal cenário coloca desafios ao nível da criação de despesas duplas a longo prazo e ao nível do risco de manutenção de serviços paralelos (o perigo de sobreposição de respostas, uma vez que existem comunidade que têm vários centros dia). Nessa medida, são sugeridas a reconversão de unidades que já possuem unidades de dia (MS e MTSS, s/d).

Ao nível dos cuidados prestados pelas ECCI, observa-se uma heterogeneidade grande ao nível dos cuidados prestados, sugerindo-se a criação de uma carteira de serviços/cuidados a prestar. Além disso, estas equipas são insuficientes face às necessidades, desenvolvendo um trabalho muito exigente. Observa-se, portanto, uma desadequação do atual modelo de resposta das ECCI face à diferenciação de cuidados na comunidade. Urge, por isso, repensar o modelo de intervenção nos cuidados domiciliários. Coloca-se, assim, a questão de se Rede está capaz de responder às necessidades locais/comunidades?¹⁶⁵

3. Considerações Finais

Neste processo de diagnóstico orientado do sistema de CCI na região do Alentejo, a caracterização e delimitação do seu ambiente interno permitiu uma descrição dos aspetos principais que o distinguem, com o objetivo de conhecer as forças e fraquezas dos cinco vetores fundamentais do sistema de CCI na região Alentejo, designadamente: humanos,

¹⁶⁵ Testemunhos dos participantes/oradores recolhidos em contexto de observação/notação durante o Encontro Nacional da RNCCI, em 6 e 7 junho de 2016, a propósito das comemorações do 10º aniversário da Rede.



financeiros, técnicos, tecnológicos e qualidade; colocando, assim, em evidência as variáveis internas a considerar para melhor entender o seu funcionamento e organização.

Por seu turno, na delimitação do sistema externo procedemos a uma descrição do seu contexto global, considerando, para o efeito, as suas dinâmicas demográficas, de saúde e dependência, socioculturais e educacionais, económico-financeiras, político-legais, científico-tecnológicas e, ainda, de organização funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Pretendeu-se com esta descrição, um inventário das variáveis externas mais significativas, de forma alcançar uma visão o mais completa possível das influências do sistema.

Posto isto, estudar um sistema implica conceber as suas interações com aqueles que o rodeia, identificar o que recebe (as variáveis internas que caracterizam o funcionamento da Rede de CCI na região do Alentejo) e o que produz para o seu ambiente (variáveis externas que caracterizam a envolvente explicativa geral da Rede de CCI na região do Alentejo nos seus aspetos demográficos, políticos, económicos, sociais, científico-tecnológicos, saúde, entre outras), bem como os feedbacks através dos quais as reações do ambiente às variáveis externas alteram as próprias variáveis internas e, no caso dos sistemas sociais, identificar os processos (entendidos aqui como ações e comportamentos coletivos) de antecipação e proação.

A forma como um determinado sistema se inter-relaciona com ambiente, permite-nos perceber o seu comportamento. Para Ribeiro (2008), seja qual for o sistema, o mesmo impõe que seja compreendido em relação com o seu ambiente (interno e externo), face ao qual dispõe sempre de certo grau de autonomia, o que significa que está ao mesmo tempo aberto e fechado a esse ambiente. Este será o ponto a desenvolver no capítulo que segue.

Capítulo VI - A Dinâmica dos Cuidados Continuados Integrados: O Passado e o Presente

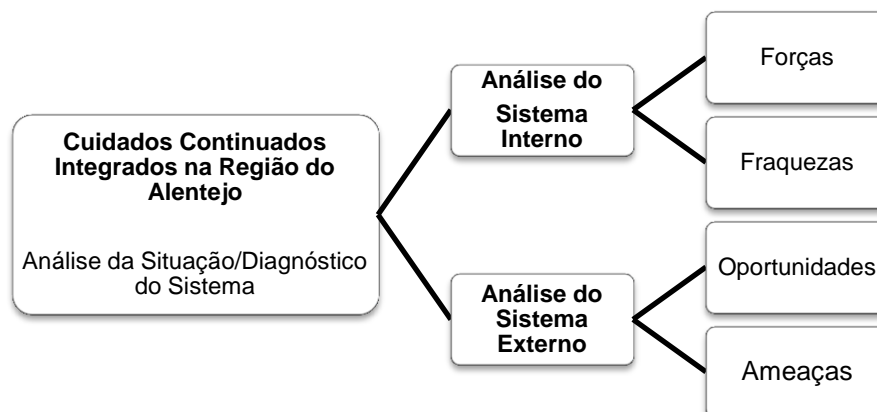
1. A Situação dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: Análise SWOT

Partimos, assim, do diagnóstico interno e externo do sistema de CCI na região do Alentejo com o objetivo de, por um lado, conhecer as forças e as fraquezas dos principais recursos deste sistema e, por outro, identificar as ameaças e as oportunidades que provêm da envolvente estratégica. Para isso, recorreremos à análise SWOT (Cf. Figura 8) a fim de sistematizar os fatores/variáveis mais importantes a respeito das quais centramos as análises estrutural e de estratégia de atores que precedem a este capítulo.

O resultado da análise SOWT permite-nos olhar para o sistema como detentor de Forças (*Strenghts*) e Fraquezas (*Weakenesses*), onde as primeiras representam as vantagens internas do conjunto de atores chave e as segundas traduzem as desvantagens internas face ao desenvolvimento do CCI na região do Alentejo. Permite-nos, ainda, conhecer as Oportunidades (*Opportunities*), isto é, os elementos positivos da envolvente regional, nacional e internacional, cujo potencial pode conduzir os CCI nas diferentes sub-regiões do Alentejo para futuros coletivamente desejáveis. E, por outro lado, conhecer as ameaças que podem inibir o sistema, isto é, os elementos negativos da envolvente que podem comprometer o desenvolvimento dos CCI naquele território.

Evidenciam-se, assim, as várias mudanças que operam nesse domínio, as novas tendências emergentes com as suas potencialidades, fragilidades, estrangulamentos ou patologias.

Figura 8 - Relação da Análise SWOT com o Diagnóstico dos CCI na Região do Alentejo



Fonte: autoria própria

Numa tentativa de apreensão dos mecanismos e características da dinâmica do Sistema de CCI no território Alentejano nos últimos anos, apresentamos abaixo um quadro (Cf. Quadro 15) onde procuramos sistematizar os elementos mais importantes do sistema, com vista a alcançar uma primeira leitura prévia à análise das variáveis através do método MICMAC.

A definição das variáveis mais relevantes permite-nos, assim, constituir a base para a explicação do fenómeno em estudo, na medida em que compõe a estrutura do sistema. Como refere Michel Godet (1993, p. 102), “um sistema apresenta-se sob a forma de um conjunto de elementos em relação” e o tecido relacional entre estes elementos (variáveis) é determinante para se perceber a sua evolução, na medida em que conserva uma certa permanência.

Quadro 15 - Análise SWOT para os CCI na Região do Alentejo (Ambiente Interno)

Forças	Fraquezas
Experiência e conhecimento acumulado sobre os Cuidados Continuados face às restantes regiões do país (uma rede de apoio domiciliário integrado estabelecida antes da criação da RNCCI).	Tempos de resposta (desde a referenciação até à identificação da vaga) elevados, designadamente ao nível das tipologias de internamento UMDR, ULDM e ECCI.
Primeira experiência piloto em ECCI 24 a decorrer a nível nacional.	Tempos de avaliação elevados e com grande variabilidade entre os diferentes tempos máximos das ECL, sobretudo nas tipologias ULDM, UMDR e ECCI.
Implementação de projeto de incentivo à melhoria da qualidade no âmbito das unidades de internamento da Rede no Alentejo (provisoriamente suspenso) que será extensível a toda a rede e a todas as tipologias.	Aumento do número de pessoas que aguardam resposta (sobretudo ao nível da tipologia de internamento UMDR).
Boa cobertura populacional de camas e de lugares domiciliários face ao contexto nacional.	Aumento da demora média, com especial incidência nas respostas ULDM, UMDR e UC (pode refletir-se nos utentes que aguardam vaga na RNCCI).
Região que apresenta uma maior percentagem de referenciação a partir dos CSP (o que pode revelar a proximidade da rede na comunidade).	A plataforma informática/aplicativo não disponibiliza informação de retorno aos intervenientes (falta de transparência), nem potencia a articulação entre eles (ausência de módulo para sinalização dos recursos humanos envolvidos...).
Realização de estudos de satisfação dos utentes.	Desconhecimento dos profissionais (CH e CSP) sobre os circuitos e procedimentos associados aos processos de sinalização e referenciação para a Rede.
Recombinação de serviços e recursos existentes com outros, entretanto criados, formando uma estrutura organizacional integrada no sistema existente.	Ausência de planeamento atempado da alta ao nível hospitalar e desinicialização precoce no âmbito dos CSP.
Parceria entre os setores público e privado numa perspetiva de complementaridade e de modo a assegurar respostas de proximidade aos cidadãos em situação de dependência (ex: em termos de transporte de utentes).	Dificuldades na interiorização/operacionalização do conceito de interdisciplinaridade e falhas na articulação e comunicação entre diferentes atores da Rede (EGA/ECL/ECR/Prestadores). Escassez de tempo afeto dos profissionais que integram a maioria das Equipas (EGA, ECL, ECR e ECCI), o que gera sobrecarga de trabalho e atraso no seguimento dos processos.

Forças	Fraquezas
Apoio/suporte institucional por parte da ARSA.	A alocação dos recursos humanos nas equipas de apoio domiciliário (em número e diversidade ao nível da área de formação) é insuficiente face às necessidades/exigências de funcionamento das ECCI.
Apoio/suporte institucional por parte da ARSA.	A alocação dos recursos humanos nas ECCI não é feita de forma transparente (a informação não é partilhada às equipas de coordenação), estando dependente da decisão dos conselhos de administração de diferentes ULS e dos respetivos ACES.
A implementação de unidades em determinadas zonas mais desertificadas tem potenciado o desenvolvimento local e a fixação de pessoas.	Fragilidade financeira das unidades e equipas da rede (pondo em causa a sua sustentabilidade)
Existência de um projeto a nível local dirigido aos cuidados informais (Projeto “O Cantinho do Cuidador”).	Baixos rendimentos dos potenciais utentes da rede (o que leva à desistência de utentes sobretudo para as ULDR, onde os custos são mais elevados).
Articulação entre o meio científico e a Rede (por meio da dinamização do Encontro Nacional da RNCCI entre a ARSA e a Universidade de Évora, p. ex.).	

Fonte: autoria própria

Ao analisarmos o sistema interno do ponto de vista das suas forças e fraquezas, podemos apontar que a sua maior força se relaciona com a experiência e conhecimentos adquiridos num passado recente, o que lhe conferiu uma dinâmica específica face às outras regiões – uma rede informal já estabelecida, prévia à sua constituição formal. Para além desta, o facto de ser o motor para o desenvolvimento de experiências piloto, em especial no domínio dos cuidados domiciliários (ex. ECCI 24), entre outros projetos/iniciativas próprias que a fazem demarcar das outras regiões do país (ex. Projetos de Incentivo à Qualidade e de Apoio aos cuidadores informais). Por seu turno, as fraquezas deste sistema tornam o seu ambiente interno incapaz de responder aos desafios externos. É esta incapacidade de responder às necessidades das pessoas (utentes/cuidadores informais e equipas/profissionais) e de definir uma estratégia de gestão sustentável (relativamente aos recursos, qualidade). Aliados a estas fragilidades, surgem o desconhecimento de alguns atores sobre os circuitos e procedimentos inerentes aos processos de sinalização e referenciação para a Rede, a falta de transparência dos circuitos de comunicação da rede (ex. sistemas de informação) e a dificuldade na

interiorização/operacionalização do conceito de interdisciplinaridade, potenciando falhas na articulação e comunicação entre diferentes atores da Rede.

No quadro 16, destacamos o ambiente externo do sistema de CCI em estudo no que se refere às suas potenciais ameaças e oportunidades.


Quadro 16 - Análise SWOT para os CCI na Região do Alentejo (Ambiente Externo)

Oportunidades	Ameaças
Convergência de esforços entre a Saúde e Segurança Social, no sentido da implementação de um modelo de intervenção multisectorial (integração da RNCCI no SNS e SS).	Duplo envelhecimento na pirâmide etária da população da região.
Envolvimento da administração em saúde (Tutela, ARS, ACES, ULS, CH, ...) na promoção da referenciação, nomeadamente por via do desenvolvimento efetivo da contratualização interna.	Elevado índice de dependência de idosos.
Focalização no utente (Plano Individual de Intervenção, envolvimento e participação da família, ...) e na continuidade de cuidados.	Baixa densidade populacional.
Aumento e diversificação das respostas da Rede de acordo com as necessidades (UDPA; ECCI24; Saúde Mental, Cuidados Continuados Pediátricos...)	Fraco potencial demográfico (crescente tendência de perda de população na generalidade do território).
Ao nível dos recursos humanos: Formação, informação e sensibilização dos profissionais sobre a Rede (desde as equipas que integram a Rede às equipas que integram os Hospitais e CSP).	Território disperso com longas distâncias entre lugares/povoamentos.
Revisão da plataforma informática/aplicativo (com o objetivo de promover a transparência dos processos e partilha de informação, assim como melhorar a avaliação dos resultados da Rede).	Fraco acesso à rede de equipamentos de cuidados de saúde.
Contributo essencial para a sustentabilidade do SNS.	Fraca dotação de recursos físicos e de pessoal de saúde (incapaz de satisfazer os níveis de procura de serviços e cuidados de saúde).
Mudança cultural no modo como os cuidados são geridos e prestados.	Empobrecimento da população (o Alentejo é a terceira região do País mais pobre, e a primeira do território continental).
Boa cobertura da região por uma rede de ensino/formação consolidada e diversificada nos diferentes níveis de ensino.	Baixos níveis de escolarização e de qualificação da população.
Existência de alguns cursos de ensino tecnológico/profissional e superior na área da Saúde e dos Cuidados Continuados.	Falta de recursos humanos especializados e com formação na área da Saúde Mental.

Oportunidades	Ameaças
Existência de instrumentos de planeamento que revelam vontade política local, regional e nacional para potenciarem investimentos na saúde, onde se incluem os CCI na região (ex: PNS, PRS, PLS, PD da RNCCI).	Aumento do número de APVP relacionado com as principais causas de morte prematura [acidentes de transporte, tumores malignos, lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios), doenças isquémicas do coração e doenças cerebrovasculares].
Existência de programas regionais e nacionais na área da saúde através de apoios e incentivos nacionais e internacionais (ex: programa de prevenção e gestão da doença crónica, programa nacional de educação para a saúde).	Prevalência e concorrência de múltiplas de doenças crónicas e Incapacidades (aumento das taxas de prevalência de incapacidades de tipo funcional).
Oportunidades de financiamento de novos projetos na área da saúde e da coesão social através de apoios e incentivos no âmbito do “Portugal 2020: Estratégia para a Saúde”.	Prevalência de perturbações na área da doença mental (aumento de casos de demência).
A ação política da UE e de Portugal voltada para a definição de estratégias centradas na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde (reforço da liderança e governança para a saúde).	Aumento do número de pessoas a necessitar de autocuidados no domicílio (acamados).
	Fragmentação das respostas, o que compromete a continuidade de cuidados, por não estar assegurada a verdadeira integração da Rede com os Cuidados de Saúde Primários (referenciação precoce a partir da comunidade, continuidade após alta...) e Cuidados Hospitalares.
	Descrédito da Rede perante os cidadãos e restantes prestadores por não se constituir como uma resposta ágil e atempada.
	Insustentabilidade da Rede por falta da diversificação das respostas, em especial de respostas de proximidade (cuidados domiciliários e de ambulatório) quer na própria RNCCI, quer na comunidade.
	Exaustividade da informação solicitada no aplicativo e excessiva burocratização do processo de referenciação.

Fonte: autoria própria


Numa análise crítica do sistema externo (Cf. Quadro 16), foram identificadas potencialidades (oportunidades) que podem contribuir para a sua eficácia, nomeadamente ao nível dos custos de organização e administração (monitorização e controlo da rede) e de formação. Isto é, o recurso a tecnologias de informação e comunicação (ex. sistemas de eHealth, telecare) podem reduzir, por exemplo, os custos das equipas de apoio domiciliário em algumas situações que devem ser devidamente caracterizadas. Por outro lado, comparando os custos unitários por tipologia de prestação de CC, são evidentes os ganhos financeiros da passagem de cuidados institucionais para cuidados domiciliários, nos casos em que tal se afigure viável.



Outra questão fundamental na eficiência do sistema e na retificação de distorções é a contratualização. Assim, a possível alteração do modelo de contratualização - atualmente assente no pagamento aos prestadores em função de um valor diário, para a definição de um valor assente, por exemplo, em tipos de dependência homogéneos baseados em níveis de funcionalidade.

As outras potencialidades do sistema de CCI correspondem a três elementos chave característicos de um modelo de cuidados de longa duração, nomeadamente: escolha, qualidade e integração/coordenação de cuidados, de forma a assegurar o acesso, a qualidade e a sustentabilidade. Por esta razão, é inquestionável a validade da integração de respostas que é potenciada por uma estrutura em rede, como é o caso da RNCCI (OPSS, 2011). Conforme tivemos oportunidade de analisar, uma das preocupações mais difundidas no panorama internacional passa pelo combate à fragmentação dos serviços, pelo que a promoção do continuum dos cuidados tem vindo a constituir uma questão central na definição das novas políticas de saúde em muitos países. Tais programas correspondem, como já foi reforçado, às recomendações para a integração de cuidados dirigidos às pessoas idosas, centrando-se na delegação de responsabilidades, na integração entre os sistemas formais e informais, no poder de escolha do utilizador, na complementaridade de serviços e em sistemas de regulação.

Contudo, do ponto de vista do seu ambiente externo, há que ponderar até que ponto o sistema está a conseguir dar resposta às necessidades dos CCI, de forma sustentada e sustentável. Um dos aspetos críticos (que pode ser visto como uma possível ameaça) relaciona-se com a avaliação do impacto da implementação da RNCCI no sistema de saúde português, mais precisamente, no consumo de recursos hospitalares e na demora média hospitalar. Além disso, importa questionar se a RNCCI está a conseguir retirar doentes da rede hospitalar, prestando-lhes cuidados continuados em estruturas mais adequadas à sua condição de saúde. Para que isso aconteça, há que “promover a referenciação atempada ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e simultaneamente garantir a agilidade da Rede e celeridade na resposta ao nível das interfaces e dos canais de comunicação entre os diferentes níveis de cuidados” (OPSS, 2011, p. 18). Segundo os dados analisados, alguns dos indicadores sugerem essa tendência. Contudo, continuam a existir outros indicadores, nomeadamente os tempos de resposta para admissão na RNCCI que são ainda bastante elevados. Esta evidência é reconhecida pela ACSS quando se constata que o tempo entre a data hospitalar e de sinalização deveria ser de 48h (definido como desejável) e, se analisarmos a região do Alentejo, o tempo mais baixo é




de 4,1 dias para ECCI e o mais alto é de 40 dias para ULDM, possuindo o tempo mais elevado nesta última tipologia face às outras regiões (ACSS, 2015). Os aspetos enunciados poderão ser sinalizadores de algumas questões ao nível do funcionamento da Rede, que se traduzem em constrangimentos a ultrapassar ao nível dos processos e resultados.

Para além destes, foi possível identificar um conjunto de constrangimentos inerentes às particularidades da organização, funcionamento e prestação de CCI, o que lhe confere uma complexa abordagem ao nível da qualidade. O modo de abordagem e metodologia da RNCCI acarreta, muitas vezes, uma completa alteração de modos de gerir e prestar cuidados, isto é, a dupla dimensão de “integrados” que se verifica ao nível macro e meso da Rede através da tutela conjunta dos MTSS e MS e envolvimento de entidades que deles dependem ou com as quais estabelecem acordos, assim como ao nível micro concretizado através das equipas multidisciplinares prestadoras de cuidados e da articulação entre as várias organizações locais para assegurar a continuidade dos cuidados necessários dentro e fora da Rede; e a modalidade financeira, de que é exemplo, a implementação do modelo de financiamento direto às famílias. O modelo de financiamento adoptado para a RNCCI assume características inovadoras na medida em que envolve uma razoável diversidade de fontes que se complementam. No entanto, este modelo de financiamento tem de ser preparado para responder ao previsível e contínuo aumento dos custos, porque a cobertura ainda não é total, esperando-se a sua expansão.

A maior pressão dos custos poderá, porém, advir da progressão do fenómeno do envelhecimento populacional e dos efeitos epidemiológicos que daí podem advir. Acresce que, sendo os utentes desta Rede essencialmente idosos, tal pode significar que se atinge um dos grupos sociais mais fragilizados e onde o risco de pobreza é maior (Eurostat, 2010), colocando em causa a sustentabilidade e coesão sociais. Contudo, a aposta na diferenciação das respostas da Rede (de que é exemplo, a Saúde Mental e os Cuidados Continuados Pediátricos) pode vir, contudo, a potenciar a rede no sentido de diversificar o perfil do seu público-alvo.

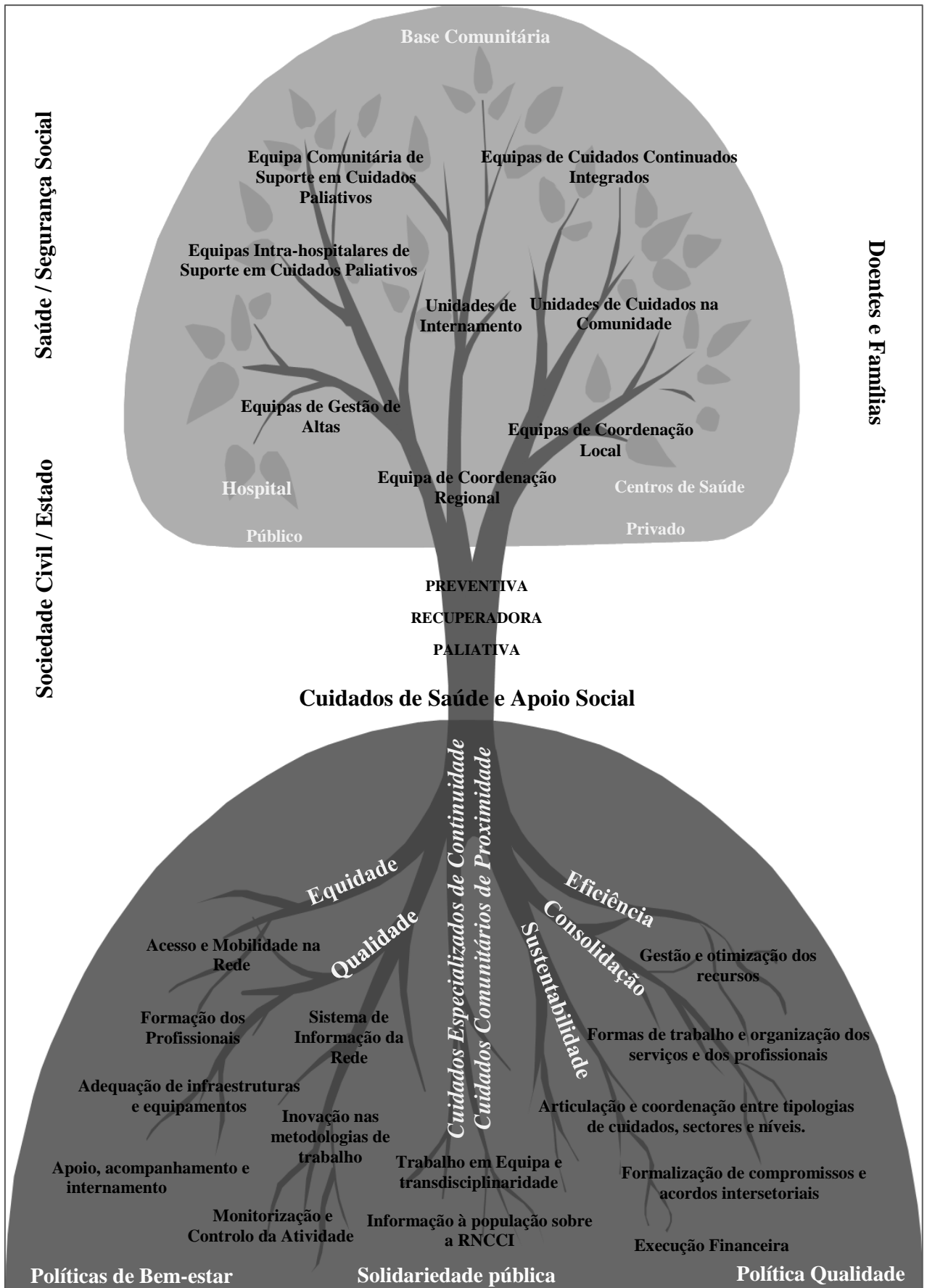
É com base na relação destes diagnósticos - interno e externo -, que o sistema se pode posicionar estrategicamente. Na realidade, é com base numa análise das componentes interna e externa do sistema que é possível perceber de que forma as ameaças e as oportunidades podem influenciar uma determinada força ou fraqueza. Posto isto, e conforme sugere Godet



(1996, p. 290) “tem que se tomar em consideração a árvore de competências da organização na sua globalidade e a respetiva dinâmica de evolução”.

Assim, e partir da análise do sistema, foi possível desenhar a árvore de competências dos CCI na região do Alentejo (Cf. Figura 9), cujo objetivo passou por fazer uma radiografia ao sistema de CCI no território do Alentejo, de forma a que as suas competências distintivas e a sua dinâmica sejam consideradas na elaboração das opções estratégicas (Godet, s/d). A árvore de competências aqui apresentada propõe-se representar a globalidade de um determinado sistema sócio-organizacional, não a reduzindo a simples linhas de respostas e cuidados. Nesta árvore, as raízes representam as competências técnicas e os saberes, o tronco traduz as capacidades funcionais e organizacionais e os ramos expõem as linhas de cuidados.

Figura 9 – Árvore de Competências dos CCI na Região do Alentejo



Fonte: autoria própria

3. Considerações Finais

Estamos conscientes de que, quando abordamos um sistema social como complexo, devemos considerar que, de acordo com Ribeiro (2008, p.20), a sua complexidade depende de três fatores: o grau mais ou menos elevado da sua organização; a incerteza presente no seu ambiente; e a dificuldade ou impossibilidade de identificar todos os elementos e compreender todas as relações que estão em jogo, considerando que o comportamento global de um sistema complexo apenas permite uma previsibilidade reduzida. Outro aspeto inerente à complexidade dos sistemas e dos subsistemas sociais é a sua diferenciação, o que, em virtude do seu grau de importância e de conflitualidade, exige “novos equilíbrios que se desenvolvem nas diferentes áreas do sistema com fortes pressões nas problemáticas mais centrais quer a níveis da produção e da distribuição dos bens e dos serviços, quer a níveis simbólicos mais estruturantes.”

O diagnóstico do sistema em estudo por nós empreendido reúne um conjunto de noções e relações complexas, “que nenhuma redução analítica ou holística pode atingir” (Fortin, 2005, pp.46-51), levando-nos a considerar que este sistema possui e produz, em simultâneo, antagonismos e complementariedades, estando sujeito a pressões e a inibições.

Capítulo VII- *Análise Estrutural do Sistema Cuidados Continuados Integrados*

1. Considerações Prévias

A fase do diagnóstico orientado do sistema de CCI na região do Alentejo foi fundamental para a construção de um quadro de compreensão do contexto que não só nos facilitasse a sua leitura e interpretação, como ainda nos ajudasse a caracterizar as variáveis mais importantes com vista à sua delimitação, de uma forma globalizante e dinâmica, retendo os elementos de informação sobre o seu funcionamento e aferindo algumas relações de causalidade e dependência entre as variáveis. Neste sentido, empreendemos uma análise estrutural com recurso ao método denominado de *Matriz de Impactos Cruzados - Multiplicações Aplicadas a uma Classificação* (MICMAC), conforme proposto por Godet (1993), que, como tivemos oportunidade de explicar no capítulo 3, permitiu-nos reduzir a complexidade do sistema e detetar as variáveis-chave para o funcionamento do sistema, colocando em evidência a sua hierarquia, assim como detetar os atores que estão na origem da sua evolução.

Como já foi mencionado, esta análise seguiu a metodologia proposta por Godet, cuja etapa inicial - *construção da base* -, ao partir da identificação das variáveis relevantes e das relações entre elas (delimitação do sistema), iniciou-se com a análise estrutural, a qual permitiu descortinar “a estrutura das relações entre as variáveis qualitativas [...] que caracterizam o sistema” isto é: destacar os “efeitos escondidos” das variáveis, decompor o sistema em grupos de variáveis e detetar as variáveis-chave do sistema (Godet, 1993, pp. 102-103).

A análise estrutural de utilização previsional¹⁶⁶ implicou a concretização das seguintes tarefas: 1) o recenseamento das variáveis que intervêm no sistema; 2) a construção de uma matriz de análise estrutural (matriz quadrada) com a identificação das relações diretas entre as variáveis (mediante uma escala de 0 a 3); 3) e a pesquisa das variáveis-chave através da aplicação de um programa de multiplicação matricial MICMAC (Godet, 1993, p.105).

O recenseamento propriamente dito das variáveis construiu-se a partir de uma lista previamente elaborada, cuja explicação pormenorizada das variáveis, permitiu memorizar tudo o que é subentendido na enunciação de uma variável (Godet, 1993). Este trabalho de

¹⁶⁶ Godet propõe uma segunda via de utilização da análise estrutural que é de *utilização decisional*. Este tipo de análise estrutural consiste na pesquisa e identificação das variáveis e dos atores sobre os quais há que atuar para chegar aos objetivos que foram fixados. Por sua vez, a análise estrutural de *utilização previsional* procura pesquisar as variáveis-chave sobre as quais deve incidir a reflexão prospetiva (Godet, 1993).

recenseamento permitiu-nos, por um lado, reduzir ao máximo a subjetividade do investigador e questionar de forma sistemática, a natureza e a força da influência e da dependência das variáveis recenseadas. Este questionamento permanente levou à enunciação de novas variáveis antes da apresentação do resultado final da matriz gerada pelo instrumento usado para análise (Software MICMAC, da Lipsor).

A tarefa seguinte consistiu no preenchimento da matriz de análise estrutural¹⁶⁷, através do relacionamento das variáveis num quadro de dupla entrada - a construção da matriz de influências diretas e indirectas entre eles. Não deixamos, portanto, de ter em consideração que, pela forte densidade de variáveis externas, as influências da envolvente externa sobre o ambiente interno do sistema são muito mais densas do que o contrário, assim como os efeitos de ambas as variáveis sobre si mesmas apresentam uma taxa mais elevada.

Contudo, antes de concluirmos se existe uma relação entre duas variáveis, o investigador, com o apoio do grupo de participantes do *focus group*, necessitou de ponderar e responder sistematicamente a três questões: 1) se existe uma relação de influência direta entre as variáveis e se essa relação possui um determinado sentido; se existe ou não colinearidade entre as variáveis; e, por último, se a relação entre duas variáveis é feita ou não através uma terceira variável. Este procedimento permitiu minimizar e até mesmo evitar vários erros no preenchimento da matriz. Hoje, determinadas variáveis com pouco influência podem, amanhã e num contexto diferente, ganhar uma influência maior (Godet, 1993, p.112).

Os resultados do MIMAC podem, assim, conduzir a diferentes leituras e interpretações, pois como nos alerta Godet “não há uma leitura única, oficial e científica”, competindo ao investigador e aos participantes do *focus group* colocar as “questões a si próprios e adiantar as interpretações” (Godet, 1993, p. 126).

A este respeito, Godet sugere dois processos de preenchimento da matriz, no sentido de comparar resultados, ao sobrepor as duas matrizes preenchidas, identificando, desta forma, as diferenças e os possíveis erros. A primeira forma de preenchimento pode fazer-se em linha, apontando a influência de cada variável sobre todas as outras; e a segunda maneira em coluna, registando por que variáveis cada variável é influenciada. Porém, este processo seria na

¹⁶⁷ Godet evidencia que o preenchimento da matriz é geralmente qualitativo (pela existência ou não de relações), embora seja também quantitativo. A intensidade das relações diretas pode ser distinguida como: forte, média, fraca e potencial (1 = Influência fraca; 2 = Influência média; 3 = Influência forte; 4 ou P = Potencial (Godet, 1993, p. 112).

prática muito exaustivo e demorado, considerando as várias dezenas de variáveis em causa, o que se traduzia em mais dias intensos de trabalho (Godet, 1993, p. 113).

Todavia, importa salientar a importância do apoio de uma matriz, cujo preenchimento “é uma boa ocasião de diálogo”, no sentido em que permitiu a troca de perspectivas e opiniões, gerando reflexão e discussão coletiva no interior do grupo de participantes (Godet, 1993, p. 113).

As variáveis recenseadas para os sistemas interno e externo são classificadas a partir do número e da intensidade de relações em que estão implicadas, quer em motricidade, quer em dependência. De acordo com Caldas e Perestrelo (Caldas e Perestrelo, 1998, p. 5), no caso de uma matriz de análise estrutural 0-1, a motricidade direta de uma variável define-se como “uma medida de influência dessa variável sobre o conjunto do sistema dada pelo número de variáveis que essa variável influencia (soma em linha da matriz A)”, enquanto que a dependência direta de uma variável “é dada pelo número de variáveis que a influenciam (soma em coluna da matriz A)”. Posto isto, o grau de motricidade de uma variável é medido “pela posição que ocupa na sequência ordenada das variáveis segundo a sua motricidade”.

As variáveis podem ser classificadas em cinco categorias: motrizes, ligação, resultado ou dependentes, excluídas ou pelotão. Considerando esta classificação, as variáveis podem ser: muito influentes e pouco dependentes, isto é, influenciam a dinâmica do sistema e dependem pouco (variáveis motrizes); muito dependentes e pouco influentes, ou seja, sendo muito condicionadas pela dinâmica do sistema, exercem pouca influência sobre ele (variáveis resultado); muito dependentes e muito motrizes, o que significa que ocupam uma posição de charneira e propagam os efeitos a todo o sistema (variáveis de ligação, por natureza instáveis); pouco dependentes e pouco motrizes, desempenhando um papel irrelevante para a análise do sistema (variáveis excluídas); medianamente motrizes e dependentes, constituindo tendências pesadas ou fatores relativamente desligados do sistema, em virtude do seu desenvolvimento autónomo (variáveis de pelotão¹⁶⁸).

Considerando a natureza das relações entre as variáveis, a análise estrutural permite três classificações: direta, indireta e potencial. A classificação direta resulta do jogo de relações a curto e médio prazo, ao contrário da indireta que considera os efeitos em cadeia cuja

¹⁶⁸ As variáveis pelotão não constituem determinantes do futuro e, por conseguinte, não são excluídas por não existir prova da sua irrelevância para a análise.

realização pode demorar mais tempo. Quanto à classificação potencial, esta permite a integração de relações que poderão demorar a acontecer, com repercursões no sistema a longo prazo.

Considerando a natureza das relações, as relações diretas entre as variáveis podem ser classificadas mediante a seguinte escala: 0, se não existe relação; 1, se a relação é fraca; 2, se a relação direta é média; 3, se a relação direta é forte.

Ainda que um simples exame da matriz ajude a identificar as variáveis com mais ação direta¹⁶⁹, não é suficiente para revelar as variáveis “ocultas” que, por vezes, podem assumir uma grande influência no sistema em estudo. Neste sentido, a maior vocação do método MICMAC reside em revelar esses “efeitos escondidos”, isto é, revelar os efeitos indiretos das variáveis e classificar as variáveis mediante o seu grau de motricidade (ou influência) e dependência indiretas. Este método, segundo Godet (Godet, 1993, p. 114), “permite estudar a difusão dos impactos pelos caminhos e pelos elos de retroação e, por conseguinte, hierarquizar as variáveis” por ordem de motricidade e de dependência.

Assim, o grau e motricidade de uma variável traduz a influência que uma variável exerce sobre o conjunto do sistema. O grau de dependência de uma variável traduz a importância das influências exercidas sobre essa variável. Importa salientar que uma variável pouco motriz (ou pouco dependente) do ponto de vista das relações diretas pode ser muito motriz (ou dependente) do ponto de vista das relações indiretas - a sua influência real no sistema (ou a sua dependência) pode ser muito superior à evidenciada pela análise das relações diretas. Daí que o método permite revelar características das variáveis que não são imediatamente visíveis (Caldas e Perestrelo, 1998, p. 5).

2. Recenseamento das Variáveis

Conforme sugere Godet (1993), considerando a natureza do fenómeno em estudo torna-se prudente proceder a reagrupamento à priori, com vista a diferenciar as variáveis internas e externas, já que as primeiras caracterizam o subsistema objeto do estudo e as segundas constituem a sua envolvente. Assim sendo, da análise da primeira fase do diagnóstico orientado do sistema em estudo resultou a imagem do estado atual dos CCI na região do

¹⁶⁹ Conforme as informações obtidas através da análise dos indicadores de motricidade e dependência das variáveis.

Alentejo, estabelecendo-se uma lista final de 66 variáveis (47 externas e 19 internas) previamente selecionadas e validadas pelos participantes do *focus group*, repartidas em dois grupos: as variáveis externas, que descrevem a envolvente explicativa geral deste sistema nos seus aspetos demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, socioculturais e educacionais, económico-financeiros, político-legais, científico-tecnológicos, organizacionais e funcionais e de governação integrada da Rede Nacional; e as variáveis internas que caracterizam o ambiente interno do sistema em estudo traduzidas em variáveis de organização do trabalho e recursos humanos, gestão, recursos financeiros, relacionamento inter e intra-organizacionais e formação e qualidade (Cf. Quadro 17).

Foi, a partir de uma perspetiva sistémica da realidade dos CCI na região do Alentejo, em que uma variável só existe pelas suas relações, que nos fez pensar nesta ou naquela variável ao longo do estabelecimento da lista de variáveis abaixo apresentadas.

Tendo por base o diagnóstico feito (resultado da informação recolhida através de entrevistas exploratórias, análise documental e *focus group*¹⁷⁰), constituímos uma lista das variáveis mais pertinentes para o estudo dos Sistema de CCI na Região do Alentejo. Tais variáveis organizadas em torno de vários temas são apresentadas no quadro abaixo, cuja identificação foi feita a partir de uma codificação para efeitos de utilização do software MICMAC. Por último, descrevem-se resumidamente as suas principais características (Cf. Apêndice XIII).

¹⁷⁰ Solicitamos aos participantes uma primeira leitura e análise da lista, a qual foi alvo de discussão/validação no decorrer da sessão do *Focus Group*, resultando numa lista final conforme Apêndice VII. Além de questionarmos a pertinência de cada variável, aferimos, também, a relação existente entre as variáveis. Este trabalho de reflexão, permitiu desolcutar novas variáveis e, ainda, possibilitou o agrupamento de algumas variáveis. O documento apresentado ao grupo foi constituído de forma aberta, permitindo a sua construção progressiva, representando um instrumento de filtragem sistemática de informação, ao identificar relações entre variáveis que de outra forma seriam impossíveis ou não fariam sentido.

Quadro 17 - Identificação das Variáveis-Chave do Sistema Interno e do Sistema Externo, por dimensões/temas

Nº	TEMA/DIMENSÃO	CÓDIGO
SISTEMA EXTERNO		
Variáveis Demográficas		
1	Evolução populacional	EvoPop
2	Densidade População	DensPop
3	Estrutura demográfica	EstDem_Pop
4	Dependência total de Idosos	DepIdo
5	Dimensão e Estrutura territorial	DimTerr
Variáveis Epidemiológicas		
6	Mortalidade prematura por causas evitáveis	MortPrem
7	Comportamentos e estilos de vida	CompEstVi
8	Prevalência e concorrência de doenças crónicas e Incapacidades	Prev_DC_In
9	Pessoas dependentes no autocuidado	PesDep_AC
10	Prevalência de perturbações na área da Saúde Mental	Prev_Pert_
11	Acesso à rede de serviços de saúde	Ace_ServSa
12	Dotação de recursos físicos e de pessoal de saúde	Dot_Recur
13	Procura efectiva dos serviços de saúde	Proc_ServS
Variáveis Socioeconómicas		
14	Empobrecimento da população	Empo_Pop
15	Proteção social	Protec_Soc
16	Recursos sociais disponíveis	Cober_RS
17	Estrutura do agregado familiar	Estr_AgFam
18	Redes relacionais	Red_Relac
Nº	TEMA/DIMENSÃO	CÓDIGO
SISTEMA EXTERNO		
Variáveis Socio-Culturais e Educacionais		
19	Escolaridade e Habilitação da População	Habil_Pop
20	Rede de ensino e formação em CCI	Red_EF_CCI
Variáveis Económico-Financeiras		
21	Financiamento das políticas públicas	Finan_PP
22	Despesas com a saúde/Cuidados Continuados Integrados	DespSaú_CC
23	Gastos suportados pelos utentes	GasSuport_
24	Modelo de financiamento direto à família na Rede pela Segurança Social	ModFin_Fam
Variáveis Político-Legais		
25	Recomendações de organismos internacionais em matéria de saúde	RecomOrgIn
26	Orientações da UE na área de Saúde	OrientUE
27	Políticas Nacionais para os CCI	PolfNac_CC
28	Implementação do PNS no território	Imple_PNS
29	Legislação aplicável que regula os procedimentos	Legis_Reg
Variáveis Científico-Tecnológicas		
30	Ambiente tecnológico na área da Saúde	AmbTec_Saú
31	Sistema de Informação e integração de TIC na RNCCI	SII_TIC
32	Interoperabilidade entre sistemas de informação da Rede	Intero_SI
33	Reforço da Investigação	Refor_Inv
Variáveis de Governação Integrada		
34	Cooperação entre sistemas de informação dos setores saúde e Segurança Social	Coop_SISec

35	Cooperação entre áreas governamentais_Saúde e Segurança Social	Coop_Gov
36	Integração e articulação dos cuidados	Integr_Art
37	Liderança e Coordenação da Rede	Lider_Coor
Variáveis Organizacionais e Funcionais da Rede Nacional		
38	Modelo de contratualização e financiamento	Mod_CF
39	Modelo de referenciação	Mod_Ref
40	Instrumentos de gestão e planeamento RNCC	InstGesPla
41	Funcionamento e dotação de recursos humanos	FunDot_RH
42	Estratégia de qualidade e avaliação da Rede	EstraQA
43	Qualificação da intervenção dos vários atores da RNCCI	Qualif_Ato
44	Complexidade/Diferenciação dos cuidados e respostas	ComDif_Cui
45	Reforço dos cuidados no domicílio e das respostas comunitárias	Refor_CD_R
46	Reconhecimento e apoio aos cuidadores informais	RecoApoi_C
Variáveis Gerais		
47	Imagem da Rede como modelo de cuidados	Imag_Rede
SISTEMA INTERNO		
Variáveis de Organização do Trabalho e dos RH		
48	Dotação dos Recursos Humanos	Dota_RH
49	Formas e procedimentos de trabalho	Form_Proce
Variáveis de Gestão da Rede		
50	Consolidação da Rede de Unidades e Equipas	Consoli_Re
51	Monitorização e controlo da atividade assistencial	Monit_Cont
52	Respostas de proximidade no domicílio	Resp_Prox_
53	Implementação das Respostas CCI de Saúde Mental	Imple_Resp
Variáveis de Gestão dos Utentes		
54	Referenciação de utentes	Refer_Uten
55	Acesso e Mobilidade dos utentes	AceMobi_Ut
Nº	TEMA/DIMENSÃO	CÓDIGO
SISTEMA INTERNO		
Variáveis de Gestão dos Utentes		
56	Capacidade de resposta e Desempenho	Capac_Resp
57	Perfil dos utentes e destinatários	Perf_Uten
Variáveis Financeiras		
58	Recursos financeiros da ARSA	Recur_Fina
Variáveis de Relacionamento Inter e Intra-organizacional entre Atores		
59	Articulação e coordenação entre tipologias de cuidados, setores e níveis.	Artic_Coor
60	Compromisso político	Compro_Pol
61	Envolvimento dos atores	Envol_Ator
62	Relacionamento entre a Rede e os cidadãos	RelAtor_Ci
Variáveis de Formação e Qualidade		
63	Qualificação e formação dos profissionais	QF_Profi
64	Avaliação dos processos e resultados	Avali_Proc
65	Incentivo à Qualidade	Incent_Qua
66	Satisfação dos Utentes	Satis_Uten

Fonte: autoria própria

3. Resultados da Análise Estrutural do Sistema

3.1. Análise das Influências Diretas


A análise das influências diretas e das variáveis que compõem o sistema é o primeiro nível de análise a realizar, ainda que não seja o mais relevante.¹⁷¹ Com base na Matriz de Influências Diretas (MID) (Cf. Apêndice XIV) previamente concebida, que nos mostra as relações de influências diretas entre as variáveis do sistema, o software MICMAC sintetiza-nos através de um plano de dependências/influências essas relações de influências diretas, onde as variáveis se posicionam à volta de um eixo cartesiano, correspondendo à ordenada, o grau de dependência, e à absissa o grau de motricidade.

Ao observarmos o plano das influências/dependências diretas (Cf. Figura 10), verificamos que no quadrante 1, onde se posicionam as *variáveis motrizes* (ou seja, aquelas que, pelo facto de serem muito influentes e pouco dependentes, influenciam a dinâmica do sistema, mas são pouco influenciadas por ele), nomeadamente:

- Estrutura Demográfica (EstDem_Pop);
- Dependência total de Idosos (DepIdo);
- Prevalência e concorrência de doenças crónicas e incapacitantes (Prev_DC_In);
- Prevalência de perturbações na área da Saúde Mental (Prev_Pert);
- Pessoas dependentes no autocuidado (PessDep_AC);
- Legislação aplicável que regula os procedimentos (Legis_Reg);
- Políticas Nacionais para os CCI (PoliNac_CC);
- Cooperação entre áreas governamentais Saúde e Segurança Social (Coop_Gov);
- Liderança e Coordenação da Rede (Lider_Coor);
- Qualificação da intervenção dos vários atores da RNCCI (Qualif_Ato).

Destaca-se, assim, o papel bastante motor desempenhado por um grupo de variáveis pouco dependentes que integram o ambiente externo e que estão relacionados com aspetos de natureza demográfica, epidemiológica e político-legal, assim como com fatores de governação integrada e de organização funcional da RNCCI. O sistema de CCI é fortemente condicionado pela evolução destas variáveis num período de curto e médio prazo.

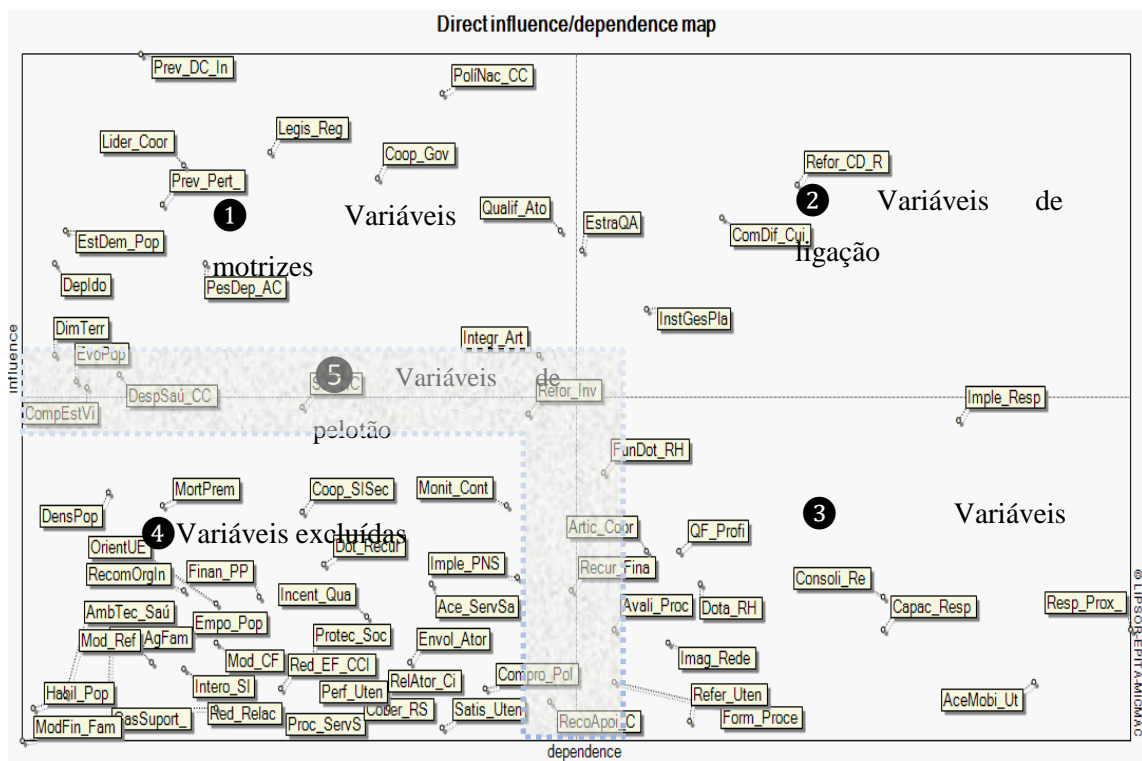
¹⁷¹ Conforme explica Godet, esta análise é a que resulta do jogo de relações entre as variáveis a curto e médio prazo, cujo horizonte pode corresponder a menos de uma década (Godet, 1993, p. 119).



Neste quadrante podemos, ainda, observar a existência de algumas variáveis próximas do eixo horizontal (variáveis medianamente motrizes e/ou dependentes), designadas de *variáveis pelotão*, mas que possuem pouco interesse para a explicação do sistema, cuja posição intermédia, torna difícil a sua caracterização, mas que são excluídas da análise pelo facto de “não existir prova” da sua insignificância (Perestrelo e Caldas, 1996, p.85), designadamente:

- Dimensão e Estrutura Territorial (DimTerr);
- Evolução Populacional (EvoPop);
- Despesas com a Saúde/CCI (DespSaú_CCI);
- Comportamentos e Estilos de Vida (CompEstVi);
- Sistema de Informação e Integração da TIC na RNCCI (SII_TIC);
- Integração e Articulação dos Cuidados (Integr_Art);
- Reforço da Investigação (Refor_Inv);
- Funcionamento e dotação de Recursos Humanos (FunDot_RH);
- Recursos financeiros da ARSA (Recur_Fin);
- Avaliação dos processos e resultados (Avali_Proc);
- Formas e procedimentos de trabalho (Form_Proce);
- Reconhecimento e apoio aos cuidadores informais (RecoApoi_C).

Figura 10 – Plano de motricidade/dependência direta (sistema atual)



Fonte: autoria própria a partir do software MICMAC

Este conjunto de variáveis diz respeito a determinados aspetos relacionados quer com o ambiente externo - demográficos, epidemiológicos, científico-tecnológicos, económico-financeiros, governação integrada e organizacionais e funcionais da rede, quer com o ambiente interno - financeiros, formação e qualidade, organização do trabalho e gestão da rede. Pese embora apresentem um certo grau de influência no sistema, não têm uma importância muito significativa no funcionamento do sistema (tendo em conta as influências diretas entre as variáveis).

Podemos, ainda, observar no quadrante 3 as chamadas *variáveis resultado* (muito dependentes e pouco motrizes), que são muito condicionadas pela dinâmica do sistema, exercendo pouco influência sobre ele. Entre elas, destacam-se:

- Implementação das Respostas de CCI em Saúde Mental (Imple_Resp);
- Capacidade de Resposta e Desempenho (Capac_Resp);
- Acesso e Mobilidade dos Utentes na Rede (AceMobi_Ut);
- Respostas de Proximidade no domicílio (Resp_Prox);

- Consolidação da Rede de Unidades e Equipas (Consoli_Re)
- Dotação dos Recursos Humanos (Dot_RH);
- Referenciação de Utentes (Refer_Uten);
- Qualificação e formação dos profissionais (QF_Prof);
- Articulação e coordenação entre tipologias de cuidados, setores e níveis (Artic_Coor).
- Imagem da Rede como modelo de cuidados (Imag_Red).

Posto isto, é possível afirmar que a ação de todo o sistema (interno e externo) exerce uma forte influência sobre aspetos relacionados sobretudo com o seu ambiente interno, com exceção de uma variável geral inerente à imagem da Rede como modelo de cuidados. Destacam-se, assim, as variáveis inerentes à gestão da rede e dos utentes, nomeadamente ao nível da implementação e consolidação de respostas de CCI, quer na área da Saúde Mental, quer em contexto domiciliário, como também ao nível da capacidade de resposta e desempenho, do acesso e mobilidade e da referenciação de utentes. A estas acrescem outros fatores que dependem fortemente da dinâmica do sistema e que dizem respeito à organização interna da rede, em particular ao nível da dotação dos recursos humanos, da qualificação e formação dos profissionais e da articulação e coordenação entre os diferentes atores. Estes dados permitem destacar o papel que estas variáveis podem assumir na evolução do sistema estudado (todas elas endógenas ou dados de saída para o sistema), pelas suas possibilidades de valor acrescentado para o funcionamento do sistema de CCI na região do Alentejo.

No quadrante 4 encontramos as *variáveis excluídas*, ou seja, pouco motrizes e pouco dependentes, as quais constituem tendências pesadas ou fatores relativamente desligados do sistema, com o qual estabelecem poucas ligações, nomeadamente:

- Orientações da UE na área de Saúde (OrientUE);
- Recomendações de organismos internacionais em matéria de saúde (RecomOrgIn);
- Financiamento das políticas públicas (Finan_PP);
- Modelo de financiamento direto à família na Rede pela Segurança Social (Mod_Fin_Fam);
- Ambiente tecnológico na área da Saúde (AmbTec_Saú);
- Interoperabilidade entre sistemas de informação da Rede (Intero_SI);
- Cooperação entre sistemas de informação dos setores saúde e segurança social (Coop_SISec);

- Estrutura do agregado familiar (Estr_AgFam);
- Empobrecimento da população (Emp_Pop)
- Escolaridade e Habilitação da População (Habil_Pop);
- Incentivo à Qualidade (Incent_Qua);
- Modelo de contratualização e financiamento (Mod_CF);
- Modelo de referenciação (Mod_Ref);
- Monitorização e controlo da atividade assistencial (Monit_Cont);
- Redes relacionais (Red_Relac);
- Proteção social (Protec_Soc);
- Procura efetiva dos serviços de saúde (Proc_Servs);
- Recursos sociais disponíveis (Cober_RS);
- Dotação de recursos físicos e de pessoal de saúde (Dot_Recur);
- Acesso à rede de serviços de saúde (Ace_ServSa);
- Mortalidade prematura por causas evitáveis (MortPrem);
- Perfil dos utentes e destinatários (Perf_Uten);
- Relacionamento entre a Rede e os cidadãos (RelAtor_Ci);
- Rede de ensino e formação em CCI (Red_EF_CCI);
- Satisfação dos utentes (Satis_Uten);
- Envolvimento dos atores (Envol_Ator);
- Compromisso político (Compro_Po);
- Implementação do PNS no território (Imple_PNS);
- Densidade populacional (DensPop).

Estes resultados demonstram que as dinâmicas atuais do sistema de CCI na região do Alentejo possuem uma relação pouco significativa com as variáveis acima descritas. Salienta-se, ainda, que os fatores de natureza socioeconómica e sociocultural e educacional constituem-se como elementos pouco revelantes neste sistema.

As variáveis de ligação do quadrante 2 são as variáveis-desafio do sistema (ao mesmo tempo muito motrizes e muito dependentes), aquelas em torno das quais os “atores vão bater-se, devido ao seu carácter instável” (Godet, 1993, p. 121). Neste quadrante, encontramos um grupo de variáveis relacionadas com os fatores organizacionais e funcionais da RNCC, particularmente:

- Reforço dos cuidados no domicílio e das respostas comunitárias (Refor_CD_R);
- Complexidade/Diferenciação dos cuidados e respostas (ComDif_Cui);
- Estratégia de qualidade e avaliação da Rede (EstraQA);
- Instrumentos de gestão e planeamento RNCC (InstGestPla).

O que está em causa no sistema de CCI na região do Alentejo são duas questões centrais: por um lado, «a diferenciação e o fortalecimento das respostas» com a integração de novos modos de cuidados (saúde mental, UDPA...) e com o reforço de cuidados de proximidade às populações; e, por outro, «a vigília estratégica», com a importância da definição de uma estratégia de qualidade e avaliação e a construção de instrumentos de gestão e planeamento. Isto significa que, como nos diz Godet (1993, p. 120), “qualquer ação sobre estas variáveis terá repercussões sobre as outras e um efeito de retorno sobre si próprias que virá amplificar ou atenuar a impulsão inicial.” São, por esta razão, variáveis-desafio, cuja ação individual e coletiva pode influenciar fortemente o rumo do sistema de CCI na região do Alentejo.

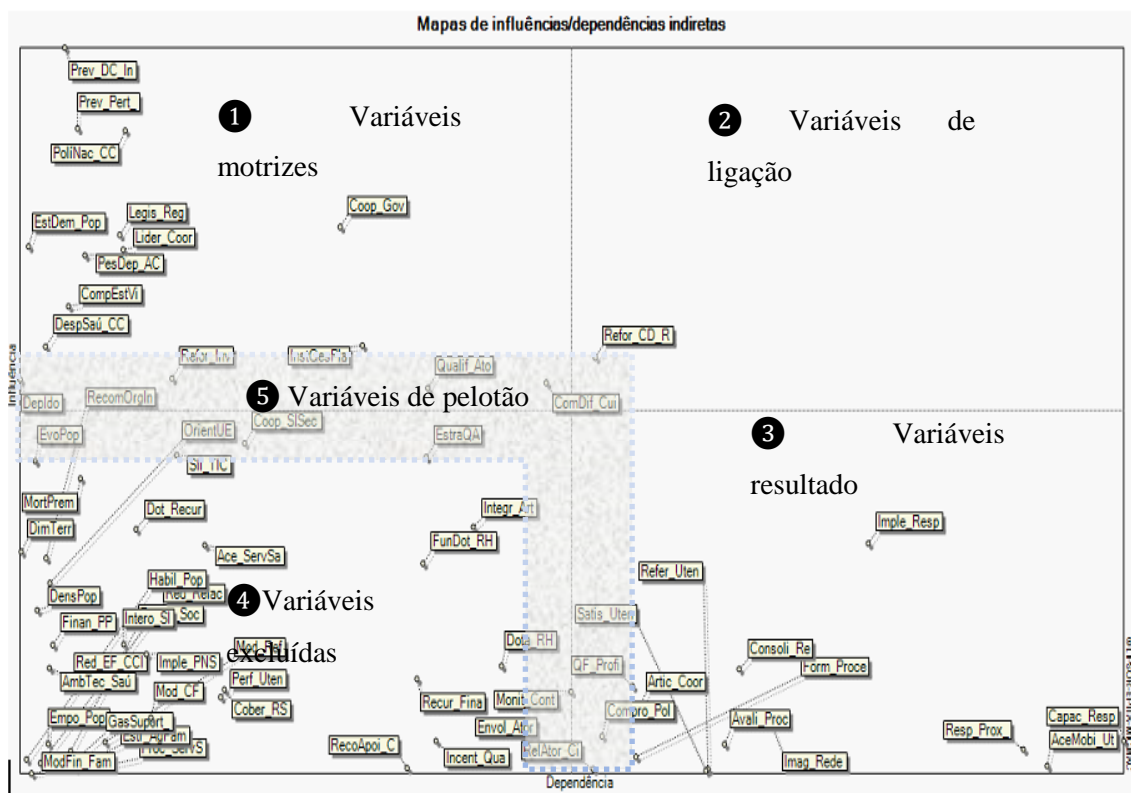
Em termos de estabilidade do sistema, a existência de um fraco número de variáveis de ligação confere ao sistema uma relativa estabilidade. Neste caso, é possível estabelecer uma dicotomia entre variáveis motrizes, sobre as quais se pode agir ou não, e as variáveis resultado, que estão dependentes daquelas.

Para além destes resultados, através do MICMAC foi possível ainda identificarmos as cinco variáveis com maior influência direta no sistema atual (Cf. Apêndice XV), que naturalmente dizem respeito às variáveis motrizes, tais como: Prevalência e concorrência de doenças crónicas e incapacitantes (Prev_DC_In); Políticas Nacionais para os CCI (PoliNac_CC); Legislação aplicável que regula os procedimentos (Legis_Reg); Liderança e Coordenação da Rede (Lider_Coor); e Cooperação entre áreas governamentais Saúde e Segurança Social (Coop_Gov). Quanto às cinco variáveis mais dependentes, conforme no revela o quadro x abaixo apresentado, estas integram as variáveis resultado, nomeadamente: Respostas de Proximidade no domicílio (Resp_Prox); Acesso e Mobilidade dos Utentes na Rede (AceMobi_Ut); Implementação das Respostas de CCI em Saúde Mental (Imple_Resp); Capacidade de Resposta e Desempenho (Capac_Resp); e Consolidação da Rede de Unidades e Equipas (Consoli_Re).

3.2. Análise das Influências Indiretas

Para além da simples leitura da matriz que permite identificar as variáveis com maior número de ligações diretas com o sistema, importa agora revelar as variáveis “ocultas”, ou seja, as que, pelas suas ligações indiretas¹⁷² (elos de retroação), são igualmente muito relevantes no sistema. Assim, o plano abaixo apresentado (Cf. Figura 11) revela-nos o conjunto de variáveis do sistema atual de CCI na região do Alentejo num plano de motricidade/dependência indireta.

Figura 11 - Plano das Influências/Dependências Indireta (sistema atual)



Fonte: autoria própria a partir do software MICMAC

¹⁷² Segundo Godet (1993, p. 119), a relação indireta entre as variáveis “integra efeitos em cadeia que levam, necessariamente, tempo e remete para um horizonte mais distante, de médio e longo prazo (10-15 anos).” Estas relações acontecem quando, na presença três variáveis, A, B e C, se A influencia diretamente B e esta influencia diretamente C, então considera-se que A influencia indiretamente C.

A partir da leitura deste plano, considerando a concentração das variáveis no primeiro e no quarto quadrantes e a existência de apenas uma variável no segundo quadrante, confere ao sistema estabilidade.

Ao analisarmos o plano por quadrantes, podemos observar que as influências indiretas fazem surgir as variáveis “Comportamentos e estilos de vida”, “Despesas com a saúde/Cuidados Continuados Integrados” e “Instrumentos de gestão e planeamento da RNCCI” no quadrante das variáveis motrizes. O que quer dizer que, as influências indiretas evidenciam a importância dos elementos económico-financeiros, epidemiológicos e organizacionais no sistema pela sua forte influência e fraca dependência, condicionando ou constringendo o desenvolvimento dos CCI no território Alentejano.

Assim, as *variáveis motrizes* do sistema de relações indireto desempenham uma função de caracterização e integram o sistema externo, englobando as variáveis de natureza epidemiológica e demográfica (prevalência e concorrência de doenças crónicas e incapacitantes, prevalência de perturbações na área da saúde mental, pessoas dependentes no autocuidado, comportamentos e estilos de vida e estrutura demográfica da população), político-legal (políticas nacionais para os CCI e legislação aplicável que regula os procedimentos legais para o funcionamento da RNCCI), de governação integrada, organizacionais e funcionais da Rede Nacional e económico-financeiras. Tendo em conta que estas variáveis motrizes são de natureza estrutural, tem claras implicações quanto à dinâmica do sistema que se encontra “estável”, em consequência da influência do sentido negativo de variáveis como: prevalência e concorrência de doenças crónicas e incapacitantes; prevalência de perturbações na área da saúde mental; pessoas dependentes no autocuidado (aumento do número de pessoas acamadas em contexto domiciliário); estrutura demográfica da população (população envelhecida); e Comportamentos e estilos de vida. Conforme já referimos, entre as variáveis motrizes, e pela forte influência que exercem na dinâmica do sistema, destacam-se um conjunto de variáveis relacionadas com elementos político-legais, de governação integrada, económico-financeiros e de organização funcional do sistema, são elas: as políticas nacionais para os CCI; a legislação aplicável que regula os procedimentos da RNCCI; a cooperação entre áreas governamentais (saúde e segurança social); a liderança/coordenação da Rede; os Instrumentos de gestão e planeamento RNCC; e as despesas com a saúde/Cuidados Continuados Integrados.

Quanto às *variáveis de ligação*, destaca-se apenas a existência de uma variável que, apesar de estar próxima do índice médio, ocupa um papel chave ao nível das dinâmicas organizacionais e funcionais da RNCCI potenciada pelo reforço dos cuidados domiciliários e repostas comunitárias.

Observando o plano de influências/dependência indireto, encontramos um conjunto de *variáveis resultado* que exprimem a condição de forte dependência e fraca influência contida nas variáveis que integram o sistema interno, sendo por isso muito condicionadas pela dinâmica do sistema. Entre as variáveis resultado, destaque para: gestão da rede e dos utentes; formação e qualidade; relacionamento inter e intra-organizacional entre atores; e organização do trabalho e dos recursos humanos. Constata-se, assim, que a implementação de respostas de CCI na área da saúde mental, o reforço dos cuidados de proximidade em contexto domiciliário, a consolidação e a capacidade de resposta e desempenho da rede, o acesso e mobilidade dos utentes na rede e a referenciação de utentes, a articulação e a coordenação entre os atores, as formas e os procedimentos de trabalho, a avaliação de processos e resultados, a qualificação e formação dos profissionais e a satisfação dos utentes constituem variáveis que decorrem da necessidade de (re) organização da rede de CCI na região do Alentejo.

Entre as variáveis resultado, salienta-se, ainda, a variável geral que faz parte do ambiente externo do sistema e que compõe a dimensão estratégica na definição da política qualidade da rede, especificamente a visibilidade/imagem da RNCCI como modelo de cuidados.

As *variáveis excluídas* do sistema são as mesmas identificadas no plano de influências/dependências direto, com exceção das variáveis “Relacionamento entre a Rede e os cidadãos”, “Cooperação entre sistemas de informação dos setores saúde e segurança social”, “Envolvimento dos atores” e “Compromisso político”, que passaram a integrar o grupo das variáveis pelo seu posicionamento intermédio neste plano. O mesmo acontece com a variável “Satisfação dos utentes”, cuja evolução no sistema passa a ser explicada pelas variáveis motrizes e de ligação. Estamos, portanto, perante uma variável muito dependente daquelas variáveis.

Acrescem, no entanto, outras variáveis que passaram a fazer parte do grupo das *variáveis excluídas*, que, em virtude da sua evolução autónoma, constituem elementos desligados do sistema, são elas: “Funcionamento e dotação de recursos humanos”; “Reconhecimento e

Apoio dos Cuidadores Informais”; “Recursos Financeiros da ARSA”; e “Dotação dos Recursos Humanos”.

Em relação ao plano anterior, observam-se duas diferenças que merecem a nossa atenção. A primeira refere-se ao aparecimento de duas variáveis de ligação no grupo das variáveis pelotão, designadamente as variáveis “Complexidade/Diferenciação dos cuidados e respostas” e “Estratégica de qualidade e avaliação da rede”, ambas integram o sistema externo e, ao se posicionarem próximos do eixo horizontal e vertical passam a desempenhar uma papel mediano em termos de influência e dependência, ou seja, deixa de ser uma variável-chave do sistema e passa a assumir uma importância mais relativizada por parte dos atores do sistema de CCI na região do Alentejo. A segunda diferença diz respeito à mudança da variável “Dependência total de idosos” do quadrante das variáveis motrizes para uma posição menos relevante do ponto vista da dinâmica do sistema, surgindo neste plano como variável pelotão.

Estas variáveis, pouco relevantes para o sistema, podem-nos conduzir para outras possibilidades de leitura. P.F. Ténrière-Buchot (1986) propõe-nos uma grelha de leitura do plano motricidade/dependência fruto da análise estrutural que, na sua visão, consiste num «instrumento novo para ultrapassar ou gerir as crises». (Ténrière-Buchot, 1989, citado por Godet, 1993, p. 129). Para tal, coloca-nos a seguinte questão: como interpretar as variáveis que se posicionam próximas do eixo horizontal e vertical (pouco motrizes e pouco dependentes) e que, por esse motivo, parecem pouco relevantes para o sistema, apesar de serem muito pronunciadas pelos atores. Esta questão foi o ponto de partida para o que o autor designou de «tabuleiro dos poderes». Segundo este autor, a resposta reside no facto de que “são os temas de comunicação, de reflexão a muito longo prazo” que “são os elementos mais afastados dos desafios reais da análise”. Por outras palavras, “o que se diz não se faz, o que se quer fazer, vale mais não falar nisso adiantadamente” (Ténrière-Buchot, 1986, citado por Godet, 1993, p. 129). Segundo este princípio estrutural, estas variáveis lêem-se sem importância, apelando à comunicação constante dos atores.

Por outro lado, o segundo princípio estrutural opõe a motricidade à dependência. Neste sentido, no quadrante da motricidade encontram-se as variáveis com poder e legitimidade para alterar a dinâmica do sistema, que no caso deste sistema estão ligadas a elementos epidemiológicos, demográficos, político-legais, económico-financeiros, governação integração e de funcionamento organizacional da RNCCI. A motricidade destas variáveis «apoiar-se no passado», opondo-se, assim, às variáveis resultado (dependência elevada), cuja


«opinião (a avaliação)» é sempre feita para o futuro (Ténière-Buchot, 1986, citado por Godet, 1993, p. 131). No caso do nosso estudo, estamos a falar de um conjunto de variáveis assentes em objetivos do sistema interno que, por sua vez, constituem fraquezas do sistema, pois são suscetíveis “a uma avaliação, a um julgamento dos resultados”, designadamente: a *capacidade de resposta e desempenho da rede*; o *acesso e a mobilidade dos utentes na rede*; a *referenciação dos utentes*; a *implementação de respostas de proximidade e de CCI na área da Saúde Mental*; a *consolidação da rede*; a *organização do trabalho e dos recursos humanos em termos de procedimentos e formas de trabalho*; a *avaliação dos processos e resultados da rede*; a *qualificação e a formação dos profissionais*; a *satisfação dos utentes*; e, ainda, a *articulação e coordenação entre atores das diferentes tipologias, níveis e setores de cuidados*.

Quadro 18 - Plano de influências e dependências indiretas do sistema atual

<p>1 - Variáveis motrizes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura Demográfica (EstDem_Pop) • Prevalência e concorrência de doenças crónicas e incapacitantes (Prev_DC_In) • Prevalência de perturbações na área da Saúde Mental (Prev_Pert) • Pessoas dependentes no autocuidado (PessDep_AC) • Comportamentos e estilos de vida (CompEstvi) • Legislação aplicável que regula os procedimentos (Legis_Reg) • Políticas Nacionais para os CCI (PoliNac_CC) • Cooperação entre áreas governamentais Saúde e Segurança Social (Coop_Gov) • Liderança e Coordenação da Rede (Lider_Coor) • Instrumentos de gestão e planeamento RNCCI (InstGesPlan) • Despesas com a saúde/Cuidados Continuados Integrados (DespSaú_CC) 	<p>2 - Variáveis ligação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforço dos cuidados no domicílio e das respostas comunitárias (Refor_CD_R)
<p>4 - Variáveis excluídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Densidade populacional (DensPop) • Dimensão e Estrutura territorial (DimTerr) • Mortalidade prematura por causas evitáveis (MortPrem) • Orientações da UE na área de Saúde (OrientUE) • Recomendações de organismos internacionais em matéria de saúde (RecomOrgIn) • Implementação do PNS no território (Impl_PNS) 	<p>3 - Variáveis resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementação das Respostas de CCI em Saúde Mental (Imple_Resp) • Capacidade de Resposta e Desempenho (Capac_Resp) • Acesso e Mobilidade dos Utesntes na Rede (AceMobi_Ut) • Respostas de Proximidade no domicílio (Resp_Prox) • Consolidação da Rede de Unidades e Equipas (Consoli_Re)

<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento das políticas públicas (Finan_PP) • Modelo de financiamento direto à família na Rede pela Segurança Social (Mod_Fin_Fam) • Ambiente tecnológico na área da Saúde (AmbTec_Saú) • Interoperabilidade entre sistemas de informação da Rede (Intero_SI) • Estrutura do agregado familiar (Estr_AgFam) • Empobrecimento da população (Emp_Pop) • Escolaridade e Habilitação da População (Habil_Pop) • Modelo de contratualização e financiamento (Mod_CF) • Modelo de referência (Mod_Ref) • Redes relacionais (Red_Relac) • Proteção social (Protec_Soc) • Procura efetiva dos serviços de saúde (Proc_Servs) • Recursos sociais disponíveis (Cober_RS) • Dotação de recursos físicos e de pessoal de saúde (Dot_Recur) • Funcionamento e dotação de recursos humanos (FunDot_RH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Referência de Utentes (Refer_Uten) • Formas e procedimentos de trabalho (Form_Proce) • Qualificação e formação dos profissionais (QF_Prof) • Avaliação dos processos e resultados (Avali_Proc) • Satisfação dos utentes (Satis_Uten) • Articulação e coordenação entre tipologias de cuidados, setores e níveis (Artic_Coor) • Imagem da Rede como modelo de cuidados (Imag_Red).
<ul style="list-style-type: none"> • Acesso à rede de serviços de saúde (Ace_ServSa) • Rede de ensino e formação em CCI (Red_EF_CCI) • Integração e articulação dos cuidados (Integr_Art) • Dotação dos Recursos Humanos (Dota_RH) • Perfil dos utentes e destinatários (Perf_Uten) • Incentivo à Qualidade (Incent_Qua) • Reconhecimento e apoio aos cuidadores informais (RecoApoi_C) • Recursos financeiros da ARSA (Recur_Fina) • Gastos suportados pelos utentes (GastSuport_) 	
<p>5 – Variáveis pelotão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolução Populacional (EvoPop) • Dependência total de idosos (DepIdo) • Sistema de Informação e Integração da TIC na RNCCI (SII_TIC) • Cooperação entre sistemas de informação dos setores saúde e Segurança Social (Coop_SISec) • Estratégia de qualidade e avaliação da Rede (EstraQA) • Reforço da Investigação (Refor_Inv) • Relacionamento entre a Rede e os cidadãos (RelAtor_Ci) • Compromisso político (Compro_Pol) • Envolvimento dos atores (Envol_Ator) • Complexidade/Diferenciação dos cuidados e respostas (ComDif_Cui) • Monitorização e controlo da atividade assistencial (Monit_Cont) • Qualificação da intervenção dos vários atores da RNCCI (Qualif_Ator) 	

Fonte: autoria própria



De acordo com a classificação das variáveis por influência indireta e por dependência indireta (Cf Apêndice XVI), constatamos que as cinco variáveis com maior influência indireta no sistema são, por esta ordem, as seguintes: a *prevalência e concorrência de doenças crônicas e incapacitantes*; a *prevalência de perturbações na área da Saúde Mental*; as *políticas nacionais para os CCI*; a *cooperação entre áreas governamentais Saúde e Segurança Social*; e a *liderança e coordenação da rede*. São estas as variáveis explicativas que mais condicionam e determinam a dinâmica do sistema de CCI na região do Alentejo. Segundo a natureza daquelas variáveis, os fatores de natureza epidemiológica, política e de governação integrada constituem as forças motrizes do sistema.

Se analisarmos as variáveis em função da sua dependência indireta, detetamos que as cinco mais dependentes são, de acordo com esta ordem, as seguintes: a *capacidade de resposta e desempenho*; o *acesso e a mobilidade dos utentes na rede*; as *respostas de proximidade no domicílio*; a *implementação das respostas de CCI em saúde mental*; e a *imagem da rede como modelo de cuidados*. Estamos perante variáveis pouco influentes e muito dependentes da evolução das outras variáveis e, por essa, razão surgem como variáveis resultado.

Esta classificação das variáveis permite-nos, ainda, revelar a existência de variáveis que, por um lado, quase não influenciam indiretamente o sistema e, por outro, praticamente não dependentem de nenhuma das variáveis apresentadas (Cf. Apêndice XVI). No primeiro caso, encontramos as variáveis Modelo de financiamento direto à família na Rede pela Segurança Social (ModFin_Fam), Satisfação dos utentes (Satis_Uten), Referenciação dos utentes (Refer_Uten), Relacionamento entre a rede e os cidadãos (RelAtor_Ci) e Reconhecimento e apoio aos cuidadores informais (RecoApoi_C). Estamos, portanto, perante dois tipos de variáveis - excluídas e resultado. Quanto às cinco variáveis que menos dependem indirectamente do sistema, identificamos a dependência total de idosos, a dimensão e estrutura territorial, a escolaridade e habilitação da população, a estrutura demográfica e o modelo de financiamento direto à família na rede pela Segurança Social. Esta última variável é simultaneamente pouco motriz e pouco dependente, motivo pela qual surge no quadrante das variáveis excluídas.

De acordo com Caldas e Perestrelo (1998), as variáveis-chave do sistema são todas as variáveis com influência no sistema e, portanto, todas as variáveis motrizes e a (única) variável de ligação existente (*Reforço dos Cuidados no Domicílio e das Respostas*

Comunitárias) compõem as variáveis mais importantes do sistema de CCI na região do Alentejo.

3.3. Comparação dos Sistemas Direto e Indireto

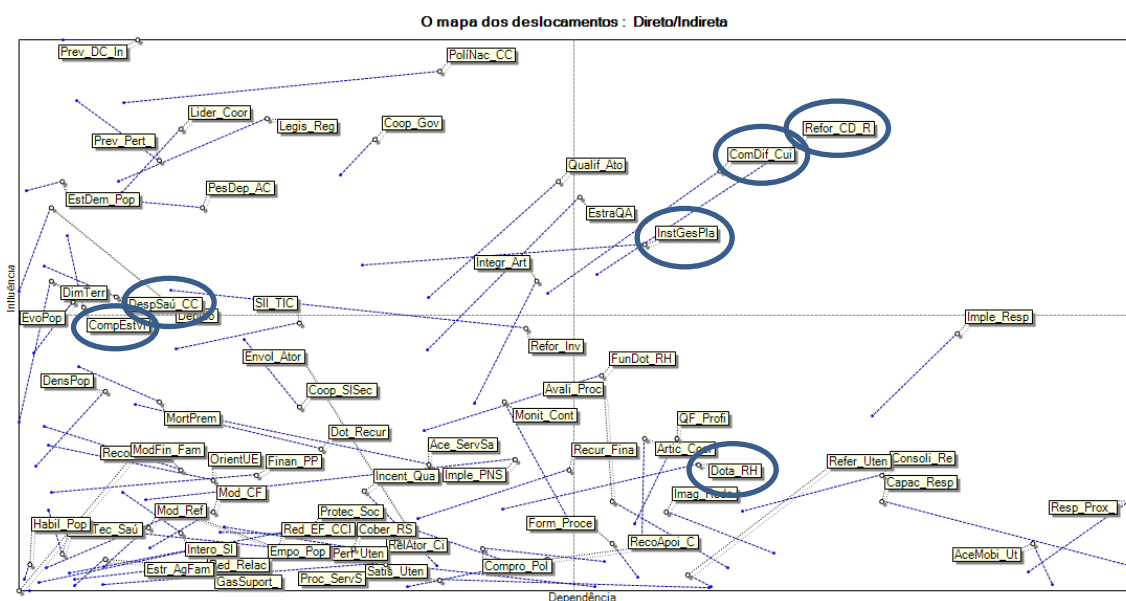
A comparação dos dois sistemas de influência direto e indireto permite-nos revelar alterações ao nível do posicionamento das variáveis que resultam dos efeitos indiretos. Por essa razão, não podemos descurar essa análise.

Ao observarmos os resultados dessa comparação, constatamos logo que algumas relações entre as variáveis continuariam “ocultas” se somente consideramos as influências diretas.

Assim, os resultados que decorrem dessa comparação ajudaram-nos a perceber que as maiores oscilações registam-se entre as variáveis mais influentes (em particular as de ligação), onde se operam deslocamentos de praticamente todas as variáveis, tais como: Complexidade/Diferenciação dos cuidados e respostas (ComDif_Cui); Estratégia de qualidade e avaliação da Rede (EstraQA); e Instrumentos de gestão e planeamento RNCC (InstGestPla). As duas primeiras variáveis passaram a ocupar uma posição próxima da origem (variáveis de pelotão) e a última variável passou a fazer parte do quadrante das variáveis motrizes (Cf. Figura 12).

Para além destes deslocamentos, importa destacar, por um lado, a variável *Dotação dos Recursos Humanos* que deixou de ser variável resultado para passar a ocupar uma posição de excluída, assim como as variáveis *Comportamentos e Estilos de Vida* e as *Despesas com a saúde/Cuidados Continuados Integrados* que alteraram a sua posição medianamente motrizes e pouco dependentes para um lugar de maior motricidade e menor dependência.

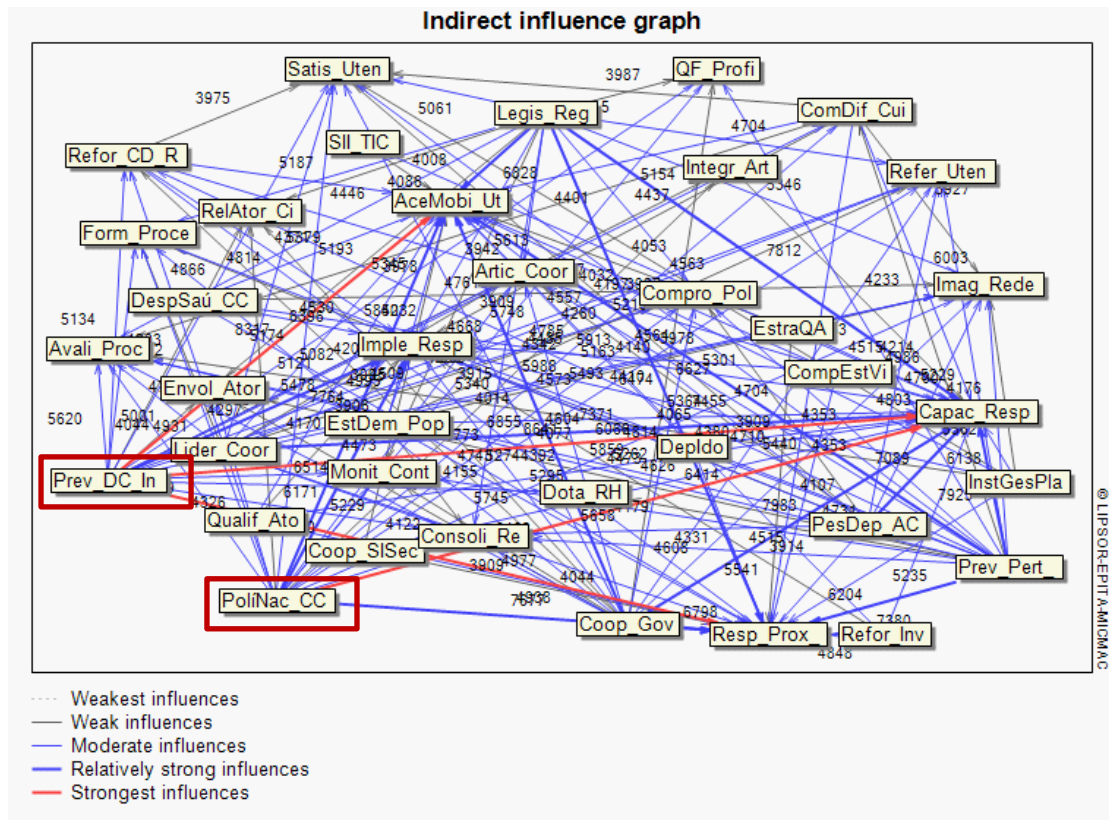
Figura 12 - Plano de deslocamentos – classificação direta e indireta



Fonte: autoria própria a partir do software MICMAC

Finalmente, o grafo apresentado na figura 13, ao considerar a sistematização de todas as variáveis, ajuda-nos a salientar que a variável Prevalência de Doenças Crônicas e Incapacidades exerce uma influência indireta muito importante (forte) nas variáveis Acesso e Mobilidade dos Utentes, Capacidade de resposta e desempenho da Rede e Repostas de Proximidade no Domicílio, assim como a variável Políticas Nacionais para os CCI exerce uma influência forte na variável Capacidade de resposta e desempenho da Rede.

Figura 13 - Grafo de sistematização das influências indiretas



Fonte: autoria própria a partir do software MICMAC

A proeminência da variável *Prevalência de Doenças Crônicas e Incapacidades* no sistema vai condicionar fortemente a evolução do sistema de CCI na região do Alentejo e o seu sucesso vai depender da existência de Políticas Nacionais para os CCI que sejam capazes de alertar os atores para os desafios e mobilizá-los para a ação.

3.4. Considerações Finais

A análise estrutural ao permitir destacar e hierarquizar as variáveis do sistema de CCI na região do Alentejo, ajudou-nos, no fundo, a reduzir a complexidade do sistema. Como tivemos oportunidade de referir, as variáveis mais importantes deste sistema são a variável de ligação e as variáveis motrizes e, que à exceção da primeira, as restantes variáveis mais importantes integram o sistema externo. Assim, se considerarmos as influências indiretas, as variáveis mais importantes são:

- Reforço dos cuidados no domicílio e das respostas comunitárias (variável de ligação);

- Estrutura Demográfica;
- Prevalência e concorrência de doenças crônicas e incapacitantes;
- Prevalência de perturbações na área da Saúde Mental;
- Pessoas dependentes no autocuidado;
- Comportamentos e estilos de vida;
- Políticas Nacionais para os CCI;
- Legislação aplicável que regula os procedimentos;
- Liderança e Coordenação da Rede;
- Cooperação entre áreas governamentais Saúde e Segurança Social;
- Instrumentos de gestão e planeamento RNCCI;
- Despesas com a saúde/Cuidados Continuados Integrados.

O sistema atual é estável, sendo fortemente influenciado por variáveis de caracterização de natureza demográfica, epidemiológica e política, e outras relacionadas com a Governação integrada e a Organização da Rede Nacional.

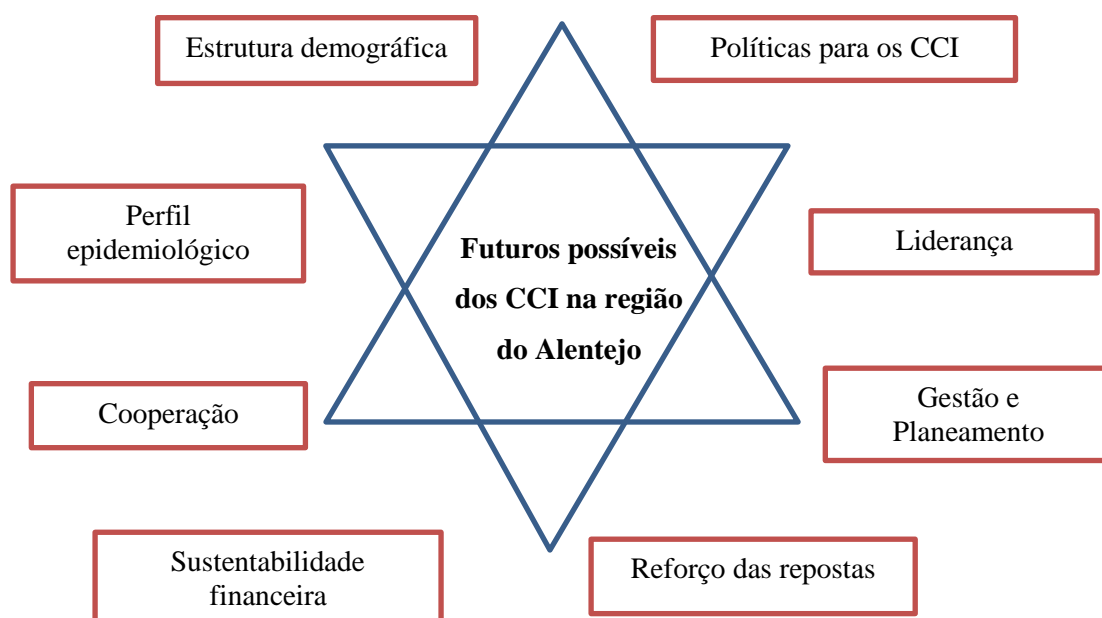
O sistema de CCI na região do Alentejo é causado por elementos rígidos à mudança. Neste sentido, e sendo as variáveis motrizes rígidas à mudança, a dinâmica do sistema está entregue sobretudo ao primeiro tipo de tendências - reforço dos cuidados domiciliários e respostas comunitárias, o que significa que os elementos dinâmicos apontam para o reforço e continuidade da rede.

A análise estrutural contribuiu, em certa medida, para reforçar a imagem dos CCI como um sistema desprovido de fatores dinâmicos internos, sujeito à atuação de imposições externas, isto é, imposições demográficas e epidemiológicas exercidas pela prevalência e concorrência de múltiplas doenças crônicas e incapacidades e de perturbações de na área da saúde mental, pelo aumento de pessoas dependentes no autocuidado e, ainda, pelos comportamentos e estilos de vida da população.

Para além do reconhecimento do peso que essas imposições representam, transportam consigo implicações futuras em termos de volume de cuidados e de gastos, pressionando o sistema a repensar o modelo de cuidados (transição de paradigma de cuidados). E, ainda, imposições políticas e de governação integrada no sentido da reforma dos CCI e do investimento diferenciado em cuidados e respostas (saúde mental, pediatria...).

Na figura abaixo, apresentamos as principais tendências dos CCI na região do Alentejo que subjaz ao diagnóstico e à análise estrutural. Considerando as influências indiretas, isto é, os efeitos em cadeia que levam muito tempo a realizarem-se, as principais linhas estruturantes para o desenvolvimento dos CCI na região do Alentejo passam pelos seguintes elementos: o perfil epidemiológico e a estrutura demográfica da população; as políticas nacionais e a liderança; a cooperação; a gestão e planeamento; a sustentabilidade financeira e o reforço das respostas.

Figura 14 - Arquitetura das linhas estruturantes do desenvolvimento dos CCI na região do Alentejo



Fonte: autoria própria

À luz das variáveis mais importantes, e por serem estas em torno das quais, segundo Godet (1993, p. 121), “os atores vão bater-se”, é possível identificar os principais atores-chave a partir da variável de ligação (ou variável desafio), conforme podemos visualizar na figura 14.

Os futuros possíveis dos CCI na região do Alentejo estão condicionados por um jogo de forças onde intervêm principalmente os governos centrais e regionais (setores saúde e segurança social), com particular destaque para a coordenação nacional, regional e local da

Rede. Acresce a estes, outros atores igualmente importantes, designadamente os diretores executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde, uma vez que são estes os responsáveis pela afetação dos recursos humanos e financeiros e, como tal, a rede no Alentejo depende destes atores para reforçar os cuidados no domicílio e as respostas comunitárias. Além destes, os dirigentes/responsáveis pelas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), no sentido averiguar a sua sensibilidade em investir naquelas respostas.

Figura 15 - Principais atores-chave do sistema de cuidados continuados integrados na Região do Alentejo



Fonte: Autoria própria

Após conhecermos as variáveis-chave e os atores com maior ligação com as referidas variáveis, interessa-nos nesta fase conhecer o jogo daqueles atores e os mecanismos através dos quais são formuladas as suas estratégias. Para tal, recorreremos à análise estratégica de atores, cujos resultados são apresentados e discutidos no capítulo seguinte.

Capítulo VIII- Os Cuidados Continuados Integrados Como Espaço de Ação Coletiva: O Jogo Estratégico de Atores

1. Considerações Prévias

Os capítulos anteriores foram dedicados à caracterização e delimitação interna do sistema, onde nos foi possível caracterizar o passado e o presente em relação aos CCI na região do Alentejo e, a partir daí, caracterizamos as variáveis mais significativas do sistema, aferimos algumas relações de causalidade e dependência entre as variáveis e, por último, apresentamos uma análise SWOT para os CCI na região do Alentejo. A partir da análise dos impactos cruzados realizada pelo método MICMAC detetámos as variáveis-chave, com o intuito de reduzir a complexidade do sistema, evidenciando a sua hierarquia e pertinência para a evolução futura do sistema.

Concluimos, assim, que o sistema de Cuidados Continuados Integrados é “resultado” de elementos estruturais rígidos à mudança, estando a sua dinâmica entregue sobretudo ao primeiro tipo de tendências – o reforço dos cuidados domiciliários e respostas comunitárias; os elementos dinâmicos apontam em direções convergentes relativamente ao fator reforço e continuidade da Rede. Podemos dizer, de forma muito resumida, que estas são as principais conclusões da etapa precedente do método de cenários.

O presente capítulo, ao servir-se dos resultados das etapas anteriores, procura compreender as dinâmicas presentes nessas relações e a ligação dos atores com as variáveis, assim como as potencialidades da sua ação estratégica. Para tal, procedemos à análise estratégica de atores através do método MACTOR (Método Actores, Objectivos, Relações de Força), conforme preconizado por M. Godet (1993).

O principal objetivo deste capítulo passa por analisar e compreender melhor o jogo que tem como cenário os CCI, o que implica identificar os “jogadores” em presença, os seus objetivos, as suas estratégias, as relações de forças entre eles e os conflitos e alianças em presença. Este consitui o objetivo geral desta 2ª fase de construção da base do método de cenários.

O método usado incorpora elementos de diferentes metodologias, designadamente a análise de conteúdo e o método MACTOR – Método Actores, Objectivos, Relações de força. (Godet, 1993).

Conforme explicamos anteriormente, a análise da “estratégia de actores” é inspirada na “teoria dos jogos” e na “análise sociológica das organizações”, constituindo um bom instrumento, quer para simplificar e organizar a informação de forma sistemática, quer “na dinamização da participação dos actores, protagonistas de qualquer processo de mudança” (Perestrelo e Caldas, 2000, p. 2).

Sendo um método de apoio à identificação dos desafios estratégicos e objetivos que lhes estão associados, assim como das alianças e conflitos entre os diferentes atores, com vista à elaboração de recomendações estratégicas, a análise da “Estratégia de Actores” que vamos apresentar nesta parte da investigação desenrola-se em sete etapas¹⁷³:

- 1) Recensear os principais atores e construir uma tipologia de atores;
- 2) Identificar os desafios estratégicos e os objectivos associados;
- 3) Estudar as relações de forças existente entre os atores;
- 4) Estudar do grau de implicação dos atores;
- 5) Estudar o grau de mobilização e convergência dos atores face aos objetivos;
- 6) Pôr as questões-chave estratégicas do futuro, isto é, formular as hipóteses sobre as tendências, os acontecimentos, as roturas que vão caracterizar a evolução das relações de força entre os atores.

Os dados para concretizarmos a análise estratégica foram alcançados sobretudo a partir da aplicação de entrevistas aos atores (Cf. Guião em Apêndice IX), com vista a alcançar informações mais precisas sobre as variáveis mais relevantes do sistema. A entrevista permitiu, desta forma, obter dados essenciais à análise estratégica de atores, mais concretamente dados sobre os objetivos estratégicos e a sua hierarquização, dependência dos atores entre si, meios de ação, potenciais interesses e conflitos entre os atores e obstáculos e fatores críticos de sucesso para os CCI no território Alentejano.

¹⁷³ Além da proposta de M. Godet (1993), interessa consultar a explicação dada por Perestrelo e Caldas sobre as etapas e procedimentos estatísticos do método MACTOR.

1.1. Recenseamento e Caracterização dos Atores

Conforme nos explica Godet, os atores “desempenham um papel importante no sistema por intermédio das variáveis que caracterizam os seus projectos e que controlam mais ou menos” (Godet, 1993, p. 69).

Como refere Godet (1993, p.69),

A identificação de atores com influência no futuro de um dado sistema não é de todo uma tarefa fácil. Por essa razão, tentamos não esquecer nenhum actor e seleccionar os indivíduos, organizações, grupos de indivíduos, ou de organizações que têm um papel fundamental na evolução das variáveis fundamentais do sistema.

Assim, a análise da estratégia de atores aqui apresentada foi feita na sequência de uma análise estrutural e a escolha dos atores fez-se a partir das variáveis-chave reveladas nessa análise, permitindo-nos identificar os atores mais revelantes e decisivos no desenvolvimento dos CCI neste território. É sobretudo sobre estes que debruçaremos a nossa análise, no sentido de procurarmos esclarecer as suas características, assim como as suas inter-relações.

Ainda assim, não podemos deixar de reconhecer que a construção social do «bem comum» - a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas em situação de dependência - é um processo complexo que implica a participação de múltiplos atores que se movem num quadro de regras e constrangimentos vários.

De facto, e uma vez que estamos perante um processo em que todos, de uma forma ou outra, acabarão por influenciar, nenhum cidadão ou organização deveria ficar afastado da sua construção. Deste modo, entidades públicas e privadas, tais como os organismos de administração local (autarquias), as universidades, as associações, as empresas e os cidadãos devem ser convocados a participar e a promover esses processos. Obviamente que as equipas e profissionais que integram esta rede, por força das suas competências, capacidades e oportunidades, que advêm da sua proximidade tanto dos órgãos de poder centralizado (administração pública central), como dos cidadãos e das responsabilidades que têm para com os seus utentes e famílias, assumem aqui um papel preponderante e incisivo na promoção e estímulo de desenvolvimento de ações estratégicas.


Os efeitos de um modelo de prestação de cuidados inserido no Sistema Nacional de Saúde que tem como desiderato a cooperação integrada de políticas do setor da saúde e da segurança social com parcerias com o sector social e privado, por um lado, e as características da região

quanto à estrutura e organização dos serviços de saúde, por outro, são os fatores que, de forma mais evidente, explicam a elevada densidade de atores coletivos, cujo papel se mostra essencial na capacidade de gestão estratégica das mudanças em curso.

Numa primeira fase do estudo, recenseamos 27 atores que estão implicados com as variáveis-chave identificadas na análise estrutural, aos quais realizamos as entrevistas semidiretivas em torno de um guião construído a partir dos resultados obtidos a partir do diagnóstico e da análise estrutural.

Assim, tendo como base o diagnóstico e a análise estrutural do sistema de CCI, foi identificada uma macro-tipologia dos principais atores coletivos que configuram o núcleo central do aparelho institucional que enquadra, tanto ao nível nacional/ regional e local, como setorial, a actividade de prestação de CCI desenvolvida no território alentejano:

- 1) Administração Regional de Saúde do Alentejo: serviço desconcentrado do Ministério da Saúde, que tem como âmbito de atuação a região do Alentejo, cuja atividade visa coordenar as ofertas e otimizar os recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários à comunidade. Para o efeito, a ARSA possui um conjunto de infra-estruturas e equipamentos, dos quais, 5 Hospitais e 48 Centros de Saúde.
- 2) Centro Distrital de Segurança Social de Évora (CDISS): serviço desconcentrado integrado no Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS) - instituto público que está sob a tutela do Ministério do Trabalho e da Segurança, responsável ao nível distrital pela execução das medidas necessárias ao desenvolvimento e gestão das prestações, das contribuições e da ação social.
- 3) Agrupamentos dos Centros de Saúde: serviços desconcentrados, sujeitos ao poder de direção da ARSA Alentejo, I.P. e respetivas Unidades Locais de Saúde, com autonomia administrativa, sendo constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde, tendo como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, assim como a prestação de cuidados na doença e a ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. As suas áreas de atuação estendem-se à região do Alentejo.
- 4) Unidades Locais de Saúde: entidades públicas empresariais que agregam os hospitais e os centros de saúde, prestando à população os diferentes tipos de cuidados, incluindo os cuidados de saúde continuados. No total, existem na Região do Alentejo três ULS, designadamente a ULSNA, ULSLA e ULSBA.

- 
- 5) Hospitais: entidades públicas integradas na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da região do Alentejo, cuja atividade é dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados.
 - 6) Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI: entidade que representa os organismos do Estado dos setores da Segurança Social e da Saúde, competindo-lhe, entre outras missões, coordenar a Rede, liderar a estratégia para os CCI, assessorar os órgãos da administração central e regional do Ministério de Saúde e dos organismos do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
 - 7) Equipa de Coordenação Regional: equipa constituída por representantes dos setores da saúde e do social, tendo como missão a coordenação dos CCI a nível regional, cujo âmbito de atuação é a área de influência da ARSA.
 - 8) Equipas de Coordenação Local: equipas constituídas por representantes do setor da saúde (Centros de Saúde) e do social, tendo como missão a coordenação dos CCI a nível local, cujo âmbito de atuação é a área de influência do respetivo ACES.
 - 9) Equipas Hospitalares: equipas hospitalares com funções ao nível da referenciação de utentes para a Rede na área da abrangência da respetiva unidade hospitalar.
 - 10) Equipas de Cuidados Continuados Integrados: equipas multidisciplinares que integram as UCC de diferentes ACES da região do Alentejo.
 - 11) Unidades de Internamento: unidades, com diferentes tipologias de cuidados continuados integrados, da responsabilidade de IPSS e de organizações/entidades de natureza pública e privada.
 - 12) Instituições Particulares de Solidariedade Social: instituições constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, que prestam serviços de natureza social e de saúde dirigidas à população que servem no seu âmbito de atuação.

Da análise dos dados percebemos que alguns atores da mesma tipologia/perfil poderiam ser agrupados para efeito de inserção dos dados no Mactor. Assim, o exercício da estratégia de atores aqui apreentado contempla os dados de 12 atores, conforme podemos observar no quadro 19.

Quadro 19 - Tipologia dos principais atores coletivos

TIPOLOGIA DO ATOR	ATOR	Código*
Organismos da Administração Regional	• ARSA ¹⁷⁴	ARSA
	• CDISS de Évora ¹⁷⁵	CDISS
Unidade Local de Saúde	• Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano ¹⁷⁶	ULS
Agrupamento de Centros de Saúde	• Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Central ¹⁷⁷	ACES
Hospital	• Hospital Central de Évora ¹⁷⁸	HOSP
Coordenação Nacional	• Comissão Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados Continuados Integrados ¹⁷⁹	CNRede
Coordenação Regional	• Equipa de Coordenação Regional ¹⁸⁰	ECR
Coordenação Local	• Equipas de Coordenação Local ¹⁸¹	ECL
Equipas Hospitalares	• Equipas de Gestão de Altas ¹⁸²	EGA
Equipas domiciliárias	• Equipas de Cuidados Continuados Integrados ¹⁸³	ECCI
Unidades de Internamento	• Unidades de Cuidados Continuados Integrados ¹⁸⁴	UCCI
Instituições Particulares de Solidariedade Social	• Santas Casas da Misericórdia ¹⁸⁵	IPSS

Fonte: autoria própria.

*Código usado no *Software* MACTOR.

¹⁷⁴ A ARSA está aqui representada por um elemento do Conselho Diretivo.

¹⁷⁵ O CDISS está aqui representado por um elemento do Centro Distrital do ISS de Évora.

¹⁷⁶ A ULS está aqui representada por um elemento do CA da ULSLA, integrando o hospital (o Hospital do Litoral Alentejano) e os centros de saúde existentes no Litoral Alentejano (cinco no total), cuja área de influência corresponde aos concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Sines e Santiago do Cacém.

¹⁷⁷ O ACES está aqui representado por um elemento da direção do ACES Alentejo Central, cuja área da atuação estende-se ao concelho do distrito de Évora.

¹⁷⁸ O Hospital está aqui representado por um elemento do CA do Hospital Central do Espírito Santo de Évora E.P.E., que, sendo um hospital público geral, está integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da região do Alentejo.

¹⁷⁹ A Coordenação nacional está aqui representada por um elemento da CN da RNCCI.

¹⁸⁰ A Coordenação regional está aqui representada por um elemento da ECR.

¹⁸¹ A Coordenação local está aqui representada por quatro elementos que integram quatro ECL, localizadas em três sub-regiões do Alentejo, nomeadamente Alentejo Central, Baixo Alentejo e Norte Alentejano.

¹⁸² As equipas hospitalares aqui representadas estão integradas nas seguintes unidades hospitalares: Hospital Espírito Santo (Concelho de Évora), no Hospital José Joaquim Fernandes (Concelho de Beja), no Hospital Dr. José Maria Grande (Concelho de Portalegre) e no Hospital do Litoral Alentejano (Concelho de Santiago do Cacém).

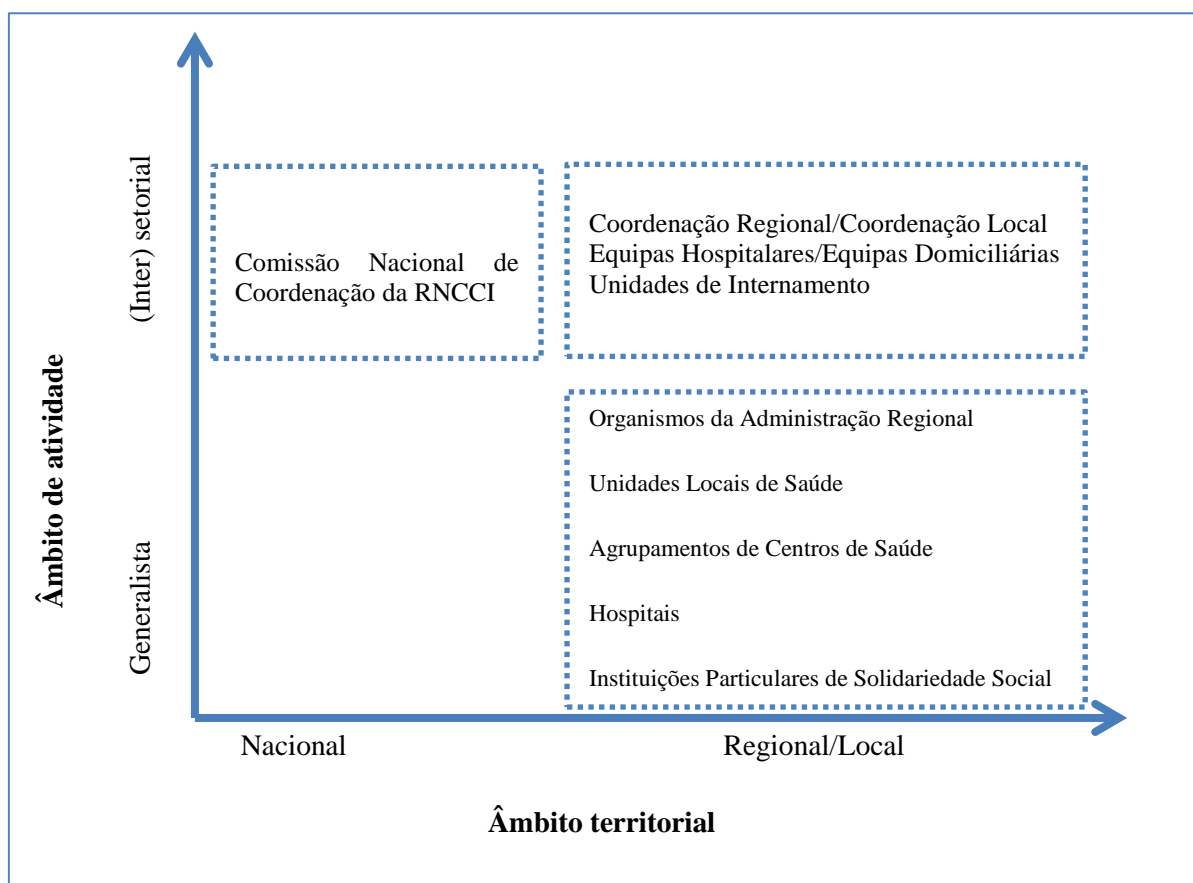
¹⁸³ As equipas domiciliárias estão aqui representadas pelas quatro sub-regiões do Alentejo, designadamente a do Alentejo Central (Évora e Estremoz), Baixo Alentejo (Ourique), Litoral Alentejano (Sines) e Norte Alentejo (Portalegre), tendo sido entrevistadas 5 ECCI de um total de 35 que compõem a Rede nesta região.

¹⁸⁴ As UCCI aqui representadas são da responsabilidade de Instituições Particulares de Solidariedade Social (nomeadamente Santas Casas da Misericórdia), de organizações público privadas (designadamente a Cruz Vermelha Portuguesa e Fundações) e Hospitais Públicos. Do total de 39 UCCI, foram entrevistados 6 UCCI das diferentes tipologias de cuidados.

¹⁸⁵ As IPSS's estão aqui representadas por Provedores de Santas Casas da Misericórdia, que possuem diferentes UCCI e outros serviços de natureza social e de saúde dirigidas à população que servem no seu âmbito de atuação.

A sistematização deste conjunto de atores coletivos foi apurada através da sua tipificação segundo o âmbito de atividade de natureza (inter) setorial (focalizada na atividade de prestação de cuidados) e o âmbito territorial de atuação nacional, regional e local, (focalizado na região do Alentejo) (Cf. Figura 16).

Figura 16 - Atores segundo âmbito de atividade e territorial



Fonte: autoria própria

A leitura da figura 16 revela-nos a evidente existência de atores coletivos cujo âmbito territorial de actuação incide exclusivamente sobre a região do Alentejo (entidades integradas na esfera da Administração Pública e Privada), partilhando entre si uma característica em comum: possuem um âmbito de atividade de natureza generalista (isto é, não focalizado na prestação dos CCI). Por seu turno, a existência de atores coletivos de base territorial com

atividade focalizada nos CCI, evidenciam a existência de uma liderança clara em diferentes níveis de atuação: nacional, regional e local.


Contudo, a interpretação dos resultados obtidos a partir desta sistematização merece, ainda, os seguintes comentários adicionais:

Os atores selecionados são atores internos e externos ao sistema em estudo, ainda que os primeiros (atores internos) possuem uma maior expressão pelo forte impacto que tem na sua evolução. Assim, por um lado, importa mencionar a fraca expressão de atores coletivos cuja atividade possui uma natureza generalista (isto é, não focalizada na prestação de CCI) designadamente as autarquias locais, empresas e instituições da comunidade, o que significa que a envolvente externa não interage/partilha com a globalidade das atividades desenvolvidas no contexto dos cuidados continuados integrados, inibindo, assim, a formulação de estratégias de ação direcionadas para o desenvolvimento deste nível de cuidados e, conseqüente, o fortalecimento da Rede na região. Por outro lado, não podemos deixar de referir a inexistência de referência a atores coletivos cujo âmbito de atuação se centra na prestação cuidados de natureza informal, designadamente familiares, vizinhos ou voluntários. Tal facto permite inferir que as problemáticas específicas que caracterizam e afetam os cuidadores informais/famílias não possuem tradução expressiva no dispositivo institucional de enquadramento, limitando assim a formulação de estratégias e de políticas especificamente direcionadas para o papel destes atores na Rede.

O contexto descrito evidencia um dispositivo institucional de enquadramento caracterizado pela presença de um conjunto de atores coletivos que ocupam lugares e posições diferenciadas em esferas de atividades de distintas instituições e setores públicos e privados.

1.2. Os Desafios e os Objetivos Estratégicos

O estabelecimento de um quadro de referência para a gestão estratégica dos CCI no território Alentejano constitui uma tarefa complexa, facto que decorre das características do contexto de governância associado. Em síntese, podemos afirmar que são três os principais elementos que definem a especificidade deste contexto: (i) a dispersão geográfica e o despovoamento/isolamento das populações; (ii) a multiplicidade de atores coletivos que ocupam lugares e posições diferenciadas em esferas de atividade de diversas organizações;



(iii) a inexistência e/ou fraco envolvimento de atores coletivos externos à rede (entre os quais, autarquias, instituições da comunidade e empresas).

Com base nos resultados do diagnóstico e da análise estrutural (que revelou as variáveis-chave - motrizes e ligação), solicitámos aos atores que se posicionassem em relação a um conjunto diversificado de potenciais objetivos (Cf. Quadro 20). A análise assim conduzida permitiu identificar seis desafios estratégicos, designadamente: o reforço dos CCI no domicílio e em ambulatório; reforço da capacidade de resposta/desempenho da rede; o reforço do modelo de abordagem integrada; o incremento da formação/governança integrada; o reforço da política de qualidade da rede; e o reconhecimento/apoio a cuidadores informais.

Cada um dos desafios estratégicos, também designados de “campos de batalha” é declinado sobre a forma de vários objetivos específicos “nos quais os atores estão aliados, em conflito ou neutros” (Godet, 1996, p. 146).

Quadro 20 - Desafios estratégicos e objetivos associados levados ao “jogo de actores”

Desafios estratégicos	Objetivos associados
A - Reforço dos Cuidados Continuados integrados prestados no domicílio e em ambulatório	1-Priorizar a domiciliação e as respostas comunitárias
	2- Reforçar as ECCI (Dotação e capacitação dos RH)
	3 - Fomentar a articulação entre as ECCI e os Serviços de Apoio Domiciliário
	4-Incrementar as UDPA
	5 - Aumentar o nº de vagas e lugares em todas as tipologias
B – Reforço da Capacidade de Resposta e desempenho da Rede	6 - Melhorar o acesso e a mobilidade dos utentes na rede.
	7 - Priorizar as respostas de CCI em Saúde Mental
	8 - Priorizar as respostas de CCI em Pediatria
C – Reforço do modelo de abordagem integrada	9 - Priorizar as respostas de CCI em Cuidados Paliativos
	10 – Investir na articulação e coordenação entre tipologias de cuidados, setores e níveis de Cuidados.
	11 – Compromisso político entre os atores envolvidos na rede e na prestação dos cuidados (ex: cumprimento dos cuidados em conformidade com o contratualizado)
	12 - Melhorar e qualificar a intervenção dos vários atores da rede
D – Incremento da Formação e Governação integrada	13 – Investir na formação a todos os cuidadores
	14 – Investir na qualificação e formação dos atores envolvidos na rede (profissionais das unidades e equipas)
E - Reforço da política de qualidade da Rede	15 - Melhorar a cooperação entre as áreas governamentais da saúde e da segurança social
	16 – Investir no processo de incentivo à melhoria da qualidade (ex. Projeto de Incentivo à Melhoria da qualidade das Unidades da Rede de CCI do Alentejo)
	17 – Investir na avaliação dos processos e resultados relacionados com a prestação dos CCI
F – Reconhecimento e apoio a cuidadores informais	18 - Apoiar os familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados.

Fonte: autoria própria

A partir da leitura da matriz IMAO¹⁸⁶ (Cf. Quadro 21), que relaciona os atores com os objetivos, percebemos que todos os atores assumem a totalidade ou quase totalidade destes objetivos, com exceção do ACES, que revela não considerar na sua estratégia o objetivo “incrementar as UDPA”.

¹⁸⁶ A leitura matriz IMAO (Matriz Atores x Objetivos) é feita em linha, onde (1) significa que o ator considera o objetivo na sua estratégia, já o (0) traduz que o ator não possui esse objetivo.

A diferença fundamental entre os atores decorre da diferente valorização dos vários objetivos, sendo aqui que reside a diferenciação estratégica dos atores. Mais adiante, analisaremos a especificidade de atuação estratégica dos atores com base na leitura da matriz 2MAO a propósito do grau de implicação dos atores relativamente aos objetivos.

Quadro 21 - Matriz de posições simples atores x objetivos 1MAO

1MAO	Prior_Dom	Refor_ECCI	Fom_Artic	Incr_UDPA	Aum_Vagas	AcMob_Uten	Prior_SM	Prior_Pedi	Prior_CP	Art_Coor	Comp_ator	Qif_Interv	Inv_Form	Form_Ator	Coop_Gov	Inc_Qual	Aval_ProRe	Apo_FamCI	Soma absoluta
ARSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
ACES	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
CDISS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
CNRede	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
ECR	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
ECL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
ECCI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
EGA's	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
HOSP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
IPSS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
ULS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
UCCI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
Quantidade de acordos	12	12	12	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	
Número de discordâncias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Número de posições	12	12	12	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	

© LIPSOR-EPTA-MACTOR

Fonte: autoria própria a partir de resultados do software MACTOR


1.3. Dependência dos Atores

Os dados recolhidos a partir das entrevistas realizadas confirmam a existência de uma interdependência evidente entre a globalidade dos atores.¹⁸⁷

Com a exceção do Hospital, da Unidade Local de Saúde e das IPSS, os atores estabelecem uma relação de forte dependência com a Coordenação Nacional da Rede e a Equipa de Coordenação Regional, nomeadamente ao nível de apoio político e técnico para desenvolver as estratégias e dar condições para o desenvolvimento da rede.

Outro ator também muito referido é a ARSA, enquanto entidade fundamental para apoiar a concretização dos objetivos dos outros atores.

¹⁸⁷ Os dados apurados nas entrevistas reportam-se à pergunta número 4 “De que atores depende a concretização dos objetivos e o que espera deles?”. Os mesmos dados permitiram construir a Matriz de Influência (ou ação) direta.



A ULS e o Hospital assumem que necessitam apenas da presença forte de um ator para concretizar os seus objetivos no domínio dos CCI na região do Alentejo, respetivamente a CNRede e a ARSA.

Importa referir, ainda, que a CNRede evidencia uma relação de dependência muito estreita com as equipas de coordenação regional e local, pela importância que estas assumem ao nível da sua missão e da concretização dos objetivos estratégicos.

A globalidade dos atores manifesta uma dependência do Governo Central, particularmente dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, enquanto instrumentos cruciais no processo de reestruturação e de aprofundamento do sistema de CCI. Todos os atores fazem essa referência, fundamentando que a existência de uma vontade política assumida pelas principais estruturas é crucial para o cumprimento dos objetivos estratégicos (Cf. Quadro 22).

Quadro 22 - Quadro de dependência e razões apontadas

Ator	Atores de que depende e o que espera deles
ARSA	<ul style="list-style-type: none"> • CNRede, em termos de liderança e coordenação da rede no sentido da promoção das dinâmicas de reorganização dos CCI. • CDISS, fundamental para o reforço da cooperação. • ACES/ULS, que coloquem em prática as orientações estratégicas e que tomem medidas no sentido de melhorar, a nível local, a articulação entre os vários níveis de cuidados. • HOSP, importantes na articulação/cooperação e no processo de referenciação de utentes. • ECR e ECL, instrumentos mobilizadores na concretização dos objetivos estratégicos da rede. • ECCI, fundamentais para o reforço dos cuidados domiciliários e na proximidade com os utentes e as famílias/cuidadores informais.
CDISS	<ul style="list-style-type: none"> • CNRede, em termos de redefinição das percentagens de afeção dos recursos humanos nas equipas e de melhoria dos circuitos de referenciação. • ECR, em termos de trabalho de proximidade e cooperação. • EGA e HOSP, importantes na articulação e no processo de referenciação de utentes.
ACES [continuação]	<ul style="list-style-type: none"> • ARSA, fundamental para o reforço da cooperação e no trabalho de proximidade/parceria. • CNRede, papel decisivo na concretização das estratégias/orientações políticas. • ECR e ECL, fundamentais na coordenação/gestão dos cuidados. • CDISS, um trabalho de maior proximidade/articulação.
ULS	<ul style="list-style-type: none"> • CNRede, fundamental para o motor da Rede no sentido do desenvolvimento estratégico dos CCI.
HOSP	<ul style="list-style-type: none"> • ARSA, fundamental para desenvolver qualquer estratégia e dar condições para o desenvolvimento da rede na implementação de medidas que potenciem a integração dos vários níveis de cuidados e facilitem o processo de referenciação/comunicação.
CNRede	<ul style="list-style-type: none"> • ECR e ECL, como instrumentos essenciais para a concretização dos objetivos estratégicos.
ECR	<ul style="list-style-type: none"> • ARSA e CNRede, em termos de apoio para desenvolver qualquer estratégia e dar condições para o desenvolvimento da rede. • CDISS, um trabalho de maior proximidade/articulação. • ACES/ULS, que coloquem em prática as orientações estratégicas e que tomem medidas no sentido de melhorar, a nível local, a articulação entre os vários níveis de cuidados.
ECL	<ul style="list-style-type: none"> • ARSA, CNRede e ECR, em termos de apoio para desenvolver qualquer estratégia e dar condições para o desenvolvimento da rede. • CDISS, um trabalho de maior proximidade/articulação entre os serviços de saúde e o setor social no sentido de incrementar algumas medidas de apoio aos cuidadores informais e aos familiares. • HOSP e EGA, fundamentais na referenciação dos utentes para a rede e na gestão do fluxo dos utentes. • ECCI e UCCI, em termos de proximidade/articulação e de qualidade

na prestação dos cuidados.

EGA

- **ARSA**, em termos de apoio/suporte à Rede.
- **CDISS**, um trabalho de maior proximidade/colaboração.
- **CNRede, ECR e ECL**, fundamentais para o desenvolvimento das estratégias e dar condições para o desenvolvimento da rede na implementação de medidas que potenciem a integração dos vários níveis de cuidados e facilitem o processo de referenciação.
- **HOSP**, importantes na articulação e referenciação de doentes.
- **ECCI e UCCI**, importantes na gestão dos utentes ao nível do acesso e mobilidade.

ECCI

- **ARSA e CNRede**, fundamental para desenvolver qualquer estratégia e dar condições para o desenvolvimento da rede na implementação de medidas que reforcem os cuidados domiciliários, a sua integração e facilitem o processo de referenciação.
- **ACES e ULS**, para colocar em prática as orientações estratégicas e que tomem medidas no sentido de melhorar, a nível local, a articulação entre os vários níveis de cuidados.
- **HOSP**, importantes para a articulação e referenciação de doentes.
- **ECR**, um trabalho de maior proximidade com as ECCI, assim como existe com as unidades, e que invistam na monitorização no sentido de cumprimento das suas missões e de melhoria contínua do trabalho.
- **CDISS**, fundamental para o reforço da colaboração/articulação entre os serviços de saúde e setor social no sentido de incrementar algumas medidas de apoio aos cuidadores informais e aos familiares.
- **ECL**, em termos de apoio e de evolução de melhoria dos cuidados.
- **EGAS**, uma sensibilização por parte dos profissionais do hospital para a existência das ECCI e da importância em referenciar para esta tipologia de cuidados.

[continuação]

UCCI

- **ARSA**, fazer um levantamento das necessidades em termos de cuidados na região e negociar junto do governo central a abertura de novas respostas de CCI.
- **CDISS**, simplificar o processo da facturação no sentido de dar respostas atempadas às pessoas com necessidades de cuidados de saúde.
- **CNRede**, em termos de reforço e melhoria da rede.
- **HOSP e EGA**, em termos de procedimentos adequados ao nível da referenciação de utentes para a rede.
- **ECR**, fundamental na coordenação e organização dos cuidados, em especial na gestão das vagas no sentido de respeitar as preferências dos utentes.
- **ECL**, para verificar se as avaliações estão em conformidade com a real situação do utente e se as referenciações cumprem com os critérios definidos.

IPSS

- **ARSA**, fundamental para desenvolver qualquer estratégia e dar condições para o desenvolvimento da rede.
- **CDISS**, em termos de colaboração e de suporte financeiro.
- **ECR e ECL**, instrumentos de suporte e apoio à rede.
- **EGA e HOSP**, papel decisivo na referenciação de utentes para a rede.

Fonte: autoria própria a partir dos resultados das entrevistas

Tais dados evidenciam a existência de um potencial de relações de dependência estreita entre os atores, traduzindo, em simultâneo, a força e a fraqueza dos atores.

A análise que se segue permite-nos observar essas relações de influência e dependência que resultam da interdependência mútua entre a maioria dos atores.

2. A Dependência dos Atores: Relações de Força e Posição Relativa dos Atores

As relações de força entre os atores podem ser analisadas a partir de duas matrizes: a MID (Matriz de influências diretas) e a MIDI (Matriz de influências diretas e indiretas). A primeira permite a analisar as influências diretas entre pares de atores, já a segunda apresenta as influências diretas e indirectas entre os atores. Esta análise permite, dessa forma, analisar o modo como os atores do sistema se influenciam entre si.

Assim, a primeira análise começa com a leitura da Matriz de Influências Diretas Atores x Atores (MID)¹⁸⁸, por norma elaborada a partir do quadro estratégico de atores (Cf. Quadro 23)

Quadro 23 – Matriz das Influências Diretas (MID)

MID	ARSA	ACES	CDISS	CNRede	ECR	ECL	ECCI	EGA's	HOSP	IPSS	ULS	UCCI
ARSA	0	3	3	4	3	3	4	3	3	2	3	2
ACES	3	0	1	4	4	3	2	1	1	1	0	2
CDISS	2	1	0	1	1	1	0	3	3	1	0	1
CNRede	2	1	3	0	3	2	2	2	1	2	1	2
ECR	4	4	3	4	0	2	1	2	2	0	4	0
ECL	4	2	4	4	4	0	3	3	3	0	2	3
ECCI	4	3	3	4	3	3	0	3	2	2	2	2
EGA's	4	1	4	3	4	3	3	0	1	1	1	3
HOSP	4	2	1	2	2	2	1	1	0	0	1	1
IPSS	4	1	4	4	4	3	0	3	3	0	0	2
ULS	2	0	2	3	3	2	2	2	1	1	0	2
UCCI	4	1	3	4	3	3	2	3	3	2	2	0

© LIPSOR-EPIA-MACTOR

Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

¹⁸⁸ As influências são classificadas mediante uma escala que varia entre 0 e 4, sendo que: 0 = sem influência (o actor não dispõe de meios de acção sobre o outro ator); 1= influência fraca (o actor condiciona, de forma limitada no tempo e no espaço, os processos operacionais, como por exemplo, gestão); 2 = influência razoável (o ator condiciona/põe em causa projetos ou ações); 3 = influência forte (o ator condiciona/põe em causa as missões e os objetivos estratégicos); 4 = influência muito forte (o ator põe em causa existência do outro ator).

A simples análise da matriz permite-nos conhecer quais são os atores mais e menos influentes. No entanto, as relações de força não se limitam à simples análise de meios de ação diretos, pelo que um ator pode agir sobre o outro por intermédio de um terceiro. Para isso, recomenda-se que, além das influências diretas, sejam também consideradas as influências indiretas, através da construção de uma nova matriz: MIDI.

Os valores contidos nesta matriz fornece-nos uma ideia da importância das influências diretas e indiretas entre os atores, uma vez que no somatório em linha temos uma visão do grau de influência direta e indireta de cada ator (Ii) e no somatório em coluna temos o grau de dependência direta e indireta de cada ator (Di).

Quadro 24 – Matriz das Influências Diretas e Indiretas (MIDI)

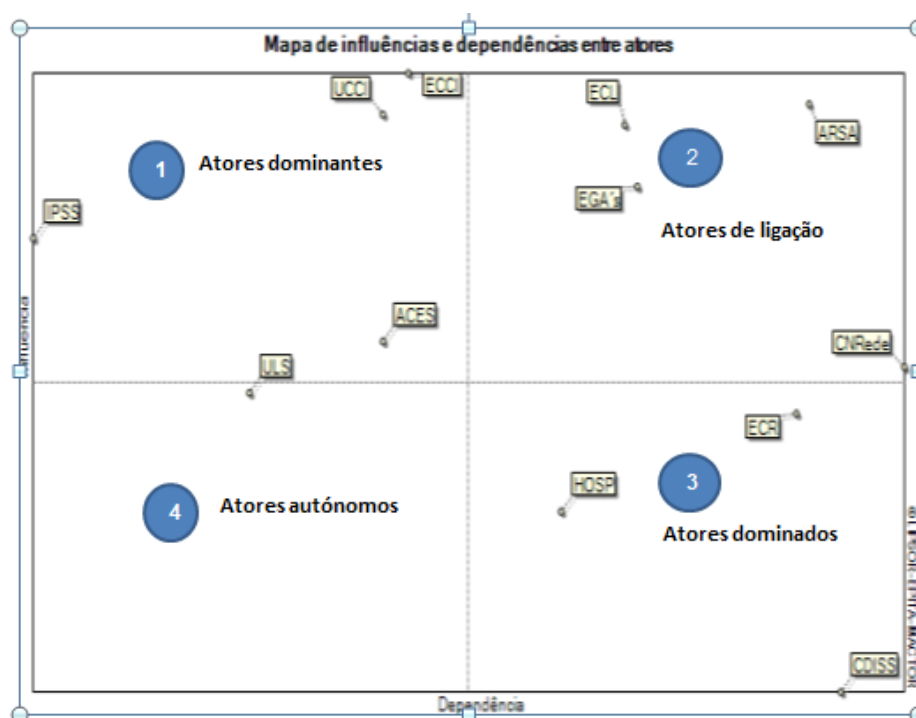
	ARSA	ACES	CDISS	CNRede	ECR	ECL	ECCI	EGA's	HOSP	IPSS	ULS	UCCI	Ii
ARSA	29	18	26	30	28	25	20	24	21	12	15	20	239
ACES	20	17	20	22	21	18	15	18	17	11	16	15	193
CDISS	14	11	12	13	13	13	11	12	12	7	8	11	125
CNRede	20	15	21	19	19	18	14	20	19	12	14	16	188
ECR	20	15	18	23	21	18	16	17	15	9	13	15	179
ECL	28	18	26	28	26	23	20	23	20	12	16	18	235
ECCI	28	18	26	29	27	25	20	24	21	12	15	20	245
EGA's	25	18	26	25	24	21	18	23	21	12	16	17	223
HOSP	17	14	15	17	16	16	15	15	14	10	12	13	160
IPSS	24	16	23	24	22	19	17	20	19	9	14	15	213
ULS	19	15	20	19	19	17	14	18	16	11	14	15	183
UCCI	27	17	26	27	25	23	19	24	22	12	15	19	237
Di	242	175	247	257	240	213	179	215	203	120	154	175	2420

Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

Assim, a partir da leitura da matriz MIDI, podemos constatar que os atores mais influentes são a ECCI, a ARSA, a IPSS, a UCCI e a ECL (Cf. Quadro 24). Por seu turno, os atores mais dependentes são, por esta ordem, a CNRede, o CDISS, a ARSA e a ECR.

Tais resultados são melhor visualizados no *Plano de Influências e Dependências* entre atores¹⁸⁹ (Cf. Figura 17), o qual nos fornece uma representação gráfica do posicionamento dos atores em função das suas influências e dependências diretas e indiretas líquidas, permitindo-nos outras análises.

Figura 17 - Plano de Influências e Dependências entre atores



Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

¹⁸⁹ O plano de influência/dependência dos atores é construído a partir da definição dos pontos médios de motricidade e de dependência determinados pela média aritmética entre o maior e o menor valor de influência/dependência. Assim, os atores com motricidade acima do ponto médio de abaixo do ponto metido de motricidade (quadrante superior esquerdo) são considerados motrizes. Os atores dependentes são aqueles com motricidade abaixo do ponto médio de motricidade e dependência acima do ponto médio de dependência (quadrante inferior direito). Por sua vez, os atores com alta influência e dependência são considerados atores de ligação (quadrante superior direito), ou seja, são aqueles que, simultaneamente, influenciem e são fortemente influenciados pelos atores do sistema. Por último, os atores com baixas influências e dependências (quadrante inferior esquerdo) tendem a ser independentes, ou seja, a princípio não interagem de forma significativa com os outros atores.

A análise deste plano mostra a existência de atores motrizes (ou dominantes), isto é, muito influentes e pouco dependentes (quadrante 1), designadamente: IPSS, UCCI, ECCI e ACES. A IPSS surge neste plano como um ator com alta influência e dependência nula.

Como atores de ligação surgem a ARSA, as ECL, as EGA e a CNRede, revelando, assim, a sua elevada influência e dependência (quadrante superior direito), isto é, são atores que, simultaneamente, influenciam e são fortemente influenciados pelos atores do sistema. Por essa razão, é nestes “atores de ligação” que devemos centrar a nossa atenção e, em particular, a atenção dos outros atores que desenvolvem atividade no âmbito dos CCI na região do Alentejo. Contudo, não podemos deixar de observar que o posicionamento de um ator de ligação - a CNRede -, que, ao se situar junto ao eixo horizontal, revela uma influência mediana e um alto nível dependência.

Observamos, também, a existência de atores muito dependentes e pouco influentes (quadrante 3), nomeadamente o CDISS, o Hospital e a ECR. Estes atores podem, por isso, ser considerados atores dominados. Há que referir que a ECR ao se situar próximo do eixo horizontal indica uma influência mediana (e um forte nível de dependência).

Importa salientar que o CDISS ao ser considerado um ator dominado, isto é, altamente dependente e pouco influente, está entre os atores que mais tendem a tomar decisões a partir dos posicionamentos previamente definidos pelos atores com maior motricidade.

Por último, constatamos a existência de um ator com um posicionamento independente (quadrante 4): a ULS. Este ator é, por isso, menos dependente e menos influente no sistema de CCI considerado, o que indica uma participação no sistema pouco relevante. Ainda assim, este ator situa-se muito próximo do eixo horizontal, o que sugere uma influência mediana (e, neste caso, um fraco nível de dependência).

Da consideração conjunta da influência e dependência (direta e indireta), podemos apresentar as seguintes conclusões:

- 1) Os “atores-charneira” deste sistema são a ARSA, as ECL, as EGA e a CNRede, uma vez que são muito influentes, mas simultaneamente muito dependentes, pelo que as suas atuações estão sujeitas a constrangimentos que devem ser tomados em conta;
- 2) A existência de atores que desempenham um papel-chave no jogo de atores, ou seja, atores que influenciam bastante o sistema, mas são pouco influenciados por ele (IPSS, UCCI, ECCI e ACES), pelo que a existência destes atores indica que há muitos atores

com uma elevada capacidade para condicionar as atuações dos restantes atores, e a sua dependência é menor relativamente a eles, ou seja, a existência de atores que se destacam pelo exercício de uma liderança, sem que sejam igualmente permeáveis às influências, com especial destaque para as IPSS.

- 3) O facto de existirem muitos atores considerados, ao mesmo tempo, motrizes e de ligação, torna o sistema de relações de atores revela alguma instabilidade, no sentido em que não existe uma clara bipolarização do tipo dominados/dominantes. Desta forma, podemos antecipar que o jogo de actores é instável, pelo que são quase todos simultaneamente “dirigentes” e “subordinados” (muito influentes e muito dependentes).

Assim, conforme nos diz Godet “a relação de forças de um ator será tão mais alta quanto maior for a sua influência, baixa dependência e fraca retroacção” (Godet, 1996, 14). Na verdade, um ator pode ter ao mesmo tempo uma influência muito forte, uma dependência igualmente elevada, assim como uma retroacção significativa, o que conduzirá a uma relação de forças fraca. Pelo contrário, um ator que tenha um grau de influência moderado, mas uma dependência e retroacção nula, possuirá uma relação de forças importante.

Os vetores de relações de força são, portanto, calculados a partir da matriz dos meios de ação directos e indirectos (MIDI)¹⁹⁰, ou seja, esta matriz possibilita “calcular um indicador de relações força que permite diferenciar os atores em função da sua maior ou menor capacidade para condicionar as atuações dos restantes atores, e a sua maior ou menor dependência relativamente a eles” (Perestrelo e Caldas, 2000, p. 12).

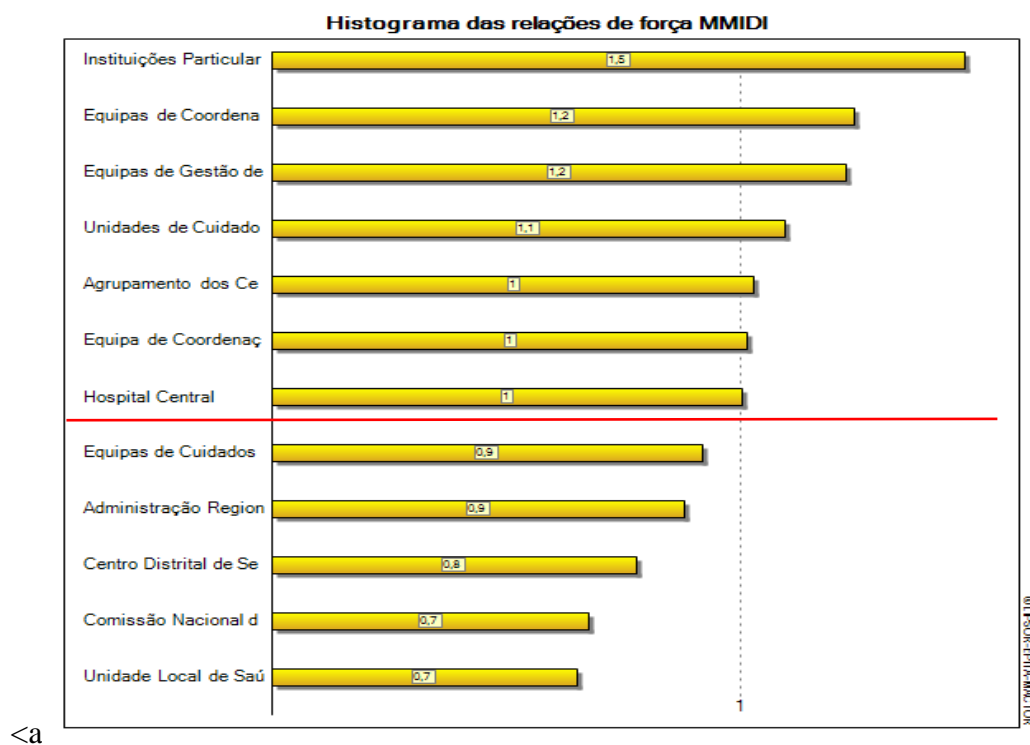
Ao observarmos os dados obtidos através do gráfico das relações de força MIDI (ri) (Cf. Gráfico 7), constatamos que os atores com maior capacidade para influenciar os outros atores são, por ordem decrescente, as IPSS, as ECL, as EGA’s e as UCCI. Todavia, o ACES, a ECR e o HOSP, por apresentarem fatores de força (valores Ri) igual a 1, tendem a ser, igualmente, atores motrizes no sistema.¹⁹¹ Por seu turno, as ECCL, a ARSA, o CDISS, a CNRede e a ULS

¹⁹⁰ Através da matriz de influência indireta (ri) são determinados os fatores de força de cada ator. O fator de força representa a capacidade que cada ator tem de influenciar os outros atores. Por exemplo, quanto maior o fator de força, maior é o poder que esse ator tem para impor os seus interesses dentro do sistema analisado.

¹⁹¹ Se todos os atores apresentassem a mesma força no sistema, os seus fatores de força seriam iguais a 1. É possível inferir, assim, que os atores com fator de força maior tendem a ser motrizes no sistema e que os atores, cujo fator de força é inferior a 1 tendencialmente são atores dependentes dentro do sistema. Este indicador, ao considerar a influência, a dependência e a retroacção de cada ator, é normalizado pela respetiva média, cuja normalização faz com que um ator tenha mais poder do que a média caso o respetivo Ri for superior a 1 (Alvarenga, 2001, citado por Saragoça, 2012).

integram o grupo de atores que terão menor poder para impor os seus interesses dentro do sistema

Gráfico 7 – Gráfico das Relações de Força MIDI (ri)



Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

O método MACTOR permite-nos, ainda, um nível de análise que se prende com o *balanço líquido das influências (BLI) dos atores*, que nos mostra a influência de cada ator nos restantes através do saldo líquido das influências diretas e indirectas, medindo o diferencial dessas influências para cada par de atores. Isto significa que, cada ator exerce (ou recebe) influências diretas e indirectas de 2ª ordem sobre (ou parte de) cada um dos atores. Neste sentido, o saldo líquido das influências vai indicar para cada par de ator o máximo de influência exercida ou recebida. Quando o saldo é positivo (+), o ator i (nas linhas da matriz BL) exerce mais influências diretas e indirectas sobre o ator j (nas colunas da matriz BL). Quando o saldo é negativo (-), a situação se inverte. Calcula-se, em seguida, o diferencial total das influências diretas e indirectas para cada ator, adicionando-se os saldos líquidos das suas influências sobre os outros atores.

Quadro 25 – Distâncias líquidas entre atores

	ARSA	ACES	CDISS	CNRede	ECR	ECL	ECCI	EGA´s	HOSP	IPSS	ULS	UCCI	Soma
ARSA		-2	12	10	8	-3	-8	-1	4	-12	-4	-7	-3
ACES	2		9	7	6	0	-3	0	3	-5	1	-2	18
CDISS	-12	-9		-8	-5	-13	-15	-14	-3	-16	-12	-15	-122
CNRede	-10	-7	8		-4	-10	-15	-5	2	-12	-5	-11	-69
ECR		-6	5	4		-8	-11	-7	-1	-13	-6	-10	-61
ECL	3	0	13	10	8		-5	2	4	-7	-1	-5	22
ECCI	8	3	15	15	11	5		6	6	-5	1	1	66
EGA´s	1	0	14	5	7	-2	-6		6	-8	-2	-7	8
HOSP	-4	-3	3	-2	1	-4	-6	-6		-9	-4	-9	-43
IPSS	12	5	16	12	13	7	5	8	9		3	3	93
ULS	4	-1	12	5	6	1	-1	2	4	-3		0	29
UCCI	7	2	15	11	10	5	-1	7	9	-3	0		62

Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

Assim, ao observarmos o quadro 25, torna-se evidente alcançar que a IPSS (soma 93), a ECCI (soma 66), a UCCI (soma 62), a ULS (soma 29), a ECL (soma 22), o ACES (18) e as EGA´s (soma 8) fazem parte do grupo de atores que exercem mais influência do que a recebem. A situação inverte-se se observarmos os resultados dos outros atores (saldo negativo), pelo facto de serem mais influenciados do que influentes. Os resultados desta análise revelam-nos que, neste último grupo de atores, está representado um ator que, como vimos na análise do plano de influências e dependências, possui um alto nível de influência: a ARSA. Isto porque, esse grau de influência é seguido por forte dependência dos outros atores. Tal resultado é explicado pelo simples facto de que a existência da ARSA depende fortemente de atores que integrem e concretizem a sua ação estratégica no âmbito dos CCI. Verifica-se, ainda, a existência de outro ator que, apesar de possuir um menor poder para impor os seus interesses, surge aqui como um dos atores mais influentes, nomeadamente as ECCI, pelo papel determinante que este ator assume em termos de concretização de um dos objetivos

estratégicos mais relevantes para o desenvolvimento do sistema de CCI na região do Alentejo – *Priorizar a domiciliação e as respostas comunitárias.*

Quadro 26 - Síntese das Distâncias Líquidas entre atores

Atores mais influentes do que influenciados	Atores mais influenciados e menos influentes
1.º Instituições Particulares de Solidariedade Social	1.º Centro Distrital do Instituto de Segurança Social
2.º Equipas de Cuidados Continuados Integrados	2.º Comissão Nacional de Coordenação da Rede
3.º Unidades de Cuidados Continuados Integrados	3.º Equipa de Coordenação Regional
4.º Unidades Locais de Saúde	4.º Hospital
5.º Equipas de Coordenação Local	5.º Administração Regional de Saúde do Alentejo
6.º Administração Central dos Centros de Saúde	
7.º Equipas de Gestão de Altas	

Fonte: autoria própria a partir de resultados do software MACTOR

Posto isto, a dinâmica do sistema de CCI na região do Alentejo será fortemente influenciada pelo grupo de atores que influenciam mais o sistema do que são influenciados por este, ainda que neste conjunto de atores não estejam representados os “atores de ligação” evidenciados pelo plano de influências e dependências entre os atores (como é o caso de atores como a ARSA e a CNRede).

Após o recenseamento dos atores e a análise de influências e dependências, procedemos à análise do comportamento dos atores face aos objetivos estratégicos que possuem para os CCI na região do Alentejo.

3. Implicação dos Atores nas Estratégias Para o Desenvolvimento dos CCI

A necessidade de ser compreender as formas de relação que os atores estabelecem com os objetivos estratégicos, dos quais pode depender os vários posicionamentos face ao desenvolvimento dos CCI naquela região, foi essencial para que se alcançasse uma percepção mais completa sobre as próprias estratégias dos atores em presença.

Os objetivos que foram colocados aos atores tinham como intuito analisar a maior ou menor implicação destes no denominado jogo de atores.

Assim sendo, e tendo por base a informação recolhida a partir das entrevistas realizadas aos atores, foi possível proceder-se à quantificação dessa medida de implicação, levando-nos ao preenchimento de duas matrizes que relacionam os atores com os objetivos estratégicos: 1 MAO (matriz atores x objetivos, posições simples) e 2 MAO (matriz atores x objetivos, posições valoradas).¹⁹² Na matriz 1 MAO, o valor 1 significa o acordo de um ator com um objetivo; o valor -1 o desacordo; e o valor 0 a neutralidade. Dado que um ator se pode definir face a um objetivo com maior ou menor implicação, justifica-se a existência da segunda matriz 2 MAO. Trata-se de uma matriz de posições dos atores perante cada objetivo onde surge valorizada a importância atribuída a cada um deles para o cumprimento da sua estratégia no âmbito dos CCI. Para o efeito, foi usada uma escala de 4 posições, em que 0 corresponde a “objetivo pouco consequente” (ou pouco relevante), 1 que corresponde a “objetivo que favorece, de forma limitada no tempo e espaço, os processos operacionais” (ou, no sentido negativo, põe em causa os processos operatórios do ator, tais como, gestão...), 2 significa que o “objetivo é indispensável à concretização dos seus projetos” (ou põe em causa o sucesso dos seus projetos); 3 significa que “objetivo é indispensável para a concretização das suas missões” (ou, em sentido inverso, põe em causa o cumprimento da missão do ator no âmbito dos CCI); 4 corresponde a “objetivo que é indispensável à sua existência do ator” (ou, sentido oposto, põe em causa a sua própria existência).

Ainda que a matriz 2MAO tenha permitido a visualização do posicionamento dos atores mais implicados na concretização dos objetivos propostos. Contudo, a simples consideração do posicionamento dos atores em relação aos objetivos com o recurso à matriz 2 MAO mostra-se insuficiente, na medida em que o centro de gravidade do jogo de atores não é colocado em evidência, pelo que se torna pertinente ter em conta as relações de força entre os atores e a sua mobilização através dos valores inscritos na matriz 3MAO (Godet & Bourse, 1993, p. 22 citado por Saragoça et al., 2017, p. 235).

Tivemos em conta o somatório em linha das matrizes 2MAO e 3MAO, que pode ser interpretado como indicador dos graus de implicação e mobilização dos atores. Neste sentido, o grau de implicação de um determinado ator corresponde ao somatório dos valores absolutos das suas posições valorizadas sobre cada objetivo (somatório das linhas 2MAO), e o grau de

¹⁹² A soma em linha das matrizes 1 MAO e 2 MAO pode ser interpretada como um indicador do grau de implicação dos atores. Se para uns atores a maioria dos objetivos é relevante, para outros só alguns lhes dizem respeito. Ou seja, os atores podem estar mais ou menos implicados no jogo. A medida dessa implicação pode considerar somente a definição de uma posição face a cada objetivo ou, ainda, a intensidade dessa posição.

mobilização corresponde ao somatório dos valores absolutos das suas posições valorizadas e ponderadas pela sua relação de força (somatório das linhas 3MAO).

Assim, ao observarmos a matriz 2MAO (Cf. Quadro 27), apuramos que os atores mais implicados são a CNRede, o CDISS, seguindo-se a ECR e a ARSA.

Quadro 27 - Matriz das posições valoradas ponderadas dos atores sobre os objetivos (2MAO)

2MAO	Prior_Dom	Refor_ECCI	Fom_Artic	Incr_UDPA	Aum_Vagas	AcMob_Uten	Prior_SM	Prior_Pedi	Prior_CP	Art_Coor	Comp_ator	Qif_Interv	Inv_Form	Form_Ator	Coop_Gov	Inc_Qual	Aval_ProRe	Apo_FamCi	Soma absoluta
ARSA	4	3	3	4	2	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	4	4	3	60
ACES	4	4	3	0	3	3	4	3	4	3	4	2	3	2	3	3	4	4	56
CDISS	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	66
CNRede	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72
ECR	4	4	2	4	2	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	64
ECL	4	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	56
ECCI	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	54
EGA's	3	4	3	3	3	4	2	2	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	58
HOSP	2	2	1	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	36
IPSS	1	1	2	2	4	4	2	1	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	53
ULS	4	3	3	2	3	3	4	3	4	4	3	2	4	4	4	3	2	3	58
UCCI	3	3	3	2	3	3	3	1	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	56
Quantidade de acordos	41	38	34	33	36	41	37	30	42	41	41	36	38	41	43	39	39	39	
Número de discordâncias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Número de posições	41	38	34	33	36	41	37	30	42	41	41	36	38	41	43	39	39	39	

Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

Quanto à capacidade de mobilização, a matriz altera-se (Cf. Quadro 28). Os atores que apresentam maior capacidade de mobilização são os mesmos que apresentam menor grau de implicação. São os casos das IPSS e das ECCI. Pese embora, exista um ator que apresenta maior capacidade de mobilização, mas que em matéria de implicação ocupa um lugar intermédio, designadamente as UCCI. O mesmo acontece com a ARSA, que em matéria de capacidade de mobilização ocupa o quarto lugar, estando entre os atores mais implicados.

Situação inversa é manifestada pelo Hospital, que se assume como o ator menos implicado e com menor capacidade de mobilização no jogo de atores.

Quadro 28 - Matriz das posições valoradas ponderadas dos atores sobre os objetivos (3MAO)

3MAO	Prior_Dom	Refor_ECCI	Fom_Artic	Incr_UDPA	Aum_Vagas	AcMob_Uien	Prior_SM	Prior_Pedi	Prior_CP	Art_Coor	Comp_ator	Qlf_Interv	Inv_Form	Form_Ator	Coop_Gov	Inc_Qual	Aval_ProRe	Apo_FamCI	Mobilização
ARSA	4,4	3,3	3,3	4,4	2,2	3,3	3,3	3,3	4,4	4,4	3,3	3,3	3,3	4,4	3,3	4,4	4,4	3,3	66,6
ACES	3,9	3,9	2,9	0,0	2,9	2,9	3,9	2,9	3,9	2,9	3,9	2,0	2,9	2,0	2,9	2,9	3,9	3,9	55,0
CDISS	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,2	1,2	1,6	1,2	1,2	1,6	1,2	1,2	1,6	26,6
CNRede	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	54,7
ECR	2,9	2,9	1,4	2,9	1,4	2,9	2,2	2,2	2,9	2,2	2,9	2,2	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	45,9
ECL	4,7	3,5	3,5	3,5	4,7	3,5	3,5	2,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	4,7	3,5	3,5	3,5	66,2
ECCI	5,5	4,1	4,1	4,1	2,8	4,1	4,1	2,8	4,1	4,1	5,5	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	74,6
EGA's	3,2	4,3	3,2	3,2	3,2	4,3	2,2	2,2	3,2	4,3	4,3	3,2	3,2	4,3	4,3	3,2	3,2	3,2	62,8
HOSP	1,4	1,4	0,7	1,4	1,4	2,1	1,4	1,4	1,4	2,1	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	0,7	24,6
IPSS	1,4	1,4	2,8	2,8	5,5	5,5	2,8	1,4	5,5	4,2	4,2	4,2	4,2	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	73,5
ULS	3,9	2,9	2,9	2,0	2,9	2,9	3,9	2,9	3,9	3,9	2,9	2,0	3,9	3,9	3,9	2,9	2,0	2,9	56,6
UCCI	4,0	4,0	4,0	2,7	4,0	4,0	4,0	1,3	4,0	5,3	5,3	5,3	4,0	5,3	5,3	4,0	4,0	4,0	74,7
Quantidade de acordos	40,1	36,5	33,7	31,7	35,8	40,4	36,0	27,4	41,7	41,3	41,6	35,9	37,8	41,7	43,2	39,3	39,3	38,9	
Número de discordâncias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Grau de mobilização	40,1	36,5	33,7	31,7	35,8	40,4	36,0	27,4	41,7	41,3	41,6	35,9	37,8	41,7	43,2	39,3	39,3	38,9	


© UPSOR-EPITAMACTOR

Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

Torna-se, de seguida, pertinente a análise dos objetivos, bem como dos critérios que presidem à sua análise.

Numa primeira leitura da Matriz de posições valoradas (Cf. Quadro 28), conseguimos hierarquizar os objetivos segundo o número de acordos que obtêm por parte do conjunto de atores. Assim, percebemos que os objetivos mais valorizados pelo conjunto de atores são, por ordem decrescente, os seguintes: Melhorar a cooperação entre as áreas governamentais da Saúde e da Segurança Social (objetivo 15); e Priorizar as respostas de CCI em Cuidados Paliativos (objetivo 9).

A estes, acrescem cinco objetivos que obtiveram por parte do conjunto de atores o mesmo número de acordos/posições, são eles: Priorizar a domiciliação e as respostas comunitárias (objetivo 1); Melhorar o acesso e a mobilidade dos utentes na rede (objetivo 6); Investir na articulação e coordenação entre tipologias de cuidados, setores e níveis de Cuidados (objetivo 10); Compromisso político entre os atores envolvidos na rede e na prestação dos cuidados (objetivo 11); Investir na qualificação e formação dos atores envolvidos na rede (profissionais das unidades e equipas) (objetivo 14).



Pelo contrário, entre os objetivos menos valorizados pelos atores, destacam-se os seguintes: Priorização dos Cuidados Pediátricos (objetivo 8); Incremento das UDPA (objetivo 4); Fomentar a articulação entre as ECCI e os Serviços de Apoio Domiciliário (objetivo 3); Aumentar o número de vagas e lugares em todas as tipologias (objetivo 5); Melhorar e qualificar a intervenção dos vários atores da rede (objetivo 12); Priorizar as respostas de CCI em Saúde Mental (objetivo 7).

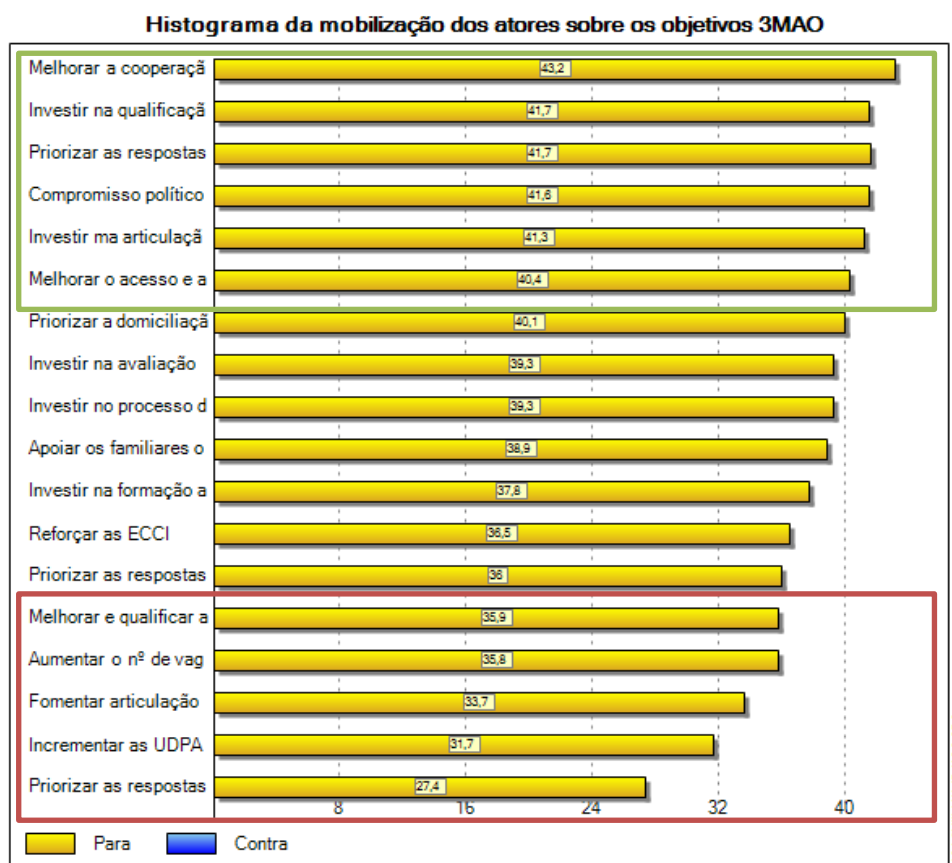
Posto isto, as diferenças ao nível das posições valoradas pelos atores surgem entre os objetivos relacionados com os desafios estratégicos “Reforço dos CCI prestados no domicílio e em ambulatório” e “Reforço da Capacidade de Resposta e Desempenho da Rede”, em que, conforme já referido, “Priorizar a domiciliação e as respostas comunitárias”, “Priorizar as respostas de CCI em Cuidados Paliativos” e “Melhorar o acesso e a mobilidade dos utentes na rede” são os objetivos estratégicos com maior número de acordos face aos restantes objetivos, cuja importância dada pelos autores é muito menor, são eles: “Priorizar as respostas em Cuidados Pediátricos”; Incrementar as UDPA; e “Fomentar a articulação entre as ECCI e os Serviços de Apoio Domiciliário”.

No jogo de atores do sistema de CCI da região do Alentejo verificou-se, assim, que não existe nenhum objetivo que seja contraditório. O que significa que não foi determinado nenhum conflito que implicasse do conjunto dos atores sentidos contraditórios entre si. Contudo, foi possível apurar um consenso generalizado, ainda que surgissem objetivos que manifestassem consensos pouco mobilizadores e consensos mobilizadores.

Assim, houve a possibilidade de proceder à classificação de apenas dois grupos distintos: 1º grupo – *consensos pouco mobilizadores*, cabendo aqui os objetivos que sejam ao mesmo tempo pouco ou nada conflituais e que impliquem um número reduzido de atores ou atores pouco relevantes na relação de forças; 2º grupo – *consensos mobilizadores*, que são formados pelos objetivos que sejam simultaneamente pouco ou nada conflituais e que impliquem um número importante de atores ou atores muito relevantes na relação de forças. Os consensos pouco mobilizadores (Cf. Quadro 8) prendem-se com os seguintes objetivos: “Priorizar as respostas de CCI em Pediatria” e “Incrementar as UDPA”. Por seu turno, os designados consensos mobilizadores congregam um conjunto de objetivos que merecem alguma reflexão. São eles: “Melhorar a cooperação entre as áreas governamentais da saúde e da segurança social”; “Investir na qualificação e formação dos profissionais das unidades e das diferentes equipas da Rede”; “Priorizar as respostas de CCI em Cuidados Paliativos”; “Reforçar o

compromisso político entre os atores envolvidos na rede e na prestação dos cuidados”; “Investir na articulação e coordenação entre os diferentes níveis, setores e tipologias de cuidados”; “Melhorar o acesso e a mobilidade dos utentes na rede”; e “Priorizar a domiciliação e as respostas comunitárias.”

Gráfico 8 - Histograma da mobilização dos atores sobre os objetivos (3MAO)

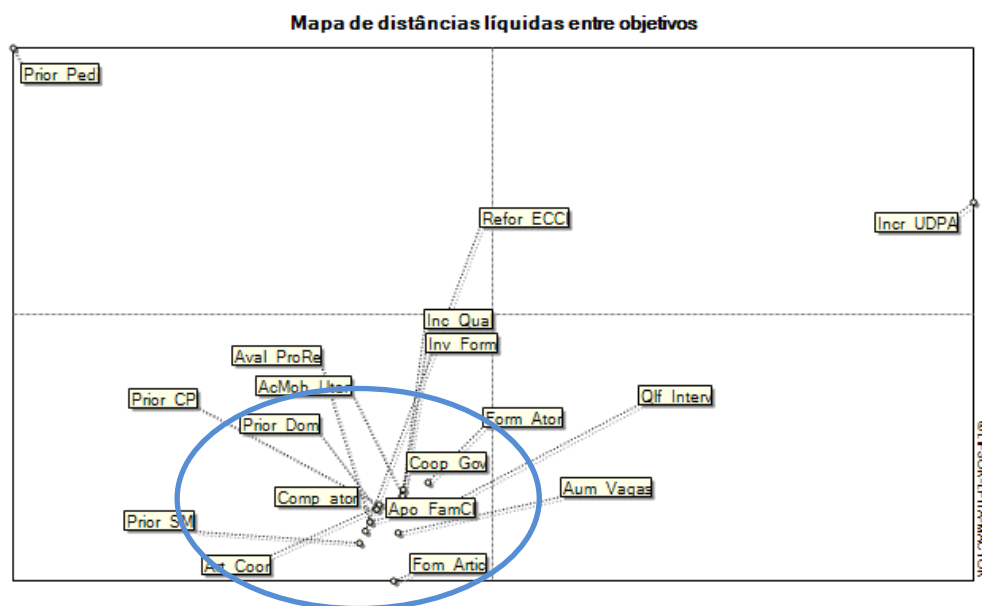


Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

Analisando o plano de distâncias líquidas entre os objetivos (Cf. Figura 18), é possível identificar os objetivos sobre os quais os atores manifestam uma posição de concordância. Verificamos, de forma muito evidente, a existência de um grupo de objetivos sobre os quais os atores convergem fortemente. Este grupo (assinalado a azul no quadrante inferior esquerdo) integra quase a totalidade dos objetivos, com a exceção dos objetivos “Incrementar as UDPA” (objetivo 4) e “Priorizar as respostas de CCI em pediatria” (objetivo 8). O facto destes objetivos incitarem baixos níveis de mobilização, leva-nos a inferir que o

futuro próximo do sistema de CCI na região do Alentejo não irá passar pelo investimento nestas respostas UDPA e CCI pediátricos.

Figura 18 - Plano de distâncias líquidas entre objetivos



Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

A existência de apenas um grupo de objetivos indica-nos a forte possibilidade de haver um consenso mobilizador generalizado, que pode estar na base de ações estratégicas conjuntas. Considerando que este grupo inclui praticamente todos os objetivos, podemos dizer que existem uma forte possibilidade de que a atuação estratégica dos atores evolua no mesmo sentido.

4. Convergência dos Atores Face aos Objetivos

Procuramos, ainda, conhecer o posicionamento dos atores face aos objetivos estratégicos anteriormente identificados. Para tal, questionamos os atores sobre a importância que cada objetivo assumiria no seu âmbito de atuação, permitindo-nos, assim, determinar o grau de mobilização em torno dos objetivos¹⁹³, nomeadamente a partir da Matriz de Convergências

¹⁹³ Conforme propõe Isabel Guerra (Guerra, 1999), os objetivos podem ser caracterizados de acordo com dois critérios: o grau de conflitualidade, se existem objetivos consensuais e objetivos em torno dos quais se travam conflitos mais ou menos intensos; o grau de

Valorizadas Ponderadas dos Atores sobre os Objetivos (3CAA) (Cf. Quadro 29). A análise desta matriz revela-nos o grau de concordância que cada par de atores tem em relação ao conjunto de objetivos estratégicos.

O conhecimento alcançado em torno da convergência dos atores face aos objetivos potencia a nossa análise a nível muito significativo, na medida em que os pares de atores que possuem um alto valor de convergência tendencialmente podem assumir posicionamentos semelhantes em relação aos objetivos estratégicos apresentados, possibilitando o estabelecimento de novas parcerias ou alianças e fortalecendo a cooperação organizacional entre os atores.

Quadro 29 - Matriz de Convergências Valorizadas Ponderadas dos Atores sobre os Objetivos (3CAA)

3CAA	ARSA	ACES	CDISS	CNRede	ECR	ECL	ECCI	EGA's	HOSP	IPSS	ULS	UCCI
ARSA	0,0	58,5	46,6	60,6	56,3	66,4	70,6	64,7	45,6	70,1	61,6	70,6
ACES	58,5	0,0	40,0	53,3	49,0	58,8	62,7	57,3	39,1	62,9	54,8	63,5
CDISS	46,6	40,0	0,0	40,7	36,3	46,4	50,6	44,7	25,6	50,1	41,6	50,7
CNRede	60,6	53,3	40,7	0,0	50,3	60,4	64,7	58,7	39,6	64,1	55,6	64,7
ECR	56,3	49,0	36,3	50,3	0,0	56,1	60,3	54,4	35,3	59,7	51,3	60,3
ECL	66,4	58,8	46,4	60,4	56,1	0,0	70,4	64,5	45,4	69,9	61,4	70,4
ECCI	70,6	62,7	50,6	64,7	60,3	70,4	0,0	68,7	49,6	74,1	65,6	74,7
EGA's	64,7	57,3	44,7	58,7	54,4	64,5	68,7	0,0	43,7	68,2	59,7	68,7
HOSP	45,6	39,1	25,6	39,6	35,3	45,4	49,6	43,7	0,0	49,1	40,6	49,7
IPSS	70,1	62,9	50,1	64,1	59,7	69,9	74,1	68,2	49,1	0,0	65,1	74,1
ULS	61,6	54,8	41,6	55,6	51,3	61,4	65,6	59,7	40,6	65,1	0,0	65,6
UCCI	70,6	63,5	50,7	64,7	60,3	70,4	74,7	68,7	49,7	74,1	65,6	0,0
Número de convergências	671,6	599,9	473,4	612,7	569,2	670,2	712,1	653,3	463,4	707,2	622,9	713,0
Grau de convergência (%)	0,0											

© LIPSOR-FEITA-MACTOR

Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

Os resultados da matriz 3CAA expostos no quadro 29 e no quadro 30 (que sintetiza a totalidade da convergência de cada ator) mostram que os atores que registam maior número de convergências são as UCCI, as ECCI, as IPSS, a ARSA, as ECL e as EGA's.

mobilização, quando existem objetivos que mobilizam vontades de um pequeno número de atores, com mais ou menos intensidade, e objetivos em torno dos quais se verifica uma mobilização de grande número de atores.

Quadro 30 - Hierarquia dos atores, por número de convergência face aos objetivos

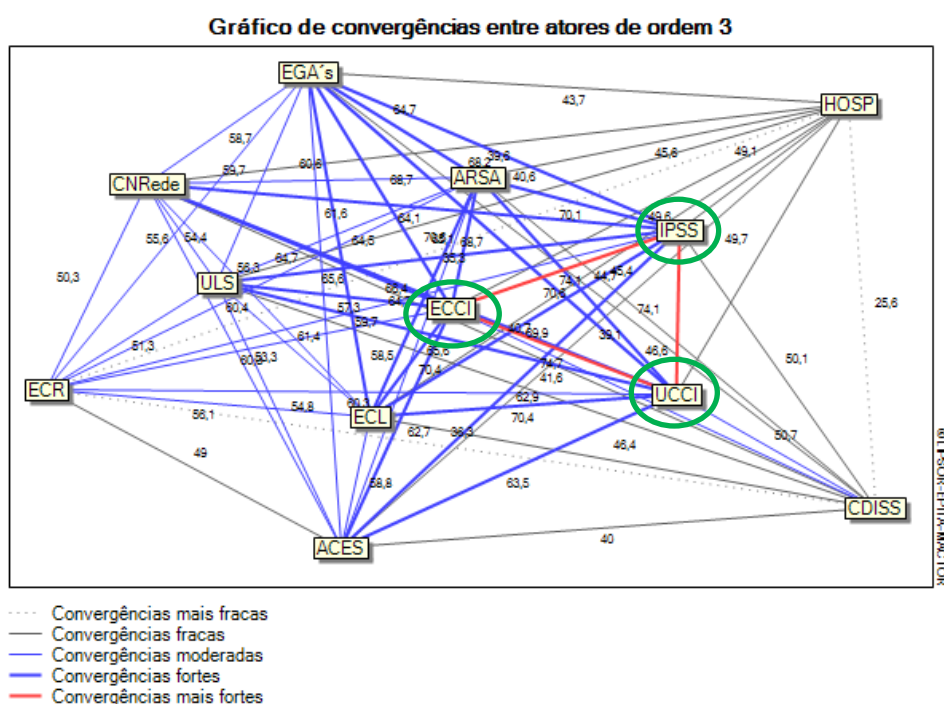
Posição	Ator	Nº de convergências
1^a	UCCI	713
2^a	ECCI	712,1
3^a	IPSS	707,2
4^a	ARSA	671,6
5^a	ECL	670,2
6^a	EGA's	653,3
7^a	ULS	622,9
8^a	CNRede	612,7
9^a	ACES	599,9
10^a	ECR	569,2
11^a	CDISS	473,4
12^a	HOPS	463,4

Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

Se analisarmos as convergências entre pares de atores, observamos que as convergências mais importantes sobre os objetivos ocorrem entre as UCCI e as ECCI (com um total de convergências de 74,7) e entre os seguintes pares de atores: IPSS e UCCI; ECCI e IPSS (com um total de convergências de 74,1). Do lado oposto, o Hospital e o CDISS estabelecem poucos laços de convergência com os outros atores a nível de objetivos subjacentes à sua estratégia de desenvolvimento de CCI na região do Alentejo. Observamos, igualmente, que a ARSA tem interesses próximos dos interesses das ECCI, UCCI e IPSS, assim como as ECL mantêm mais laços de convergência com as ECCI e as UCCI.

Ao observarmos o grafo de convergências entre atores (Cf. Gráfico 9), torna-se evidente a posição de destaque das ECCI no que se refere à convergência com os outros atores, especialmente as IPSS e as UCCI.

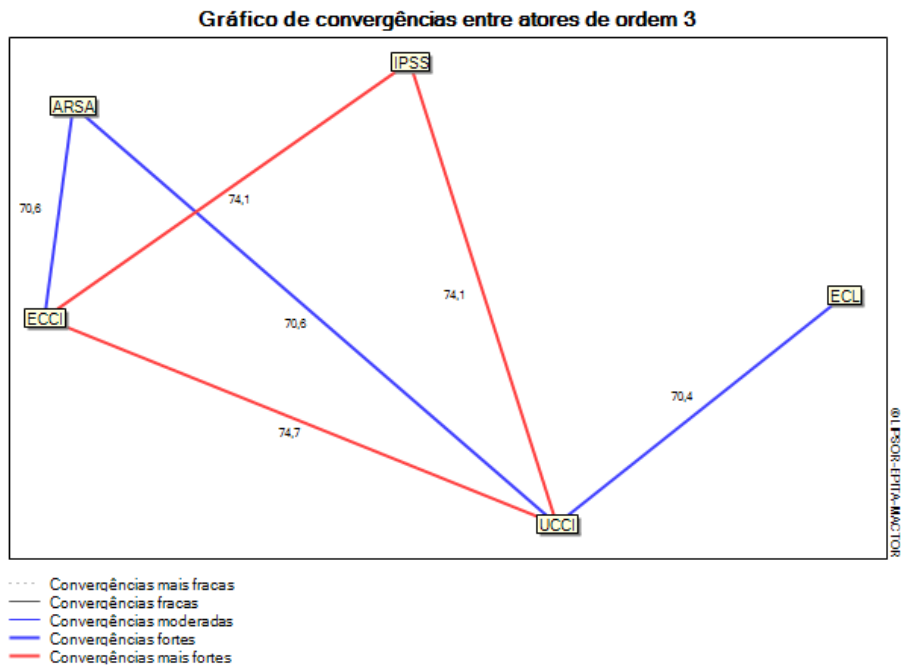
Gráfico 9 - Convergências entre atores (3CAA)



Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

O grafo que apresentamos de seguida (Cf. Gráfico 10), ao representar 10% dos laços convergentes mais fortes, mostra-nos ainda melhor o que analisamos, isto é: as convergências dos atores em torno dos objetivos são fortes entre as ECCI, as IPSS e as UCCI. Tais resultados levam-nos a considerar a ação destes atores no contexto de potenciais futuros projetos de desenvolvimento dos CCI na região do Alentejo. Ainda assim, a leitura deste grafo revela ainda que as UCCI mantêm uma proximidade de interesses fortemente convergentes com outros atores, são eles: a ARSA e a ECL. Por último, o grafo revela outro par de atores com laços convergentes bastante significativos, designadamente as ECCI e a ARSA.

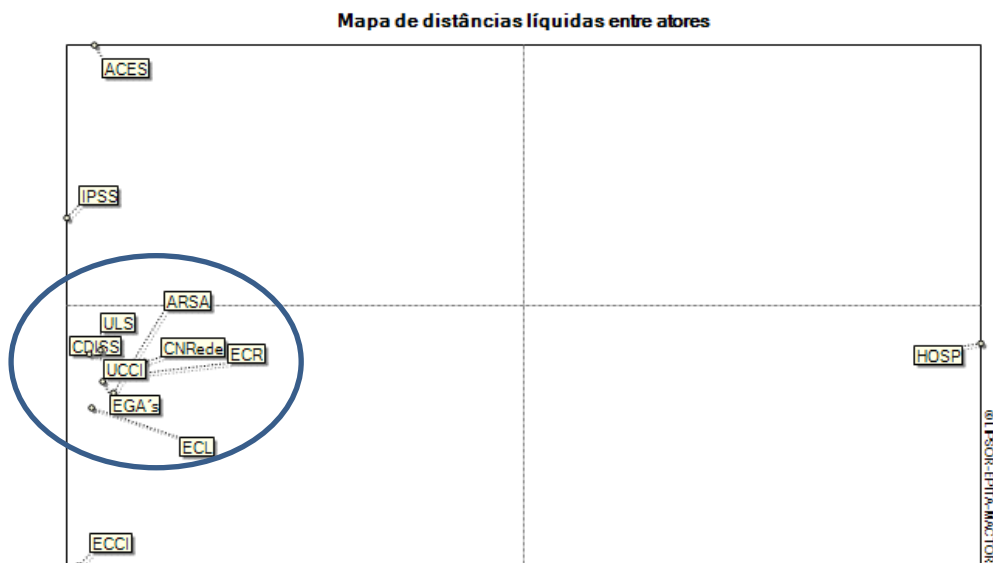
Gráfico 10 - Sistematização das Convergências entre atores (3CAA)



Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR

Finalmente, a distância líquida entre atores procura representar potenciais alianças (Cf. Figura 19), tomando em consideração as divergências e as convergências existentes entre os atores.

Figura 19 - Plano de Distâncias Líquidas entre atores



Fonte: autoria própria, a partir de resultados do software MACTOR


5. Considerações Finais

O Mactor constitui-se como uma ferramenta essencial nesta análise ao permitir realizar uma caracterização mais completa da dinâmica do “Jogo de atores”. Assim, foi possível não só conhecer a estratégia dos atores, como refletir sobre as estratégias que de momento estão em curso no domínio dos CCI na região do Alentejo, evidenciando os objetivos mais significativos para os atores e as relações de força dos atores, assim como os sinais de convergências que fomentam as alianças entre os atores.

Verificamos que os atores mais revelantes e determinantes para o desenvolvimento estratégico do sistema de CCI na região do Alentejo são: a ARSA, enquanto entidade reguladora do sistema de saúde a nível regional com funções de gestor de resultados e auditor de respostas, no sentido da otimização dos recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários à comunidade; as ECCI e as UCCI, enquanto prestadoras de cuidados aos cidadãos e aos utentes; as ECL, pelo seu papel de proximidade com os prestadores de cuidados e a comunidade local; e as IPSS, enquanto impulsionadoras de respostas diferenciadas e ajustadas às necessidades da população.

Quando analisamos os objetivos que os atores mais valorizam em termos de desenvolvimento futuro do sistema, podemos observar que, embora as diferenças não sejam significativas, a sua hierarquização em termos de priorização difere entre os atores. Tal leva-nos a concluir que o futuro próximo do sistema de CCI na região do Alentejo deverá passar, a um nível macro, pela convergência de esforços entre a Saúde e Segurança Social e, a um nível micro, pela efetiva articulação e coordenação de entre tipologias, setores e níveis de Cuidados, assente numa lógica da cooperação e de compromisso, com o objetivo de incrementar o modelo de intervenção multisectorial (integração da RNCCI no SNS e SS) já definido anteriormente.

O funcionamento da Rede, tanto a nível nacional, como regional, depende fortemente desta convergência de esforços, no sentido de dinamizar a implementação e a continuidade da atividade de prestação de CCI. Além disso, o desenvolvimento dos CCI, nesta região em particular, terá que assentar na priorização dos Cuidados Paliativos e na domiciliação dos cuidados, assim como no reforço da capacidade de resposta e desempenho da rede no que concerne ao acesso e à mobilidade dos utentes na rede. A qualificação e a formação dos atores envolvidos nesta atividade, surge, também, como um dos objetivos mais valorizados pelo



conjunto dos atores, não só pelo seu carácter transversal, mas pela importância que assume ao nível do fortalecimento do sistema.

O que se evidenciou desta análise foi que, ao considerarmos na análise a natureza dos objetivos, os inerentes ao “Reforço do modelo de abordagem integrada” e ao “Incremento da formação e Governança Integrada” surgem como aqueles onde os atores se revelam mais implicados e que a globalidade dos objetivos relativos ao “Reforço da política de qualidade” e ao “Reconhecimento e apoio aos cuidadores informais” estão entre os menos valorizados pelo conjunto dos atores.

Esta análise mostra-nos, assim, as fragilidades do modelo de governação e abordagem integrada que preconiza a prestação de cuidados numa lógica continuada e integrada - ou seja, que implica cuidados baseados na evidência e, ao mesmo tempo, numa avaliação multidimensional e multiprofissional, cuja abordagem pressupõe a articulação, a colaboração e o compromisso de diferentes atores coletivos e individuais, e que, dada sua complexidade, precisa de algum tempo até que as potencialidades dos CCI nos domínios da qualidade e acesso dos cidadãos a este nível de cuidados e da participação/envolvimento de todas instituições e entidades da comunidade se efetivem no território.

A clara evidência da proximidade do posicionamento da maioria dos atores sobre os objetivos a atingir permite-nos reforçar o que já dissemos anteriormente a propósito da maturidade do sistema de CCI em causa, ou seja, que os atores ocupam posições idênticas ou semelhantes quanto ao desenvolvimento estratégico dos CCI no território alentejano. Esta proximidade ao nível dos objetivos dos diferentes atores é um indicador de consensos mobilizadores e da cooperação interorganizacional. Julgamos, portanto, que a negociação coletiva dos atores do sistema de ação estudado é dominada por uma perceção próxima do contexto e das suas necessidades em termos de CCI na região. Segundo Friedberg (1993, p.165), a aceitação dos resultados positivos de cooperação e a sua transformação em objetivos aceites e interiorizados por todos os participantes permitem “uma maior consciência da cooperação, evoluindo para uma estrutura de acção colectiva gerada de maneira mais consciente em que a cooperação começa a fazer parte das «coisas naturais»”.

Esta cooperação com vista à concretização de projetos comuns na área dos CCI é, contudo, muito condicionada pelos meios de ação de que os atores dispõem. Ainda que os atores possuam alguns meios de ação para concretizarem os objetivos, a globalidade dos atores é

confrontada com o déficit de meios humanos, materiais e imateriais/inatingíveis, sendo que os meios financeiros são manifestamente os que mais podem inibir o reforço e o investimento em termos de implementação dos processos inerentes à atividade de prestação de CCI no território.


Verificamos, também, uma forte interdependência entre a generalidade dos atores do sistema, sendo que a ARSA, a CNRede e ECR são identificados como atores de que quase todos os atores se sentem muito dependentes para a concretização dos objetivos. Porém, estes atores são, simultaneamente, muito dependentes, em virtude do seu campo de atuação no sistema estar sujeito ao desempenho dos outros atores.

O estudo da relação de forças entre os atores revelou-nos que estes atores constituem-se como atores que exercem uma ação de ligação no sistema muito importante, em virtude de serem, ao mesmo tempo, muito dependentes e muito influentes, com a exceção de um ator, a ECR, que, como já mencionado, pelo seu posicionamento indica uma influência mediana (e um forte nível de dependência). Apesar do estudo da relação de forças revelar que estes atores situam-se entre os mais influenciados e os influentes, torna-se possível considerar que aqueles assumem uma função de liderança assinalável.

Estes três atores têm assumido no sistema a função de “empresário social”, conforme designado por Friedberg (1993, pp. 343, 343), pela sua importância em todo o processo de mudança, assumindo aqui uma dupla função: por um lado, operar o diagnóstico da situação dos CCI num dado momento e dar o impulso necessário para o desencadear do processo no sentido da ruptura com a situação; por outro, gerir e animar o processo e operar as correções de trajetória que vão impondo no quotidiano. Para este autor, podemos apelidar estes atores como «integradores» do sistema, na medida em que se situam em

posições de árbitro entre os interesses conflituais dos participantes e que, com a força que lhes dá essa posição, asseguram de facto senão de direito uma parte de regulação, operando os ajustamentos e os equilíbrios entre os atores, sem os quais o sistema estiolaria (Friedberg, 1993, pp.162).

Constatamos, também, a partir deste estudo, que os atores com maior capacidade para influenciar os outros atores são, por ordem decrescente, as IPSS, as ECL, as EGA's e as UCCI. Todavia, o ACES, a ECR e o HOSP tendem a ser, igualmente, atores motrizes no sistema, isto é, atores com poder para influenciar os outros. No grupo de atores que terão menor poder para impor os seus interesses dentro do sistema, encontramos a ECCI, a ARSA, o CDISS, a CNRede e a ULS.



A partir da análise do Mactor, foi possível evidenciar as convergências dos atores face aos objetivos, sobressaindo os pares de atores em que essa convergência alcança os níveis mais altos. Assim, as convergências mais fortes verificam-se entre as ECCI, as IPSS e as UCCI, o que permite considerar potencialidades no que se refere à ação conjunta destes atores no contexto de potenciais futuros projetos de desenvolvimento dos CCI na região do Alentejo. Constatámos, também, que as UCCI mantêm uma proximidade de interesses convergentes com outros atores, entre eles, a ARSA e a ECL. Outro par de atores com laços convergentes bastante significativos, que esta análise destacou, foi entre as ECCI e a ARSA. Tais resultados permitem-nos confirmar que este sistema de ação concreto constitui efetivamente um campo de potencialidades em termos de cooperação estratégica entre a globalidade dos atores.


Como afirma Guerra, a variedade e heterogeneidade de atores e projetos “fazem incrementar os fluxos e as interações, multiplicando as necessidades de negociação e de procura de compromisso” (Guerra, 2006, p. 26)

Trata-se, portanto, de um sistema que revela alguma instabilidade em termos dos seus principais atores (ARSA, ECL, EGA e CNRede), cujas regulações são complexas e diversificadas. Concluimos, assim, que o jogo de atores revela alguma instabilidade, pelo que são quase todos simultaneamente “dirigentes” e “subordinados” (muito influentes e muito dependentes).

Contudo, a proximidade dos atores em torno dos objetivos, ajuda-nos a “equacionar que há um campo potencial para uma ação de coordenação e (re) ajustamentos cooperativos dos atores no quadro de uma estratégia que, mais do que individual, possa ser coletiva” (Saragoça, 2012, p.373). Como tal, este sistema de ação apresenta potencialidades para a concretização de formas de gestão participada e colaborativa que potenciem a legitimação da ação pública que tem no centro da sua ação o cidadão/utente.

Sintetizando, os principais resultados que decorrem da análise estratégica de atores, permitem-nos reconhecer os elementos explicativos da especificidade do sistema de CCI na região do Alentejo, nomeadamente:

- 1) A multiplicidade de atores coletivos que ocupam lugares e posições diferenciadas em esferas de atividade de diversas organizações;
- 2) Um sistema de relações de atores (jogo de atores) revelador de alguma instabilidade, no sentido em que não existe uma clara bipolarização do tipo dominados/dominantes,



pelo que são quase todos simultaneamente “dirigentes” e “subordinados” (muito influentes e muito dependentes).

- 3) A existência de níveis de convergência entre os atores muito significativos, geradores de consensos que mobilizam os atores para formas de cooperação estratégica coletiva.

Posto isto, torna-se crucial determinar até que ponto existem condições para que, num futuro próximo, a estrutura do sistema e os interesses estratégicos dos atores favoreçam a concepção e a implementação de novos projetos e, conseqüentemente, potenciem a integração dos cuidados.

Capítulo IX – Futuros Possíveis Para os Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo

O presente capítulo dedica-se ao aprofundamento da análise de alguns aspetos reveladores do futuro do sistema de CCI na região do Alentejo, pela importância que assumem nas relações de força entre os atores. A reflexão sobre esses aspetos permite-nos determinar as tendências pesadas de evolução do sistema. Neste sentido, procedemos à análise dos meios de ação de que a globalidade dos atores dispõe, os obstáculos que os atores mencionam vir a confrontar-se na concretização dos processos e os fatores críticos de que depende o sucesso da sua ação.

1. Meios de Ação, Obstáculos e Fatores Críticos do Sistema


O futuro será seguramente influenciado pelas tendências pesadas do sistema, que se relacionam, quer com a dinâmica do jogo de atores, quer os meios de ação de que dispõem, como ainda com os obstáculos que surjam no desenvolvimento dos processos de implementação de medidas e ações que constroem os seus ritmos e sucesso.

1.1 Meios de Ação dos Atores

A informação decorrente da análise de conteúdo contida nas sinopses foi organizada a partir da construção do quadro abaixo apresentado (Cf. Quadro 31). A elaboração deste quadro implicou um esforço de sistematização no sentido de clarificar as características de cada ator no que se refere aos meios de ação disponíveis para alcançar os objetivos.

De um modo geral, é possível afirmar que, apesar de alguns atores admitirem possuir uma grande diversidade de meios de ação para concretizarem os objetivos, nenhum desses atores dispõe de todos os meios de ação de que necessita.

A globalidade dos atores admite possuir essencialmente meios humanos com experiência e conhecimentos em CCI, meios materiais como instalações físicas adequadas e meios imateriais no que se refere ao apoio dos profissionais/técnicos no desenvolvimento dos processos inerentes ao funcionamento da rede e ao contexto político favorável, tanto a nível nacional como regional. No que se refere aos meios financeiros, uma grande parte dos atores revela não dispor destes meios. Observa-se, ainda, que nenhum ator dispõe ainda de infra-



estruturas físicas capazes de assegurar a conectividade e interoperabilidade funcional entre as diferentes tipologias, setores e níveis de cuidados, assim como de um software adequado que responda de forma eficaz aos diferentes níveis de atuação da rede de CCI na região. Importa, ainda, referir que as condições que mais faltam a uma grande parte dos atores relacionam-se com os meios imateriais/intangíveis, especificamente os relativos à capacitação dos utentes e cuidados familiares para os CCI, acompanhamento da qualidade das equipas e unidades da Rede e qualificação e formação dos profissionais. A estes meios, acrescem outros dois meios necessários à concretização dos objetivos estratégicos, são eles: as sinergias entre as equipas e unidades da rede e entre estas e a comunidade local, a acessibilidade/proximidade da rede à população.

Outro meio absolutamente determinante para o sucesso dos CCI na região e que a generalidade dos atores admite ainda não dispor, designadamente um *sistema eficaz de acompanhamento, monitorização e avaliação dos processos e resultados da Rede*. Na realidade, este conjunto de condições/meios inexistentes compromete bastante o sucesso de qualquer estratégia do sistema de CCI, caso esta não seja acompanhada de medidas que superem estes meios.


No que se refere aos meios de ação disponíveis em cada ator, observamos que as Equipas de Gestão de Altas, o Centro Distrital do Instituto de Segurança Social, a Unidade Local de Saúde, e o Hospital são os atores que menos meios de ação admitem possuir para concretizar os objetivos estratégicos. Ao contrário, os atores com maior diversidade de meios de ação disponíveis são a Administração Regional de Saúde do Alentejo, a Coordenação Nacional da Rede e as Equipas de Coordenação Regional e Local.

Quadro 31 - Meios de Ação dos atores

Atores	Meios de Ação*																					
	Meios Humanos			Meios Materiais					Meios Imateriais/Intangíveis											Meios Financeiros		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
ARSA	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓		✓	
CDISS		✓						✓	✓	✓	✓	✓									✓	
ACES		✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓		✓				✓	✓		✓	
ULS		✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓									✓	
HOSP	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓									✓	
CNRede	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓		✓	✓	✓	✓	
ECR	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓			
ECL		✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓			
EGA		✓		✓				✓	✓	✓		✓	✓									
ECCI		✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓		
UCCI		✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓			
IPSS	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓		✓		✓	

Fonte: autoria própria, a partir dos dados recolhidos através das entrevistas aos atores

***Legenda: Meios Humanos:** 1. Recursos humanos adequados; 2. Recursos humanos com conhecimentos e experiência em CCI; 3. Partilha de recursos humanos. **Meios Materiais:** 4. Infra-estruturas físicas capazes de assegurar a garantia dos CCI (viaturas); 5. Infra-estruturas físicas capazes de assegurar conectividade e interoperabilidade funcional entre as diferentes tipologias, setores e níveis de cuidados; 6. Software adequado aos diferentes níveis de atuação dos CCI na região (sistemas de informação, webservices...); 7. Mecanismos que asseguram a segurança a integridade da informação; 8. Instalações físicas adequadas. **Meios imateriais/Intangíveis:** 9. Apoio dos profissionais/técnicos no desenvolvimento dos processos inerentes ao funcionamento da rede; 10. Apoio das chefias no desenvolvimento dos processos necessários ao desenvolvimento estratégico da rede; 11. Contexto político nacional favorável; 12. Ambiente/suporte político favorável na região; 13. Sistema eficaz de acompanhamento, monitorização e avaliação dos processos e resultados da Rede na região; 14. Acessibilidade/proximidade da Rede à população; 15. Qualificação e formação dos profissionais; 16. Acompanhamento da qualidade das equipas e unidades da Rede; 17. Capacitação dos utentes e cuidadores informais para os CCI; 18. Sinergias entre as equipas e unidades da rede (parcerias, protocolos de cooperação, partilha de meios/recursos); 19. Colaboração/apoio das instituições e comunidade local. **Meios Financeiros:** 20. Capitais necessários à implementação das unidades e reforço das equipas; 21. Capacidade de financiamento para a implementação dos processos inerentes ao funcionamento da rede. 22. Recursos financeiros próprios.



Podemos, assim, afirmar que os atores ainda não dispõem de meios de ação fundamentais para a concretização dos objetivos estratégicos com vista ao desenvolvimento do sistema de CCI na região do Alentejo. O quadro 31 permite-nos sistematizar esta informação. A globalidade dos atores admite dispor de alguns meios humanos e meios imateriais, sendo que os meios financeiros são os que mais faltam, o que pode inviabilizar a realização de investimentos, caso não haja capacidade de individual e/ou colectivamente de captar os financiamentos necessários, quer à implementação dos processos inerentes ao funcionamento do sistema de CCI, quer ao acompanhamento, monitorização e avaliação desses processos e resultados.

O facto de nenhum ator dispor de um sistema eficaz de acompanhamento, monitorização e avaliação dos processos e resultados da rede, como também de meios materiais como as Infra-estruturas físicas capazes de assegurar conectividade e interoperabilidade funcional entre as diferentes tipologias, setores e níveis de cuidados, designadamente um software adequado e que dê resposta às necessidades impostas pelos diferentes níveis de atuação dos CCI na região, revela-nos a existência de um défice de concretização de instrumentos de controlo da qualidade dos processos realizados pelos atores e dos resultados da sua intervenção.

Outra lacuna evidenciada pela maioria dos atores relaciona-se com a adequabilidade dos recursos humanos (quer em termos de diversidade, quer em termos de afetação/tempo na atividade de prestação de CCI), isto é, caso não sejam reforçados, os meios humanos existentes podem vir comprometer o investimento das respostas da rede. Considerando a complexidade e a diferenciação de cuidados e respostas a serem implementadas na região, o reforço dos recursos humanos (em termos da sua dotação e capacitação) torna-se absolutamente crucial para uma evolução positiva do sistema, onde a criação de sinergias entre os atores podem desempenhar um papel fundamental, no sentido de encontrar soluções concertadas para superar eventuais lacunas e falhas na resposta.

Contudo, todos os atores consideram que existe um *contexto político favorável* (vontade política para incrementar as respostas) para poderem implementar os processos de CCI na região e, internamente, dispõem de *recursos humanos com capacidades e conhecimentos sólidos em cuidados continuados integrados*. Este ambiente político, suportado pelas estruturas centrais (a existência de uma liderança da rede), é considerado por uma grande parte dos atores crucial para o desenvolvimento estratégico dos CCI na região.

1.2. Obstáculos Esperados

No que se refere aos obstáculos que interferem na concretização dos objetivos para o desenvolvimento estratégico dos CCI na região do Alentejo, foi possível apurar que os mesmos são coerentes com os meios de ação.

Segundo a perceção dos atores (cf. Quadro 32), observamos que os obstáculos mais esperados pelos atores vão ao encontro dos seguintes aspetos:

- Ineficiência ao nível da integração dos cuidados;
- Falta de coesão e de hábitos colaborativos entre os diferentes atores;
- Capacidade limitada e reduzida de recursos humanos;
- Baixos níveis de literacia da população;
- Baixos níveis de participação/capacitação em CCI da população;
- Burocratização do sistema de referenciação;
- Ineficiência dos circuitos de informação e comunicação entre as organizações;
- Falta de apoio aos cuidadores informais;
- Dispersão geográfica e isolamento das populações;
- Inexistência de um sistema eficaz de acompanhamento, monitorização e avaliação dos processos e resultados da intervenção da rede;
- Inexistência de um sistema integrado de cuidados;
- Integração ineficaz da Rede no SNS.
- Clivagens institucionais/organizacionais;
- Falta de visão estratégica e de apoio de atores externos à Rede;
- Insuficiência de formação.

Isto significa que os obstáculos esperados mais comuns ao conjunto dos atores centram-se na *incapacidade das populações* (ao nível das competências e de cultura participativa na atividade de prestação dos CCI) e na *insuficiência dos recursos humanos* (ao nível da sua capacidade técnica e profissional, disponibilidade/tempo) e respetiva *formação* (formação em serviço e em áreas específicas como a saúde mental), bem como na *ineficácia do sistema de CCI no que se refere à sua integração no SNS* e na *sua relação com os outros níveis de cuidados*. Obstáculos relacionados com os processos comunicacionais e de trabalho cooperativo são, igualmente, percecionados pelos atores como entraves à efetiva integração de

cuidados - *falhas em termos de coesão e de hábitos colaborativos entre os diferentes atores e ineficiência dos circuitos de informação e comunicação entre as organizações*

Para além destes entraves, as clivagens institucionais e organizacionais e a falta de visão estratégica e de colaboração de atores externos à Rede (comunidade médica, poder político local...) são encarados por alguns atores como fatores inibidores à concretização dos desafios de aprofundamento dos CCI na região do Alentejo.

A estes obstáculos acresce *o problema da burocratização do sistema de referência*. Sendo este o motor da rede (que faz a charneira com os outros níveis de cuidados), é aqui onde reside alguns dos atritos, uma vez que os atores de todos os níveis de cuidados são convocados a participar/colaborar. Outros dois constrangimentos muito referidos pelos atores prendem-se, por um lado, com a *falta de apoio aos cuidadores informais*, e por outro, com a *inexistência de um sistema eficaz de acompanhamento, monitorização e avaliação, sobretudo ao nível dos resultados da Rede*.

Existe, ainda, outro fator interno e particular da região do Alentejo – *a dispersão geográfica e o isolamento das populações*, que coloca problemas a uma grande parte dos atores, em especial ao nível da atuação das ECCI.

Por seu turno, os atores consideram que não se põe em causa a questão da vontade política em investir na rede. De igual modo, o conjunto dos atores espera não vir a confrontar-se com os seguintes obstáculos:

- Ausência de uma liderança da rede capaz de mobilizar os recursos necessários para a concretização dos objetivos estratégicos.
- Falta de vontade política declarada e assumida pelas principais estruturas governamentais a nível central (Ministérios da Saúde e do Instituto de Segurança Social) para continuar a desenvolver as respostas da Rede.

Quadro 32 - Obstáculos que os atores podem encontrar na concretização dos objetivos

Atores	Obstáculos*																											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
ARSA	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x						x		x		
CDISS		x	x	x				x				x	x	x	x	x	x	x	x	x						x		
ACES		x							x	x		x		x		x	x	x			x			x		x		
ULS		x				x								x	x			x	x	x		x	x	x	x			
HOSP							x		x					x		x	x	x	x					x		x		
CNRede	x				x	x			x		x		x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x		x
ECR		x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x		x
ECL	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x			x		x	x	x		x
EGA	x	x		x	x	x	x	x	x					x	x			x	x	x				x	x	x		x
ECCI		x	x		x	x		x	x	x			x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x	x	x	x
UCCI	x	x			x				x	x	x		x	x	x	x	x	x	x				x			x	x	x
IPSS	x	x			x	x		x		x	x			x		x	x	x	x	x			x	x		x	x	x

Fonte: autoria própria a partir dos dados recolhidos através das entrevistas aos atores

***Legenda:** 1. Fraca capacidade de resposta da Rede (em particular ao nível das tipologias ULDM e UC, e de respostas domiciliárias); 2. Capacidade limitada e reduzida de recursos humanos (dotação técnica/profissional, tempo/horas afetas à atividade de prestação e instabilidade); 3. Capacidade limitada de técnicos da segurança social nos CCI (número e tempo de afetação, assim como o tipo de envolvimento/definição de papéis); 4. Défice na participação/envolvimento dos técnicos da Segurança Social nos CCI (em particular nas equipas de coordenação); 5. Inexistência de um sistema eficaz de acompanhamento, monitorização e avaliação dos processos e resultados da intervenção da rede (construção de indicadores que possam medir os resultados); 6. Inexistência de um sistema integrado de cuidados (construção de indicadores que possam medir o processo de integração dos três níveis de cuidados); 7. Ineficácia na gestão/avaliação de casos complexos (casos de utentes, em particular, de pessoas idosas com múltiplas patologias e terapêuticas); 8. Insuficiência de formação (formação em serviço e em áreas específicas como a Saúde Mental); 9. Falta de apoio aos cuidadores informais; 10. Escassez de recursos financeiros nas organizações/unidades de CCI; 11. Incapacidade de prever/antecipar os custos efetivos de um doente/utente; 12. Incapacidade de rentabilizar os recursos financeiros; 13. Incapacidade de alcançar os ganhos de saúde dos utentes após a intervenção dos CCI (resultados); 14. Ineficiência ao nível da integração dos cuidados (articulação entre os diferentes níveis de cuidados); 15. Integração ineficaz da Rede no SNS; 16. Baixos níveis de literacia da população; 17. Baixos níveis de participação/capacitação em CCI da população (utentes/cuidadores informais); 18. Falta de coesão e de hábitos colaborativos entre os diferentes atores; 19. Burocratização do sistema de referência (abrangência dos critérios de referência e a existência de bloqueios no circuito dos utentes, sobretudo na tipologia ULDM e nas transferências dos utentes das UCCI para as ECCI); 20. Fraca visibilidade da Rede na comunidade; 21. Carência de infra-estruturas físicas (rede de transportes...); 22. Limitações ao nível da capacidade/autonomia das instituições (contratação de recursos humanos); 23. Desajustamentos ao nível do financiamento das tipologias em função das reais necessidades dos utentes; 24. Ineficiência dos circuitos de informação e comunicação entre as organizações (interoperabilidade dos sistemas de informação). 25. Clivagens institucionais/organizacionais (resistências e definição clara dos papéis dos atores); 26. Dispersão geográfica e isolamento das

populações; 27. Escassez de respostas sociais/comunitárias em determinados concelhos da região; 28. Falta de visão estratégica e de colaboração de atores externos à Rede (comunidade médica, poder político local...).

Para a maioria dos atores, fatores como a incapacidade de rentabilizar os recursos financeiros, a carência de infra-estruturas físicas, as limitações ao nível da capacidade/autonomia das instituições, os desajustamentos ao nível do financiamento das tipologias em função das reais necessidades dos utentes e a escassez de respostas sociais/comunitárias não são tidos como muito relevantes.

Se analisarmos os obstáculos mais esperados no que concerne à natureza, a globalidade dos atores espera encontrar mais obstáculos de natureza sociocultural, organizacional e humana.

Podemos assim concluir que, a diversidade de perfis profissionais com cultura do trabalho unidisciplinar e prevalência de padrões de comunicação verticalizada, não se coaduna com a filosofia da Rede que veicula a aposta na interdisciplinaridade, transparência dos circuitos e horizontalidade na comunicação e valorização da articulação e parcerias locais e regionais. Estas questões são visíveis nos discursos dos atores quando se reportam aos problemas de articulação entre os diferentes atores:

...Os obstáculos são, essencialmente, organizacionais, não é, porque as pessoas têm culturas diferentes, pertencem a...têm, têm espaços diferentes e ainda não perceberam que quanto mais partilharem a informação e as intervenções, menos trabalho vão ter, mas as pessoas ainda não perceberam isso. As pessoas gostam...é o tradicional, não é? Um médico que trabalha sozinho, chega ali, vê o doente, receita e vai embora. E, depois, há outras coisas que não se conseguem resolver exclusivamente com esta observação (...). (ARSA)

Outra das questões abordadas pelos atores, muito relacionadas com os obstáculos anteriores, prende-se como a ineficácia do sistema em avaliar os resultados da rede, não só pelos profissionais e gestores/dirigentes, como pelos utentes, em virtude, por exemplo, da dificuldade em definir linguagens e práticas comuns quanto ao registo sistemático em instrumentos únicos e em adquirir informação adequada para tomada de decisão estratégica.

(...) a comunicação eu acho que é das coisas mais críticas. E eu acho que é isso que muitas das vezes torna e causa estranheza às outras pessoas, em relação à rede. Porque a rede quase que se torna uma coisa à parte (...) Tem um sistema de registo único (...) Que não bebe de nenhum dos sistemas clínicos existentes (...) nós hoje conseguimos que um doente entre num, num serviço de urgência e eu sei se ele foi ao médico de família em Odemira ontem, e o que é que lhe foi feito. Eu não sei se ele está internado numa unidade da rede, nem sei o que lá está a fazer (...). (ULS)

Na opinião de alguns atores, a existência de bloqueios no circuito dos utentes (sobretudo na tipologia ULDM) e a abrangência nos critérios de referenciação tem efeitos negativos ao nível da imagem/visibilidade do sistema de CCI.

(...) tem que ter aqui uma afunilação de critérios, que não permita às pessoas confundir o que estamos a dizer. Não é? Hoje, os critérios de internamento nas unidades é de tal maneira abrangente que cabe lá tudo. (...) E isso também descredibiliza um bocadinho. (ULS)

(...) Os profissionais deveriam estar mais despertos para iniciarem processos (...) há situações que, como não estão no regulamento, muitas das vezes não querem referenciar para os cuidados continuados. Temos que andar de volta deles (...) Porque não está legislado. Acaba por ser um obstáculo, estarmos limitados àqueles diagnósticos. (EGA)

(...) A rede é burocrática. Não posso ter um doente de cuidados paliativos a estar tanto tempo à espera de vaga. Primeiro que se façam as avaliações todas e que o doente seja colocado e seja assinado o termo de responsabilidade, passa imenso tempo. (...) O processo tem que ser mais ágil. E são estes procedimentos que se calhar temos que mudar. (UCCI_1)

No que concerne aos obstáculos de natureza humana (capacidade reduzida e limitada dos recursos humanos) e sociocultural (Baixos níveis de participação/capacitação em CCI da população), estes foram igualmente focados como constrangimentos que podem determinar negativamente o futuro do sistema, nomeadamente ao nível do reforço dos CCI em contexto domiciliário e da implementação de unidades (como por exemplo, na área da saúde mental).

Nós temos uma limitação enorme em contratar recursos humanos...estas contratualizações não têm em conta os projetos que as pessoas fazem (...) O que nós assistimos é que os meios humanos não são, não são os adequados (...) Não estamos a falar tão só de não haver. Nós precisamos de mais variedade de atores nos cuidados continuados. Isso é que é a nossa dificuldade (...) fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, nutricionistas (...) os recursos humanos veem-se neste momento com uma contingência, mas é para as unidades, para a convalescença, como é para outros serviços (...) (ULS).

...A ECCI ocupa muito do nosso tempo e a passamos grande parte do dia a cuidar dos doentes e, além disso, temos os objectivos contratualizados que temos cumprir (...) Gostávamos de evoluir para uma ECCI 24 horas. Se isso acontecer precisamos de reforçar a equipa. As horas dos profissionais estão sempre à justa. (ECCI_1)

...desde apoio domiciliário, destas equipas...serem mais reforçadas, uma integração maior com os cuidadores, um aumento da literacia em saúde que pode permitir...evitar reinternamentos (...) fazer com que as pessoas ganhem um maior conhecimento na gestão da sua própria saúde, do seu quotidiano, que lhes pode ser muito útil nos anos seguintes que ainda têm esperança de vida (...) para que tenham uma esperança de vida com mais qualidade...(HOSP)

...termos famílias informadas. É a questão da literacia em saúde...terem a informação necessária para poderem recorrer aos serviços e participar ativamente (...) A nossa população está muito habituada a que nós trabalhemos para eles e não com eles...(ACES).

1.3. Fatores Críticos do Sistema

Os fatores críticos de sucesso para o futuro do sistema de CCI mais pronunciados pelos atores são, por ordem de decrescente, os seguintes (Cf. Quadro 33):

- Reforçar os cuidados de proximidade (modelo de organização das respostas domiciliárias);
- Criar sinergias entre todos os atores (internos e externos à Rede);
- Investir no alargamento da Rede (aumentar o número de lugares/camas e respostas diferenciadas, em especial nas áreas dos Cuidados Paliativos e Saúde Mental);
- Criar um sistema de informação integrado;
- Reconhecer e apoiar os cuidadores informais (Estatuto do cuidador informal);
- Desburocratizar o processo de referenciação;
- Investir na integração da Rede no SNS (visibilidade/reconhecimento da Rede);
- Alterar o paradigma de cuidados (foco no doente e na família);
- Investir no acompanhamento da qualidade da Rede (equipas e unidades);
- Investir nos recursos humanos (capacitação técnica/profissional e tempo de afetação);
- Reforçar a cooperação/articulação entre os setores Saúde e Segurança Social.

Quadro 33 - Fatores críticos de sucesso para o futuro do sistema de CCI na região do Alentejo

	ARSA	CDISS	ACES	ULS	HOSP	CNRede	ECR	ECL	EGA	ECCI	UCCI	IPSS
1. Reforçar os cuidados de proximidade (modelo de organização das respostas domiciliárias)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2. Investir no alargamento da Rede (aumentar o número de lugares/camas e respostas diferenciadas, em especial nas áreas dos Cuidados Paliativos e Saúde Mental)				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. Criar um sistema de informação integrado	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4. Definir indicadores capazes de medir os resultados e o processo de integração.	✓			✓		✓	✓					
5. Apostar na gestão dos casos complexos	✓					✓	✓		✓			
6. Investir na formação em contexto de trabalho	✓	✓				✓	✓					✓
7. Inclusão da Rede nas políticas locais (PLS)	✓		✓									
8. Gestão eficiente dos recursos financeiros (estabilidade financeira)	✓		✓			✓					✓	✓
9. Reconhecer e apoiar os cuidadores informais (Estatuto do cuidador informal)	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		
10. Criar sinergias entre todos os atores (internos e externos à Rede)	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
11. Investir na integração da Rede no SNS (visibilidade/reconhecimento da Rede)		✓		✓	✓	✓	✓		✓			✓
12. Reforçar a cooperação/articulação entre os setores Saúde e Segurança Social		✓	✓			✓	✓		✓			✓
13. Investir na capacitação/participação da população	✓		✓		✓				✓	✓	✓	✓
14. Desburocratizar o processo de referênciação	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
15. Alterar o paradigma de cuidados (foco no doente e na família)	✓		✓	✓		✓	✓		✓			✓
16. Investir no acompanhamento da qualidade da Rede (equipas e unidades)	✓					✓	✓		✓	✓	✓	✓
17. Investir nos recursos humanos (capacitação técnica/profissional e tempo de afetação)		✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓
18. Investir na rede de equipamentos/infraestruturas a nível regional (rede de transportes)								✓	✓		✓	

Fonte: autoria própria a partir dos dados recolhidos através das entrevistas aos atores

A partir da análise de conteúdos das entrevistas realizadas aos atores, a maioria, com exceção das IPSS, pronuncia-se por uma aposta crescente dos cuidados de proximidade, particularmente por uma mudança do modelo de organização dos cuidados domiciliários.

(...) a resposta domiciliária vai ser sempre o caminho mais provável para a rede por questões económicas, desde logo, por questões demográficas, cada vez mais envelhecemos mais, duramos mais anos, temos mais doenças crónicas e não podemos construir mais hospitais e camas de centros de saúde e unidades de internamento que comportem todas as pessoas com dependência. Eu acho por isso que a resposta domiciliária vai ter que ser a grande aposta. E depois também não há dinheiro que se consiga injectar para se criar mais unidade de internamento (...). (ECCI)

Uma das mudanças passa pelo reforço das ECCI (em termos da sua dotação e capacitação técnica e profissional), pelo alargamento do horário e pela diferenciação de serviços.

(...) Manter o que está bem feito e apostar na parte domiciliária, porque essa parte é essencial para que o resto também tenha mais sucesso. Para mim, as ECCI são o parente pobre da rede (...). (ECL)

Esta mudança encontra-se em curso na região do Alentejo, tendo avançando como experiência piloto a nível nacional desde o início do ano de 2017.

(...) O nascimento desta experiência prende-se com o reforço das equipas, prende-se com a necessidade de cumprir do que havia no 101 e que nunca vi no terreno, com a necessidade de apostar com o alargamento do horário e numa diferenciação de serviços que espera a missão e o Ministério venha trazer um indicador positivo e de eficácia, ou seja, menos dias de internamento hospitalar, menos dias de internamento nas unidades da rede e menor custo associado aos episódios associados em ECCI em detrimento do internamento hospitalar ou numa unidade da rede. A proposta que nos feita foi clara “nós damos as condições para poderem funcionar 24 horas num regime de multiplicidade técnicos que nunca existiu em nenhuma ECCI no país”. Nos temos 8 perfis profissionais que eu nunca vi (...). (ECCI ExpPiloto)

Os desafios colocados ao sistema passam por apostar no acompanhamento e monitorização dos resultados da intervenção (a construção de indicadores para medir os resultados), na gestão de casos complexos (o enfoque na integração/articulação) e na capacitação dos cuidadores informais (a criação do estatuto do cuidador informal).

(...) A proposta que nos feita foi clara “nós damos as condições para poderem funcionar 24 horas num regime de multiplicidade técnicos que nunca existiu em nenhuma ECCI no país. Nos temos 8 perfis profissionais que eu nunca vi. Não conheci nenhum! Mas vocês têm que monitorizar todas as vossas intervenções e resultados por forma a provar no final de 11 meses que esta resposta é compensatória. É este o caminho claramente, não tenho dúvida. Mas para que isso aconteça temos que apostar na qualificação dos cuidadores, porque isto implica ter em casa doentes mais agudos mais complexos. Na prática o que se pretende é que tenham alta mais cedo dos hospitais. O que se quer é que se reduza os dias de internamento. Este enfoque muito na reabilitação (...) uma equipa diferenciada (...). Se continuar a investir na capacitação dos cuidadores informais, acho que os nossos utentes têm condições e desejam. As pessoas se puderem ser cuidadas em casa preferem (...). (ECCI ExpPiloto)

Para as IPSS, o investimento passa, sobretudo, pelo investimento nas UCCI, rejeitando a estagnação e apelando às mudanças a três níveis: articulação, qualidade e formação.

(...) Portanto o investimento será na alteração de número de camas, como já referi, mas também o reforço da articulação dos diferentes atores, nunca de estagnação. Acho que é um projeto, embora tenha sido pensado e implementado, que deve continuar com estas mudanças. O reforço da articulação e até mesmo

na formação das equipas que estão no terreno (...) penso que se centrarmos isto na formação, na articulação e o no aumento de respostas face às necessidades (...). (IPSS)

(...) Mudança da rede. O que se pode mudar que seja importante? Na questão da relação dos diversos parceiros, na articulação, pode-se melhorar e simplificar e articular. Não complicar. Apostar na qualidade dos serviços prestados. A ampliação é natural acontecer. Vai acontecer porque acho que temos ratios de cama por população, essa evolução é normal. É a qualidade, melhoria dos serviços. Tudo evolui. São questões técnicas, o que é verdade hoje, não é amanhã. Nesse sentido é que caminhamos (...). (IPSS)

No entanto, os discursos dos atores são unânimes quanto à necessidade de existir um equilíbrio nas respostas numa lógica de readaptação às potenciais alterações, sejam elas de natureza organizacional, sejam elas de natureza social, mas sempre com a missão de responder às necessidades da população.

(...) embora a perspetiva agora seja muito no apoio domiciliário (...) a institucionalização de utentes vai continuar...a ter que ser necessária. Talvez não seja necessário construir muito mais edifícios, mas eu acho que vai continuar a ser necessário estruturas de, de internamento, porque, de facto, o contexto familiar também tem uma evolução que...o perfil laboral das pessoas e o perfil ao longo do tempo tem-se alterado. E, portanto, a mobilidade de quem trabalho tem vindo cada vez a aumentar mais e, portanto, quem precisa de cuidados, muitas vezes, não tem na sua proximidade familiares com disponibilidade para o fazer (...). (ECR)

Outros dos fatores críticos de mudança do sistema passa pela necessidade de investir na criação de um sistema de informação integrado (a interoperabilidade dos sistemas de informação), com o objetivo de definir linguagens e práticas comuns quanto ao registo sistemático em instrumentos únicos que permitam, dessa forma, a monitorização por indicadores consistentes e comparáveis, que sejam comuns e partilhados pelos atores dos diferentes setores e níveis de cuidados, ainda que ajustados à especificidade da sua intervenção, assim como em adquirir informação adequada para tomada de decisão estratégica.

(...) Definir, definir, definir aqui alguns critérios, mesmo em sistemas de informação que permitam, digamos, uma leitura transversal e comparável, não é. Transversal a todas as intervenções, mesmo que sejam obrigatórios e depois cada equipe, obviamente, vai (...) pode introduzir outros indicadores que ache são interessantes...Isto porque aquilo que nós gostaríamos de ter era um sistema que fosse integrado e que demonstrasse também esta integração de cuidados, que é a pessoa sai do hospital, é referenciado para uma unidade, de uma unidade vai à ECCI, da ECCI vai para o médico de família mas, se for preciso volta à ECCI, volta ao hospital, volta...no fundo, como eu costumo, como eu costumo dizer, é como se fosse uma linha...de comboio com várias estações. (ARSA).

De acordo com a maioria dos atores, uma das melhorias passa por desburocratizar o processo de referenciação, constituindo esta uma das estratégias chave para reforçar a capacidade de resposta da rede, tornando-a acessível e visível a toda população.

(...) o problema da Rede passa por ainda não ter capacidade para responder a toda a gente. E para isso temos que ter estratégias (...) regiões como o Alentejo e o Algarve onde estamos muito próximo de atingir o nível máximo de desenvolvimento da rede já é possível implementar estas medidas (...) podemos criar um sistema que facilite a vida a toda a gente. Que é, tendo essa pessoa família é colocar temporariamente essa pessoa numa ECCI a aguardar vaga para a institucionalização que é o ideal para ela. Não deixa de ter cuidados e tem uma resposta da rede. Criar aqui um fluxo muito fácil, muito mais adequado, muito mais efectivo. De facto, a referenciação neste sentido está a ser toda ela alterada. Estamos por um lado a desmaterializa-la. (CNRede)

(...) Sentimos que estamos um pouco estagnados, mas é preciso dar o salto e criar as outras respostas (...). (ECCI)

Aliado ao reforço da capacidade de resposta, surge em muitas das repostas dos atores a necessidade de dotar as equipas e as unidades de meios financeiros e humanos, ainda que dependa fortemente dos recursos financeiros necessários para esse reforço.

... A parte económica mexe com tudo. Qualquer reforço passa querer e poder. As questões económicas influenciam sempre. Depende dos governos, dos conselhos de administração. A parte económica vai determinar mais do que a vontade. Tem que se ver o financiamento das unidades. Quanto é que a pessoa vale por dia. Tem que ser aumentado o financiamento das unidades. (ECCI)

Contudo, a melhoria do sistema de referenciação depende sempre da atuação conjunta e cooperante de todos os atores, assim como de atores mais (in) formados acerca da existência e do papel da Rede no sistema de saúde.

(..) há um sistema de referenciação, mas não é global...para que ele funcione como deve ser não depende da rede ou não depende só da rede. De facto, ele está um pouco burocratizado, o sistema de informação não ajuda, verdade. Tem pouco objetividade clínica, verdade é tudo verdade. Mas mesmo que tudo isso seja melhorado, se os atores não responderem de acordo com aquilo que está previsto não funcionará. Os atores de todos os níveis de cuidados têm que participar (...) a ideia é, vamos começar já a prepara a alta dessa pessoa. Seja ela para onde for, mesmo que seja uma alta por uma transição para um outro nível de cuidados. No primeiro dia (...) nós temos isto como objetivo que todo o processo de referenciação ocorra dentro do tempo médio de internamento do utente. Se isso acontecer desse modo e estou a falar essencialmente dos hospitais, porque ainda é donde vem o maior fluxo de doentes. Melhora logo muito. (CNRede).

(...) que fosse extensível aos médicos, aos diretores dos serviços, aos médicos que não sabem o que são cuidados continuados. A maior parte dos médicos não sabem o que são os cuidados continuados. Tem que

haver um investimento na formação dos médicos (...) na formação académica, superior, prática. Deles depende também o bom funcionamento dos cuidados. Eles estão no ponto chave de encaminhar, de sinalizar (...). (IPSS)

(...) esperava que a rede tivesse um maior reconhecimento por parte da classe médica e da enfermagem. Porque muitas das vezes não percebem como é que as coisas funcionam e dificulta o nosso trabalho. A rede já existe desde 2006/2007 e ainda hoje me apercebo que as pessoas não percebem como funciona e o que o utente vai fazer para a unidade de cuidados continuados. Se calhar uma mudança de mentalidade e pensar que os cuidados continuados não é uma alternativa ao hospital. É uma continuidade. (EGA)

Por outro lado, a construção de indicadores capazes de medir não só os resultados da intervenção, como o processo de integração dos cuidados (nos diferentes níveis) trará efeitos positivos no acesso e na mobilidade da população/utentes dentro e fora do sistema de CCI.

(...) E a circulação do doente faz-se em função da sua necessidade, agudos, paliativos (...) Porque o doente é só um. Cuidados continuados... é só um. E, portanto, vamos ter que pensar aqui num conjunto de indicadores que nos possam medir essencialmente o processo de integração. E os resultados, não é? (...) às vezes medimos a estrutura, medimos os processos, mas os resultados. A maior parte das vezes esquecemos (...) temos é que ter aqui alguns indicadores que nos permitam fazer a leitura da integração, e depois, termos a capacidade, também, de medir os resultados de toda esta intervenção (...) aquilo que a gente quer é que as pessoas não se percam no sistema, ou que a gente lhes perca o rasto. (ARSA)

Tais dados permitem-nos revelar que, independentemente das condições organizacionais e das fases de desenvolvimento dos CCI, o conjunto dos atores do sistema possui uma consciência clara dos fatores fundamentais que devem coexistir para que a Rede de CCI na região do Alentejo possa vingar: o sucesso dependerá sempre de uma estratégia centrada nas respostas às necessidades da população/cidadãos (no sentido da sua especialização/diferenciação), mas tal apenas será possível se existir uma integração e continuidade efetiva dos cuidados (mediada pela formação/capacitação dos atores e pelo reforço da qualidade e avaliação), desde o momento da referenciação (o motor da rede) até ao momento da intervenção propriamente dita (da capacitação dos utentes e suas famílias à prestação dos cuidados) no quadro de uma postura cooperativa entre os atores da rede e entre estes a comunidade envolvente.

...a vertente de afirmação e a vertente de alguma especialização ou de aumento de formação específica, sobretudo em patologias mais elevadas, mais nebulosas, que não se conseguem etiquetar como reabilitação ou como saúde mental, penso que isso acontecerá. A outra vertente tem a ver, ou o outro campo tem mais a ver com o acompanhamento (...) é ser percecionado com todas as componentes que avaliem os resultados (...) os grandes desenvolvimentos são implementação de respostas institucionais ou domiciliárias (...). (ECR)

(...) não sei o que vai acontecer, sei o que gostaria de ver no terreno. O que gostaria de ver, eram unidades de internamento e de domicílio a trabalhar com recursos necessários, com qualidade de vida. Cumprir-se o tempo de permanência e garantir-se rotatividade dos doentes (...). Trabalhar-se muito no sentido de manter o doente na sua casa. Capacitarmos os cuidadores, criar-se incentivos para os cuidados (...). Facilitar-se de alguma forma os familiares para acompanharem os seus doentes (...) que os processos fossem mais céleres. Que se resolvessem algumas questões burocráticas, que se arranjasse forma de haver ligação entre aplicações, para facilitar também os registos. E que os serviços fossem todos auditados (...) que se profissionalizassem as equipas de gestão de altas nos hospitais...(EGA)

Todavia, ficou clarividente que a cooperação entre os atores é um aspeto crítico do futuro do sistema.(...) reorganização da articulação entre todos poderá ser um fator chave para mudança (...). (HOSP)

Assente numa lógica de participação e cooperação, a mudança do sistema passa por reforçar e alargar a rede, apostar na diferenciação dos cuidados, efetivar a integração e articulação entre os três níveis de cuidados, capacitar a população no que refere à gestão da sua própria saúde e, sobretudo, investir nos cuidados de proximidade com os utentes e suas famílias,


(...) O domicílio tem que ser o futuro da Rede. A visão da rede terá que mudar e futuro passa por aí (...) A sua evolução passa pela Saúde Mental, Cuidados Pediátricos e Cuidados Paliativos, mas sempre tendo por base a resposta domiciliária (...) Evolução que seja por manter as pessoas no domicílio, seja saúde, seja social, seja ao nível da reabilitação com o papel das unidades de promoção de autonomia... (ECCI)

(...) o investimento nos lugares de internamento não será necessariamente tão grande como já foi. O que poderá dar aqui margem para se investir mais nesta componente do atendimento no domicílio (...) que é o futuro, basicamente, não é? E na comunidade. Acho que é importante, muito importante (...). (HOSP)

A atenção na qualidade e no acompanhamento dos cuidados e das diferentes respostas é percecionada pela generalidade dos atores como um fator crítico do sistema, na medida em que o seu reforço e evolução vai exigir uma maior implicação, proximidade e mobilização de todos os atores.

(...) Qualidade dos cuidados e uma resposta ao envelhecimento da população. Em relação aos paliativos (...) há que ver o que há no terreno, melhorar não replicar (...) Com a exigência que aí vem e com o que está a ser montado em termos de estrutura, é importante essa proximidade. As coisas vão gradualmente consolidando-se (...) tem que haver um controlo muito mais apertado em relação a tudo. Exigir qualidade, mas dar condições que isso acontece (...) Replicar e fortalecer o que está bem e não enviar o caminho...(ECCI).

Ainda que não abordadas pela maioria dos atores, não podemos deixar de referir dois aspetos inerentes às características internas e particulares da região do Alentejo, que podem ser tidos



como fatores críticos do sistema, designadamente: o reforço do conhecimento do território e das suas populações no que se refere aos constrangimentos colocados às diferentes localidades, em especial no domínio da prestação dos cuidados domiciliários (enquadrado na experiência piloto a nível nacional, ECCI 24), no sentido de capacitar as equipas e a comunidade envolvente, contribuindo, assim, para uma reorganização do modelo dos cuidados de proximidade; e a existência de relações de proximidade geradas ao nível dos prestadores de cuidados e da população/utentes, potencia, por um lado, o conhecimento real dos seus problemas e das suas necessidades, mas, por outro, faz emergir conflitos de interesses, impondo uma capacidade acrescida na gestão desses interesses, a fim de garantir que os cuidados sejam prestados de forma coerente e credível.

Conforme foi revelado pela análise estrutural do sistema, as configurações futuras do sistema de CCI no território alentejano dependem fortemente das alterações que possam vir a verificar-se ao nível dos perfis demográfico e epidemiológico da sua população, cujas variáveis motrizes apontaram para a prevalência e concorrência de múltiplas doenças crónicas e incapacidades e pelo aumento de pessoas dependentes no autocuidado. Estes resultados apontam para a possibilidade de se investir na reorganização do sistema de CCI no sentido de uma mudança de visão estratégica que tenha em conta aquelas variáveis, assim como num investimento maior na articulação e integração de cuidados.

(...) temos que olhar para a população que temos e, entre os próximos anos e daqui por 20 ou 30, em que as pessoas que agora são mais jovens terão então envelhecido, a situação será completamente distinta, não é? Agora, teremos que investir num outro modelo. Numa outra organização e numa articulação e numa integração de cuidados (...) isso não quer dizer que se eliminem os lugares de internamento na rede, não é? Porque é uma resposta que neste momento existe e que, que será necessária nos próximos anos ainda (...) (HOSP)

Tais alterações transportam consigo implicações futuras em termos de volume de cuidados e de gastos, pressionando o sistema a repensar o modelo de cuidados (transição de paradigma de cuidados).

(...) uma mudança de paradigma, isto é, uma verdadeira integração e continuidade dos cuidados. A Rede apenas faz e desempenha um papel parcelar na abordagem da continuidade dos cuidados. Para o desenvolvimento da Rede e da sua real institucionalização no sistema de saúde é importante que os atores façam essa mudança de paradigma. A Rede trouxe consigo uma nova abordagem aos cuidados e ao cuidar de uma pessoa, olha a pessoa a partir da sua dependência e dificuldades (...). (CNRede)

Estas imposições carecem, assim, de fatores de natureza política, organizacional e humana, traduzidos numa clara vontade política e estratégica, na existência de uma liderança/coordenação em três níveis de atuação (nacional, regional e local), no papel determinante de uma governação integrada e, ainda, na capacitação e participação de todos os atores (dos mais visíveis aos invisíveis). Só esta agregação de fatores é capaz de permitir a continuidade e o aprofundamento do sistema.


(...) Até ao momento tenho identificado essa vontade política e estratégica para desenvolver essa resposta e quando falo em vontade política falo daquilo que é afirmado a nível do topo. Há essa vontade de incrementar essa resposta...obviamente havendo este posicionamento estratégico do governo também eles claramente assumem que há essa prioridade...quer as ECR quer as ECL são instrumentos importantíssimos...o aparecimento de uma liderança que ajude a fazer o resto do desenvolvimento...porque esta rede não pode ser comparada com a rede hospitalar, porque existiu desde sempre, e com os cuidados de saúde primários que existem há dezenas de anos (...) esta rede em boa verdade tem dez anos e destes dez anos, quatro deles sem liderança e portanto ainda precisa de fazer um caminho (...) não só para alcançar o número de camas, mas para afirmar o modelo que é um modelo diferente e para isso precisam de um interlocutor (...). (CNRede)

Conclui-se, assim, que o futuro do sistema de CCI na região do Alentejo é percecionado pelo conjunto dos atores no sentido do seu reforço, reorganização e readaptação às mudanças, já que a sua consolidação é vista como alcançada.

(...) Passa muito pela reestruturação da rede. Já temos uma estrutura montada, temos que agora que nos readaptar (...). (ECCI)

2. Evolução Possível do Sistema de Ação: Questões-Chave Estratégicas do Futuro

Com base nos dados já conhecidos, e em concordância com a estratégia da política nacional, as alterações impostas ao sistema de CCI vão no sentido da sua articulação com os restantes níveis e setores, com o objetivo de aumentar a sua eficiência e eficácia, incrementando assim a sua sustentabilidade. Assim, destaca-se um conjunto de alterações de natureza organizacional e funcional, tecnológica, com vista à melhoria contínua do sistema, designadamente: a melhoria dos sistemas de referenciação e a articulação entre os diferentes níveis de cuidados; o reforço da articulação entre os diferentes setores envolvidos (ex. Saúde, Segurança Social, Autarquias), aumentando a eficácia das intervenções e reduzindo os custos; o incremento das taxas de ocupação das tipologias de proximidade (ECCI); a implementação de outras respostas em regime ambulatorio, como sejam as UDPA conforme previstas no DL



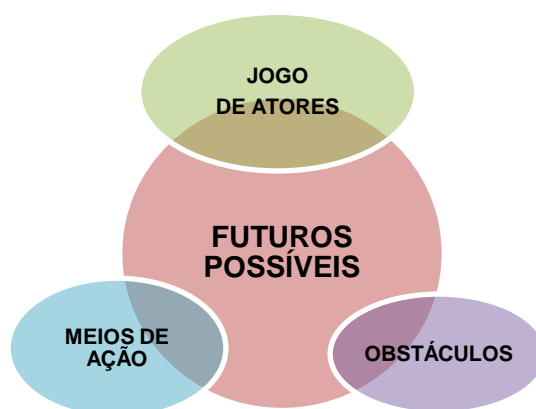
101/2006; a criação de um sistema de contratualização em função de tipos de dependência homogêneos, possivelmente baseados em níveis de funcionalidade, que substitua a atual perspetiva da diária de internamento; uma maior participação dos cuidadores informais; o uso de novas tecnologias de comunicação e informação.

A questão da sustentabilidade financeira da RNCCI veio impor outra alteração, nomeadamente a definição de um modelo de financiamento sólido, que se invista fortemente na eficiência da Rede, que se crie um sistema de contratualização em função dos níveis de funcionalidade e que se testem novas modalidades (nomeadamente, uma maior participação dos cuidadores informais, uso de sistemas de eHealth e Telecare).

Acrescenta-se que, na perspetiva dos atores, uma boa gestão da Rede implica uma correta referenciação dos utentes, isto significa garantir a admissão em unidades residenciais ou equipas domiciliárias tecnicamente adequadas à situação de cada utente. Referem, ainda, que a garantia da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, no sentido da melhoria da autonomia e das suas condições de vida, requer um acompanhamento permanente às unidades e equipas prestadoras de cuidados pelas entidades coordenadoras da RCCI, bem como auditorias externas que avaliem não só a qualidade das instalações e dos serviços prestados, como os resultados dos cuidados prestados.

Posto isto, o futuro do sistema em estudo será seguramente influenciado pelas tendências pesadas do sistema, que se relacionam com: - *dinâmica do jogo de atores*; - *os meios de ação* de que dispõem; - *os obstáculos* que surjam no desenvolvimento dos processos de implementação de medidas e ações que constroem os seus ritmos e sucesso.


Figura 20- Principais tendências pesadas do sistema de ação



Fonte: autoria própria

As manifestações dos atores sobre o futuro do sistema são guiadas por uma consciência clara de uma mudança organizacional através de um “contrato assumido entre os actores, as suas necessidades e aspirações” (Crozier, 1977, citado por Guerra, 2002, p. 25), o qual deve passar pelo investimento e pela consciencialização negocial dos atores, pois só assim é possível gerar um sistema integrado de cuidados mais harmonizado com os interesses e as necessidades coletivas. O apelo à comunicação e à mudança dos contextos e constrangimentos foram evidentes nos discursos dos atores como resposta à libertação do sistema no sentido de orientá-lo para coesão e integração.

Se partirmos do entendimento de Michel Crozier (1977, citado por Guerra, 2002, p.27), a respeito da mudança organizacional, e como foi possível compreender com esta análise, há entre todos os atores uma confiança na capacidade de mudança do sistema, isto é, uma mudança que pressupõe uma regulação por meio de um conjunto de valores assumidos coletivamente. Podemos, assim, admitir que há entre os atores e o sistema uma ligação de proximidade. No entanto, e como o autor reconhece, existe uma descontinuidade entre a lógica que orienta o ator e a do sistema, na medida em que a lógica que orienta as ações dos atores assenta em formas e processos de trabalho que não estão harmonizados com os valores do sistema (integração e continuidade), ao mesmo tempo, que este carece de mecanismos integradores capazes de responder a essas fragilidades.




Na perspectiva de Crozier (1977), a mudança social ocorre quando há uma alteração do sistema de ação e dos seus mecanismos de regulação. Se efetivamente as alterações do sistema de CCI na região do Alentejo se concretizarem, é possível considerar que todo o sistema está em mudança e é capaz de absorver essas mudanças. Contudo, as possibilidades dessas mudanças estão dependentes dos “mecanismos de poder, da capacidade de aprender a fazer normas coletivas, novos modelos relacionais, novos códigos de conduta e de raciocínio”, o que vai permitir uma mudança estratégica, isto é, uma mudança orientada do sistema (Guerra, 2002, p. 27).

Todavia, a zona de incerteza do sistema estudado, pautada por variáveis de natureza demográfica, epidemiológica e política e organizacional (vontade política e liderança estratégica), impõe aos atores a combinação de dois tipos de raciocínio: um *raciocínio estratégico*, que os ajude a identificar os constrangimentos que podem justificar algumas irracionalidades aparentes; e um *raciocínio organizacional*, que os obrige a um permanente controlo de fatores contingenciais (muito ligados às variáveis de natureza política, demográfica e epidemiológica) (Crozier, 1977).

Os processos de negociação (em diferentes níveis de negociação) aliados aos de aprendizagem coletiva (de reinvenção de regras), no sentido de uma efetiva mudança de paradigma (de raciocínio), apenas serão possíveis se acompanhados por uma reforma do sistema político-administrativo no seu conjunto, cuja estratégica deve incidir em dois pontos-chave: uma conceção de sistema que implica olhar em simultâneo para todos os elementos do jogo político e administrativo e para as interações entre as diferentes componentes da sociedade; uma lógica da ação que conduz os atores a responsabilizarem-se pela análise dos problemas, encontrando as soluções, com vista a mudar por si próprios. Conforme nos sugere Crozier, “a democratização não deve residir nem nas formas, nem nas estruturas, mas no método e no raciocínio que tornam possíveis o compromisso e a responsabilidade” (Crozier, 1994, citado por Guerra, 2002, p. 31).

Concluindo, podemos dizer que a análise estratégica por nós realizada permitiu, por um lado, trazer aos processos de mudança dos CCI a garantia de que estes são de natureza cognitiva, exigindo o desenvolvimento de conhecimentos relacionados com as dinâmicas de mudança em curso nesta área, os seus atores, interesses e conflitos e a certeza de que esse conhecimento e esse raciocínio produzem efeitos na mudança organizacional do sistema estudado. Por outro lado, o estudo da estratégia dos atores permitiu tornar mais claras as



regras do jogo social, num contexto de ação concreto, sustentando uma reflexão sobre as consequências e os contrangimentos. Os resultados que podemos daqui extrair são o produto de uma recolha e de um tratamento de dados o mais aberto, multifacetado e sistemático possível.

A pertinência destes resultados recai no seu valor pragmático, esperando o reconhecimento pelos utilizadores e pelos seus contributos para a mudança, sendo que os processos que daí resultam são, igualmente, importantes, pelo que “constituem um «veículo da consciencialização» necessária para accionar sinergias para a mudança” (Guerra, 2002, p. 50).

O capítulo seguinte busca exatamente isto, ou seja, tem como preocupação central propor alternativas de ação, mais do que conhecimentos sobre a realidade.

Capítulo X - Recomendações Estratégicas

No foco da análise prospetiva do Sistema de Cuidados Continuados Integrados na região do Alentejo está, portanto, o interesse atribuído à análise das estratégias dos atores e dos seus conflitos e consensos perante os objetivos mais centrais relacionados com a dinâmica dos CCI.

Conhecer a posição estratégica dos atores, os seus trunfos e as suas fraquezas potencia as possibilidades de ação dos principais atores do sistema, no sentido de identificar as opções estratégicas mais adequadas à reorganização e ao desenvolvimento dos CCI no território alentejano. A este propósito, Godet assinala a importância da envolvente estratégica e competitiva na designação dessas opções estratégicas ao referir que

como em qualquer jogo é preciso conhecer o adversário, a sua posição estratégica, o seu comportamento, imaginar os futuros golpes possíveis a ter em conta os próprios trunfos e desvantagens antes de avançar um peão. A dificuldade é que é preciso acompanhar vários jogos ao mesmo tempo e que estes não são independentes, pois os parceiros podem não ficar isolados, mas sim estabelecer alianças objectivas, que mais não seja atacar ao mesmo tempo (Godet, 1993, pp.306-307).

A reflexão sobre as dinâmicas da envolvente deve estar sempre em concordância com a capacidade adaptativa das estratégias das entidades coordenadoras da RCCI e com a sua força reativa às mudanças, impondo estratégias pertinentes, com vista a alcançar os objetivos em torno do seu projeto de CCI na região do Alentejo.

As opções estratégicas devem, assim, considerar os constrangimentos e os obstáculos (anteriormente referidos), as dinâmicas da envolvente estratégica, as contingências e os fatores críticos do sistema, a caracterização das forças e fraquezas das entidades de coordenação e as possibilidades de sinergias com os atores, assim como a sua capacidade adaptativa às mudanças da envolvente e a discussão/concordância dos objetivos estratégicos. É com base nessas informações que as entidades coordenadoras podem compreender e construir as suas possibilidades de ação.


A reflexão prospetiva sobre os CCI é, neste contexto, essencial para a definição de estratégias e das táticas. O objetivo central deste capítulo passa, assim, por buscar uma articulação entre a reflexão e a ação, conduzindo à formulação e escolha das opções estratégicas. Procuramos, portanto, delimitar as recomendações estratégicas e as orientações

para a ação, fruto da leitura da dinâmica de evolução dos CCI no território estudado. A nossa intenção não passa por apontar estratégias possíveis, mas conceder informações estratégicas necessárias para a decisão ou para a negociação.

A reorganização de um sistema como os CCI tem a particularidade de não passar apenas pela dinamização de uma função específica (como a prestação de cuidados em contexto de internamento), mas de várias funções em inter-relação (cuidados domiciliários, pediátricos, paliativos e em saúde mental), que no fundo vai determinar a morfologia e a vida coletiva desse sistema. É na articulação dessas diferentes funcionalidades do sistema e da sua relação com a especificidade integração-continuidade, que se torna possível promover um espaço coletivo de cuidados coeso e coerente.

Na análise dos condicionalismos, especialmente onde as tendências apontam para um reforço e diferenciação do sistema de CCI, exigindo equilíbrio e vitalização da sua estrutura funcional, levou-nos a sistematizar quatro questões fundamentais para uma gestão estratégica dos CCI no território estudado, que se resumem nas seguintes opções estratégicas de intervenção:

- 1) A necessidade de questionar se as opções estratégicas tomadas quanto à sua diferenciação funcional (aposta em respostas e tipologias de cuidados diferenciadas) se coadunam com as características da população (tendo em conta o seu perfil demográfico e epidemiológico) e do território (considerando a sua dimensão e estrutura), bem assim com os recursos e meios disponíveis;
- 2) A discussão da lógica do sistema de CCI na região do Alentejo. Como controlar a expansão das respostas e equipamentos de CCI, procurando garantir a integração e, simultaneamente, a continuidade dos cuidados, sem que isso impeça o seu desenvolvimento no sentido do seu reforço.
- 3) As tendências da estagnação do sistema de CCI. Qual o jogo possível entre a pressão para uma valorização e reforço dos cuidados e a vontade de evitar a diferenciação das respostas, ou deturpação das suas características específicas.
- 4) A investigação das sinergias possíveis e desejáveis. Com promover uma política de cuidados integrados e de proximidade, protagonizada pelas equipas da Rede, evitando o potencial isolamento das famílias e utentes, dos agentes locais e sociais presentes na região, e outros potencialmente interessados, na mobilização comum de um projeto de reorganização e desenvolvimento dos CCI.



O presente capítulo invoca o papel dinâmico e reflexivo da análise prospetiva, no sentido de se definirem linhas programáticas de ação e propostas de atividades mediante a enumeração de algumas “recomendações”, com vista à otimização dos resultados da análise prospetiva, segundo uma “vigilância estratégica permanente”. Isto porque, como alerta Guerra (1999, p. 89), “a evolução dos modos de vida, da regulamentação da área ou das relações de força entre os actores, assim como as pressões e condicionalismos” de natureza política, social e económica de uma área como os CCI, podem alterar os fatores-chave e reposicionar os atores nas novas tendências.

Por essa razão, definiram-se algumas linhas de atuação fundamentais, que importa prosseguir, já que podem conduzir a uma reflexão permanente sobre as alterações que se operam ou se podem promover no sistema de CCI, designadamente:

- 1) Conhecer as características do território e da população, de modo a estabelecerem-se os limites do “compromisso” entre a manutenção da sua estrutura funcional, garantindo a consolidação das respostas e tipologias de cuidados existentes, e a introdução de novos elementos de gestão eficiente e eficaz (implementação de novas respostas e tipologias, melhoria dos sistemas de informação, introdução de novos métodos e procedimentos de intervenção...).
- 2) Analisar a viabilidade das respostas de CCI em curso e a serem implementadas, considerando as características e as condicionantes demográficas e epidemiológicas, político-legais, organizacionais e financeiras: - dimensionamento e caracterização da atual e potencial oferta de cuidados na região do Alentejo (dimensão e estrutura do território, acessos e redes de transporte e infra-estruturas, distribuição dos equipamentos sociais e de saúde...); - caracterização da procura existente e potencial, conhecimento do perfil da comunidade envolvente (estratégias e expectativas) e das motivações e condicionalismos à concretização dos seus projetos; - estudo da oferta de respostas existentes e da possibilidade do sistema apresentar características alternativas/inovadoras na comunidade envolvente (por exemplo, a implementação de unidades de dia com uma forte componente de reabilitação, o reforço dos cuidados domiciliários através da experiência piloto ECCI 24.);
- 3) Mobilizar as sinergias possíveis e desejáveis entre atores implicados na envolvente estratégica, com o conhecimento das suas forças e fraquezas, dos critérios que possuem para a reorganização/reforço da área, da sua “elasticidade” negocial, da sua

propensão para o investimento ou para a desresponsabilização na qualidade da sua intervenção. O alargamento do debate sobre os CCI a todos os parceiros sociais numa reflexão estratégica de procura de consensos e de canalização e otimização de recursos.


Neste contexto, parece urgente tornar os objetivos estratégicos explícitos e coerentes, gerando solidariedades.

Conforme revelado pelo estudo, consideramos que os atores chave na área dos CCI na região do Alentejo nos últimos anos (nomeadamente, as administrações públicas dos setores saúde e social, as entidades coordenadoras, as equipas hospitalares, as equipas prestadoras de cuidados e as entidades associativas do setor privado) devem assumir um papel de destaque no sentido de continuar a mobilizar os outros atores no sentido de conceberem e implementarem estratégias formuladas à sua medida, promovendo, sempre ou mediante as características do território, os seguintes aspetos:

- Incentivo à criação ou reforço do território de redes intra-regionais (entre as quatro sub-regiões do Alentejo) de cooperação entre administrações públicas (ULS, Hospitais, ACES, CDISS), centros de investigação e universidades;
- Sensibilização dos cidadãos, dos agentes de saúde, dos agentes sociais e responsáveis políticos para as oportunidades e ameaças ao desenvolvimento do território e para a intervenção daqueles sistemas em termos de coesão social do território;
- Definição de estratégias inovadoras na região no domínio dos CCI e incentivo à criação de parcerias locais e regionais;
- Implementação de novos modelos de relacionamento entre os diferentes níveis de setores: social e saúde; público e privado.

Posto isto, a concretização de projetos de participação alargada no domínio dos CCI depende fortemente da criação de mecanismos capazes de mobilizar outros intervenientes sustentados no conhecimento, confiança e participação. Este constituiu um dos maiores desafios impostos àquelas entidades.

As entidades coordenadoras assumem aqui um papel de destaque e preponderante na implementação de uma política de intervenção ativa, em que regulamentar o campo dos CCI é importante, mas não é suficiente. Essa política traduz-se no acionamento de novos recursos




financeiros e operacionais, humanos e técnicos, estendendo o debate, não apenas aos atores internos ao sistema de CCI, como a globalidade dos agentes sociais potencialmente interessados nessa área ou implicados na vida social do território alentejano, bem como à “opinião pública” alentejana, gerando um clima favorável ao reconhecimento e ao reforço da imagem da Rede como um modelo de cuidados.

No entanto, um dos aspetos críticos do sistema, conforme exposto anteriormente, refere-se ao défice de uma «cultura de participação» e envolvimento dos cidadãos nos processos de discussão e decisão das questões relacionadas como o desenvolvimento dos CCI no território. Esta é, sem dúvida alguma, uma dificuldade estrutural do sistema que coloca impedimentos claros ao desenvolvimento dos CCI na perspetiva da sua utilidade funcional – o foco no cidadão (no utente e nas famílias), entendido este como central para o funcionamento do sistema.

No quadro do atual paradigma de conceção da lógica de intervenção dos cuidados (integração-continuidade), os esforços em termos de envolvimento de outros atores da região (das áreas da educação, do poder local, do apoio social) contribui para a riqueza e fortalecimento de parcerias promotoras de projetos. Na verdade, circunscrever a rede de acordos e cooperação a entidades públicas e a entidades privadas pode significar a perda de riqueza gerada pela possibilidade de concertar esforços e contributos de outros atores fundamentais ao funcionamento do sistema, de que são exemplo os cidadãos, as entidades associativas e grupos comunitários, as instituições de ensino/educação/formação e outras entidades vocacionadas para a investigação e desenvolvimento.

Aliadas a este aspeto, impõe-se a importância da definição de uma «visão estratégica» declarada sobre o sistema de CCI no território alentejano pelas entidades coordenadoras a todos os atores e potenciais intervenientes no sistema. A existência de um plano nacional de ação neste domínio público dos CCI, apesar da importância que assume em termos de orientação estratégica, não é capaz por si só de responder às especificidades do território. Daí julgarmos ser necessário que a construção clara de um plano, que não só traduza objetivos a curto/médio/longo prazo para esta área da governação, mas que também seja considerado e ajustado às necessidades regionais e locais (enquadrado no PRS e nos PLS).

Segundo Guerra (2002, p.), “uma das competências do pesquisador passa por elucidar os limites, as fronteiras e os mecanismos de controlo e de desordem do sistema”. Foi o que, no



fundo, procuramos fazer, ao partir de uma «abordagem interacionista do poder» revelamos que a formação de acordos entre as pessoas, instituições e interesses passa pela construção de representações sociais comuns a propósito de um projeto: «desenvolvimento dos cuidados continuados integrados».

Conclusão

Um trabalho de investigação passa por um processo evolutivo e complexo: de uma curiosidade inicial que motiva para a descoberta e leva a formular questões de partida, passa-se por um processo de construção teórica que permite fundamentar o problema e formular objetivos. Quando se inicia o processo de investigação empírica, buscam-se respostas que consigam alcançar, com a maior abrangência possível, os objetivos propostos. Tais respostas trazem consigo inquietações e expetativas. Neste caso, em particular, iniciou-se a pesquisa na expetativa de encontrar as respostas e os contributos desejados para melhor clarificar o problema da presente investigação. Procurou-se, portanto, acumular ao conhecimento teórico já construído em torno da questão da dependência da política de cuidados, contributos valiosos para avançar na procura do que ainda está para ser compreendido em matéria de práticas e de discursos no domínio público dos CCI.


Esta conclusão serve três propósitos: 1) apresentar os principais resultados alcançados que nos permitem responder às questões orientadoras da investigação e dar cumprimentos aos objetivos; 2) clarifica as limitações do estudo, indicando as suas causas; 3) e apresentar sugestões para futuras investigações no domínio científico estudado.

Os pontos de partida da nossa investigação são as ideias dos conhecimentos sociais e dos factos que se encontraram no campo social estudado e a forma como essas ideias (formuladas a partir de questões orientadores e hipóteses) comunicam entre si, ou seja, entram em oposição, se impõem ou são partilhadas e tidas por realidade. O processo de construção dessa realidade, da transformação da experiência vivida em narrativa, tem como finalidade a devolução das interpretações sob a forma de conhecimento científico.

Conforme defende Alfred Shütz (1962),

os factos só se tornam relevantes pela sua seleção e interpretação (...) Todos os factos são desde a origem seleccionados de um contexto universal pela atividade da nossa mente. São sempre factos interpretados (...) transportam consigo os seus próprios horizontes interpretativos internos e externos. (Shütz, 1962, citado por Flick, 2005, p. 31)

A busca pela compreensão integrada das dinâmicas de um determinado sistema de ação concreto – os CCI na região do Alentejo, cuja mudança estratégica se impõe, conduziu-nos à análise articulada de duas dimensões: a dimensão sistema e a dimensão ação.




A recusa da realidade ser interpretada de um modo linear e determinista apelou para a multiplicidade de fenómenos sociais e para sua “não redutibilidade à interpretação a partir dos grandes quadros «estruturais».” Neste sentido, Guerra convidou-nos a valorizar a importância do “equilíbrio da relação entre a análise das grandes forças sistémicas que historicamente formatam a nossa sociedade e análise da estratégica de actores que, em cada circunstância concreta, tem nas suas mãos o fermento da mudança” (Guerra, 2006a, p. 14).

Foi na busca deste equilíbrio entre o *sistema* e *ação*, onde a interpretação de autores como Guerra, Giddens, Habermas, Crozier e Friedberg nos auxiliaram a construir um entendimento integrado das dinâmicas de ação do Sistema de CCI delimitado a um território concreto – o Alentejo. O recurso às teorias da ação permitiu-nos alcançar uma parte das necessidades da nossa análise sociológica, ainda que admitamos que a compreensão e a explicação da ação humana consiste na atribuição aos atores de capacidade para agir de modo não mecânico ou não estritamente racional.

A nossa fundamentação teórica encontra, assim, os seus alicerces na sociologia da ação, pelos seus importantes contributos teóricos para atual análise da ação coletiva, tendo sido na teoria da mobilização dos recursos e na crença na racionalidade do comportamento humano onde procuramos encontrar as formas interpretativas do nosso objeto de estudo (capítulo 1). A complexidade inerente ao contexto real dos CCI constituiu o quadro de referência para análise interpretativa dos cuidados na dependência e da questão da integração e continuidade dos cuidados como modelo «ideal» de paradigma de funcionamento (capítulo 2).

Esta pesquisa partiu de uma questão central: *Como conduzir os cuidados continuados, enquanto sistema de ação coletivo, para futuros coletivamente desejáveis e qual o papel dos atores nesse processo?*

A resposta a esta questão exigia, por sua vez, concretizar os seguintes objetivos gerais, nomeadamente: 1) conhecer as dinâmicas do sistema de CCI na Região do Alentejo, quanto às suas características de evolução passada e ao seu estado atual; 2) identificar as variáveis-chave do sistema de CCI; 3) conhecer o perfil dos principais atores e a sua função no sistema de CCI; 4) conhecer os fatores que conduzem à mobilização dos atores; 5) conhecer o posicionamento dos atores relativamente às variáveis-chave do sistema de CCI; 6) formular as recomendações estratégicas para orientar a ação.



Para o efeito, realizámos uma análise prospetiva que assentou na «construção da base» à luz do «método dos cenários» da Escola Francesa (Godet, 1993), através do qual fizemos o exercício de prospetiva estratégica cuja etapa final culminou na identificação de “futuros possíveis” para os CCI e na conceção de estratégias necessárias ao alcance dos futuros desejáveis. Assim, com esta pesquisa: 1) delimitamos o sistema de CCI na região do Alentejo; 2) analisamos os elementos mais pertinentes que compõem o sistema, caracterizando as suas dinâmicas passadas e atuais, colocando em relevo as principais tendências estruturantes do sistema e a sua estabilidade; 3) indicamos os desafios e os objetivos estratégicos, posicionando os atores relativamente aos objetivos; 4) procuramos compreender as estratégias, as alianças e os possíveis conflitos; 5) identificamos alguns fatores-chave de mudança e estagnação e um conjunto de tendências de evolução (futuros possíveis) do sistema de CCI.

À luz do enquadramento teórico e do conhecimento prévio do sistema (a partir da investigação realizada no âmbito de um mestrado, das entrevistas exploratórias a informantes-chave e de uma revisão da literatura) estabelecemos oito hipóteses operatórias e preliminares do estudo empírico, a partir da seguinte formulação:


- 1) O investimento nos cuidados continuados integrados em contexto domiciliário e na comunidade foram insuficientes para reforçar a oferta de serviços com níveis de qualidade e acesso mais eficientes e ajustados ao perfil da população.
- 2) As políticas em matéria de CCI apontam para um reforço das respostas existentes e para uma diferenciação nas respostas/cuidados.
- 3) A estabilidade do sistema depende fortemente das imposições do seu ambiente externo.
- 4) O sistema de CCI na região do Alentejo é fortemente determinado por variáveis relativas à demografia, ao financiamento, à governação integrada de cuidados, à gestão e liderança.
- 5) Os atores-chave do sistema são as equipas de coordenação e os prestadores de cuidados, as administrações regionais dos setores de saúde e segurança social, as entidades públicas prestadoras de cuidados hospitalares e primários, o terceiro setor, os cuidadores informais e os utentes.

- 6) As estratégias dos atores do sistema de CCI dependem do seu posicionamento no sistema, da relação de forças que estabelecem, bem como da sua implicação e convergência em torno dos objetivos.
- 7) O futuro dos CCI na região do Alentejo depende, quer das estratégias dos atores implicados e do respetivo jogo de forças, quer de acontecimentos exógenos determinados.
- 8) As perspetivas dos atores face ao futuro do sistema são unânimes quanto ao seu reforço e à sua continuidade, sendo que a sua concretização depende de fatores como o investimento nas respostas comunitárias, a liderança e a gestão e a governação integrada.

Para alcançar uma leitura do fenómeno estudado a partir destas hipóteses privilegiamos a metodologia prospetiva preconizada pela Escola Francesa por considerarmos que esta metodologia, em particular a análise estrutural e a análise estratégica podem “orientar a construção de metodologias de ‘avaliação interactiva’ ou ‘dinâmica’, centradas nos actores e na sua reflexão estratégica, vindo a constituir ferramentas úteis de apoio à decisão” (Perestrelo, 2000). Esta metodologia mostrou-se ajustada à recolha e análise dos dados, permitindo-nos, além de uma proximidade com o objetivo empírico (aos contextos e atores), desenvolver um olhar crítico sobre os conceitos. Desde a caracterização do sistema de CCI na região do Alentejo, passando pela desocultação da sua estrutura funcional (desvendar as variáveis mais relevantes para o funcionamento do sistema) e dos seus mecanismos de regulação e de destabilização deste sistema de ação, concretizando com a identificação dos futuros «possíveis» e «desejáveis» para o domínio dos CCI na região do Alentejo.

Importa, agora, sistematizar os resultados apurados, onde buscamos refletir criticamente sobre o funcionamento do sistema de ação concreto estudado – o campo de ação dos CCI na região do Alentejo, procurando estabelecer uma relação próxima entre os factos (a empiria) e os conceitos (a teoria) a partir de um confronto com as perguntas e hipóteses de investigação formuladas.

Ao partirmos do pensamento de Crozier & Friedberg (1977) de que para conceber um dado sistema como um «sistema de acção concreto» impõe o reconhecimento da coerência dos elementos que o compõem, cuja modificação de um desses elementos pode provocar alterações no conjunto desse sistema, buscamos compreender os mecanismos e os fatores de evolução do sistema de CCI na região do Alentejo, bem assim a interação entre os seus



elementos constituintes. Com base neste pressuposto teórico, estabelecemos um conjunto de hipóteses, relacionadas com as dinâmicas passadas e atuais do sistema de CCI naquela região, nomeadamente: “*O investimento nos cuidados continuados integrados em contexto domiciliário e na comunidade foram insuficientes para reforçar a oferta de serviços com níveis de qualidade e acesso mais eficientes e ajustados ao perfil da população*” (H1); e “*As políticas em matéria de CCI apontam para um reforço das respostas existentes e para uma diferenciação nas respostas/cuidados*” (H2).

Segundo Comte (citado por Cruz, 1995), é impossível compreendermos o estado de um fenómeno social particular se não o situarmos no todo social. Dessa forma, ao procedermos ao diagnóstico do sistema de CCI na referida região, procuramos contextualizar o sistema no seu ambiente externo e interno, a fim de alcançarmos a sua complexidade. Ao descrever, explicar e analisar as dinâmicas atuais e passadas de um determinado sistema social, procuramos no fundo captar o seu processo de transformação e mudança. Nesta ótica, fomos imediatamente conduzidos a delimitar períodos diferentes, a situar cronologicamente os acontecimentos e a identificar os momentos e episódios mais marcantes, que nos ajudaram distinguir as particularidades de cada transformação sucedida e a relação entre essas transformações e os acontecimentos.

Qualquer que seja o processo de transformação, este não é senão um processo feito de descontinuidades e contradições. Tal como a transformação histórica da humanidade pensada por Norbert Élias (2004, p.36) também a história dos cuidados continuados integrados nasceu “de planos, mas de forma não planeada. Movida por fins, mas sem finalidade”. Na verdade, a história dos CCI em Portugal foi movida por princípios assentes na comunidade e na proximidade aos contextos de vida, através de programas e projetos criados para prestar serviços e responder às necessidades de uma determinada população, embora sujeitos a rupturas permanentes. O facto do seu passado ter sido pautado por tensões políticas e económicas, conduziu a um estado atual de desinvestimento de respostas às necessidades impostas pelo sistema social. A nossa análise veio, assim, confirmar a primeira hipótese formulada.

Uma das transformações ocorridas prende-se, sobretudo, com as dinâmicas vindas do seu ambiente externo, isto é, com as alterações que decorrem de elementos relacionados com as políticas internacionais e nacionais para os CCI e o perfil demográfico (envelhecimento populacional) e epidemiológico da população (a concorrência e prevalência de doenças


crónicas e incapacitantes, o aumento de pessoas dependentes no autocuidado, a prevalência de perturbações na área da Saúde Mental), que desafiam o sistema a alterar-se no sentido de um reforço e investimento das respostas numa lógica de diferenciação e integração. Os resultados confirmam a segunda hipótese da nossa pesquisa.

Para concluir, os acontecimentos e/ou transformações do sistema em análise não resultaram de processos e ações regulares e lineares, o que significa que as suas dinâmicas atuais e passadas têm sido influenciadas por elementos, tantas vezes, contraditórios e irregulares. Assim, toda relação organizacional, todo o sistema, possui e produz, em simultâneo, antagonismos e complementaridades e está sujeito a pressões e a inibições. O que nos conduz à ideia de complexidade do sistema que, na perspetiva de Fortin (2005), reúne um conjunto de noções e relações entre noções igualmente complexas, que nenhuma redução analítica ou holística pode atingir.

O estudo da análise da estrutura do sistema impôs identificar as variáveis-chave que caracterizam o sistema de CCI em estudo, considerando duas hipóteses: “a estabilidade do sistema depende fortemente das imposições do seu ambiente externo” (H3); e “o sistema de CCI na região do Alentejo é fortemente determinado por variáveis relativas à demografia, ao financiamento, à governação integrada de cuidados, à gestão e à liderança” (H4).

Para alcançar essa análise, concebemos as interações do sistema estudado com aqueles que o rodeiam, identificamos o que recebe (variáveis internas) e o que produz para o seu ambiente (variáveis externas), bem como os *feedbacks* através dos quais as reações do ambiente às variáveis externas alteram as próprias variáveis internas. Sustentamos, assim, a confirmação daquelas hipóteses na ideia de que o sistema de CCI estabelece uma relação com o seu ambiente, face ao qual dispõe de um certo grau de autonomia¹⁹⁴, o que significa que está ao mesmo tempo aberto e fechado a esse ambiente. De acordo com a noção parsoniana de função, o sistema em causa pode ser visto como um sistema aberto, na medida em que está em constante relação com o seu meio ambiente, isto é, comunica com os outros sistemas e reage à ação destes sobre si (os sistemas social, político e tecnológico, os outros sistemas de cuidados – primários e hospitalares). Neste sentido, a ação do ambiente permite entrar informação e recursos que podem promover e estimular os processos internos, ou pelo contrário pode

¹⁹⁴ Esse grau de autonomia depende da capacidade do sistema de auto-regular em função da existência de uma memória, ou, seja de um processo interno de acumulação de informações e recursos que o sistema foi desenvolvendo ao longo do tempo.




pressionar a organização do sistema, trazer constrangimentos ou impor limites aos processos internos (por exemplo, a introdução de alterações ao nível da regulamentação legal e dos sistemas de informação). Por seu turno, o seu fechamento pode impedir a entrada de informação e recursos fornecidas pelo ambiente, defendendo-se dos possíveis efeitos nos seus processos internos.

Inerente ao funcionamento do sistema está a sua capacidade de resposta que se traduz na sua função de estabilidade normativa, ou seja, a capacidade de assegurar que os valores sejam conhecidos pelos seus membros e que estes estejam motivados em aceitá-los, conforme referido por Parsons. A análise dos resultados levou-nos a considerar que o sistema estudado não é um sistema estático, mas antes um sistema sujeito a permanentes alterações sociais, mas cuja evolução requer uma orientação da nossa análise a longo prazo (Rocher, 2012). Entre as variáveis de natureza demográfica e epidemiológica, o grau de complexidade de cuidados, assim como a existência de situações específicas que condicionam determinado tipo de cuidados, constituem variáveis com implicações na gestão (em particular ao nível dos recursos e do financiamento dos cuidados, assente em princípios de contratualização entre os atores balizados por objetivos diferenciadores), na governação integrada e na liderança do sistema, exigindo do sistema respostas ativas de mudança.

Posto isto, as suposições de Parsons sobre a ideia de que “a estrutura ou os elementos estruturais são constantes e estáveis num momento dado do tempo” (Parsons, 1949, citado por Rocher, 2012, p. 197-199), podem confirmar a hipótese de estabilidade da estrutura do sistema atual, sendo que esta estabilidade estrutural está sujeita a imposições vindas sobretudo do seu ambiente externo, cuja resposta natural do sistema pode potencialmente passar por “manter o seu equilíbrio interno ou mesmo reencontrá-lo”. É aqui que a sua função de estabilidade normativa pode desempenhar um papel de “conservação de equilíbrio: os valores interiorizados ao longo da socialização operam como contrapeso às exigências da transformação.” Porém, mediante a orientação que o sistema vier a tomar, esta função pode exercer uma “força de inércia e de resistência à mudança ou uma força ativa de transformação de estruturas” (Parsons, 1949, citado por Rocher, 2012, p. 197-199).

A análise estrutural ao permitir destacar e hierarquizar as variáveis do sistema de CCI na região do Alentejo, ajudou-nos, no fundo, a reduzir a complexidade do sistema. Os resultados desta análise permitiram, assim, confirmar a estabilidade deste sistema (estado atual) e reforçar a imagem dos CCI como um sistema desprovido de fatores dinâmicos internos,




sujeito à atuação de imposições externas (fortemente influenciado por variáveis de caracterização de natureza demográfica, epidemiológica e política, e outras relacionadas com a Governação integrada e a Organização da Rede Nacional). O sistema de CCI na região do Alentejo é, portanto, causado por elementos rígidos à mudança. Neste sentido, e sendo as variáveis motrizes rígidas à mudança, a dinâmica do sistema está entregue sobretudo ao primeiro tipo de tendências - *reforço dos cuidados domiciliários e respostas comunitárias*, o que significa que os elementos dinâmicos apontam para o reforço e continuidade da rede. Contudo, admitimos que o facto de o sistema em estudo possuir mecanismos integradores (através de aplicação de um sistema de regras próprio que regula os procedimentos internos do sistema) que coexistem com tensões e contradições, levou-nos a conhecer a origem das contradições, no sentido de dotar os sistemas de capacidades mínimas para garantir a sua manutenção. Por essa razão, levamos a cabo a análise da ação estratégica, orientada no sentido de conhecer o perfil dos principais atores e a sua função no sistema de ação e compreender os mecanismos através dos quais são formuladas as suas estratégias.

Quando interpelados pela questão: “Quais as estratégias dos principais atores do sistema de CCI em estudo”?, procuramos formular duas hipóteses: “Os atores-chave do sistema são as equipas de coordenação e os prestadores de cuidados, as administrações regionais dos setores de saúde e segurança social, as entidades públicas prestadoras de cuidados hospitalares e primários, o terceiro setor, os cuidadores informais e os utentes.” (H5); “As estratégias dos atores do sistema de CCI dependem do seu posicionamento no sistema, da relação de forças que estabelecem, bem como da sua implicação e convergência em torno dos objetivos.” (H6).

À luz das variáveis mais importantes, e por serem estas em torno das quais, segundo Godet (1993, p. 121), “os atores vão bater-se”, foi possível identificar os principais atores do sistema de CCI na região do Alentejo. Neste sentido, os atores chave que compõem este sistema de ação, cuja identificação foi feita previamente à análise estratégica, são, à exceção das famílias e dos utentes, todos os atores considerados na hipótese estabelecida. A estes acrescem os atores que ocupam, de igual modo, uma função determinante no sistema relacionada com a referenciação de utentes. Posto isto, os futuros possíveis dos CCI na região do Alentejo estão condicionados por um jogo de forças onde intervêm principalmente aqueles atores.


Ao valorizarmos os modelos de interação, admitimos os indivíduos, não como isolados como veiculado pelo individualismo metodológico, mas como seres ativos que atuam em função do coletivo, isto é, a partir da perceção dos outros e dotados de uma consciência coletiva.



Estamos, portanto, perante atores coletivos, com uma racionalidade limitada, que, apesar das suas limitações, têm o poder de mudar os contextos de interação e, por conseguinte, orientar a mudança social de forma negociada e coletiva. Reportamos-nos, assim, conforme a perspectiva de Crozier e Friedberg (1977, p. 41), ao «actor estratégico», na medida em que este “está confrontado com sistema de ação que lhe é imposto, mas que lhe deixa também margens de manobra”.

Reconhecemos, no entanto, que a construção social do «bem comum» - *a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas em situação de dependência*, é um processo complexo que implica a participação de múltiplos atores que se movem num quadro de regras e constrangimentos vários.

Na realidade, e uma vez que estamos perante um processo em que todos, de uma forma ou outra, acabarão por influenciar, nenhum cidadão ou organização deveria ficar afastado da sua construção. Obviamente que as equipas e os profissionais que integram a Rede, por força das suas competências, capacidades e oportunidades, que advêm da sua proximidade tanto dos órgãos de poder centralizado (administração pública central), como dos cidadãos e das responsabilidades que têm para com os seus utentes e famílias, assumem aqui um papel preponderante e incisivo na promoção e estímulo de desenvolvimento de ações estratégicas. Os atores identificados são, portanto, atores internos e externos ao sistema em estudo, ainda que os primeiros (atores internos) possuem uma maior expressão pelo forte impacto que tem na sua evolução. Assim, por um lado, importa mencionar a fraca expressão de atores coletivos, cuja atividade possui uma natureza generalista, isto é, não focalizada na prestação de CCI (designadamente as autarquias locais, empresas e instituições da comunidade), o que significa que a envolvente externa não interage/partilha com a globalidade das atividades desenvolvidas no contexto dos cuidados continuados integrados, inibindo, assim, a formulação de estratégias de ação direcionadas para o desenvolvimento deste nível de cuidados e, conseqüente, o fortalecimento da Rede na região. Por outro lado, não podemos deixar de referir a inexistência de referência a atores coletivos cujo âmbito de atuação se centra na prestação cuidados de natureza informal (em particular, as famílias, vizinhos e/ou voluntários). Tal facto permite inferir que as problemáticas específicas que caracterizam e afetam os cuidadores informais/famílias não possuem tradução expressiva no dispositivo institucional de enquadramento, limitando assim a formulação de estratégias e de políticas especificamente direcionadas para o papel destes atores na Rede.



O contexto descrito evidencia, no caso específico deste estudo, um dispositivo institucional de enquadramento caracterizado pela presença de um conjunto de atores coletivos que ocupam lugares e posições diferenciadas em esferas de atividades de distintas instituições e setores públicos e privado. Estamos, portanto, perante um contexto de mudança, isto é, um contexto de decisão e escolha, onde coexistem e se confrontam uma multiplicidade de atores, que ocupam diferentes posições e níveis direção ou decisão - administrações, coletividades locais, instituições e empresas de serviços sociais. Como nos sugere Guerra (2006b), surgem em diferentes escalas e lógicas da estrutura, atores coletivos e individuais, locais e globais, públicos e privados.

Em relação à segunda hipótese – “As estratégias dos atores do sistema de CCI dependem do seu posicionamento no sistema, da relação de forças que estabelecem, da sua implicação e convergência” (H6), passamos a apresentar os fundamentos da sua validação.

A necessidade de se compreender as formas de relação que os atores estabelecem com os objetivos estratégicos, dos quais podem depender os vários posicionamentos face ao desenvolvimento dos CCI naquela região, foi essencial para que se alcançasse uma percepção mais completa sobre as próprias estratégias dos atores em presença.

Na análise dos objetivos mais valorizados pelos atores em termos de desenvolvimento futuro do sistema, podemos observar que, embora as diferenças não sejam significativas, a sua hierarquização em termos de priorização difere entre os atores. O que nos levou a concluir que o futuro próximo do sistema de CCI na região do Alentejo poderá passar, a um nível macro, pela convergência de esforços entre a Saúde e Segurança Social e, a um nível micro, pela efetiva articulação e coordenação de entre tipologias, setores e níveis de Cuidados, assente numa lógica da cooperação e de compromisso, com o objetivo de incrementar o modelo de intervenção multisectorial (integração da RNCCI no SNS e SS).

A ideia de Davidson (1998, citado por Veiga, 2006, p. 61) a propósito dos atores agirem segundo uma certa pro-atitude remete-nos para os resultados do nosso estudo se pensarmos que os atores ao enunciarem uma determinada ação, como por exemplo, investir na avaliação dos processos e resultados relacionados com a prestação dos CCI como algo que permite reforçar a qualidade do trabalho prestado pela Rede, a satisfação dos utentes, e também das suas famílias, podemos reconhecer a propósito dessa ação uma pró-atitude. Torna-se, porém,


essencial, “saber se esses atores acreditam mesmo nela, se gostam de a realizar e se a consideram justa ou se a entendem como um dever ou uma obrigação” (Veiga, 2006, p. 62).

Esta análise mostra-nos, assim, as fragilidades do modelo de governação e abordagem integrada que preconiza a prestação de cuidados numa lógica continuada e integrada, ou seja, que implica cuidados baseados na evidência e, ao mesmo tempo, numa avaliação multidimensional e multiprofissional, cuja abordagem pressupõe a articulação, a colaboração e o compromisso de diferentes atores coletivos e individuais, e que, dada sua complexidade, precisa de algum tempo até que as potencialidades dos CCI nos domínios da qualidade e acesso dos cidadãos a este nível de cuidados e da participação/envolvimento de todas instituições e entidades da comunidade se efetivem no território.

No jogo de atores do sistema de CCI da região do Alentejo foi possível apurar a existência de um consenso generalizado, ainda que alguns objetivos manifestassem consensos pouco mobilizadores e consensos mobilizadores. O que significa que não foi determinado nenhum conflito que implicasse do conjunto dos atores sentidos contraditórios entre si.

Segundo Melucci (2001), a existência de consenso não é um indicador de um movimento de integração. Como nos explica o autor, “o sistema não tem centro, mas é uma rede de relações entre estruturas diferenciadas e relativamente autónomas nas quais é preciso administrar o equilíbrio. Nenhuma mudança pode operar contemporaneamente em todos os níveis do sistema no qual os diversos componentes funcionam segundo lógicas próprias.” (Melucci, 2001, p. 36) Ao analisarmos este sistema de CCI, conseguimos reconhecer não só a existência de diferentes patamares de ação, como de lógicas sociais próprias, o que nos leva a refletir sobre o modo como se processa a mudança nos diferentes níveis desse mesmo sistema, exigindo, por conseguinte, um entendimento do modo como, igualmente, se processam os conflitos e os consensos ao nível das suas relações de poder.


A clara evidência da proximidade do posicionamento da maioria dos atores sobre os objetivos a atingir permite-nos reforçar o que concluímos a propósito da maturidade do sistema de CCI em causa: os atores, embora diferentes quanto à sua natureza de atuação/intervenção, ocupam posições idênticas ou semelhantes quanto ao desenvolvimento estratégico dos CCI no território alentejano. Esta proximidade ao nível dos objetivos dos diferentes atores é um indicador de consensos mobilizadores e da cooperação interorganizacional. Julgamos, portanto, que a negociação coletiva dos atores do sistema de ação estudado é dominada por



uma percepção próxima do contexto e das suas necessidades em termos de CCI na região. Segundo Friedberg (1993, p.165), a aceitação dos resultados positivos de cooperação e a sua transformação em objetivos aceites e interiorizados por todos os participantes permitem “uma maior consciência da cooperação, evoluindo para uma estrutura de acção colectiva gerada de maneira mais consciente em que a cooperação começa a fazer parte das «coisas naturais»”. Estamos perante um indicador de solidariedade assente na diferenciação dos indivíduos, conforme designado por Durkheim (2010), que preenchendo cada um uma função própria, e não se assemelhando, são todos de igual modo indispensáveis à sobrevivência do sistema e, por conseguinte, é porque são diferentes que se realiza o consenso.

Para além de uma adaptação constante à mudança e às variações do ambiente e respetivas necessidades de equilíbrio interno, o sistema de CCI na região do Alentejo necessita de definir formas de negociação para o estabelecimento de consensos. No âmbito da intervenção no domínio dos CCI no território em estudo, as formas de negociação para a formação de consensos situam-se no foco da sua mudança estratégica. Nesta medida, nas palavras de Guerra, a criação de consenso pode desempenhar aqui um “papel de contenção de ameaça estrutural para a desagregação.” A cooperação e a negociação constituem-se, aqui, “como modos privilegiados de organização, susceptíveis de tornar possível a cooperação entre actores sociais prosseguindo objetivos divergentes, isto é, contraditórios.” (Guerra, 2006b, p.34). A definição de Reynaud (2004) sobre «negociação colectiva» permite-nos evidenciar o papel da negociação coletiva enquanto alicerce do sistema de relações entre os atores, permitindo a sua regulação por meio da conjugação de regras ou valores distintos, ainda que provisória e contingente, (Reynaud, 1989).

O recurso à teoria dos jogos permitiu valorizar, num determinado contexto de acção, “o facto de a decisão dos actores não se fazer num vazio social, mas num ambiente racional e transaccional, de difícil previsão”. No contexto da formação de consensos e dos processos de negociação coletiva, a teoria dos jogos, segundo Abell (1996, p.274), revelou uma aspeto importante a considerar a partir da análise dos resultados do nosso estudo – a importância do conhecimento da acção, ou seja, a importância das “condições informacionais dos atores (jogadores) sob as quais são formadas as preferências e a acção toma lugar”, assim como a importância da comunicação no âmbito dos jogos cooperativos, no sentido em que é através da comunicação que os atores estabelecem acordos no sentido de formar coligações.



Além disso, a partir da leitura do posicionamento dos atores face aos objetivos, a teoria dos jogos, segundo este autor (Abell, 1996, p. 270-275), permitiu-nos clarificar a “natureza das situações estratégicas” e indicar uma solução de equilíbrio que prediz as ações estratégicas que cada ator irá adoptar. Por outro lado, ajudou-nos desenredar a complexidade inerente a muitos mecanismos micro-macro, que possuem uma estrutura estratégica complexa, em particular, a complexidade do material gerado a partir de um estudo de caso com características idênticas ao nosso: muitos atores e, conseqüentemente, muitas unidades de análises, cujas “ações são paramétricas ou estrategicamente interdependentes”; e a existência de diferentes níveis de agregação, isto é, de indivíduos ou colectividades deste ou daquele tipo, cuja agregação pode modificar-se no decurso da narrativa, por exemplo, a criação de equipas e unidades de CCI.

Assentes na perspectiva de entendimento das relações sociais como relações de poder, a dimensão do poder surge aqui como central pela importância da análise das interações sociais atravessadas pelas relações de poder baseadas em relações de troca assimétricas. Este entendimento das relações sociais permite incorporar na análise dimensões como a instabilidade e a conflitualidade dos comportamentos, evitando uma perspectiva excessivamente consensual das estruturas da ação coletiva.

Os dados evidenciaram a existência de um potencial de relações de dependência estreita entre os atores, traduzindo, em simultâneo, a força e a fraqueza dos atores. Verificámos, assim, uma forte interdependência entre a generalidade dos atores do sistema, sendo que a ARSA, a CNRede e ECR são identificados como atores de que quase todos os atores se sentem muito dependentes para a concretização dos objetivos. Porém, estes atores são, simultaneamente, muito dependentes, em virtude do seu campo de atuação no sistema estar sujeito ao desempenho dos outros atores.

Estes três atores têm assumido no sistema a função de “empresário social”, conforme designado por Friedberg (1993, p. 343), pela sua importância em todo o processo de mudança, assumindo aqui uma dupla função: por um lado, operar o diagnóstico da situação dos CCI num dado momento e dar o impulso necessário para o desencadear do processo no sentido da ruptura com a situação; por outro, gerir e animar o processo e operar as correções de trajetória que vão impondo no quotidiano (Friedberg, 1993, p. 344). Para este autor, podemos apelidar estes atores como «integradores» do sistema, na medida em que se situam em “posições de árbitro entre os interesses conflituais dos participantes e que, com a força que lhes dá essa


posição, asseguram de facto senão de direito uma parte de regulação, operando os ajustamentos e os equilíbrios entre os atores, sem os quais o sistema estiolaria” (1993, p.162).

A dinâmica do sistema de CCI na região do Alentejo será fortemente influenciada pelo grupo de atores que influenciam mais o sistema do que são influenciados por este (nomeadamente, a IPSS, a ECCI, a UCCI, a ULS, a ECL, o ACES e as EGA), ainda que neste conjunto de atores não estejam representados os “atores de ligação” (como é o caso da ARSA e da CNRede). O grau de influência daqueles atores de ligação é seguido por uma forte dependência dos outros atores. Acreditamos que esse resultado é explicado pelo fato de que a existência destes atores depende fortemente de atores que integrem e concretizem a sua ação estratégica no âmbito dos CCI. Verifica-se, ainda, a existência de outro ator que, apesar de possuir um menor poder para impor os seus interesses, surge aqui como um dos atores mais influentes, nomeadamente as ECCI, pelo papel determinante que este ator assume em termos de concretização de um dos objetivos estratégicos mais relevantes para o desenvolvimento do sistema de CCI na região do Alentejo – *Priorizar a domiciliação e as respostas comunitárias*.

O poder manifestado por aqueles atores advém das suas competências ou especializações, no controlo das informações de relação como outros ou com o meio exterior, assim como no conhecimento das regras de funcionamento do sistema ação. Para Crozier e Friedberg (1977), este poder entendido neste contexto de ação coletiva como a «matéria-prima», ou seja, a chave do exercício do poder reside na capacidade de influenciar os outros. A força da pressão do poder varia e dá origem a diferentes poderes, que são por sua vez situacionistas, isto é, alteram-se conforme as circunstâncias.

Assim, em termos de desenvolvimento estratégico do sistema de CCI na região do Alentejo, os resultados da análise estratégica apontam como atores mais revelantes e determinantes: a ARSA, enquanto entidade reguladora do sistema de saúde a nível regional com funções de gestor de resultados e auditor de respostas, no sentido da optimização dos recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários à comunidade; as ECCI e as UCCI, enquanto prestadoras de cuidados aos cidadãos e aos utentes; as ECL, pelo seu papel de proximidade com os prestadores de cuidados e a comunidade local; e as IPSS, enquanto impulsionadoras de respostas diferenciadas e ajustadas às necessidades da população.

Acresce que esta cooperação com vista à concretização de projetos comuns na área dos CCI é muito condicionada pelos meios de ação de que os atores dispõem. Ainda que os atores



possuam alguns meios de ação para concretizarem os objetivos, a globalidade dos atores é confrontada com o déficit de meios humanos, materiais e imateriais/inatingíveis, sendo que os meios financeiros são manifestamente os que mais podem inibir o reforço e o investimento em termos de implementação dos processos inerentes à atividade de prestação de CCI no território.

O conhecimento alcançado em torno da convergência dos atores face aos objetivos potenciou a nossa análise a nível muito significativo, na medida em que os pares de atores que possuem um alto valor de convergência tendencialmente podem assumir posicionamentos semelhantes em relação aos objetivos estratégicos apresentados, possibilitando o estabelecimento de novas parcerias ou alianças e fortalecendo a cooperação organizacional entre os atores. Assim sendo, a convergência dos atores em torno dos objetivos é forte entre as ECCI, as IPSS e as UCCI (atores com atuação ao nível da prestação de cuidados). Tais resultados levam-nos a considerar a ação destes atores no contexto de potenciais futuros projetos de desenvolvimento dos CCI na região do Alentejo. Os resultados revelam, ainda, que as UCCI mantêm uma proximidade de interesses fortemente convergentes com outros atores (designadamente, a ARSA e a ECL) e a existência de outro par de atores com laços convergentes bastante significativos, as ECCI e a ARSA. A proximidade dos atores em torno dos objetivos ajuda-nos a “equacionar que há um campo potencial para uma ação de coordenação e (re) ajustamentos cooperativos dos atores no quadro de uma estratégia que, mais do que individual, possa ser coletiva” (Saragoça, 2012, p.373). Como tal, este sistema de ação apresenta potencialidades para a concretização de formas de gestão participada e colaborativa que potenciem a legitimação da ação pública que tem no centro da sua ação o cidadão/utente.

Perante a evolução permanente e crescente do ambiente externo e dos constrangimentos que decorrem da atual estrutura de oferta de cuidados, o sistema de CCI na região do Alentejo, à semelhança dos outros sistemas de cuidados de saúde, defronta-se com desafios importantes, impondo uma resposta urgente por parte dos responsáveis pela sua gestão. Conforme defendem Santana e Costa (2008, p.29), “a integração de cuidados de saúde pode assim constituir uma resposta organizacional aos novos paradigmas dos sistemas de saúde”. Esta solução estratégica reúne consenso por parte da globalidade dos atores, conforme foi possível apurar através da análise estratégica e dos conteúdos das entrevistas. Contudo, os condicionamentos à sua ação, não permitem que a sua operacionalização seja feita de forma linear. Apesar de reconhecerem a importância das suas potencialidades, principalmente ao

nível da sua estrutura organizacional, uma vez que potencia “uma focalização na criação de valor para o utente e necessariamente na concentração do desenvolvimento das actividades nas fases primárias da doença.”

Assumimos, portanto, os cuidados continuados integrados como um sistema social inscrito num contexto vasto de relações sociais que condicionam e determinam as capacidades para intervir, atuando em simultâneo na formação das identidades e estruturando-as por meio de um amplo e complexo processo de produção social, ao qual apelidamos de identidade coletiva. Este processo de construção da identidade coletiva depende da construção de um entendimento comum sobre o funcionamento do sistema de CCI e na forma como o mesmo comunica com os outros sistemas e ambientes externos: «Intervir em conjunto».

Contudo, acontece que neste sistema de CCI coexistem diferentes graus de integração em vários planos relacionais e, conforme explica Pires, a integração social de um sistema impõe algum consenso coletivo, ou seja, uma consciência coletiva que se traduz na partilha de orientações (como por exemplo, normas, valores e outras ideias fundamentais), isto porque

a ausência de consenso não conduz, necessariamente, ao conflito, apenas à persistência de desacordos e divergências (...) mais importante do que o consenso substantivo sobre uma qualquer questão social, enquanto fator de integração, é a existência de consenso sobre os procedimentos de regulação dos desacordos e divergências sobre essa mesma questão (Pires, 2012, pp. 73-74).

Sintetizando, os principais resultados que decorrem da análise estratégica de atores, permitem-nos reconhecer os elementos explicativos da especificidade do sistema de CCI na região do Alentejo, nomeadamente:

- 4) A multiplicidade de atores coletivos que ocupam lugares e posições diferenciadas em esferas de atividade de diversas organizações;
- 5) Um sistema de relações de atores (jogo de atores) revelador de alguma instabilidade, no sentido em que não existe uma clara bipolarização do tipo dominados/dominantes, pelo que são quase todos simultaneamente “dirigentes” e “subordinados” (muito influentes e muito dependentes).
- 6) A existência de níveis de convergência entre os atores muito significativos, geradores de consensos que mobilizam os atores para formas de cooperação estratégica coletiva.

O sucesso da ação coletiva, segundo Olson, está dependente de duas estratégias chave: procurar ligar a produção de bens coletivos com os bens individuais; usar os constrangimentos

de forma a suprimir as contradições das escolhas «racionais» (Olson, 1965, como mencionado em Reynaud, 2004).

Posto isto, torna-se crucial determinar até que ponto existem condições para que, num futuro próximo, a estrutura do sistema e os interesses estratégicos dos atores favoreçam a conceção e a implementação de novos projetos e, conseqüentemente, potenciem a integração dos cuidados

Adotar uma perspetiva estratégica permitiu a identificação de práticas atuais e a emergência de novos comportamentos e fatores que são constitutivos de mudanças do sistema de CCI no território estudado, cuja tendência incita para uma a consolidação e/ou transformação das regras e/ou das instituições existentes, designadamente:

- i) as alterações impostas ao sistema de CCI vão no sentido da sua articulação com os restantes níveis e setores, com o objetivo de aumentar a sua eficiência e eficácia, incrementando assim a sua sustentabilidade.
- ii) destaca-se um conjunto de alterações de natureza organizacional, funcional e tecnológica e com vista à melhoria contínua do sistema;
- iii) a questão da sustentabilidade financeira da RNCCI veio impor outra alteração, nomeadamente a definição de um modelo de financiamento sólido que invista fortemente na eficiência da Rede, a partir da criação de um sistema de contratualização em função dos níveis de funcionalidade;
- iv) uma boa gestão da Rede implica uma correta referenciação dos utentes, o que significa garantir a admissão em unidades residenciais ou equipas domiciliárias tecnicamente adequadas à situação de cada utente.
- v) a garantia da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, no sentido da melhoria da autonomia e das suas condições de vida, requer um acompanhamento permanente às unidades e equipas prestadoras de cuidados pelas entidades coordenadoras da RCCI, bem como auditorias externas que avaliem não só a qualidade das instalações e dos serviços prestados, como os resultados dos cuidados prestados.

Posto isto, crê-se que o futuro do sistema em estudo será seguramente influenciado pelas tendências pesadas do sistema, que se relacionam com: a *dinâmica do jogo de atores*; os *meios de ação* de que dispõem; e os *obstáculos* que surjam no desenvolvimento dos processos


de implementação de medidas e ações que constroem os seus ritmos e sucesso. O que nos permite confirmar a hipótese assente na ideia de que *“o futuro dos CCI na região do Alentejo depende, quer das estratégias dos atores implicados e do respetivo jogo de forças, quer de acontecimento exógenos determinados.”* (H7)

A mudança do sistema de CCI acontece mediante um contrato entre os atores, as suas necessidades e aspirações, implicando, contudo, o aumento e a consciencialização da capacidade de negociação dos atores, com vista à construção de uma ação firmada em compromissos e interesses coletivamente desejáveis.

A partir das representações dos atores sobre as possibilidades do futuro do referido sistema, consideramos como válida a hipótese de que *“as perspetivas dos atores face ao futuro do sistema são unânimes quanto ao seu reforço e à sua continuidade, sendo que a sua concretização depende de fatores como o investimento nas respostas comunitárias, a liderança, a gestão e a governação integrada”* (H8).

Conforme revelado pela pesquisa, o investimento nas respostas comunitárias é representado por grande parte dos atores como um dos fatores críticos de sucesso do sistema. A questão da liderança e coordenação de Rede surge, também, como um fator chave de evolução do sistema. Isto porque, a coordenação de um sistema impõe a regulação dos diferentes intervenientes na produção, com vista a assegurar uma melhor interligação funcional. No contexto dos Cuidados Continuados Integrados, a coordenação envolve *“a criação de planos terapêuticos comuns que integrem os diferentes inputs do processo”*, abrangendo os profissionais, utentes, famílias a fim de atingir um objetivo comum (Stille et al., 2005, citado por Santana & Costa, 2008, p. 9). Segundo Santana e Costa (2008), a *“coordenação representa a mão visível que controla as relações entre os elementos do sistema”* (Santana & Costa, 2008, p.9), pressupondo a garantia de três elementos: a disponibilidade dos meios, quer sejam recursos, como serviços e competências; o acesso a todos os serviços e bens concebidos pela organização; e a interação harmonizada entre os vários elementos ao longo do tempo (Alter & Hage, 1993, citado por Santana & Costa, 2008).

Observamos, contudo, um conjunto de imperativos à integração deste sistema, são eles: envelhecimento, doença crónica e deficiência; saldo equilibrado de cuidados *“desequilibrado”*; fragmentação dos serviços, lacunas e redundâncias; problemas de acesso,



continuidade e coordenação; uso ineficiente de recursos; custos difíceis de controlar; responsabilidade defeituosa; redução da confiança do público no sistema de saúde.

Perante a complexidade e a diversidade de constrangimentos e desafios que o sistema de CCI hoje enfrenta, a governação integrada foi considerada pela globalidade dos atores como a chave mestra para a efetiva mudança do sistema. Contudo, a governação integrada, transversal ao sistema de saúde, impõe uma alteração do «paradigma de cuidados»: a passagem de uma atuação centrada no antigo paradigma «tratamento da doença» para um novo paradigma mais focalizado no «bem-estar geral do doente», cujo foco do sistema é o cidadão.


Se do ponto de vista organizacional da “governação dos cuidados continuados integrados” decorre o paradigma do "jogo estratégico de atores" e das formas de acordo social, do ponto de vista teórico tem como enquadramento "o paradigma de cuidados continuados integrados" nas suas novas reformulações de "governação integrada". As ambivalências decorrem do ainda pouco rigor e conteúdo destes novos conceitos, construídos mais para a defesa de uma opção política do que para a fundamentação científica de um paradigma.

Neste âmbito, as organizações prestadoras de cuidados (os atores chave do sistema) assumem aqui um papel determinante na forma como respondem a estes desafios, sobretudo a sua capacidade de gestão adaptativa e flexível perante um meio envolvente em permanente mudança.

O movimento de integração de cuidados de saúde surge, neste processo de mudança, como fundamental para “combater o «conjunto de ilhas» onde assenta a actual estrutura fragmentada de oferta de cuidados de saúde” (Reis, 2005, citado por Santana & Costa, p. 31).

Retomando a noção de cuidar segundo Honoré, esta constituiu o suporte de uma perspetiva cuidadora incorporada “numa envolvência através da qual o conjunto de actores de uma estrutura, qualquer que seja a sua função, participa no desenvolvimento de um espírito de cuidar.” (2004, p. 37)

Nesta perspetiva, Cuidar é um conceito complexo, que integra múltiplas interações de nível micro, meso e macro entre a esfera pública, designadamente as orientações de políticas nesta área e os «regimes» de estado dos diferentes países, assim como entre os recursos sociais, à disposição da população, e a esfera privada, associada aos princípios, valores, culturas, tipos e dinâmicas familiares (Carvalho, 2006).




Para Kodner (2006), “a integração de cuidados como conceito é uma mistura imaculada” (p. 12). Os significados são tão diversos quanto os numerosos atores envolvidos, colocando dificuldades para os formuladores de políticas, gerentes, clínicos e pesquisadores interessados em promover, implementar e estudar os cuidados integrados. Se compararmos a uma árvore, conseguiremos perceber que os cuidados integrados têm muitas raízes e ramos. Diferentes autores evidenciam que o design e o desempenho organizacional efetivo dependem da obtenção do estado de integração (Scott, 1992, Thompson, 1967, citados por Kodner, 2006).

A presente pesquisa permitiu-nos confirmar que a divisão, a descentralização e a especialização detetadas na arquitetura do sistema de CCI em estudo (que integra uma rede inter e intra organizacional muito complexa) tendem a interferir com as intervenções, sendo que o cumprimento dos objetivos estratégicos vai impor cada vez mais cooperação e colaboração entre os diferentes componentes e processos do sistema.

Aliado à integração dos cuidados, surge a problemática da continuidade dos cuidados. Assim, entre os diferentes problemas e aspetos críticos apontados ao sistema em estudo, aparecem vários aspetos que caracterizam essa continuidade, entre eles: o tempo para a prestação dos cuidados; a gestão geográfica do relacionamento entre níveis de cuidados (dispersão geográfica associada à região); a capacidade de adaptar cuidados às mudanças das necessidades dos utentes; a informatização dos registos e dados e sua respetiva comunicação entre setores e níveis de cuidados; a comunicação enquanto meios de interação (por meio de encontros formais e informais entre os atores). Neste sentido, segundo Kodner (2006), “o continuum de cuidados é um antídoto bastante recomendado para sistemas de saúde e serviços sociais fragmentados e não coordenados, em que a continuidade dos cuidados frequentemente é a vítima.” (p. 10). Outros autores concluem que a continuidade dos cuidados é o método pelo qual os pacientes experimentam a coesão e a conexão do sistema de saúde” (Reid et al., 2002 & Haggerty et al., 2003, citado por Kodner, 2006, p. 10).

O cuidado integrado depende, assim, de uma combinação construída a partir de estruturas, processos e técnicas para abordar as necessidades dessas pessoas e as circunstâncias da relação sistema-institucional-comunidade. Para o efeito, usa estruturas organizacionais, acordos de rede para reunir instituições, gestores e prestadores. Além disso, adota uma ampla gama de técnicas (sendo o mais relevante a gestão de casos e a gestão de doenças) para garantir os cuidados adequados e de alta qualidade dentro de um quadro integrado de serviços. Essas técnicas são muitas vezes confundidas com o facto de serem cuidados integrados, mas



na verdade elas são apenas parte dos meios para alcançar esse fim. Na sua essência, “a integração é a cola que liga a entidade em conjunto, permitindo assim alcançar objetivos comuns e resultados ótimos” (Kodner, 2002, p. 8).

Procuramos, desta forma, ensaiar uma sociologia compreensiva e da ação colocando o ator em primeiro plano, aceitando-se a multiplicidade de pontos de vista provenientes de diferentes autores, alguns ainda presentes outros ausentes, por representarem uma possibilidade heurística de aperfeiçoamento de determinados problemas e na forma como os mesmos podem ser ultrapassados. Assumirmos uma recusa dos princípios dos paradigmas holista, funcionalista, estruturalista e marxista que ignoraram o sujeito, ao sobreporem o sistema ao ator, levou-nos a defender que vida social, por um lado, apenas pode ser explicada à luz das determinações estruturais (análise sistémica) e, por outro, possui uma lógica própria, que não se reduz nem é dedutível das grandes determinações estruturais (análise estratégica).

Num confronto entre o «mundo empírico» e o «mundo teórico», buscámos alcançar um entendimento integrado das dinâmicas dos cuidados continuados integrados no território alentejano (Cf. Figura 21), a partir de uma abordagem compreensiva e com recurso ao campo teórico do que alguns apelidam de «sociologia da acção colectiva» e que, no fundo, nos ajudaram a entender as formas de construção da acção coletiva daquele sistema de acção.


Figura 21 - Entendimento integrado das Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados no território alentejano



Fonte: autoria própria

Passamos, assim, a representar o alcance da nossa compreensão do fenómeno estudado através da seguinte conceptualização (Guerra, 2001):

- f) As estruturas são percebidas como produzidas num contexto de ação coletiva sustentadas pelos atores, recusando-se a ideia de que as "estruturas" que organizam os sistemas e os "modos de ação coletiva" são vistas como "dados naturais" que aparecem espontaneamente e são entendidas como fruto da soma linear das decisões individuais. As "estruturas", sempre provisórias e contingentes, são fruto das condições encontradas pelos atores graças a recursos e capacidades específicas e historicamente datadas.
- g) O sujeito coletivo é compreendido como um ator capaz de cálculo e de escolha num contexto de "racionalidade limitada", quer pelos constrangimentos do sistema, quer pelo desconhecimento dos contextos de ação e/ou das consequências da sua ação, um



ator capaz de ações estratégicas e, portanto, portador de racionalidades, mas que não significa lucidez ou consciência, assim como cálculo não leva ao utilitarismo e instrumentalização pura. Acrescentamos, no entanto, que transpomos este olhar sobre das dinâmicas relacionais um entendimento das relações vistas como relações de poder, isto é, relações de troca desigual que comportam sempre uma base de negociação potencial. Nesta óptica, a "negociação" entre os atores é quase sempre realizada numa base de interações desiguais, entre atores dominados e dominantes, pese, embora, que o "domínio" de alguns atores sobre os outros pode advir de vários tipos de fontes, entre as quais, económicas, culturais, simbólicas. Neste contexto, os contextos do sistema de ação são entendidos como um conjunto de interdependências complexas entre poderes. Posto isto, constituem como aspetos basilares e de sucesso a essas novas formas negociação coletiva, “a geometria variável das parcerias e a sua evolução no tempo, a forma de implicação, o tipo de envolvimento e fomalização” (Guerra, 2006b).

- h) Entendemos as dinâmicas sociais como dinâmicas interdependentes, mas não necessariamente coincidentes entre ator e sistema. Sendo o contexto da ação um "sistema de ação concreto", recorreu-se à noção de interdependência entre o ator e o sistema, que se baseia no postulado da existência de um mínimo de ordem e de interdependência por trás da aparente desordem das estratégias dos atores individuais e coletivos. No entanto, o "descompasso articulado" entre sistema e ator está na origem de muitos efeitos não previstos (perversos ou não).
- i) Concebemos, assim, que a mudança estratégica do sistema de CCI é possível através de uma ação concertada de atores numa perspetiva de “governança integrada” em função de objetivos coletivamente definidos assentes na ideia de «integração funcional e territorial dos CCI».
- j) Neste contexto, podemos defender que são os atores atuais (atores chave do sistema) que orientam os "sistemas de ação concretos”, mas que para a sua continuidade e integração convoca à participação pública de outros atores, igualmente, muito determinantes para o futuro do sistema.

É, portanto, numa relação próxima entre o sistema e o ator, ainda que por vezes em sentidos opostos, que se estrutura o raciocínio dos atores, tal como exposto por Crozier e Friedberg (1977, p. 11)


o actor não existe fora do sistema que lhe define a liberdade e racionalidade que pode usar na sua acção. Mas o sistema não existe senão pelo actor, o único que lhe pode dar vida e mudar-lhe o sentido. É na justaposição destas duas lógicas que nascem os constrangimentos da acção organizada.

Ao admitirmos que as estruturas que organizam os sistemas e os modos de acção são fruto das soluções encontradas pelos actores graças aos recursos e capacidades específicas e historicamente datados, leva-nos, segundo Crozier & Friedberg (1977), a confiar na capacidade de mudança regulada dos sistemas em função de valores assumidos coletivamente, fortalecendo uma ligação próxima entre os atores e o sistema.

Contudo, e como defendido por Boudon, perante um leque de escolhas restrito (determinado pelo jogo político e administrativo do sistema), os atores podem, com a sua não intervenção, anular e/ou reduzir as hipóteses de mudança deste sistema de CCI na região estudada. A propósito da capacidade de escolha, Cohen (1976) acrescenta que onde “há escolha, existe uma maior possibilidade e também a necessidade de uma estratégia de acção”, explicando que havendo pouca possibilidade de escolha, quer seja em virtude da estrutura social, seja por causa das limitações ou das possibilidades técnicas, as estratégias de acção passam a adquirir pouca importância. (Cohen, 1976, p. 96)

Mais do que um problema e um fenómeno sistemático, concebemos a mudança do sistema de CCI na região do Alentejo como uma oportunidade de aprendizagem de novas formas de acção coletiva. Ou seja, o facto deste sistema de acção estar em permanente alteração, faz como que o mesmo esteja em condições para receber essas alterações. Todavia, tais mudanças apenas são possíveis se forem guiadas e orientadas por meio de mecanismos de poder e da capacidade de aprender e criar normas coletivas, assim como novos modelos relacionais e códigos de conduta e de raciocínio (Crozier, 1977). Esta mudança estratégica impõe, assim, uma atenção redobrada do ator sobre todos os “elementos do jogo político e administrativo” e as interações entre os diferentes elementos constituintes do sistema (uma leitura atenta e permanente sobre as dinâmicas do sistema). Além disso, obriga ao compromisso dos atores na análise dos problemas, com vista a encontrar as soluções a partir dos seus próprios recursos, mudando-se a si mesmos e aos sistemas de acção (uma acção estratégica).

Assim sendo, a análise estratégica assume aqui um papel determinante no sentido de ajudar os atores a compreender melhor as lógicas de funcionamento do sistema, dos objetivos e necessidades que o mesmo satisfaz (ou não). Ao tomarem conhecimento, os atores não só ampliam as “relações de poder socializado”, como ganham maior liberdade no sentido de dar



novas orientações às suas ações e regras de ação coletiva (Crozier, 1977, como referido em Guerra, 2002).

Acreditamos, pois, que a questão da «integração funcional e territorial do sistema de CCI» surge aqui como um dos aspetos mais complexos, isto porque, aproveitando as palavras de Cohen, nenhum sistema social (onde este sistema não é exceção) “é um tecido «sem costuras» de instituições, crenças (...) há sempre áreas de descontinuidade entre sectores institucionais diferentes e «partes» diferentes podem ser subsistemas «integrais».” (Cohen, 1976, pp. 146-166). Neste âmbito, entendemos o sistema de CCI como um sistema complexo, uma vez que, como defente Ribeiro (2008), a sua complexidade está sujeita ao grau elevado da sua organização (a dimensão da sua estrutura organizacional); a incerteza presente no seu ambiente (a dimensão da incerteza do seu ambiente envolvente); e a dificuldade (ou impossibilidade) de identificar todos os elementos e compreender todas as relações que estão em jogo (a dimensão do comportamento global do sistema com previsibilidade limitada). Outro aspeto inerente à complexidade deste sistema e dos seus subsistemas é a sua diferenciação, o que exige “novos equilíbrios que se desenvolvem nas diferentes áreas do sistema com fortes pressões nas problemáticas mais centrais quer a níveis da produção e da distribuição dos bens e dos serviços, quer a níveis simbólicos mais estruturantes” (Ribeiro, 2008, p. 20).

Assim, num contexto de complexidade, em virtude dos processos de individualização e de diferenciação que caracterizam o sistema em causa, o problema da integração impõe a seguinte reflexão: o processo de diferenciação que se traduz na progressiva especialização das respostas e atividades de diferentes organizações e instituições que compõem a Rede, podem conduzir, como aponta Pires para “a separação ou tendência para a separação entre as partes”, isto é, para a sua desintegração (Pires, 2012, p. 56). Por outro lado, muitos dos processos que visam a integração podem levar também à diminuição da autonomia e singularidade, em virtude dos efeitos que provocam. Esta questão foi explicada por Durkheim (2010) a propósito dos principais mecanismos de integração social.


Outra questão levantada pelos resultados do estudo relaciona-se com questão da persistência ou continuidade do sistema de CCI no território estudo, pela importância que assume no estudo da sua mudança e na análise dos processos que podem impedir ou deixam de produzir a mudança. Um aspeto importante, que justifica a sua persistência e continuidade, relaciona-se com a existência de interesses convergentes e consensuais que podem provocar pressão a

favor das mudanças. Contudo, a existência de consenso pode não implicar o acordo generalizado ou absoluto.

A problemática da «governança» dos cuidados continuados integrados é cada vez mais evidente na conceção das políticas públicas e a sua necessidade emerge de regulações cada vez mais complexas e diversificadas num contexto em que a ação pública se move num ambiente variável e diferenciado. A passagem de um período de previsão para um de gestão estratégica no sentido de gerir um ambiente cada vez mais complexo e diversificado – a multiplicidade e coexistência de patologias e doenças crónicas associadas à dependência -, carece de uma ação coletiva estratégica coordenada e ajustada.

Aceitamos, como Guerra (2002), que os fundamentos da governança e da gestão pública não se baseiam na hierarquia de diferentes níveis de poder, mas sim num processo complexo de coordenação e ajustamento entre atores. É, neste âmbito, que a problemática “governança” emerge ao revelar alterações dos sistemas e impondo novas formas de gestão da ação pública. Uma dessas alterações deve assentar na capacidade consciente e reflexiva dos atores em assumir que os Cuidados Continuados Integrados, mais do que uma simples rede, é um sistema dinâmico, um organismo coletivo, exigente em recursos e que solicita a muitos a capacidade de concertação face a um projeto comum, sob pena, não apenas de comprometer a sua evolução positiva face a uma fragmentação social crescente, mas também de se tornar um sistema cujos efeitos perversos ultrapassem em muito os efeitos benéficos do viver em conjunto. Esta visão da “governança dos cuidados continuados integrados” questiona as formas de relação entre os vários atores coletivos e individuais, nomeadamente os princípios da ação pública, quer a nível local, central e, também, global, sendo que todos reconhecem as dificuldades nas formas de pensar e agir face a sistemas complexos, devido à interdependência estratégica das variáveis que formatam o desenvolvimento dos CCI. Assiste-se, ao mesmo tempo, à necessidade de racionalidade da ação pública e à exigência crescente de controlo dos resultados dos vultuosos investimentos da administração. Esta exigência de transparência da administração e as formas de gestão participada valorizam de forma crescente os processos em relação aos conteúdos, em virtude dos problemas teóricos e funcionais e das questões que emergem da necessidade crescente de legitimação da ação pública (Guerra, 2002).

Ainda assim, e segundo Guerra (2002), os paradoxos de uma governança partilhada e contratual contêm em si interrogações ainda por responder: qual o grau de abertura da




negociação aos diferentes atores económicos, políticos e sociais e, portanto, à diversidade dos poderes e dos estatutos? Qual a legitimidade desse conglomerado de atores, chamados a participar? Não haverá, por detrás deste jogo de aparência participativa, a manutenção de lógicas tradicionais de burocracias e clientelismo? Como estão representados os interesses dos excluídos que, por definição, têm menos força? (exemplo, das Famílias e dos Utentes).

Tais questões ficam por responder, impondo-se a sua necessidade de resposta em futuras pesquisas cujo alcance potenciarão o estudo da participação coletiva nos processos de mudança estratégica de um sistema, cuja complexidade apela a uma nova forma de «Governança dos Cuidados Continuados Integrados».

Apesar das vantagens de um estudo de enfoque prospetivo, temos consciência dos limites da nossa pesquisa, pelo facto da mesma não explorar a profundidade dos mecanismos de poder que estão por detrás dos comportamentos e ações dos atores. Ou seja, a importância de aprofundamento do sistema, especificamente de desocultar e evidenciar as consequências e efeitos que esses mecanismos têm sobre os comportamentos dos atores, as suas margens e liberdade de ação, as suas capacidades estratégicas e cognitivas.

O aprofundamento do conhecimento teórico em torno da ação coletiva, com recurso a outras abordagens qualitativas, poderá concretizar-se a partir de outras leituras e focos de análise em torno da problemática dos CCI. Uma das leituras interessantes poderá passar pela compreensão das razões e motivações da ação coletiva, em particular das interações e cooperação que se podem ou estabelecer entre os atores. Uma segunda possibilidade de análise poderá centrar-se na compreensão das formas como o capital relacional é percebido e transformado em poder de influência junto dos atores. Outro foco poderá incidir sobre o conhecimento das redes inter e intra-organizacionais, com recurso à análise de redes sociais (ARS), onde será possível caracterizar a rede de actores envolvidos nos CCI na região. Acresce o facto de não termos consigo encetar a segunda fase do método de cenários – a construção de cenários, conforme preconizada por Michel Godet, o que, na nossa visão, poderá ser um caminho a trilhar em investigações futuras.

Contudo, acreditamos que o nosso papel foi cumprido, considerando os propósitos da nossa pesquisa, uma vez que conseguimos alcançar duas leituras: a leitura do sistema, do ponto de vista da sua estrutura funcional (seguindo uma lógica de funcionamento do sistema, identificamos os elementos que o compõem, a sua pertinência e inter-relação); e a leitura da



ação, na perspectiva das estratégias (segundo uma lógica da ação, demos a conhecer a dinâmica do jogo de atores, os recursos e os condicionamentos da ação). Confronto expusemos, consideramos que alcançamos a compreensão das bases de construção necessárias à análise estrutural do sistema e à análise dos jogos de atores.

Concluimos, assim, que o sistema estudado imprime uma «cultura» própria nos CCI (a construção de uma identidade coletiva), condiciona a racionalidade dos atores, influenciando a sua estrutura em termos de estabilidade/instabilidade.

Esperamos que as conclusões da nossa pesquisa possibilitem aos atores, com motivações claras e um papel de destaque nas políticas de CCI, bases para tomada de decisão e negociação coletiva. Neste sentido, a intencionalidade da nossa investigação busca influenciar o comportamento dos atores, com vista a estimular junto destes uma reavaliação e, em certas situações, uma alteração das decisões estratégicas a propósito das políticas a desenvolver no domínio dos CCI.

Para terminar, deixamos a seguinte reflexão:

Cuidar é uma partitura de um conjunto rico de vozes que importa não esquecer, com vista a alcançar uma leitura de conjunto e a uma execução satisfatória (...) o que será da sinfonia se cada músico não tiver em consideração os outros músicos? (Petit, 2004, p.98).

Bibliografia

Abell, P. (1996). Teoria Sociológica e Teoria da Escolha Racial. In Turner, B. S. (Ed), *Teoria Social* (pp. 255-277). Lisboa: DIFEL.

Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI)* (Relatório Final RNCCI 2012). Retirado de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-Implementacao-e-Monitorizacao-RNCCI-2012.pdf>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2014). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI)* (Relatório Anual RNCCI 2013). Retirado de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Monitorizacao-da-RNCCI-2013-Relatorio-Anual_fevereiro-2014_FINAL.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI)* (Relatório Anual RNCCI 2014). Retirado de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-Anual-da-RNCCI-2014.pdf>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2016). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI)* (Relatório Anual RNCCI 2014). Retirado de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relatorio-de-monitorizacao-anual-de-2015.pdf>

Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2011). *Plano Regional de Saúde do Alentejo*. Recuperado em 20 de outubro, 2015 de <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/novidades/Paginas/PlanoRegionalSaude.aspx>

Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2012, março). *Contratualização dos Cuidados Continuados Integrados – Projecto de Incentivo à Qualidade*. (Relatório de Avaliação – 2011, ECR Alentejo).

Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2013). *Perfil Regional de Saúde 2013* [PDF]. Recuperado de http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/PlaneamentoEstrategico/Documents/Perfil_Regional_Saude.pdf

Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2013). *Plano de Atividades 2013* [PDF]. Recuperado de http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/InstrumentosGestao/Documents/Plano%20de%20Atividades/Plano_Actividades_2013.pdf

Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2013). *Relatório de Atividades 2012* (Relatório ARSA) [PDF]. Recuperado de http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/InstrumentosGestao/Documents/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades/Relatorio_Actividades_2012.pdf

Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2014). *Plano de Atividades 2014* [PDF]. Recuperado de http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/InstrumentosGestao/Documents/Plano%20de%20Atividades/Plano_Actividades_2014.pdf

Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2015, janeiro). *Relatório de Atividades 2014* (Relatório ARSA).

Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2016). *Plano de Atividades 2016* [PDF]. Recuperado de http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/InstrumentosGestao/Documents/Plano%20de%20Atividades/Plano_Actividades_2016.pdf

Albuquerque, C. & Oliveira, C. (2002). Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium*, 25. Recuperado de http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm

Alves, N. (2009). *Novos Factos sobre a Pobreza em Portugal*. Boletim da Primavera, Banco de Portugal [PDF]. Recuperado de https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexos/papers/ab200902_p.pdf

Ansah, J., Eberlein, R., Love, S., Bautista, M., Thompson, J., Malhotra, R. & Matchar, D. (2014). Implications of long-term care capacity response policies for an aging population: A simulation analysis. *Health Policy*, 116 (1): 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.006>

Arandelovic, A., Acampora, A., Federico, B., Profili, F., Francesconi, P., Ricciardi, W. & Damiani, G. (2018). The use of preventable hospitalization for monitoring the performance of

local health authorities in long-term care. *Health Policy*, 122(3): 309-314.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.008>

Aron, R. (1994). *As Etapas do Pensamento Sociológico* (3ª ed.). Lisboa: Dom Quixote.

Bas, E. (1999). *Prospectiva. Cómo usar el pensamiento sobre el futuro* (1ª ed.). Barcelona: Ariel.

Beck, U. (1992). *Risk Society. Towards a New Modernity*. London: Sage Publications.

Binstock, R. H. (1996). *The Future of long-term care: social and policy issues*. United States: University Press.

Bion, Jean-Yves (s.d). Analyse du Systèmes d'Acteurs: Diagnostics de Territoires. In *Cahier*, nº1. Retirado de http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1084/CERTU_analyse_acteur_cahier1.pdf?sequence=4

Bomhoff, M., & Friele, R. (2017). Complaints in long-term care facilities for older persons: Why residents do not give 'free advice'. *Health Policy*, 121 (1): 75-81.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.007>

Boudon, R. (1986a). *L'Idéologie: ou L'Origine des Idées Reçues*. Paris: Fayard.

Boudon, R. (1986b). "The Problems of the Philosophy of History", in: *Social Science Information*. Vol 25, No. 4, pp. 861 -80.

Bourdieu, P. (1989). *O Poder Simbólico* (2ª ed.). Lisboa: DIFEL.

Boutinet, Jean-Pierre (1990). *Anthropologie du Projet*. Paris: PUF.

Brüggemann, O. M. & Parpinelli, M. A. (2008). Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42 (3), 563-568. Recuperado de www.ee.usp.br/reeusp/

Campenhoudt, L. V. (2003). *Introdução à análise dos fenómenos sociais*. Lisboa: Gradiva.

Carvalho, M. I. (2006). *Orientações da política de cuidados às pessoas idosas e dependentes - Modelo de cuidados em Portugal e nalguns países europeus*. Odivelas: CIDAE.

Carvalho, M. I. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social* (2ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler.

Chan, H-T., Cheng, S-J., & Su, H-J. (2008). Integrated Care for the Elderly in the Community. *International Journal of Gerontology*. 2 (4): 167-171.
[https://doi.org/10.1016/S1873-9598\(09\)70005-5](https://doi.org/10.1016/S1873-9598(09)70005-5)

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo. (2012). *Retratos do Alentejo* [PDF]. Recuperado de http://www.ccdr-a.gov.pt/docs/desenv_regional/estudos/Retratos_do_Alentejo_DSDR_Nov_2012.pdf

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo. (2014). *Uma Estratégia de Especialização Inteligente para o Alentejo* [PDF]. Recuperado de <http://www.alentejo.portugal2020.pt/index.php/documentacao/category/10-estrategia-regional-de-especializacao-inteligente>

Cohen, P.S. (1976). *Teoria Social Moderna* (2ª ed.). Rio de Janeiro: ZAHAR.

Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Pickard, L. (2003). *European Study of Long-Term Care Expenditure*. Personal Social Services Research Unit. Bulletin, No.14, 28-29.

Comissão Europeia (2005). Comunicação da Comissão relativa à Agenda Social [PDF]. Recuperado de [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/com/com_com\(2005\)0033 / com_com\(2005\)0033_pt.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/com/com_com(2005)0033/com_com(2005)0033_pt.pdf)

Comissão Europeia (2007). People Not Patients: Long-Term Care (LCT) in an Ageing Europe. *European Social Network*. Recuperado de <http://ec.europa.eu/social/home.jsp?langId=en>

Comissão Europeia. (2008a). Joint Report on Social Protection and Social Inclusion. *Social Inclusion, pensions, healthcare and long-term care*. European Commission-Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Comissão Europeia (2008b). Health systems and long-term care for older people in Europe. *European Social Network*. Recuperado de <http://ec.europa.eu/social/home.jsp?langId=en>

Comissão Europeia. (2012). *Relatório Geral sobre a Atividade da União Europeia — 2012*. Retirado de <https://publications.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/4771c98c-fe75-4ed9-a888-a3b19f6222ea/language-pt/format-PDF/source-72198690>

Comissão Europeia. (2013). *Compreender as políticas da União Europeia «Europa 2020»: a estratégia europeia de crescimento*. Recuperado em 3 de janeiro, 2015 de https://europa.eu/european-union/topics_pt

Comissão Europeia (2014a). *Portugal 2020: Acordo Parceria 2014-2020* [PDF]. Recuperado de https://www.portugal2020.pt/Portal2020/Media/Default/Docs/1.%20AP_Portugal%202020_28julho.pdf

Comissão Europeia (2014b). *Compreender as Políticas da União Europeia: Saúde pública*. Retirado de https://europa.eu/european-union/topics_pt

Comissão Europeia (2016). *Documento de trabalho dos serviços da comissão*. (Relatório relativo a Portugal 2016 que inclui uma apreciação aprofundada sobre a prevenção e a correção de desequilíbrios macroeconómicos). Retirado de <https://infoeuropa.euocid.pt/registo/000070335/>

Comissão Europeia. (2016). Recuperado em 5 de maio de 2016, de http://ec.europa.eu/portugal/home_pt

Comte, A. (1825). Cours de philosophie positive: première leçon. In *La science sociale*, p. 125-126.

Corcuff, Philippe (1997). *As Novas Sociologias*. Sintra: VRAL.

Costa-Font, J., Wittenberg, R., Patxot, C., Comas-Herrera, A., Gori, C., di Maio, A., Pickard, L., Pozzi, A., & Rothgang, H. (2008). *Projecting Long-Term Care Expenditure in Four European Union Members States: The Influence of Demographic Scenarios*. Soc. Indic Res 86, 303-321.

Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.

Cruz-Jentoft, A. J., Franco, A., Sommer, P., Baeyens, J.P., Jankowska, E., Maggi, A., Ponikowski, P., Rys, A., Szczerbinska, K., & Milewics, A. (2008). *European Silver Paper on the Future of Health Promotion and Preventive Actions, Basic Research, and Clinical Aspects of Age-Related Disease*. European Summit on Age-related Disease. Wroclaw.

Cruz, B. Da (1995). *Teorias Sociológicas. Os Fundadores e os Clássicos (Antologia de Textos)* (2ª ed., Vol. 1). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Decreto-Lei n.º 281/2003. (2003). *Diário da República I Série - N.º 259 (8-11-2003)*.

Decreto-Lei n.º 56/2006. (2006). *Diário da República I Série - A. N.º 53 (15-03-2006)*, 1913-1915.

Decreto-Lei N.º 101/2006. (2006). *Diário da República I Série - A. N.º 109 (6-05-2006)*, 3856-3865.

Decreto-Lei n.º 8/2010. (2010). *Diário da República I Série. N.º 19 (28-01-2010)*, 257-263.

Decreto-Lei n.º 22/2011. (2011). *Diário da República I Série. N.º 29 (10-02-2011)*, 716-723.

Decreto-Lei n.º 52/2012 (2012). *Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República, I Série. N.º 172 (5-09-2012)*, 5119-5124.

Decreto-Lei n.º 136/2015 (2015). *Diário da República, I série. N.º 145 (28-07-2015)*, 5081-5091.

Denieuil, Pierre-Noel (org.) (1997). *Lien Social et Développement Économique*. Paris: Harmattan.

Despacho Conjunto n.º 407/98 (1998). *Diário da República II Série. N.º 138 (15-05-1998)*, 8328-8332.

Despacho n.º 19040/2006. (2006). *Diário da República, II Série. N.º 181 (19-09-2006)*, 19247-19248.

Despacho n.º 3020/2011. (2011). *Diário da República, II Série. N.º 30 (11-02-2011)*, 7761-7762.

Despacho n.º 7968/2011 (2011). *Diário da República, II Série. N.º 107 (2-06-2011)*, 23838.

Despacho n.º 8190/2013 (2013). *Diário da República, II Série. N.º 119 (24-06-2013)*, 19806-19807.

Despacho 9635/2013 (2013). *Diário da República, II série. N.º 140 (23-07-2013)*, 23164-23164.

Despacho 8286-A/2014. (2014). *Diário da República 1º Suplemento, Série II. N.º 120 (25-06-2014)*, 16528-(2) - 16528-(2).

Despacho 10429/2014 (2014). *Diário da República, II Série. N.º 154 (12-08-2014)*, 20826-20827.

Despacho 11420/2014. (2014). *Diário da República, II Série. N.º 175 (11-09-2014)*, 23665-23666.

Despacho n.º 201/2016 (2016). *Diário da República, II Série. N.º 4 (7-01-2016)*, 571-573.

Direção-Geral da Saúde. (2016). Portal da Estatística da Saúde. Recuperado em 5 de maio, 2016, de <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2016). Dashboard. Recuperado em 5 de maio, 2016, de <http://www.dgs.pt/dashboard/>

Donati, P. (2007). *Che cos'è la sociologia relazionale? Breve itinerario di conoscenza della teoria relazionale in sociologia*. Bologna: Autor.

Donnelly, N-A., Humphries, N., Hickey, A., & Doyle, F. (2017) . “We don’t have the infrastructure to support them at home”: How health system inadequacies impact on long-term care admissions of people with dementia. *Health Policy*, 121 (12): 1280-1287. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.020>

Duarte, S. F. C. (2010). Continuidade em Cuidados Domiciliários: O Papel do Enfermeiro. (Tese de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa, Lisboa). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/12423703.pdf>

Durkheim, É. (1977). *A Divisão do Trabalho Social I*. Lisboa: Editorial Presença.

Durkheim, É. (2010). *As Regras do Método Sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.

Elias, N. (2004). *A Sociedade de Indivíduos* (2ª ed.). Lisboa: Dom Quixote.

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro*. Évora: CICTIS [PDF]. Recuperado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/CSC1.pdf>

European Commission (2012). *The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies* (European Economy 4). [PDF]. Recuperado de https://europa.eu/epc/sites/epc/files/docs/pages/2012_ageing_report_en.pdf

Eurostat (2009). *Health*. Recuperado em 12 de março, 2015 de <http://ec.europa.eu/eurostat>

- Eurostat (2015). *Eurostat regional yearbook 2015*. Luxemburgo: União Europeia. (pp.3-307). [PDF] Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7018888/KS-HA-15-001-EN-N.pdf>
- Eymard-Duvernay, François (1999). Les Compétences des Acteurs dans les Réseaux. In Callon, M. R., *Réseau et Coordination*. Paris: Economica. pp. 153-168.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Celta: Lisboa.
- Fernandes, A. A. (2003). *Do Envelhecimento Demográfico às políticas públicas de protecção social*. Lisboa: Celta.
- Ferreira, F. A. G. (1990). *Moderna Saúde Pública* (6ª ed) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fillieule, Olivier e Péchu (1993). *Lutter Ensemble. Les Théories de l'Action Collective*. Paris: Harmattan.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. (1ª ed.) Lisboa: Monitor.
- Forder, J., & Caiels, J. (2011). Measuring the outcomes of long-term care. *Social Science & Medicine*, 73 (12): 1766-1774. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.09.023>
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação - Da concepção à realização* (5ª ed.) Loures: Lusociência.
- Fortin, R. (2005). *Compreender a Complexidade. Introdução a O Método de Edgar Morin*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Freitas, M., Resende, J. M., & Santos, M. J. (2012). A responsabilidade social e os clusters entremeio às políticas para o sector da saúde. In *Actas do XII Congresso Português de Sociologia*, Porto: Associação Portuguesa de Sociologia. Recuperado de http://historico.aps.pt/vii_congresso/papers/finais/PAP1325_ed.pdf
- Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica. Fundamentos, Métodos e Técnicas* (3ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Friedberg, E. (1993). *O Poder e a Regra. Dinâmicas da Acção Organizada*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gaudin, J. P. e Novarina, G (1997). *Politiques Publiques et Négociation: Multipolarités, Flexibilités, Hiérarchies*. Paris: CNRS Éditions.

- Gauthier, B. (org.) et al. (2003). *Investigação Social. Da Problemática à colheita de Dados* (3ª edição). Loures: Lusociência.
- Gemito, L., Escola, S., Silva, C. & Massapina, I. (2007). Cuidados Continuados: uma Prioridade em Saúde?. *Economia e Sociologia*, 83: 67-84. ISSN: 0870-6026
- Geoffrion, P. (2003). O grupo de discussão. In Gauthier, Benoît et al. (Eds), *Investigação Social. Da Problemática à colheita de Dados* (3ª ed., pp. 319-344). Loures: Lusociência.
- Giddens, A. (2000). *Dualidade da Estrutura. Agência e Estrutura* (1ª ed.). Oeiras: Celta.
- Giddens, A. (1996). *Novas Regras do Método Sociológico* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Giraud, C. (1994). *Concepts d'une sociologie de l'action: introduction raisonnée*. Paris: Harmattan.
- Godet, M. (s/d). *A Caixa de Ferramentas da Prospectiva Estratégica – Problemas e Métodos*. Lisboa: CEPES.
- Godet, M. (1993). *Manual de Prospectiva Estratégica: da antecipação à acção*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Gonçalves, S. (2010). Cuidados Continuados. In Simões, Jorge (Ed.), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*. Coimbra: Almedina.
- Gualini, E. (2001). *Planning and the Intelligence of Institutions*. Grã-Bretanha: Ashgate.
- Guerra, I., Caldas, J., Caria, F., Moura, Dulce, Perestelo, M. & Pinto, T. (1999). *A Baixa Pombalina. Diagnóstico, Prospectiva e Estratégia de Atores*. Oeiras: Celta.
- Guerra, I. (2000). Reflexões sobre os métodos e técnicas de planeamento: acção colectiva e “jogo estratégico de actores”. In *IV Congresso Português de Sociologia*. (pp. 1-7). Recuperado de https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462e0955138a2_1.pdf
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia da Acção – O Planeamento em Ciências Sociais* (2ª ed.). Estoril: Príncípa.
- Guerra, I. (2006a). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso* (1ª ed.). Estoril: Príncípa.
- Guerra, I. (2006b). *Participação e Acção Colectiva – Interesses, conflitos e consensos* (1ª ed.). Estoril: Príncípa.

Guillemard, A. (1986). *Le Déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*. Paris: PUF.

Habermas, J. (1987). *Teoria de la acción comunicativa I - Racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Taurus.

Hespanha, P. H. & Hespanha, M. J. (2011). O Papel das Redes Sociais nas Políticas Sociais. O caso da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. In Portugal, S. & Martins, P. H. (Org). *Cidadania, Políticas Públicas e Redes Sociais*. (pp. 83-104). Coimbra: Imprensa da Universidade.

Honoré, B. (2004). *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. [PDF]. Recuperado de http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf

Instituto Nacional de Estatística (2003). *Portugal Social 1991-2011*. [PDF]. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=130586&PUBLICACOESstema=00&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Censo 2011 XV Recenseamento Geral da População, Resultados Definitivos, Portugal e NUTS*. Recuperado em 7 de janeiro, 2013, de <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Estatísticas Demográficas 2014*. Recuperado em 13 de março, 2015 de <http://www.ine.pt>

Kodner, D. (2006, October). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Health Care Quarterly*, volume, 13, 6-15. Recuperado de <http://www.healthcarequarterly.com>

Landry, R. (2003). A Análise de Conteúdo. In Gauthier, Benoît et al. (Eds). *Investigação Social. Da Problemática à colheita de Dados* (3ª Ed., pp. 345-372). Loures: Lusociência.

Lessard-Hèbert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (2010). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lloyd-Sherlock, P. (2014). Beyond Neglect: Long-term Care Research in Low and Middle Income Countries. *International Journal of Gerontology*. 8 (2): 66-69. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2013.05.005>

Long-Term Care for Older People (2005). Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. OCDE.

Long-Term care in the European Union (2008). European Commission-Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Lopes, M. *et al* (2010). Plano Nacional De Saúde 2011-2016. *Cuidados Continuados Integrados em Portugal: analisando o presente, perspectivando o futuro*. Évora: Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde (CICTS).

Louro, M. C. C. M. (2009). Cuidados Continuados no Domicílio. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26337/2/tese%20doutoramento%20revista.pdf>

Mann, P. (1991). *L'Action Collective. Mobilisation et Organisation des Minorités Actives*. Paris: A. Colin.

Martins, A. C. (s/d). *Medicina Curativa, Medicina Paliativa, Regimes de Acção e Modalidades de Constituição do Laço Social entre Médico e Doente: Uma Breve Abordagem*. Recuperado de <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/736/1/Medicina%20curativa%2C%20medicina%20paliativa%2C%20regimes%20de%20ac%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Martins, A. C. (2012). A medicina paliativa como medicina de proximidade. Suspensão dos julgamentos gerais e acção médica em regime de familiaridade (Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa). Recuperado de https://run.unl.pt/bitstream/10362/5295/1/TESE_Final.pdf

Melucci, A. (1996). *Challenging Codes: Collective Action in Information Age*. Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge.

Melucci, A. (2001). *A Invenção do Presente: Movimentos Sociais nas Sociedades Complexas*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.

Mendes, R. (2008, abril). História dos Conceitos de Saúde e Doença. *Revista Nursing*, 231, Recuperado de <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3298-historia-dos-conceitos-de-saude-e-de-doenca#.WVZ1y4WcFy2>

Nazareth, J. (1979). *O Envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Presença.

Neves, I. C. D. (2011). *Integração e Continuidade de Cuidados*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro.

Neveu, E. (1996). *Sociologie des Mouvements Sociaux*. Paris: La Découverte.

Nogueira, J.M. de A. (2009). *Cuidados Continuados. Desafios*. Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [PDF]. Recuperado de www.rncci.min-saude.pt/.../cuidados_continuados_desafios_final.pdf

Nóvoa, A. (1991). *Ciências da Educação e Mudança*. Porto: Sociedade Portuguesa de Educação.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2000). *O estado da Saúde e a Saúde do Estado. Relatório de Primavera 2002* [PDF]. Recuperado de www.esesjd.uevora.pt/content/download/205/.../RelatorioPrimavera2002_OPSS.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002). *O estado da Saúde e o Saúde do Estado. Relatório de Primavera 2002* [PDF]. Recuperado de http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2002_OPSS.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003). *Saúde: que rupturas? Relatório Primavera 2003* [PDF]. Recuperado de http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2003_OPSS.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011). *Da Depressão da Crise para a Governação Prospectiva da Saúde. Relatório de Primavera 2011* [PDF]. Recuperado de http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2014). *Saúde. Síndrome de Negação. Relatório de Primavera 2014* [PDF]. Recuperado de <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2014.pdf>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Acesso aos Cuidados de Saúde: um direito em risco? Relatório de Primavera 2015* [PDF]. Recuperado de <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2015.pdf>

OECD (2007). *Long-term care: a complex challenge*. OECD Publishing.

OECD (2006). OECD. Economic Surveys: Portugal 2006. Recuperado de https://read.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-portugal-2006_eo_surveys-prt-2006-en#page1

OECD (2005). *Long-term care for older people*. OECD Publishing.

Olsen, E. & Novelli, B. (2006). AARP European Leadership Study: European Experiences with Long-Term Care France, the Netherlands, Norway, and the United Kingdom. AARP European Leadership Study.

Organização das Nações Unidas (2009). *World Population Ageing 2009*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division.

Parsons, T. (1949). *The Structure of Social Action*. (2ª ed.), Nova York: Free Press.

Penkunas, M., Eom, K., & Chan, A. (2017). Classification trees for identifying non-use of community-based long-term care services among older adults. *Health Policy*, 121 (10): 1093-1099. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.05.008>

Perestrelo, Margarida e Caldas, José Maria Castro (1996). Estratégia de Actores. *Prospectiva e Avaliação, Sociologia Problemas e Práticas*, 22, pp.81-94.

Perestrelo, Margarida (2000), *Prospectiva: Planeamento Estratégico e Avaliação* [PDF]. Recuperado de http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e0a77b4aca_1.PDF

Perestrelo, M. e Caldas, J. M. C. (2000), *Instrumentos de Análise para o Método dos Cenários II - Estratégia de atores* [PDF]. Recuperado de http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/467/4/DINAMIA_WP_1998-09.pdf

Perista, H. (1993). *Older people in Portugal*. Eurolink Age. CESIS.

Pescada, S. (2006). Pontos e Contrapontos na abordagem ao Estudo de Caso: Contribuições para a sua aplicabilidade. *Desenvolvimento e Sociedade*, 1, 147-155. Recuperado de http://www.revistas.uevora.pt/index.php/desenvolvimento_sociedade/article/view/168

Petit, C. (2004). Cuidar neste mundo: Uma exigência da humanidade. In Hesbeen, W. (Ed.), *Cuidar neste mundo*. (87-102). Loures: Lusociência.

Pires, R. P. (2012) O Problema da Integração. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XXIV, 55-87. Recuperado de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10758.pdf>

PORDATA (2014, abril). *Retrato de Portugal PORDATA, Edição 2014* [PDF]. Recuperado de <file:///C:/Users/Susana/Downloads/RETRATODEPORTUGAL2014.pdf>

PORDATA. (2015, outubro). *Retrato de Portugal PORDATA, Edição 2015* [PDF]. Recuperado de <file:///C:/Users/Susana/Downloads/RETRATODEPORTUGAL2015.pdf>

Portaria n.º 1087 – A/2007. (2007). *Diário da República I série. N.º 171 (5-09-2007)*, 6320-(2)-6320-(5).

Portaria n.º 578/2009. (2009). *Diário da República I série. N.º 105 (01-06-2009)*, 3402 – 3422.

Portaria n.º 220/2011. (2011). *Diário da República I série. N.º 106 (1-06-2011)*, 3020-3022.

Portaria n.º 41/2013. (2013). *Diário da República I série. N.º 23 (01-02-2013)*, 638-639.

Portaria n.º 174/2014. (2014). *Diário da República I série. N.º 174 (10-09-2014)*, 4865-4882.

Portaria n.º 343/2015. (2015). *Diário da República I série. N.º 199 (12-10-2015)*, 8815-8831.

Portugal. Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Política e Estratégia da Qualidade - Março 2009* [PDF]. Recuperado de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Politica-e-Estrategia-da-Qualidade-Marco-2009.pdf>

Portugal. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2010, abril). *Três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Resumo Executivo. Lisboa: UMCCI.

Portugal. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (1997). *A saúde dos portugueses*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde (1998). *Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século (1998-2002)*. Orientações para 1998. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-geral da Saúde. (2002). *Ganhos em Saúde em Portugal: Ponto de situação* (Relatório do diretor geral e alto comissário da saúde) [PDF]. Recuperado de

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/ganhos-de-saude-em-portugal-ponto-da-situacao-relatorio-do-director-geral-e-alto-comissario-da-saude.aspx>

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2004, setembro). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas* [PDF]. Recuperado de <http://www.dgs.pt/publicacoes/documentos-dgs.aspx?v=97b525ce-f61b-4fb7-9f8b-cd72a04a1ae9>

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. (2014, julho). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Cuidados Continuados Integrados* [PDF] Recuperado de <http://pns.dgs.pt/roteiros-de-intervencao-do-plano-nacional-de-saude/>

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. (2015, maio). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020* [PDF]. Recuperado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde (2016, março). *Portugal. Saúde Mental em Números – 2015* (Relatório DGS, 2015). Retirado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>

Portugal. Ministério da Saúde. *ProfissionalSaude*. Recuperado em 05 de maio, 2016, de www.sns.gov.pt

Portugal. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2016). *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019* [PDF]. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019-Ofi%CC%81cial-Anexo-III.pdf>

Portugal. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2014). *Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos* [PDF]. Recuperado de <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial.pdf>

Quaresma, M. (org.) (2004). *O Sentido das Idades da Vida. Interrogar a solidão e a dependência*. (1ªed). Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.

Rede Europeia Anti-Pobreza (2015). *Indicadores sobre a Pobreza. Dados Europeus e Nacionais*. Porto: EAPN.

Resolução do Conselho de Ministros nº59 (2002). *Diário da República Série I-B N.º 69* (22-03-2002), 2752 – 2754.

Reynaud, Jean-Daniel (2004). *Les Règles Du Jeu. L'action collective et la régulation sociale* (3ª ed.). Paris: Armand Colin.

Ribeiro, J. F. (2008). *Sistémica e Prospectiva – Um breve apontamento*. Lisboa: Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais [PDF]. Recuperado de http://www.dpp.pt/pages/files/serie_prospectiva_1.pdf

Ribeiro, A. C. (2014). *Contabilidade de custos na definição de tabelas de preços. Custeio de uma unidade de cuidados continuados* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Porto. Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17694/1/2014%2002%2028%20Ana%20Ribeiro.pdf>

Robertson, Ann (1997). *Beyond Apocalyptic Demography: Towards a Moral Economy of Interdependence*. In *Ageing and Society* (pp. 425-446). Cambridge: University Press.

Rocher, G. (2012). *Sociologia Geral. A Organização Social*. (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Rodrigues, R., Trigg, L., Schmidt, A., & Leichsenring, K. (2014). The public gets what the public wants: Experiences of public reporting in long-term care in Europe. *Health Policy*, 116 (1): 84-94. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.12.012>

Rosa, M. (1996). O envelhecimento e as dinâmicas demográficas da população portuguesa a partir de 1960: dos dados ao dilema. In Barreto, A. (org.). *A situação social em Portugal 1960-1995* (pp. 191-214). Lisboa: ICS.

Sakellarides et al. (2007). *O Futuro do Sistema de Saúde Português: Saúde 2015* [PDF]. Recuperado de www.qren.pt/download.php?id=76

Santana, R. & Costa, C. (2008, março). Integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 29-56. Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19698/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202008%20-%20V.%20Tematico%20n7a02%20-%20p.29-56.pdf>

Saragoça, J. (2010). *Governo Electrónico Local: Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Actores e Futuros Possíveis* (Tese de Doutoramento). Universidade de Évora, Évora.

Saragoça, J., Silva, C. A. Da & Fialho, J. (Ed.) (2017). *Prospetiva Estratégica. Teoria, Métodos e Casos Reais*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>
- Scott, K. & Webb, M. (2014). *Long-Term Caring. Residential, home and community aged care*. Mosby Australia: Elsevier. ISBN: 9780729541916
- Segre, M. & Ferraz, F.C. (1997). O Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5): 538-42. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>.
- Silva, C. (2002). A Problemática dos Domiciliados Crônicos e sua Acessibilidade à Prestação de Cuidados de Saúde. *Atas do Colóquio Internacional Saúde e discriminação social*. (pp. 35-46). Universidade do Minho - Instituto de Ciências Sociais. ISBN: 972-98542-1-4
- Sousa, J. (2007). Deficiência, cidadania e qualidade social. Por uma política de inclusão das pessoas com deficiências e incapacidades. Integração das pessoas com deficiência. *Cadernos Sociedade e Trabalho*, 8, 38-57.
- Stoopendaal, A., & Bal, R. (2013). Conferences, tablecloths and cupboards: How to understand the situatedness of quality improvements in long-term care. *Social Science & Medicine*, 78: 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.037>
- Suter, E., Scott, C., Smyth, L. (2009, October). All together now. A conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*, 13, 16-23. Recuperado de <http://www.healthcarequarterly.com>
- Touraine, A. (1973). *Production de la Société*. Paris: Seuil.
- Touraine, A. (1996). *O Retorno do Actor. Ensaio sobre Sociologia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Touraine, A. (2005). *Um Novo Paradigma. Para Compreender o Mundo de Hoje*. Lisboa: Instituto Piaget.
- União Europeia. (2016). Saúde, Recuperado em 2 de fevereiro, 2016 de https://europa.eu/european-union/topics/health_pt
- Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas. (2011). *Relatório Directório de Competências, Necessidades Formativas, Bases para o Plano de Formação*. (Projeto Identificar as Necessidades de Formação em Cuidados Continuados Integrados). Retirado de www.observatorio.pt/download.php?id=840

Veiga, C. (2006). *As Regras e as Práticas*. (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho, Braga.

World Health Organization (1988). *Priority research for health for all*. Copenhagen: WHO.

World Health Organization (2000). *Health Systems: Improving Performance* [PDF]. Recuperado de http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1


World Health Organization (2004). *The World Health Report 2004. Changing history* [PDF]. Recuperado de http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf

World Health Organization (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020* [PDF]. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=B96C1B514F9D3DB424BB102861E4697C?sequence=1

Yin, R. (1994). *Estudo de caso: procedimentos e métodos* (2ªed.). Porto Alegre: Bookman.




Apêndices



Apêndice I - Operacionalização da investigação: das questões de investigação às hipóteses

Questões operacionais	Objetivos	Hipóteses
P1: Quais as dinâmicas passadas e atuais do sistema de CCI em estudo.	O1: Conhecer os mecanismos e os fatores de evolução passada e atual sistema de CCI na Região do Alentejo.	H1: O investimento nos cuidados continuados integrados em contexto domiciliário e na comunidade foram insuficientes para reforçar a oferta de serviços com níveis de qualidade e acesso mais eficientes e ajustados ao perfil da população. H2: As políticas em matéria de CCI apontam para um reforço das respostas existentes e para uma diferenciação nas respostas/cuidados.
P2: Quais as variáveis-chave que caracterizam o sistema de CCI em estudo?	O2: Identificar as variáveis-chave do sistema de CCI na Região do Alentejo.	H3: A estabilidade do sistema depende fortemente das imposições do seu ambiente externo. H4: O sistema de CCI na região do Alentejo é fortemente determinado por variáveis relativas à demografia, ao financiamento, à governação integrada de cuidados e à gestão e liderança.
P3: Quais as estratégias dos principais atores do sistema de CCI em estudo?	O3: Conhecer o perfil dos principais atores e a sua função no sistema de ação concreto. O4: Compreender os mecanismos através dos quais são formuladas as estratégias dos atores-chave.	H5: Os atores-chave do sistema são as equipas de coordenação e os prestadores de cuidados, as administrações regionais dos setores de saúde e segurança social, as entidades públicas prestadoras de cuidados hospitalares e primários, o terceiro setor, os cuidadores informais e os utentes. H7: As estratégias dos atores do sistema de CCI dependem do seu posicionamento no sistema, da relação de forças que estabelecem, bem como da sua implicação e convergência em torno dos objetivos.
P4: Quais são os “futuros possíveis” para o sistema de CCI na perspetiva dos atores chave?	O5: Identificar os “futuros possíveis” para os CCI na região do Alentejo. O6: Formular as recomendações estratégicas para o processo de planeamento dos CCI na Região do Alentejo.	H8: O futuro dos CCI na região do Alentejo depende, quer das estratégias dos atores implicados e do respectivo jogo de forças, quer de acontecimentos exógenos determinados. H9: As perspetivas dos atores face ao futuro do sistema são unânimes quanto ao seu reforço e à sua continuidade, sendo que a sua concretização depende de fatores como o investimento nas respostas comunitárias, a liderança e a gestão e a governação integrada.

Fonte: autoria própria



Apêndice II - Formulação dos pedidos de autorização do estudo: pedido de autorização pela Investigadora e pelo Diretor do Curso de Doutorado.

Exmo. Sr.
Dr. José Alberto Noronha Marques Robalo
Presidente do Conselho Directivo da ARS Alentejo, IP
Largo do Jardim do Paraíso, nº 1, 7000-864 Évora

Évora, 07 de janeiro de 2014

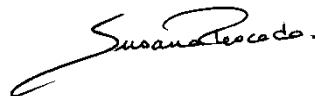
Assunto: Pedido de autorização de um estudo conducente à tese de doutoramento em Sociologia

Sou doutoranda do Curso de Doutoramento em Sociologia do *Instituto de Investigação e Formação Avançada (IIFA)* da Universidade de Évora e investigadora do CesNova - Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa e pretendo desenvolver a minha tese de doutoramento no âmbito da Rede de Cuidados Continuados Integrados, cujo objetivo central passa pela elaboração de cenários prováveis de evolução dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) na Região do Alentejo, para o horizonte temporal de 2020.

Solicito, desta forma, a V. Exa. a apreciação do documento explicativo do projecto, em anexo, e a respectiva autorização para a sua concretização.

Fico, entretanto, a aguardar por uma resposta de V. Exa., estando disponível para prestar outros esclarecimentos que julgue necessários.

Cumprimentos cordiais,



Susana Pescada

Doutoranda do Curso de Doutoramento em Sociologia da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora e investigadora colaboradora do CesNova - Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa.

Contactos: 91 578 3438 / 96 8742321; pescadasusana@gmail.com



Exmo. Sr.

Dr. José Alberto Noronha Marques Robalo

Presidente do Conselho Directivo da ARS Alentejo, IP Largo
do Jardim do Paraíso, nº 1, 7000-864 Évora

Assunto: Pedido de autorização e apoio logístico para a realização de um estudo conducente à tese de Doutoramento em Sociologia.

Na qualidade de Diretor do Curso de Doutoramento em Sociologia do Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora, venho solicitar a devida autorização de V.Ex^a para conceder o apoio logístico para a realização de um estudo intitulado de “*As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Actores e Futuros Possíveis*”, conducente à tese de doutoramento a efectuar pela mestre Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada, doutoranda nº. 8876.

Mais informo que o estudo tem como objetivo central a elaboração de cenários prováveis de evolução das lógicas de organização dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) na Região de Saúde do Alentejo, para o horizonte temporal de 2020. Na perspetiva da direção do curso do doutoramento, trata-se de um estudo inédito no campo da Sociologia cuja concretização, através da aplicação de metodologias e técnicas prospectivas, permitirá identificar e compreender, no quadro dos olhares sociológicos, os eventuais vetores de “optimização”, “sustentabilidade” e “mudança organizacional” dos CCI na Região de Saúde do Alentejo, mapeando deste modo, de forma direta e indireta, a evolução “positiva” deste tipo de cuidados na região.

Na expectativa de uma resposta positiva e interesse de V.Ex^a em acolher e conceder a autorização e apoio logístico ao estudo em causa, subscrevo com elevada consideração.


Com os melhores cumprimentos,

Universidade de Évora, 07 de
Janeiro de 2014

O Diretor do
Curso

Carlos Alberto da
Silva

Contacto: Professor Doutor Carlos Alberto da Silva | Diretor do Curso de Doutoramento em Sociologia, IIFA, Univ. Évora | Diretor do Departamento de Sociologia da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora | Largo dos Colegiais, nº 2, 7002-554 Évora | Tel: 266740805 | e-mail: casilva@uevora.pt



Apêndice III – Carta de Explicação do Estudo e do Consentimento



Projeto de Doutoramento em Sociologia

Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora

Investigadora: Susana Pescada

1) Protocolo de Investigação

Título: As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Actores e Futuros Possíveis.

Investigadora Responsável: Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada¹⁹⁵

Entidade de origem: Instituto de Investigação e Formação Avançada (IIFA) da Universidade de Évora.

Curriculum Vitae:

DADOS PESSOAIS

SUSANA SOARES PINHEIRO VIEIRA PESCADA

Portuguesa, natural da Sé – Porto, em 19 de Julho de 1979.

Casa S. Gonçalo, Caminho da Eira s/n, Fontainhas-Norte, Ferreiras – Albufeira

915783438/ 968742321; pescadasusana@gmail.com

Cartão de cidadão nº 11556516 7 zz4

FORMAÇÃO

- Doutoranda em Sociologia. Instituto de Investigação e Formação Avançada. Universidade de Évora. Desde Outubro de 2011. Componente curricular concluída, com classificação final de 17 valores.
- Mestre em Serviço Social. Universidade Católica Portuguesa. Conclusão em 2009. Classificação Muito Bom (Pré-Bolonha).
- Licenciada em Sociologia. ISCTE. Conclusão em 2002. Classificação Bom (14 valores).

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- **2002–2006 Associação In Loco**

Cargo: Técnica de Desenvolvimento Local

Principais actividades: Apoio à população local no desenvolvimento de acções de animação sociocultural; Organização e gestão de eventos de carácter social e formativo. Responsável pela gestão e organização da formação e dos processos pedagógicos. Responsável pelo diagnóstico e

¹⁹⁵ Doutoranda da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora e investigadora do Centro de Estudos Sociais da Universidade Nova de Lisboa (CesNova).

análise do perfil dos candidatos e respectivo encaminhamento para os diferentes percursos de formação e qualificação.

- **2006–2011 Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve**

Cargo: Docente

Principais actividades: Responsável pelo ensino das unidades curriculares de Sociologia e Metodologias de Investigação.

- **2009. SOCIUS – Centro De Investigação Em Sociologia Económica e Das Organizações. ISEG – Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa**

Cargo: Investigadora

Principais actividades: Membro da equipa de investigação do Projecto «*AQUIMED – Participatory design of adaptative groundwater management strategies in instruments in mediterranean coastal water scarce areas as a response to climate change*».

- **2008–2012 Escolas Secundárias (Tavira, Viana do Castelo e Silves)**

Cargo: Técnica de Formação e Orientação Vocacional.

Principais actividades: Responsável pelo diagnóstico e análise do perfil dos candidatos e respectivo encaminhamento para os diferentes percursos de formação e qualificação (identificar as necessidades de formação e incentivar o desenvolvimento das competências pessoais, profissionais e sociais dos adultos); Responsável pelo acompanhamento e orientação de adultos na construção de portefólios reflexivos de aprendizagens, através de metodologias biográficas especializadas, tais como o balanço de competências e a abordagem biográfica/histórias de vida; Responsável pela gestão e organização da formação e dos processos pedagógicos. Responsável pelos registos na Plataforma SIGO.

QUALIFICAÇÕES E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

- **Pós-Graduação em Geriatria e Gerontologia** [Universidade Autónoma de Lisboa – Instituto de Formação Continuada em Saúde (IFCS)] (conclusão em 2005, com classificação final de 19 valores).
- **Estágio realizado na Universidade Aberta para a Terceira Idade (UNATI), Programa de Extensão da Sub-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, sob a supervisão da Prof.^a Doutora Célia Pereira Caldas, completando um total de 50 horas de actividades (conclusão em 2005).
- **Formação Pedagógica Inicial de Formadores** (conclusão em 2005).
- **Formação de Mediação de Conflitos** [Associação de Mediadores de Conflitos] (conclusão em 2005).
- **Experiência como formadora nas seguintes áreas de formação:** Pobreza e Exclusão Social/Diagnósticos organizacionais/Júris de Certificação nos Centros Novas Oportunidades/ Balanços de Competências/Diagnósticos e Análise de Perfis Profissionais e Formativos/ Avaliação de Competências/ Construção de Portefólios (2006-2010).
- **Membro do Júri das Provas de Aptidão Tecnológica (PAT)** do Curso Tecnológico de Acção Social [Escola Secundária de Albufeira] (2007-2009).
- **Participação em Seminários de Formação** - O Acolhimento dos Candidatos; Técnicas de Comunicação e de Relação Interpessoal; A exploração do perfil do candidato; Abordagem das

Histórias de Vida e o Reconhecimento de Competências; Reflexão sobre o conceito de Competência; Avaliação e Validação das competências dos candidatos. (2002-2011).

- **Participação nas reuniões de Acompanhamento e Monitorização dos Centros Novas Oportunidades** promovidos pela Agência Nacional para a Qualificação, I.P., Direcção Regional de Educação do Algarve e Delegação Regional do Instituto e Formação Profissional, I.P.(2010-2011)
- **Participação no V Congresso Ibero – Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde “Circulação de Saberes e desafios em saúde”.** [ISCSP – Universidade Técnica de Lisboa]. (11 e 13 de Outubro de 2012)
- **Participação no II Curso Internacional de Verão - “Prospetiva Estratégica: Olhares de Futuro sobre Cooperação e Redes de Atores em Territórios Transfronteiriços”** [Universidade de Évora] (conclusão em 2012).
- **Participação na Escola temática «Estudar as Redes Sociais»** [Universidade de Toulouse](conclusão em 2012).

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- Sócia nº1926 da Associação Portuguesa de Sociologia.
- Conhecimentos razoáveis de Inglês e Francês.
- Bons conhecimentos de informática (Microsoft Office).

Introdução

A presente investigação surge no âmbito do programa de Doutoramento em Sociologia da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora, e tem como objectivo central a elaboração de cenários prováveis de evolução dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) na Região do Alentejo, para horizonte temporal de 2020, tendo em conta as dinâmicas actualmente em curso nos CCI.

Face às alterações demográficas (envelhecimento progressivo), do padrão de morbilidade (aumento de doenças crónicas e incapacitantes) e da estrutura familiar e social (novas formas de organização familiar, frágeis redes de vizinhança), a problemática dos CCI tem vindo, nos últimos anos, a ocupar um lugar privilegiado no domínio das políticas públicas e no conhecimento científico, ao demonstrar a sua particular importância quanto à sua sustentabilidade, equidade territorial, avaliação e qualidade, monitorização e modos de governação. As estratégias e as recomendações vindas de documentos oficiais e de pesquisas de âmbito nacional e internacional evidenciam que os desafios são bastante significativos, cuja solução passa por arranjos e ações futuras comuns, razão pela qual se justifica relançar um olhar sociológico e prospectivo sobre o sistema de CCI.

À semelhança de outros estudos de prospectiva, a nossa pesquisa assumirá um contributo valioso para o conjunto de actores e *stakeholders* a serem seleccionados no sistema a estudar. As vantagens de um estudo prospectivo como o nosso, a ser aplicado num determinado território local ou regional, contribuirá certamente para apoiar os diferentes actores do sistema na (re) construção das suas acções estratégicas, potenciando, dessa forma, a partilha de visões, esforços e estratégias colectivas de intervenção, ponderando e configurando “futuros possíveis” para a região em causa. Acresce que o conhecimento científico que resultará desta investigação servirá para informar as políticas, para fortalecer a rede e mobilizar os actores no planeamento de acções estratégicas concertadas e participadas.

Metodologias

Este estudo será metodologicamente orientado pelas designadas metodologias prospectivas, que visam desenvolver a capacidade de orientar os vectores de mudança a partir de decisões conscientes sobre os cenários de evolução prováveis e possíveis. Assim, o objectivo desta investigação passa por identificar os vectores de mudança dos CCI naquela região, bem como os agentes implicados, nomeadamente aqueles cujas decisões podem influenciar de forma directa e indirecta a evolução deste tipo de cuidados naquela região.

Vivemos hoje numa sociedade em acelerada e complexa mudança. Acreditamos, por isso, cada vez mais, que o passado não pode ser mais considerado como um guia das decisões e da acção e, perante as discontinuidades e rupturas que o presente manifesta, a necessidade de controlar e orientar essas mudanças fez potenciar as pesquisas de longo prazo, enquadradas por cenários (hipóteses). Para dar resposta a essas necessidades, surgem, como metodologias de trabalho, as análises prospectivas, por se tratar de um tipo de análise sistémica de preparação de decisões, que considera a inter-relação entre um grande número de variáveis do sistema em análise tentando detectar os sinais de mudança (Guerra, 1999). Tendo como referência um cenário desejável, neste tipo de análises, “as tendências passadas e presentes são suporte a uma decisão actual, não como um quadro determinista de influência, mas como suporte da relação entre o passado e o futuro” (Guerra, 1999:10). Como nos lembra J. de Bourbon-Busset (1967), citado por Guerra, “a prospectiva não pretende apenas definir o futuro desejável mas também assume a tarefa de encontrar as formas que o poderão tornar possível” (Idem:11).

Inspirado na metodologia prospectiva de Michel Godet (designado por “Método dos Cenários”), o estudo utilizará um software específico, que permitirá integrar a análise estrutural, a estratégia de atores e a elaboração de cenários (Godet, 1993).

O Método dos Cenários é composto por duas grandes etapas: 1) *construção da base*; 2) *elaboração de cenários*. A *construção da base* é constituída por três fases: 1) *delimitação do sistema em estudo* (no caso concreto deste estudo será o domínio dos CCI, circunscrito à região do Alentejo, que consiste na elaboração de um *diagnóstico orientado*, de forma a encontrar um conjunto de variáveis qualitativas e quantitativas que o caracterizem o mais exaustivamente possível; 2) *decomposição do sistema de CCI em grupos de variáveis*, de forma a detectar as variáveis-chave e agrupá-las, através um método de *análise estrutural* (o método MICMAC); 3) *análise das estratégias dos atores*, através da aplicação do método *ACTores, Objetivos, Relações de forças* (Método MACTOR).

Posto isto, o futuro dos Cuidados Continuados Integrados irá depender, quer das “estratégias dos atores” implicados e do respectivo “jogo de forças”, quer de acontecimentos exógenos determinados. Daí a primeira etapa deste método ser crucial para a construção dos cenários. Construir cenários do futuro é procurar reduzir a incerteza, não sendo, portanto, um exercício de adivinhação.

A partir das hipóteses sobre a evolução futuro, decorrentes da primeira etapa do método, segue-se a *elaboração dos cenários*, através da consulta a um painel de peritos (o desejável é que este seja constituído por especialistas das mais variadas áreas/sectores/serviços e o mais interdisciplinar possível), que atribuem probabilidades ao conjunto das hipóteses identificadas, obtendo-se uma série de imagens possíveis – *cenários*, que são analisados consoante a sua probabilidade de realização – Método SMIC.

De referir que o “Método dos Cenários” integra outros métodos e análises, porém, no caso da sua aplicação ao domínio dos CCI, optou-se apenas pelos descritos, por razões de constrangimento de tempo e recursos necessários à sua concretização plena. Por ser um método integrado e modular, composto por várias técnicas e ferramentas, pode ser usado de forma separada e isolada. Contudo, os resultados colhidos, em cada uma das fases apresentadas, estão encadeados, o que implica da parte do investigador análises intercalares da informação e possíveis reformulações dos instrumentos (entre eles, o guião de entrevista e os inquéritos por questionário)¹⁹⁶.

¹⁹⁶ O investigador assumirá o compromisso de, atempadamente, comunicar e divulgar, aos participantes envolvidos no estudo, as análises intercalares e reformulações realizadas no decorrer do estudo.

Local e horizonte temporal

O local onde incidirá a presente pesquisa será a região do Alentejo, designadamente as diferentes áreas concelhias onde intervém a rede de cuidados continuados integrados.

Para a concretização das etapas definidas no “método dos cenários”, proposto por Godet, são precisos, preferencialmente, entre 6 a 8 meses. Assim, o estudo poderá prolongar-se até dezembro 2014.

População

As diferentes equipas que integram a rede de cuidados continuados integrados da região Alentejo serão os potenciais participantes neste estudo. Participarão neste estudo apenas os profissionais que integram as Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Local (ECL), as equipas de Gestão de Altas (EGA's) e as equipas prestadoras (designadamente, os coordenadores das equipas e directores das Unidades de Internamento). Podem, ainda, participar neste estudo outros especialistas da área dos CCI.

Os utentes, assim como os seus familiares, não farão parte da população a participar neste estudo.

Tipo de amostragem

A presente pesquisa adoptará como modalidade de amostragem, a *amostragem por caso único*, que consiste na selecção de uma situação ou local para fazer uma análise intensiva - a esfera dos CCI na região do Alentejo.

Desta forma, a amostragem “em bola de neve” (também chamada por amostragem por redes) será a técnica mais adequada para o estudo em causa, por ser aquela que permitirá seleccionar os participantes que seriam difíceis de aceder de outra forma, segundo critério determinados. Tomar-se-á por base os “elos de ligação” (já identificados no ponto 6 deste documento), que irão apoiar a investigadora na identificação dos participantes, no sentido de satisfazer os critérios de inclusão escolhidos, são eles, a abrangência geográfica da rede (Alto e Baixo Alentejo, Alentejo Central e Litoral), a diversidade de participantes/atores implicados na rede, bem como o seu grau de conhecimento/experiência no domínio dos CCI.

Dimensão da amostra

Serão convidados a participar os profissionais das diferentes equipas e unidades de internamento que integram a RNCCI, delimitada à região do Alentejo, que garantam a representatividade da realidade em estudo, segundo os critérios de inclusão mencionados. O estudo poderá acolher outros participantes, cuja identificação seja feita pelos referidos profissionais ou seleccionados no decorrer da análise dos dados.

Método de recrutamento dos participantes

Primeiramente, a investigadora e a colaboradora iniciarão o processo de recrutamento dos participantes de forma informal, contactando-os telefónica ou pessoalmente, com o intuito de apresentar o projecto e solicitar a participação no estudo. Após contacto informal, proceder-se-á à formalização do pedido de participação, por meio de uma carta convite, onde os participantes terão acesso ao consentimento informado, documento que oficializará a aceitação da participação. Da mesma forma, será formalizado o pedido de participação dos “Elos de Ligação” aos respectivos conselhos de administração e director executivo das Unidades Locais de Saúde (ULS) e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Recursos/origem de financiamentos

No que concerne ao financiamento do presente estudo, este ficará a cargo da investigadora. Desta forma, a mesma não se responsabilizará por pagamentos com deslocações.

Cronograma¹⁹⁷

A pesquisa desenrolar-se-á em quatro fases:

1ª Fase) Realização de Entrevistas, mediante um guião (cf. anexo 1), que auxiliem na elaboração de um quadro analítico, essencialmente diacrónico, sobre as condições socioculturais, económicas e políticas de estruturação dos CCI na Região do Alentejo.

- **Datas previstas:** durante os meses de maio e junho.
- **Participantes:** um membro da Equipa de Coordenação Regional e especialistas da área dos CCI.

2ª Fase) Participação em grupos de discussão (*Focus group*) (cf. anexo 2), com o objectivo de listar/detectar as variáveis mais importantes do sistema de CCI e as relações que mantêm entre si (plano de influências/dependências).

- **Datas previstas:** durante os meses de junho e julho
- **Participantes:** membros das Equipas de Coordenação Regional e Local e de Gestão de Altas, identificados e referenciados previamente pela colaboradora do presente estudo.

3ª Fase) Realização de Inquéritos por questionário (cf. anexo 3), com o intuito de: identificar e caracterizar os diferentes atores-chave, descrever os seus respectivos projectos e meios de acção, bem como conhecer o grau de conflitualidade e mobilização destes face aos seus objectivos estratégicos.

- **Datas previstas:** durante o mês de setembro.
- **Participantes:** Segundo as orientações do método de cenários, proposto por Michel Godet (1993), os principais actores a participar nesta fase do estudo serão seleccionados em função das variáveis-chave resultantes da análise estrutural do sistema de “CCI” (primeira e segunda fases deste estudo).

4ª Fase) Realização de Inquéritos por questionário, com o intuito de identificar um conjunto de variáveis (hipóteses) determinantes do futuro do sistema, isto é, “futuros mais prováveis”, apoiados pelo método SMIC (Sistema de Matrizes de Impactos Cruzados) (Godet, 1993);

- **Datas previstas:** durante os meses de outubro e novembro.
- **Elaboração do questionário:** O questionário será elaborado a partir da definição das hipóteses¹⁹⁸, imediatamente após os resultados apurados a partir da análise estratégica dos atores, e divulgado para apreciação. O mesmo basear-se-á numa grelha, em que se irá pedir aos peritos que atribuam probabilidades simples e condicionadas às hipóteses usando a seguinte escala: (1) acontecimento quase impossível; (2) acontecimento improvável; (3) acontecimento pouco improvável; (4) acontecimento provável; (5) acontecimento quase certo; (6) os dois acontecimentos são independentes um do outro.
- **Participantes:** Nesta última fase, serão convidados a participar especialistas da área dos CCI (também denominados por peritos) e, de preferência, mais distanciados das análises precedentes.

2) Documentos de recolha de dados a utilizar

2.1) Guião de entrevista: “Diagnóstico orientado para a caracterização do sistema de Cuidados Continuados Integrados na região do Alentejo”

0 Apresentação da pesquisa e dos objetivos

¹⁹⁷ Cronograma sujeito a alterações, ficando a investigadora responsável por comunicar à CES da ARSA as respectivas modificações.

¹⁹⁸ As hipóteses correspondem a um conjunto de acontecimentos exógenos, que dependem, sobretudo, de factores que os atores mais directamente implicados não controlam.

1. Situação atual dos CCI (realidade internacional e nacional)
 - 1.1 Mudanças que operam nesse domínio
 - 1.2 Novas tendências emergentes e seus impactos
 - 1.3 Medidas estruturantes
2. Situação dos CCI na região do Alentejo: Das experiências piloto à atualidade
 - 2.2 Principais mudanças e alterações (o que mudou? Que benefícios, alterações e desafios trouxe ao nível da organização e prestação dos cuidados?)
 - 2.3 Impactos (nas condições de vida e saúde da população; no relacionamento entre as administrações públicas e as entidades prestadoras; no significado social de cuidar e cuidados?)
2. Análise global dos fatores externos
 - 3.1 Oportunidades: Quais os aspetos positivos da envolvente regional, nacional e internacional, ou seja, os fatores com potencial para fazer crescer a rede de cuidados na região do Alentejo; Em que aspetos podem ser tomadas iniciativas positivas para melhorar os CCI?.
 - 3.2 Estrangulamentos ou patologias: Quais as ameaças ou os aspectos negativos da envolvente que podem comprometer o desenvolvimento dos cuidados continuados naquele território e que, por conseguinte, poderão levar a uma deterioração da situação atual dos CCI.
4. Análise dos fatores internos
 - 4.1 Forças: Quais as forças internas do conjunto da rede e das equipas que a integram que potenciam a concretização de processos e ações para o desenvolvimento dos cuidados continuados?
 - 4.2 Fraquezas: Quais as fragilidades internas ao desenvolvimento dos CCI?
5. Atores-chave para o desenvolvimento dos cuidados continuados
 - 5.1. Quais os atores-chave que, na sua opinião, estão implicados no desenvolvimento dos CCI?
6. Futuros possíveis para os CCI
 - 5.1. O que pensa que acontecerá aos CCI nos próximos anos? Quais são, na sua opinião, os fatores que vão condicionar a evolução futura dos CCI? (político, económico, tecnológico e social) (fatores-chave por onde passa a sua mudança ou estagnação?)
7. Caracterização da entidade/serviço e do entrevistado

2.2) Grupo de discussão: “Análise Estrutural dos CCI na região do Alentejo”

Animação da sessão:

- A investigadora assumirá o papel de animadora da sessão.

Objectivo:

Listar/Detectar as variáveis mais importantes do sistema de CCI e as relações que mantêm entre si (plano de influências/dependências).

Planificação do grupo de discussão:

Objetivos: Apresentar e discutir/validar a lista das variáveis-chave detectadas a partir do diagnóstico do sistema; e enumerar as relações diretas entre as variáveis (preenchimento da matriz estrutural).

Metodologia: a metodologia participativa será a mais adequada, pelo que potenciará a participação aberta e colectiva dos participantes. Como procedimento, o investigador recorrerá à interação com os participantes, ficando responsável pela organização da sessão.

Número de participantes: sete participantes, mais o investigador, que assumirá o papel de animador;

Número de sessões: prevê-se a realização de 1 a 2 sessões, desde que as mesmas permitam a concretização dos objetivos propostos¹⁹⁹.

Duração da sessão: cada sessão poderá durar cerca de 2 horas, no mínimo, e 3 horas, no máximo.

Espaço físico: O local físico para a realização do grupo de discussão será nas instalações da ARSA, designadamente numa sala, que comporte suportes audiovisuais e materiais necessários à concretização das tarefas.

Estrutura do grupo de discussão: o grupo de discussão será estruturado em três tempos: a *fase de introdução*; a fase de discussão; e a conclusão. A *fase de introdução* servirá para dar as boas vindas e explicar aos participantes o desenrolar da sessão. Segue-se o momento da apresentação (“tour de table”) de todos os participantes, que consistirá no fornecimento de algumas informações sobre eles próprios (por exemplo, o cargo profissional ocupado e a experiência na área dos CCI). A *fase de discussão* centrar-se-á nos objetivos delineados para a sessão. Assim, tendo por base o diagnóstico feito para os CCI na Região do Alentejo (resultado da informação recolhida através das entrevistas), é apresentada uma lista de variáveis (internas e externas), organizadas em grupos, que será apresentada no início da sessão e alvo de discussão pelos participantes. Após validação dessa lista, o investigador/animador solicitará ao grupo de trabalho o preenchimento da matriz de análise estrutural, composta pelas variáveis seleccionadas, considerando apenas as relações diretas entre as variáveis, com a seguinte escala: 0, se não existe relação direta entre as variáveis; 1, se a relação direta é fraca; 2, se a relação direta é média; 3, se a relação direta é forte; 4, se existe uma relação potencial. Concluído o trabalho de preenchimento dessa matriz, os dados serão alvo de análise pelo investigador, a partir da aplicação de um programa de multiplicação matricial, MICMAC, (Godet, 1993) e, posteriormente, divulgados aos participantes. Em guiza de *conclusão*, será reservado um período de dez minutos no final, para consultar os resultados da sessão e verificar se há questões suplementares. Por fim, caberá ao investigador o encerramento da sessão e agradecer aos participantes pela sua contribuição no grupo e no estudo.

2.3) Estrutura do questionário: “Análise Prospetiva dos CCI na Região do Alentejo”

1. Objetivos que cada ator tem para os CCI e respetivo grau de importância (Quais os objetivos que a entidade x tem para os Cuidados Continuados Integrados na região do Alentejo? Dentro dos objetivos que tem, quais são os mais importantes (mediante escalas de 1 a 3, sendo o 3 o mais importante).
2. Meios de acção de que cada ator dispõe para concretizar os objetivos.
3. Dependência de outros atores e objetivos esperados (De que outros atores depende a concretização dos seus objetivos e que importância lhes atribui? O que espera deles?)
4. Obstáculos na concretização dos objetivos (Que obstáculos pode encontrar na concretização dos objetivos?)
5. Interesses e Conflitos em torno dos objetivos (Quais são principais interesses e conflitos que se podem gerar em torno dos objetivos que pretende concretizar?)
6. Futuros possíveis e factores-chave de mudança ou estagnação para os CCI (O que pensa que acontecerá aos Cuidados Continuados Integrados nos próximos anos? Quais os factores-chave por onde passa a sua mudança ou estagnação?)

Nota: No que se refere ao guião de entrevista, este encontra-se cientificamente validado. Contudo, os inquéritos por questionário, a aplicar nas segunda e terceira fases deste estudo, serão construídos de

¹⁹⁹ As datas precisas das sessões serão estabelecidas de acordo com a disponibilidade profissional dos participantes, sendo que as sessões deverão, preferencialmente, decorrer semanalmente, de forma a não quebrar a continuidade do processo de discussão.

acordo com os resultados apurados nas etapas precedentes, o que implicará da parte da investigadora análises intercalares da informação e respectivas reformulações dos instrumentos²⁰⁰.

3) Modelo de Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudo de investigação²⁰¹

Título do estudo: As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Actores e Futuros Possíveis.

Enquadramento: A presente investigação surge no âmbito do programa de Doutoramento em Sociologia da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora, sob a orientação pedagógica do Professor Doutor José Manuel Leal Saragoça, e tem como objectivo central a elaboração de cenários prováveis de evolução dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) na Região do Alentejo, para horizonte temporal de 2020.

Explicação do estudo:

O estudo desenrolar-se-á em quatro fases. *1ª Fase) Participação em entrevista gravada, mediante um guião semi-estruturado*, que auxilie o investigador na elaboração de um diagnóstico orientado para a caracterização do sistema de Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo. O guião da entrevista estará sempre acessível aos participantes. Este funcionará como um auxiliar de memória que o investigador utiliza a fim de assegurar de que os temas previstos são abordados. O local do encontro será o desejável para que a entrevista se desenrole em óptimas condições ambientais (lugar calmo e privado). As entrevistas serão realizadas mediante a disponibilidade profissional dos participantes, sem que daí advenham prejuízos. Quanto à duração da entrevista, esta poderá ter a duração mínima de 45 minutos e máxima de 1 hora 30 minutos. *2ª Fase) Participação em grupos de discussão (Focus group)*, com o objectivo de identificar/listar as variáveis-chave do sistema de CCI e enumerar as relações diretas entre as variáveis. Para a concretização dos grupos de discussão, prevê-se a realização de 1 a 2 sessões colectivas (entre 6 a 10 participantes), desde que as mesmas permitam a concretização dos objetivos propostos. Cada sessão poderá durar cerca de 2 horas, no mínimo, e 3 horas, no máximo. O local onde irá decorrer o grupo de discussão será nas instalações da ARSA, sitas no largo do Jardim do Paraíso, nº2 em Évora, ficando a deslocação dos participantes a cargo de cada participante. As datas precisas das sessões serão, contudo, estabelecidas de acordo com a disponibilidade profissional dos participantes, sendo que as sessões deverão, preferencialmente, decorrer semanalmente, de forma a não quebrar a continuidade do processo de discussão. *3ª Fase) Preenchimento de inquérito por questionário*, com o intuito de identificar e caracterizar os diferentes actores-chave, descrever os seus respectivos projectos e meios de acção, bem como conhecer o grau de conflitualidade e mobilização destes face aos seus objetivos estratégicos em relação aos CCI. O questionário será elaborado a partir de temas/questões centrais e divulgado previamente para consulta e apreciação dos participantes. O investigador ficará responsável pelo envio dos questionários, via postal ou endereço eletrónico, respeitando sempre a disponibilidade dos inquiridos. O preenchimento do inquérito poderá demorar aproximadamente 1 hora. *4ª Fase) Preenchimento de Inquérito por questionário*, com o intuito de identificar um conjunto de variáveis (hipóteses) determinantes do futuro do sistema, isto é, “futuros mais prováveis” para os CCI na região do Alentejo. O questionário será elaborado a partir da definição das hipóteses²⁰², imediatamente após os resultados apurados nas fases anteriores, e divulgado para apreciação. O investigador ficará responsável pelo envio dos questionários, via postal ou

²⁰⁰ O investigador assumirá o compromisso de, atempadamente, comunicar e divulgar, aos participantes envolvidos no estudo, as análises intercalares e reformulações realizadas no decorrer do estudo.

²⁰¹ Nos termos da norma N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo). O presente modelo será ajustado mediante a fase do estudo em que o participante será convidado a colaborar.

²⁰² As hipóteses correspondem a um conjunto de acontecimentos exógenos, que dependem, sobretudo, de factores que os atores mais directamente implicados não controlam.

endereço eletrónico, respeitando sempre a disponibilidade dos participantes. O preenchimento do inquérito poderá demorar 1 a 2 horas.

Condições e financiamento:

O financiamento do estudo ficará a cargo da investigadora.

Não haverá, portanto, pagamento de deslocações ou contrapartidas. Contudo, a escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária. O participante poderá a qualquer momento decidir não tomar parte do estudo, não havendo quaisquer prejuízos na eventualidade de não quer participar.

Mais informo que, o estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Alentejo.

Riscos Potenciais:

Não haverá riscos potenciais inerentes à operacionalização do método adoptado pelo presente estudo.

Potenciais vantagens:

Tratando-se de um estudo prospectivo, as análises que daí resultem podem contribuir para uma maior orientação da avaliação dos cuidados continuados para o futuro, contribuindo, desta forma, para melhorar a qualidade da informação sobre a provisão dos cuidados continuados, no sentido da sua reorganização e promoção da equidade no acesso, qualidade, governação e sustentabilidade. No fundo, a presente investigação, ao implicar um compromisso e partilha entre os participantes, contribuirá para reforçar o capital social e estimular o pensamento reflexivo numa perspectiva de longo prazo: “Pensar o Futuro” dos Cuidados Continuados Integrados.

Confidencialidade e anonimato:

Os dados recolhidos são usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e tratados de forma confidencial. O investigador fica responsável pela confidencialidade dos dados e garante o anonimato dos participantes. Todo o material audiovisual e escrito será codificado, e o seu código conservado num local seguro. A identidade dos participantes será, desta forma, protegida e nunca será tornada pública. O investigador garante a destruição de gravações (áudio ou vídeo) após a conclusão do estudo.

Outras possibilidades:

As informações e os resultados obtidos, a partir da aplicação dos referidos métodos, serão usados para efeitos de investigação científica. No decorrer da pesquisa, esses resultados serão divulgados e discutidos em fóruns científicos, através de publicações científicas nacionais e internacionais, e da participação em eventos académicos como conferências e encontros. Os resultados da pesquisa estarão, por conseguinte, disponíveis a todos os participantes.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade para colaborar e participar neste estudo.

Para qualquer questão ou esclarecimento adicional, contactar a investigadora:

Susana Pescada, Socióloga e Doutoranda do curso de Sociologia

91 578 3438 / 96 8742321; pescadasusana@gmail.com

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura/s/ e número/s de cédula profissional de quem pede consentimento:
.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:..... Data:/...../.....

Pelo presente, consinto também que a entrevista/grupo de discussão seja gravado durante a minha participação neste estudo. Compreendo que sou livre de não participar nesta fase do estudo e que sou livre de abandonar a qualquer momento do estudo, sem comprometer a qualidade das informações.

Autorizo, ainda, que esta gravação seja utilizada para: (1) Comunicações em Fóruns e debates científicos (conferências, congressos e encontros académicos); (2) Publicações em artigos científicos; (3) Reuniões com o orientador do projecto de investigação.

Nome:

Assinatura:..... Data:/...../.....

Nota: Este documento é composto de 4 página/s e feito em duplicado: uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente.

4) Modelo de declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores na investigação

Eu, Maria da Graça Godinho Simões Eliseu, aceito ser colaboradora no projecto de investigação intitulado “As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Actores e Futuros Possíveis”, conducente à tese de doutoramento a efectuar pela mestre Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada, doutoranda nº 8876 do Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora.

Assinatura:..... Data:/...../.....

5) Modelo de declaração a assinar por profissionais de saúde que referenciem participantes aos investigadores

Pelo presente, declaro que referenciei ao investigador potenciais participantes neste estudo, garantindo assim a autorização e a confidencialidade dos mesmos.

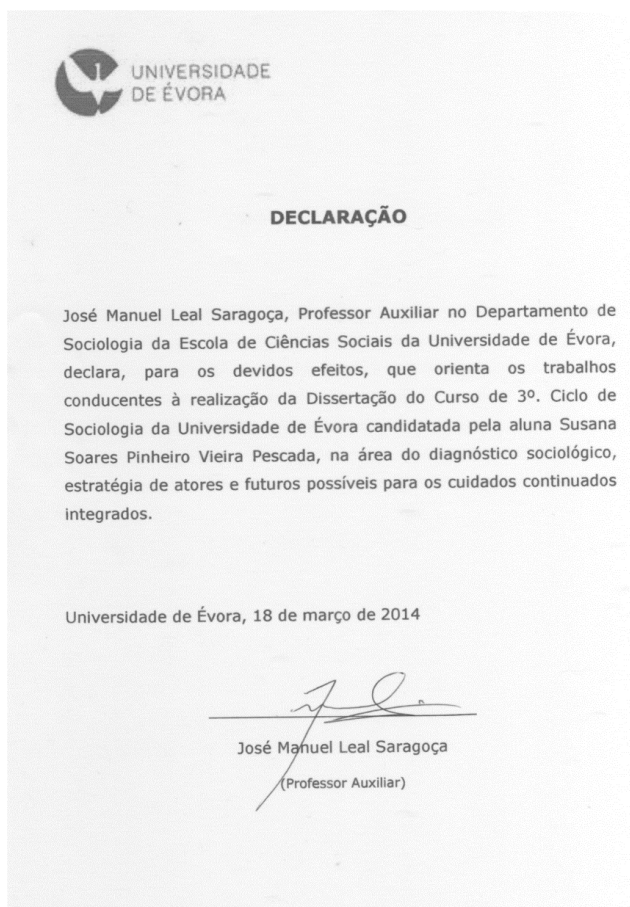
Nome do (a) profissional de saúde:

Assinatura:..... Data:/...../.....

6) Identificação do “Elo de ligação”

Identificam-se como possíveis “Elos de ligação”, os profissionais que fazem parte das Equipas de Coordenação Regional (ECR), Local (ECL) e de Gestão de Altas (EGA) da RNCCI da Região Alentejo, respectivamente um membro da ECR, cinco coordenadores das ECL e um membro de uma EGA.

7) Declaração do orientador científico ou pedagógico



8) Declaração do Diretor de Serviço/Unidade sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Eu, Maria da Graça Godinho Simões Eliseu, declaro que, no âmbito do projecto de investigação intitulado “As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Atores e Futuros Possíveis”, conducente à tese de doutoramento a efetuar pela mestre Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada, doutoranda do Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora, a entrevista e as duas reuniões do grupo de discussão irão ter lugar nas instalações da ARSA, sitas no largo do Jardim do Paraíso, nº2 em Évora, com a duração de uma hora e três horas respetivamente, ficando a deslocação dos participantes a cargo de cada um.

Assinatura:..... Data:/...../.....

9) Cópia da notificação à Comissão Nacional de Protecção de Dados sobre criação de bases de dados

Não se adequa aos objectivos do estudo, pelo que não se pretende a criação de bases de dados. Solicita-se, por isso, a dispensa do documento.

10) Declaração do investigador sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais.

Pelo presente, declaro que os dados e resultados do estudo serão usados para efeitos de investigação científica. No decorrer da pesquisa, esses resultados serão divulgados e discutidos em fóruns científicos, através de publicações científicas nacionais e internacionais, e da participação em eventos académicos como congressos, conferências e encontros. Os resultados da pesquisa estarão, por conseguinte, disponíveis a todos os participantes.

Nome da investigadora: Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada.

Assinatura:.....Data: 19 /03/2014

11) Declaração de compromisso do investigador para a entrega à CES do Relatório final e de relatórios anuais da evolução da investigação.


Pelo presente, comprometo-me em entregar à CES da ARSA o relatório final e relatórios intercalares da evolução da investigação.

Nome da investigadora: Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada.

Assinatura:.....Data:19 /03/2014



Apêndice IV – Carta convite de participação em estudo de investigação



Assunto: Pedido de participação em estudo conducente à tese de doutoramento em Sociologia a efetuar pela investigadora Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada, Socióloga e doutoranda do Curso de Sociologia do Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora.

Na qualidade de doutoranda do Curso de Doutoramento em Sociologia do Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora, venho convidar V. Ex.^a para participar numa entrevista individual a realizar no âmbito de um estudo intitulado “*As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Actores e Futuros Possíveis*”, sob a responsabilidade da investigadora, Susana Pescada, e com a colaboração da Equipa de Coordenação Regional de Cuidados Continuados Integrados.


Mais informo que, em anexo, apresento o consentimento informado, esclarecido e livre para participação de V. Ex.^a no presente estudo de investigação.

Na expectativa de uma resposta positiva e interesse de V.Ex.^a em acolher e conceder a participação no estudo em causa, subscrevo com elevada consideração.

Com os melhores cumprimentos,

Universidade de Évora, _____

A Investigadora



Apêndice V - Os modos principais de recolha de dados e respetivas técnicas

Métodos/Técnicas	Tipos de informação	Objeto/Atores
<p>Análise Documental</p> <p>Entrevistas Exploratórias</p> <p>Análise SWOT/PEST</p>	<p>- Caracterizar e realizar o diagnóstico do sistema de CCI na região do Alentejo e dos actores envolvidos (delimitação do sistema).</p>	<p>- Documentos oficiais e não oficiais</p> <p>- Participação em reuniões de trabalho, entre outros espaços e encontros formais/informais relevantes para o estudo (ex. Encontro Nacional da RNCCI).</p>
<p>Grupo de discussão</p> <p>Análise estrutural (MICMAC)</p>	<p>- Listar/detetar as variáveis mais importantes do sistema de CCI e as relações que mantêm entre si, assim como os actores-chave envolvidos.</p> <p>- Gerar debate/interação grupal e conseguir perspectivas dos actores que seriam menos acessíveis sem essa interação.</p> <p>- Recolher dados sobre o sistema (retrospectiva, situação atual e projeção futura) e os seus principais actores.</p>	<p>- Participantes do grupo de discussão: um especialista ligado ao passado dos CCI em Portugal; um especialista ligado à academia/investigação; elementos que integram a coordenação da rede de CCI, a nível regional e local.</p>
<p>Entrevistas semi-diretivas</p> <p>Análise estratégica de actores (MACTOR)</p>	<p>- Caracterizar os diferentes actores-chave e descrever os seus respetivos projetos e meios de ação.</p> <p>- Realizar o diagnóstico da relação e do jogo estratégico mantido entre eles (analisar o posicionamento dos actores e as suas relações de força – conflitos e alianças possíveis).</p> <p>- Elaborar as recomendações estratégicas a partir dos resultados da análise estratégica e do conteúdo das entrevistas aos actores chave.</p>	<p>- Actores identificados na sequência da análise estrutural do sistema de CCI.</p>

Fonte: Autoria própria



Apêndice VI - Guia da sessão do grupo de discussão

Guião da sessão do Grupo de discussão: “Análise Estrutural dos CCI na região do Alentejo”

Animação da sessão:

- A investigadora assumirá o papel de animadora da sessão.

Objetivo:

Listar/Detetar as variáveis mais importantes do sistema de CCI.

Planificação do grupo de discussão:

Objetivos: 1) Apresentar e discutir a lista das variáveis-chave detetadas a partir do diagnóstico do sistema; 2) Enumerar a relação entre as variáveis; 3) Identificar os atores-chave.

Metodologia: a metodologia participativa será a mais adequada, pelo que potenciará a participação aberta e coletiva dos participantes. Como procedimento, o investigador recorrerá à interação com os participantes, ficando responsável pela gestão dos trabalhos e do tempo.

Número de participantes: cinco participantes, mais o investigador, que assumirá o papel de animador;

Número de sessões: prevê-se a realização de 1 sessão.

Duração da sessão: cerca de 5 horas e 30 minutos, com 1h30 de intervalo.

Espaço físico: O local físico para a realização do grupo de discussão será uma sala, que comporte suportes audiovisuais e materiais necessários à concretização das tarefas.

Estrutura do grupo de discussão: o grupo de discussão será estruturado em três tempos: a *fase de introdução*; a fase de discussão; e a conclusão. A *fase de introdução* servirá para dar as boas vindas e explicar aos participantes o desenrolar da sessão. O animador explicará aos participantes a razão da gravação áudio, solicitando previamente o seu consentimento (cf. anexo 2). Segue-se o momento da apresentação (“tour de table”) de todos os participantes, que consistirá no fornecimento de algumas informações sobre eles próprios (por exemplo, o cargo profissional ocupado e a experiência na área dos CCI). A *fase de discussão* centrar-se-á nos objetivos delineados para a sessão. Assim, tendo por base o diagnóstico feito para os CCI na Região do Alentejo (resultado da informação recolhida através das entrevistas), é apresentada uma lista de variáveis (internas e externas), organizadas em grupos, que será alvo de análise e discussão pelos participantes. Após validação dessa lista, o investigador/animador solicitará ao grupo de trabalho que identifique os atores-chave do sistema. Por último, e em jeito de *conclusão*, e para terminar a sessão, será reservado um período de dez minutos no final, para consultar os resultados da sessão e verificar se há questões suplementares. Por fim, caberá ao investigador o encerramento da sessão e agradecer aos participantes pela sua contribuição no grupo e no estudo.

Cronograma: a sessão será agendada de acordo com a disponibilidade profissional dos participantes.

Guião da sessão:

Objetivos	Perguntas/Tópicos
1. Apresentar e discutir a lista das variáveis-chave detetadas a partir do diagnóstico do sistema;	- Qual a pertinência da variável no desenvolvimento dos CCI na região do Alentejo?
2. Enumerar a relação entre as variáveis.	- Qual o comportamento da variável? Ou seja, qual a sua pertinência/importância no sistema?
3. Identificar os atores-chave	- Quais os atores-chave que estão implicados no desenvolvimento dos CCI?

Folheto:

Grupo de discussão

“Pensar o Futuro” dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo

23 de Junho de 2016


ARSA

Largo do Jardim do Paraíso, nº2 em Évora

Organização:

Susana Pescada - Socióloga e Doutoranda do curso de Sociologia da Universidade de Évora/Investigadora colaboradora do CICSNOVA

11.00-11.15 Apresentação
11.15-13.30 As variáveis-chave do sistema de CCI no Alentejo - Apresentar e discutir/validar a lista das variáveis-chave detetadas a partir do diagnóstico do sistema.
13.30-15.00 <i>Pausa para almoço</i>
15.00-16.30 Os atores-chave do sistema de CCI no Alentejo - Apresentar e discutir/validar a lista das variáveis-chave detetadas a partir do diagnóstico do sistema (continuação) -Identificar os atores-chave e as suas potenciais estratégias de ação.



Apêndice VII - Apresentação das Variáveis-Chave do Sistema de Cuidados Continuados
Integrados no Alentejo

Tendo por base o diagnóstico feito (resultado da informação recolhida através das entrevistas e análise documental), constituímos uma lista das variáveis mais pertinentes para o estudo do Sistema de CCI na Região do Alentejo. Essas variáveis organizadas em torno de vários temas são apresentadas no quadro abaixo, onde se descrevem, em simultâneo, as suas principais características.

Solicita-se aos participantes uma primeira leitura e análise da lista, a qual será alvo de análise e discussão/validação no decorrer da sessão do *Focus Group*.

Quadro I – Identificação das Variáveis-Chave do Sistema de CCI no Alentejo, agrupadas por dimensões e respetiva caracterização

N.º Var	Pertinência da variável		Caracterização
Sistema Externo			
Variáveis Demográficas			
1	Sim	Evolução populacional	<p>A população residente no Alentejo regista decréscimos continuados que se iniciaram nos anos cinquenta, apesar de, nas últimas décadas (em particular nos anos 90), a intensidade do declínio reduziu-se sobretudo em alguns dos principais centros urbanos, durante os quais se registaram saldos migratórios positivos (CCDRA, 2012). Contudo, segundo os resultados do último censo, a população acentuou o seu declínio numa proporção próxima do dobro da década anterior, sendo que a tendência geral é a perda da população na maior parte dos concelhos da região (INE, 2011).</p> <p>Importa referir, ainda, que o estudo da evolução da população a residir nos lugares da Região possibilita afirmar que a queda progressiva da população do Alentejo tem sido acompanhada por um processo de concentração populacional que se vem manifestando há algumas décadas, sendo o Alentejo Central a unidade territorial na</p>

			região de saúde com a maior concentração de população (32,7%), (CCDRA, 2014).
2	Sim	Densidade População	A região do Alentejo apresenta-se como um território de baixa densidade populacional, o que dificulta o investimento público.
3	Sim	Estrutura demográfica	<p>A dinâmica demográfica tem vindo a registar alterações na estrutura etária da população residente, que se traduzem pela diminuição drástica da população mais jovem e aumento substancial da população idosa.</p> <p>Observa-se, assim, o envelhecimento na base e no topo da pirâmide de idades e, se observarmos a Região de Saúde do Alentejo (173,4%), esta não só apresenta o maior índice de envelhecimento em relação ao continente, sendo que o mais elevado é o da NUTS III do Alto Alentejo (207,8%), como o maior índice de longevidade. De destacar o aumento verificado na população com 70 e mais anos, que, em 2001, era de 15,5% da população, enquanto em 2011 atinge os 18,5% (INE, 2011).</p> <p>Na última metade do século XX, a população residente na Região do Alentejo assistiu a um continuado processo de transição demográfica, com o decréscimo simultâneo das taxas de mortalidade e de natalidade. Esta trajetória acentua a incapacidade de regeneração demográfica que o Alentejo vem manifestando desde os anos 50, de tal forma que, associado ao considerável envelhecimento dos seus efetivos populacionais, a demografia regional se configura como um dos grandes obstáculos à governação/desenvolvimento regional, com efeitos ao nível da</p>

			<p>qualificação do território, da coesão social e inclusão (CCDRA, 2014).</p> <p>No contexto europeu, é provável que a população da Europa envelheça significativamente nos próximos 35 anos. O principal cenário de projeções demográficas do Eurostat (Eurostat, 2013) é que o número de pessoas muito idosas (definidas no presente como as pessoas com idade igual ou superior a 80 anos) deverá aumentar a um ritmo ainda mais acelerado, atingindo 57,3 milhões (mais do dobro do número atual) em 2050. Resta saber qual será o comportamento da região em relação a estas projeções.</p>
4	Sim	Dependência total de Idosos	<p>Na Região de Saúde do Alentejo, o índice de dependência total²⁰³, à semelhança do índice de envelhecimento, tem evoluído entre 1991 e 2011. Os valores aumentaram em ambos os indicadores, em todas as áreas geográficas, projectam-se para 2025 e 2050 a continuação desse crescimento (INE, 2011).</p> <p>Segundo o OPSS (2011), o aumento da percentagem de pessoas idosas face à diminuição de jovens, provocará grandes desequilíbrios e pressões na sociedade, num duplo sentido: “por um lado, um aumento percentual do número de idosos onera os custos com os cuidados, por outro, uma diminuição do número de jovens, que se traduz na redução do número total de pessoas em idade ativa e a contribuir para a</p>

²⁰³ O rácio entre as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e as pessoas em idade ativa.

			segurança social, invocando-se assim questões de sustentabilidade potencial ²⁰⁴ , (OPSS, 2014)
5	Sim	Dimensão/Estrutura territorial	A região do Alentejo apresenta-se como um território disperso com longas distâncias entre lugares/povoamentos. Outra particularidade do povoamento do Alentejo resulta do facto de a população se localizar, na sua maioria, em lugares de pequena dimensão, existindo um número considerável de população que reside em lugares com menos de 500 habitantes, respetivamente 142.054 habitantes (INE, 2011). Ao conjugar este número àqueles que vivem isolados então chega-se a cerca de um quarto do total da população alentejana, pese embora se verificar uma diminuição da população isolada (33,5%), Neste sentido, a forma como o povoamento na Região está estruturado, e sendo constituído por uma percentagem significativa de população isolada, “cria constrangimentos ao nível do planeamento territorial, sobretudo na garantia de uma equidade territorial no acesso a bens, serviços e equipamentos, nomeadamente para a população mais fragilizada pela idade avançada (CCDRA, 2014, p. 284).
Variáveis Epidemiológicas			
			Os acidentes de transporte, os tumores malignos, as lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios), a doenças isquémica do coração, as doenças

²⁰⁴ O índice de sustentabilidade potencial fornece uma medida do número de indivíduos em idade ativa por cada indivíduo idoso, permitindo-nos alcançar o significado que a população idosa assume na estrutura etária. O índice de sustentabilidade potencial na região do Alentejo diminuiu ligeiramente na última década (passando de 2,9, em 2001, para 2,6, em 2011). Face ao contexto nacional (3,5), o índice de sustentabilidade na região é bastante inferior, o que mostra a importância que a população idosa assume na estrutura etária da população da região do Alentejo (INE, 2014).

6	Sim	Mortalidade prematura por causas evitáveis	cerebrovasculares constituem as causas que apresentaram um maior número de APVP ²⁰⁵ (Anos Potenciais de Vida Perdidos) e, por isso, “consideradas evitáveis por cuidados preventivos ou curativos na ARS Alentejo”. A análise deste indicador “permite identificar áreas de intervenção prioritárias e com maiores ganhos potenciais em saúde”. (ARSA, 2013, p.61)
7	Sim	Comportamentos e estilos de vida	Na região do Alentejo, surgem como determinantes em saúde, o abuso do tabaco, o excesso de peso, a obesidade, o abuso crónico do álcool e de drogas, sendo a obesidade o indicador com valores mais elevados, especialmente nas mulheres., situando-se entre as principais causas de morbilidade e mortalidade (ARSA, 2013).
8	Sim	Prevalência e concorrência de múltiplas de doenças crónicas e Incapacidades	As taxas de prevalência de incapacidades de tipo funcional assumem valores significativos na população alentejana a partir dos 65 ou mais anos, com predomínio para as pessoas mais idosas, a partir dos 75 anos, resultantes sobretudo de doenças crónicas, como cancro, artrite, problemas cardíacos, diabetes, hipertensão e obesidade (ARSA, 2013). Este aumento significativo do número de pessoas a necessitar de um acompanhamento médico mais frequente e realização de análises sanguíneas e outros exames complementares de diagnóstico, transporta consigo óbvias implicações futuras em termos de volume de cuidados e de gastos, questionando-se, nalguns países, a forma como se informam as pessoas dos riscos e

²⁰⁵ São muitos os autores (OMS, 2013) que consideram que 25% das causas da morte prematura podem ser evitadas. Motivo pelo qual reduzir a morte prematura constitui o principal desafio do atual Plano Nacional de Saúde 2020 (Portugal. DGS, 2015). Considera-se morte prematura a que ocorre antes dos 70 anos de vida. Naturalmente, as causas de morte por grupos etários até aos 70 anos são diversas.

			benefícios em que incorrem em passarem a fazer parte de um grupo “doente”, a tomar medicações e a necessitar de regular vigilância do sistema de saúde (OPSS, 2015).
9	Integrada na 8	Combinação e concorrência de múltiplas doenças crónicas na mesma pessoa	<p>De acordo com a OCDE (2011), as pessoas com múltiplas doenças crónicas representam mais de 50% da carga de doenças, na maioria dos países da OCDE. A combinação de múltiplas doenças crónicas na mesma pessoa constituiu uma dimensão com potencial que condiciona o acesso aos cuidados especializados.</p> <p>Para além do reconhecimento do peso que a essa combinação representa, importa reconhecer simultaneamente que tal resulta não só da condição de saúde em si mesma, mas também da forma como a mesma é gerida, ou seja, reconhecer que os sistemas de saúde ainda não fizeram a transição de paradigma de cuidados que é imposta pela transição demográfica e epidemiológica (OPSS, 2015).</p>
10	sim	Pessoas dependentes no autocuidado	<p>Vários estudos sobre a questão da dependência no autocuidado delimitados a vários concelhos do país (sem garantia de representatividade nacional) revelam o aumento do número de pessoas a necessitar de autocuidados no domicílio (acamados), impondo um investimento maior ao nível dos cuidados domiciliários (OPSS, 2015).</p> <p>Assim, o número de pessoas dependentes e de pessoas dependentes «acamadas» que, a cada momento, estarão integradas no seio das famílias, em Portugal, irão aumentar. Estima-se que nos 3 869 188 agregados familiares existentes em Portugal (CENSOS</p>

			<p>2011), haverá 110 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48 454 serão pessoas dependentes «acamadas».</p> <p>Na região do Alentejo²⁰⁶, observaram-se, segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade (DGS, 2004), ao nível do conceito de Autocuidado, 9,9% de pessoas com problema moderado e 5,5% com problema grave e completo.</p> <p>Refira-se, portanto, a existência de uma expectável correlação positiva entre a idade e o grau de dependência no autocuidado. Desta forma, fazer face à crescente necessidade em cuidados de saúde associados à dependência no autocuidado constitui-se hoje como um dos desafios mais significativos.</p>
11	Sim	<p>Prevalência de perturbações na área da doença mental.</p> <p>Justificar o facto desta variável surgir de forma separada. (e outras áreas oncológicas, cardiovasculares...diabetes não aparecem como variável)</p>	<p>Em termos de prevalência anual Portugal teve a terceira mais elevada taxa (23%) de perturbações do foro psiquiátrico, sendo o país com valor mais expressivo de perturbações de ansiedade (17%), à custa, sobretudo, das duas seguintes causas: fobias sociais e fobias específicas (ambas com baixa incapacidade psicossocial) (DGS, 2015). ---retirar/ver estudos sobre dados quantitativos relacionados com a saúde mental/dados epidemiológicos.</p>
12		Acesso aos serviços de saúde	<p>O território Alentejo caracteriza-se por possuir um fraco acesso à rede de equipamentos de cuidados de saúde primários (rede de equipamentos/infraestruturas), constituindo</p>

²⁰⁶ Segundo dados de um estudo transversal, descritivo, com amostra aleatória, estratificada, com 931 pessoas com 65 e mais anos de idade, levado a cabo na região do Alentejo (Fonseca, 2014).

			este o principal obstáculo vivenciado pelas populações que têm de percorrer longas distâncias para recorrerem aos serviços de saúde, sendo que, também, os cuidados hospitalares se situam, na generalidade, apenas nos principais centros urbanos (CCDRA, 2014).
13	Sim	Dotação de recursos físicos e de pessoal de saúde	Na Região Alentejo persistem alguns problemas, em especial ao nível da dotação de recursos físicos (por exemplo, a dotação de camas hospitalares existentes no Alentejo registou valores inferiores à média nacional, 2,2 e 3,5 camas por 1000 habitantes, respetivamente) e de pessoal de saúde (em termos de pessoal médico e de enfermagem, os valores situam-se muito abaixo dos valores nacionais) capaz de satisfazer os níveis de procura dos serviços e cuidados de saúde, com implicações claras na melhoria dos níveis de saúde da população (CCDR Alentejo, 2014).
14	Sim	Procura efectiva dos serviços de saúde	A procura efetiva dos serviços de saúde no Alentejo, quando observada no contexto das consultas médicas nos estabelecimentos de saúde por habitante, ultrapassou a média nacional, resultante do elevado nível de envelhecimento da sua população e conseqüente aumento da pressão sobre os serviços de saúde (CCDR Alentejo, 2014). Consultar ARSA./ACSS: Dados de acesso às idas das urgências/patologias que as pessoas levam consigo Litoral alentejano com défice de médicos de família.
			A importância de reequacionar o acesso aos cuidados continuados integrados de saúde,

15	Variável a eliminar	Acesso dos utentes aos cuidados continuados integrados de saúde	<p>tendo em consideração a transição demográfica e epidemiológica, tem colocado desafios acrescidos à rede. Ao conjugar a transição demográfica e epidemiológica, observa-se em Portugal um cenário no qual a percentagem de idosos é elevada (19% do total da população portuguesa), sendo que esta população concentra uma maior prevalência de doenças crónicas, muito menor literacia geral e específica (de saúde), maior vulnerabilidade social, com fragilização das redes relacionais, e financeira com incremento do risco de pobreza. Esta conjugação de fatores em si mesmo, contribuem para condicionar o acesso aos serviços de saúde. Esta situação é particularmente grave, uma vez que se verifica num dos momentos do ciclo de vida em que a mesma é mais sensível (OPSS, 2015). De salientar que, o acesso dos utentes aos cuidados continuados integrados de saúde não depende apenas da existência de estabelecimentos próximos das populações (isto porque a proximidade não garante que os cuidados estejam disponíveis a toda a população), mas também da capacidade de oferta da rede (caracterizada, por exemplo, pelo número de estabelecimentos e a sua dimensão): isto é, se é suficiente para suprir a procura potencial?</p> <p>Dados que quantifiquem a oferta? Ver estudo ERS.</p>
Variáveis Socioeconómicas			
16	Sim	Empobrecimento da população	De acordo com o estudo “Novos Factos sobre a pobreza em Portugal”, o Alentejo é a terceira região do País mais pobre, e a primeira do território continental (Alves,

			<p>2009).</p> <p>O maior indicador de empobrecimento da população alentejana atinge efeitos mais significativos ao destacarmos o elevado grau de dependência que os inativos representam em relação à população ativa (CCDRA, 2014).</p> <p>Contudo, é de referir que a situação de pobreza não se coloca apenas com a população inativa seja pelo desemprego seja pela idade ou saúde. Para um número significativo da população ativa, os baixos salários e a precariedade conduzem a este tipo de vulnerabilidade social.</p>
17	Sim	Proteção social	<p>Fatores como aumento da população desempregada e dos níveis de envelhecimento, associado a fenómenos de isolamento social e de pobreza, têm vindo a desencadear cada vez mais situações de vulnerabilidade social, pressionando o sistema de proteção social.</p> <p>Em matéria de proteção social, a região do Alentejo com uma população ativa de 263.425, tem cerca 50 mil desempregados (41.773 inscritos nos serviços de emprego) e 192414 pensionistas da segurança social, auferindo rendimentos muito abaixo do limiar da pobreza, uma vez que a média mensal da pensão recebida é de 299,07 e do subsídio de desemprego é de 244,58 euros (INE, 2011). Acresce, ainda, o continuado decréscimo do número de indivíduos e famílias apoiadas pelo Rendimento Social de Inserção (RSI), afetando a generalidade dos estratos de beneficiários de prestações sociais, particularmente, os mais idosos, num momento em que se regista um</p>

			<p>aumento continuado do desemprego (CCRA, 2014). O que se significa que a sua população carece de um sistema de proteção social capaz de responder às suas necessidades, privando-a do acesso aos recursos sociais e de saúde.</p> <p>Este cenário fará antever que, num futuro próximo, os riscos de pobreza e de abandono social continuarão a aumentar (EAPEN, 2014).</p>
18	Sim	Recursos sociais disponíveis (cobertura)	<p>No que se refere aos recursos sociais disponíveis, é possível constatar que a região do Alentejo apresenta níveis de cobertura diferentes em função das respostas sociais, sendo de realçar que no Alentejo a situação é mais favorável do que a verificada no Continente. Assim, é de realçar o investimento em Centros de dia e Serviços de apoio domiciliário, com especial ênfase na manutenção da pessoa idosa na sua residência, sendo que as taxas de cobertura dos Centros de dia e do Serviço de apoio domiciliário aproximam-se dos valores revelados para os Lares de idosos (CCDRA, 2014).</p> <p>Ainda assim, “persistem assimetrias regionais na cobertura por equipamentos sociais, havendo ainda algumas áreas funcionais (nomeadamente, nas áreas da deficiência e da dependência) em que se justificam alguns ajustamentos e complementos de rede”²⁰⁷ (CCDRA, 2014).</p> <p>Em determinadas zonas territoriais tem-se assistido, em simultâneo, à insustentabilidade de algumas valências</p>

²⁰⁷ De acordo com a análise apresentada pela CCDR Alentejo no documento “Portugal 2020 – Proposta de Programa Operacional Regional do Alentejo”²⁰⁷.

			<p>sociais, em virtude do decréscimo populacional e do número de utentes, e à sobreocupação de equipamentos.</p> <p>Outro indicador importante refere-se à institucionalização de pessoas e famílias. Comparativamente a 2001, o número de pessoas a residir em estabelecimentos de apoio social cresceu na região do Alentejo, embora a inferior ao observado em termos nacionais. De igual forma, o número de famílias institucionais a residir em estabelecimentos de apoio social aumentou na última década (CCDRA, 2014).</p> <p>Perfil dos recursos sociais desajustados às necessidades dos cidadãos/perfil dos utentes.</p>
19	Sim	Estrutura do agregado familiar	<p>A composição do agregado familiar tem efeitos significativos em termos de rendimento disponível. O risco de pobreza e exclusão social para as famílias monoparentais com um ou mais filhos a cargo manteve-se significativamente elevado em 2013 – quase 50% (EAPEN, 2014). Na última década, a região do Alentejo, à semelhança do país, assistiu a uma diminuição na dimensão média da família, sendo que, quando comparadas com o total nacional, esta tem, em média, famílias mais pequenas (a dimensão média da família na região é de 2,4 pessoas, enquanto no país esse valor é de 2,6) (INE, 2011). Segundo a mesma fonte, a proporção de famílias unipessoais constituídas por pessoas com 65 ou mais anos aumentou na última década na região do Alentejo, superior ao registado a nível nacional. As famílias unipessoais constituídas por idosos estavam mais representadas nos municípios do interior, nomeadamente nas sub-regiões Alto</p>

			Alentejo e Baixo Alentejo.
20	Sim	Redes relacionais (rede familiar e vizinhança)	<p>Os resultados dos censos 2011 a propósito da estrutura etária da população ativa, quer na região do Alentejo, quer em Portugal, ilustram bem a situação existente hoje na sociedade - os cuidadores tradicionais (representados habitualmente por mulheres) que, até ao momento, sustentaram a prestação de cuidados às pessoas idosas e em situação de dependência, têm uma participação ativa no mercado laboral. O que quer dizer que, a rede de apoio, constituída sobretudo por mulheres que, nas décadas anteriores, assumiam o suporte de cuidados, encontra-se neste momento bastante enfraquecida.</p> <p>Quem são hoje os cuidadores informais? População inactiva (mulheres reformadas) que são já hoje os cuidadores e futuramente terão um papel preponderante.</p>
Variáveis Socioculturais e Educacionais			
21	Sim	Escolaridade e Qualificação da População	A população apresenta baixos níveis de escolarização e de qualificação. O problema aumenta quando existe uma correlação positiva entre o nível de escolaridade e o acesso aos recursos sociais e de saúde.
22	Eliminar	Capacitação e formação das instituições	No domínio das áreas de inclusão social e, particularmente da gestão de equipamentos e serviços, verifica-se a existência de “práticas organizativas e gestionárias nas Instituições, reveladoras de défices de capacidade e formação e sugerindo a necessidade de melhorar os níveis de capacitação institucional” (CCDRA, 2014, p. 294).
		Rede de ensino e formação em	O território possui uma rede de ensino/formação consolidada e diversificada,

23	Sim	CCI	<p>abrangendo todos nos níveis de ensino</p> <p>Verifica-se no país e no Alentejo a existência de alguns cursos de ensino de tecnológico/profissional, de que são exemplo os cursos técnicos de auxiliar de geriatria e de saúde, cujos conteúdos, embora não abordem diretamente os cuidados continuados integrados, relacionam-se com a vertente dos cuidados de saúde (CCDRA, 2014).</p> <p>Ao nível do ensino superior, têm sido criados cursos em Gerontologia Social e Geriatria, em diferentes institutos e universidades (Instituto Superior Politécnico de Bragança, Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Escola Superior de Educação João de Deus e Universidade Lusíada). Mas, quando nos reportamos à formação pós-graduada multidisciplinar, desenvolvida por instituições do ensino superior, surgiram alguns cursos de pós-graduação em CCI. São exemplos disso, os cursos existentes na região do Alentejo, nomeadamente na Universidade de Évora e na Escola Superior de Saúde de Beja. No contexto nacional, tais cursos surgiram na Universidade Lusófona e Escola Superior de Saúde Jean Piaget. Na Universidade do Porto existe um programa de doutoramento em Gerontologia e Geriatria.</p> <p>No plano de estudos da formação graduada das profissões afetas à rede, designadamente nas áreas científicas de Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, observam-se a inclusão de temáticas relacionadas com os Cuidados</p>
----	-----	-----	---

			Continuados (PNS, 2010). Situação do Alentejo: Plano formação Entidades privadas; Universidade Évora.
Variáveis Económico-Financeiras			
24	Sim.	Financiamento das políticas públicas	Existem influências determinantes nas políticas sociais fruto da condição europeia de Portugal, são elas, os fundos estruturais (designadamente do FSE) e de coesão (Programas Delors I e II) ²⁰⁸ e o pacto de estabilidade e crescimento, associado ao sistema monetário ²⁰⁹
25	Sim	Despesas com a saúde/Cuidados Continuados	O crescimento da despesa per capita em saúde atingiu em Portugal, os 10, 62%, repartido em despesa pública em saúde (6,7%) e despesa privada em saúde (3,6%) (OCDE, 2014). Contudo, no contexto da OCDE, não existe em Portugal uma relação direta entre variação percentual na despesa per capita em saúde (num horizonte de 25 anos) e a variação na proporção da população com 65 anos ou mais. Assim, verifica-se que Portugal ²¹⁰ ocupa o meio da tabela no que concerne à percentagem de PIB afecto à saúde ²¹¹ , quando comparado com os restantes países, sobretudo os mais desenvolvidos, atribuindo uma pequena e

²⁰⁸ Tais fundos foram decisivos para o lançamento de muito programas em diversas áreas do social, como o emprego, a formação profissional, a saúde, a educação, a habitação e a pobreza.

²⁰⁹ Este pacto conduziu à retração das políticas públicas, o qual se traduziu em cortes da despesa pública, ao estrangular a segurança social, ao congelar os salários e as prestações sociais, ao privatizar, reduzir e encerrar serviços públicos, trazendo consequências irremediáveis para o aumento da vulnerabilidade à exclusão e para o agravamento das desigualdades (Hespanha e Hespanha, 2011).

²¹⁰ Portugal encontra-se a meio da tabela, abaixo de países como Alemanha, Finlândia e Itália, que apresentam um crescimento da despesa per capita em saúde de 26,01%, 20,88% e 20,80% respetivamente, e acima de países como Suíça, Inglaterra, Grécia, Dinamarca e Espanha (2,32%, 2,37%, 6,45%, 8,36%, 8,93%, respetivamente) (Comissão Europeia, 2009).

²¹¹ A saúde tem um peso crescente quer no PIB (9,5% em 2008), quer no Orçamento de Estado (5,77% em 2010 contra 5,15% em 2009, uma variação de 7,23%, apesar da contração em 4,23% do orçamento).

			<p>quase inexpressiva percentagem desses gastos aos cuidados continuados (OPSS, 2011).</p> <p>Com a aprovação do OE para 2016, o SNS conta com um aumento das transferências correntes do Orçamento do Estado de 65 M€. Segundo as previsões do atual programa do Governo, este espera obter um financiamento de 326 M€ para a aplicar em novas políticas, sendo que destes, 245 M€ serão aplicados em despesa (onde se inclui a despesa de 19 M€ com a reforma dos CCI) e os restantes 81 M€ permitirão a redução do défice do SNS.</p> <p>O que se verifica é que, comparativamente com a reforma dos cuidados de saúde primários e hospitalares (39 e 33M€, respetivamente), a despesa com os CCI apresenta valores inferiores (MS, 2016).</p> <p>Segundo a perspetiva do MS (2016), graças ao aumento das transferências do OE e das medidas de eficiência, a situação financeira do SNS em 2016 reflete uma evolução positiva no sentido da consolidação orçamental. Contudo, o aumento da despesa em matéria de saúde deixa o país perante o desafio de garantir a sustentabilidade orçamental a longo prazo neste setor.</p>
26	Sim	Gastos suportados pelos utentes	<p>Segundo dados da OCDE (2014), em 2007 Portugal fazia parte do grupo de países com maiores pagamentos out-of-pocket²¹², ocupando a 6ª posição, sendo que em 2012 subiu para a 4ª posição. O quer dizer que, com as medidas adoptadas para ultrapassar a</p>

²¹² Definem-se como gastos suportados diretamente pelos utentes do serviço de saúde nas situações em que o custo total do bem ou serviço de saúde não é coberto por ambos os serviços: público e seguro privado.

			<p>situação de crise financeira em Portugal, o empobrecimento das populações agravou ainda mais e estas passaram a pagar mais pela sua saúde (OPSS, 2015). O aumento dos gastos com a saúde acontece num país em que o rendimento médio é bastante inferior à média da UE (PORDATA, 2015) e onde, em simultâneo, sucede “o aumento das taxas moderadoras, a diminuição das consultas nos cuidados de saúde primários, uma distribuição desigual de profissionais de saúde pelo território nacional, uma redução do acesso ao transporte urgente e uma debilitação da rede de transportes, entre outros”²¹³ (OPSS, 2015, p. 43).</p> <p>Conforme descreve o último relatório primavera, avaliar o real impacto da crise no acesso aos cuidados de saúde por limitação financeira não tem sido tarefa fácil, sobretudo em virtude da inexistência de estudos mais pormenorizados produzidos em Portugal (OPSS, 2015).</p>
27	Eliminar	Sustentabilidade Financeira dos CCI	<p>A RNCCI tem sido financeiramente sustentada pelas verbas dos Jogos Sociais, o que tem permitido a sua construção e desenvolvimento. Assim, com a aprovação do OE para 2016, a RNCCI beneficia de um aumento de 11 M€ de receita proveniente da distribuição dos resultados líquidos dos Jogos Sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Avaliar diferentes opções para o financiamento dos cuidados de longa duração levanta três questões fundamentais. Em primeiro lugar, requer uma avaliação da necessidade futura de</p>

²¹³ Conforme refere o OPSS (2015), apesar dos custos com a saúde terem aumentado, o acesso aos medicamentos foi facilitado graças à redução contínua do seu preço nos últimos anos, que decorre do aumento da quota de genéricos.

			serviços de cuidados de longo prazo e das suas repercussões socioeconómicas mais amplas. Em segundo, a justificação para a utilização de fundos públicos para o financiamento de cuidados de longa duração e, como tal, isso varia em função do contexto específico do país. Finalmente, levanta a questão de como esses cuidados são implementados de modo a maximizar a equidade e eficiência no sistema (OMS, 2009).
28	Sim	Modelo de financiamento direto à família na Rede pela Segurança Social	A SS tem um modelo de financiamento cego na distribuição dos apoios, isto é, pouco equitativo, que foi definido através do despacho normativo n°34/2007, 19 de setembro que define o que é o agregado familiar e estipula os rendimentos do agregado, fixando o valor a pagar pela pessoa. Contudo, este despacho necessita de melhorias sobretudo ao nível do cálculo dos rendimentos virtuais (por exemplo, os imóveis que não dão rendimentos).
Variáveis Político-legais			
29	Sim.	Orientações/Recomendações de organismos internacionais em matéria de saúde	A ação política da UE e de Portugal em matéria de Saúde é influenciada por um quadro de referência estratégico denominado por Health 2020 (OMS, 2014), que fornece orientações aos governos europeus na definição de estratégias centradas na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde (mediante abordagens denominadas por whole-society e whole-of-government) (PNS, 2015).

30	Sim	Política Internacional/Orientações da UE na área de Saúde	Comissão Europeia apresentou uma proposta relativa ao próximo quadro financeiro plurianual para o período de 2014-2020, intitulada “Um Orçamento para a Europa 2020”, bem como um conjunto de propostas legislativas que abrange todos os instrumentos de financiamento das políticas estruturais (CCDR, 2014). De forma a implementar a estratégia da Europa 2020, a Comissão definiu um conjunto de programas em diferentes áreas, entre elas, a Saúde Pública. O atual programa da UE - Terceiro Programa de Saúde da UE, no domínio da saúde abrange o período de 2014 a 2020 (que sucede o programa plurianual para o período de 2008 a 2013) como principal instrumento utilizado pela Comissão Europeia para implementar a estratégia da UE em matéria de saúde ²¹⁴ .
31	Sim	Políticas Nacionais para os CCI	Para além do que já ficou dito sobre as implicações decorrentes das Estratégias Health 2020 (OMS, 2014) e Health for Growth Programme 2014-2020 (Comissão Europeia, 2014), torna-se evidente que o curso das políticas sociais e das reformas em Portugal tem sido influenciado, em grande medida, pelos padrões de decisão política internacional e por determinados programas sociais aprovados por vários países membros da UE que se tornaram modelares ²¹⁵ . Enquadrada no “Portugal 2020: estratégia

²¹⁴ Foi com base e em consonância com os objetivos do anterior programa de saúde da UE para 2008-2013 que se definiram os objetivos da Estratégia Europa 2020, com vista a dar prioridade aos investimentos na saúde e fazer face ao problema do envelhecimento da população.

²¹⁵ De que é exemplo o Programa Rede Mais para a proteção das pessoas com elevado grau de dependência, criado no âmbito da Resolução do Conselho de Ministros n.º59/2002, que destaca o papel do Comité de Proteção Social da União Europeia na definição de objetivos e na orientação e preparação das agendas do Conselho Europeu neste domínio.

			<p>para a saúde” e na política orçamental para 2016, a RNCCI constitui, nestes últimos anos, para política de saúde em Portugal, uma grande reforma, pese embora o seu investimento revelasse sinais de abrandamento. As intenções políticas revelam a importância que a mesma assume na sociedade, devendo ser estimulada na comunidade e na periferia das grandes cidades para chegar ao domicílio da população idosa e dependente, integrada com a rede de ação social. Para tal, sublinham o papel ativo das autarquias, no sentido de se criar um ambiente favorável ao envelhecimento ativo e saudável (MS, 2016).</p>
32	Sim	Implementação do PNS no território	<p>PNS é o documento estratégico basilar das políticas de saúde em Portugal, definindo o rumo/orientações para as ações/atividades a desenvolver no quadro do Sistema Nacional de Saúde e orientador para as políticas regionais/planeamento regional.</p> <p>Enquadrada nos objetivos estratégicos do PNS, a política regional, conduzida pela ARSA, pretende durante o ano de 2016 dar continuidade à implementação dos nove programas de saúde prioritários na região e consolidar o planeamento dos mesmos através do Plano Regional de Saúde. Assim, e tendo também em consideração as prioridades nacionais definidas no PNS, as características específicas e diferenciadoras da Região Alentejo e os critérios de transcendência social, de vulnerabilidade à intervenção e a magnitude das patologias definidas, foram identificadas as seguintes prioridades em saúde, para o período de 2012-2016: Doenças cérebro-</p>

			cardiovasculares; Diabetes; Tumores malignos (mama, colo do útero, cólon e recto, traqueia, brônquios e pulmão); Obesidade; Saúde mental e doenças do foro psiquiátrico. Para além destas, as doenças crónicas, sobretudo no que respeita à capacidade de intervenção para evitar a sua condição, e a multimorbilidade, que exigirá maiores níveis de volume de prestação, diferenciação e integração na abordagem e intensidade de resposta, assumem uma atenção redobrada por parte da política regional, onde os CCI desempenham um papel de decisivo (ARSA, 2016).
33	Sim	Legislação aplicável que regula os procedimentos	A rede possui um quadro de referência legal que orienta e define todas as regras e procedimentos a aplicar para a optimização do funcionamento da RNCCI, onde se destaca Decreto-Lei 101/2006, 6 de Junho. Este decreto constitui-se como uma ferramenta basilar para a organização e funcionamento da rede. Contudo, existe ainda, um conjunto de legislação (Leis, decretos-lei, despachos, circulares normativas e orientações técnicas) que, nos últimos dez anos, tem contribuído para a regulamentar todos os procedimentos inerentes à dinâmica organizacional e funcional da rede.
Variáveis Científico-Tecnológicas			
34	Sim	Ambiente tecnológico na área da Saúde	O sistema de produção de informação e dados qualitativos e quantitativos é amplo e disperso, tornando o acesso aos indicadores um processo moroso e de difícil sistematização. A importância de sistematizar os estudos já desenvolvidos a fim de consolidar o mais possível uma base empírica que permita um planeamento

			<p>adequado e antecipado.</p> <p>Além disso, existem lacunas ao nível dos indicadores reveladores da situação de dependência e incapacidade funcional da população portuguesa. Assim, há que adoptar uma classificação internacional da funcionalidade (CIF) como referência universal para a avaliação da funcionalidade da população portuguesa.</p> <p>A Transparência, o Acesso e Qualidade constituem as variáveis motrizes do ambiente tecnológico na área da saúde.</p>
35	Sim	Sistema de Informação e integração de TIC na RNCCI	<p>Uso privilegiado do Gest Care CCI (a partir 2007 com a experiência piloto e 2008 com a sua consolidação) (funcionamento web em tempo real, permitindo o acesso a todas equipas da rede com diferentes níveis de acesso).</p> <p>O sistema de informação da Rede carece de inovação no sentido de aumentar a eficiência e a qualidade da resposta ao utente. Há indicadores geradores e potenciadores de iniquidades.</p> <p>No âmbito do Simplex +, surge como primeira medida para a Rede a referência electrónica nos CCI. A SPMS, empresa recentemente criada no âmbito do Ministério da Saúde, está a trabalhar com a actual coordenação nacional da Rede no sentido de melhoria do sistema de Informação²¹⁶.</p> <p>Além disso, um dos vetores privilegiados no plano da ação 2016-2019 passa por, em conjunto com a academia e empresas, desenvolver projetos inovadores que</p>

²¹⁶ Testemunhos individuais e narrativas grupais recolhidas em contexto de observação/notação durante o Encontro Nacional da RNCCI, em 6 e 7 Junho de 2016, a propósito das comemorações do 10º aniversário da Rede.

			permitam a integração de TIC e a criação de Ambientes de vida Assistida (MS & MTSS, 2016).
36	Sim	Interoperabilidade entre sistemas de informação da Rede	A interoperabilidade entre sistemas de informação surge como uma prioridade da atual política governamental, entendida aqui como a capacidade de transformar e usar a informação de maneira uniforme e eficiente entre várias organizações e sistemas de informação.
37	Sim	Reforço da Investigação	Nos últimos anos, têm-se desenvolvido muitos estudos e investigações sobre os CCI, sendo que muitos dos resultados não chegaram a ser divulgados e aproveitados. O atual Plano de desenvolvimento da rede destaca a importância de cooperar com as universidades, politécnicos e respetivos centros e laboratórios de investigação, permitindo o acesso dos indicadores produzidos no âmbito da RNCCI. São passos essenciais para o desenvolvimento da Rede e dos CCI em Portugal.
Variáveis de Governação Integrada			
38	Sim	Cooperação entre sistemas de informação dos setores saúde e Segurança Social	Existem falhas ao nível da cooperação entre os sistemas de Informação da saúde e da segurança social, dificultando a comunicação /circuito da informação. A obrigatoriedade para o futuro passa por substituir o atual sistema pela Web Services, com vista a melhorar a integração destes sistemas.
39	Sim	Cooperação entre áreas governamentais_Saúde e Segurança Social	Com base na lógica da cooperação, o funcionamento da RNCCI assenta numa política integrada através de instrumentos gestão, tais como, as equipas, a celebração de importantes contratos -programa entre as áreas governamentais da Saúde e da

			Segurança Social com os seus parceiros locais especializados, que pretendem dinamizar a implementação de unidades e equipas, segundo uma lógica de cooresponsabilidade.
40	Sim	Integração e articulação dos cuidados “Cultura da prestação de cuidados”	<p>A integração e articulação dos cuidados pressupõe a articulação efetiva entre profissionais desenhadas por meio da multidisciplinidade.</p> <p>Ausência do cidadão na centralidade de cuidados.</p> <p>Contudo, apesar de algumas mudanças visíveis é ainda uma área que manifesta lacunas²¹⁷. Por esse motivo, o reforço da articulação entre os diferentes níveis de coordenação e prestação da RNCCI é considerado um dos objetivos prioritários previsto no atual plano de ação da Rede (2016-2019), para o qual serão elaboradas orientações técnicas nacionais (MS & MTSS, 2016).</p>
Variáveis Organizacionais e Funcionais da Rede Nacional			
41	Sim	Liderança/Coordenação da Rede	<p>A liderança/coordenação assume um papel fundamental na dinâmica organizacional e funcional da Rede.</p> <p>O desenvolvimento da RNCCI teve por base um modelo descentralizado, com cooresponsabilidade e articulação a nível inter e intra-sectorial, inter-institucional e interprofissional. Esta estrutura descentralizada visa uma articulação efectiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da RNCCI, garantindo a flexibilidade e a</p>

²¹⁷ Testemunhos individuais e narrativas grupais recolhidas em contexto de observação/notação durante o Encontro Nacional da RNCCI, em 6 e 7 Junho de 2016, a propósito das comemorações do 10º aniversário da Rede.

			<p>sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assumir responsabilidades na garantia do bom funcionamento do processo de gestão dos utentes. Neste sentido, considera-se fundamental “manter uma equipa de coordenação central que assegure o desenvolvimento harmonioso da RNCCI, o aperfeiçoamento da gestão da execução e da obtenção de resultados de desempenho e de qualidade (sistema de controlo de gestão)” (UMCCI, 2010, p. 16).</p>
42	Sim	Modelo de contratualização e financiamento da RNCCI	<p>O modelo assenta num processo de contratualização de cuidados entre a Administração pública e as Entidades Prestadoras. A SS comparticipa directamente as famílias/utentes através do apoio às instituições, isto é, comparticipa a família na parcela que o utente não pode.</p> <p>Este modelo está a ser objeto de aperfeiçoamento, o qual faz parte de uma das medidas de reforma do SNS na área dos CCI - Desmaterializar o processo de referenciação, agilizando a colocação de utentes na RNCCI, assente em princípios/critérios que modele o comportamento dos agentes/prestadores de CCI (fator de modelação do sistema). Assim, a modalidade de pagamento por diária simples centrado nas características da oferta (tipologia), pretende evoluir para pagamento por complexidade e performance (resultados). Para o efeito, serão criados instrumentos, entre eles: a contratação de atividades (volume de serviços de acordo com as necessidades da população); definição de métodos/modalidades de pagamento; e a medição da performance.</p>

			O modelo assenta no financiamento diferenciado/A sua diferenciação e seu financiamento é por tipologia.
43	Sim	Modelo de referência	<p>A Rede dispõe de critérios de admissão e de um sistema homogéneo de referência e acesso à RNCCI.</p> <p>O circuito de referência da RNCCI assenta critérios e em níveis operacionais, correspondentes a Equipas de Gestão de Altas, Equipas Coordenadoras Locais, Equipas Coordenadoras Regionais. O acesso à Rede é feito através de referência, com origem no Hospital do SNS ou no Centro de saúde. Cabe a cada ECL a responsabilidade pelo ingresso da pessoa dependente na RNCCI, mediante um processo de referência próprio, com critérios específicos, onde a mesma fica responsável pela avaliação da situação de saúde e social do doente e pela verificação do cumprimento dos critérios de referência (UMCCI, 2010).</p>
44	Sim	Instrumentos de gestão e planeamento RNCCI	<p>Ao longo de dez anos de existência, a Rede foi construindo uma dinâmica própria de organização e funcionamento. O processo e metodologia de criação e desenvolvimento da RNCCI – faseado – incorpora elementos de inovação essenciais no funcionamento de uma administração pública tida como “moderna” e na linha de uma “nova cultura de gestão pública” (New Public Management), de que são exemplo os instrumentos de gestão e planeamento utilizados.</p> <p>A existência de instrumentos de diagnóstico de necessidade, de financiamento e de avaliação do sistema de qualidade são peças</p>

			fundamentais no planeamento da RNCCI, potenciando o seu desenvolvimento futuro, de que exemplo o último plano de desenvolvimento da rede para o período 2016-2019.
45	Sim	Funcionamento e dotação de recursos humanos	<p>Os recursos humanos são insuficientes face às necessidades e especificidades de cada território. A carência de recursos humanos acarreta limitações ao funcionamento das equipas e unidades.</p> <p>Ao nível das equipas comunitárias observa-se que as mesmas são insuficientes face às necessidades, conduzindo a que o tempo de resposta seja demorado.</p> <p>Coloca-se o desafio de como criar novas respostas/unidades face aos recursos disponíveis. Importa equacionar o tempo de resposta com as necessidades e alocar os recursos certos nos lugares certos²¹⁸.</p>
46	Sim	Estratégia de qualidade e avaliação da Rede	<p>O sistema de CCI depende fortemente da definição de uma estratégia de qualidade e permanente avaliação da Rede.</p> <p>A Estratégia de Qualidade e Avaliação da Rede, entendida aqui como transversal e integrador de todo o processo de planeamento estratégico, que tem atuado por meio do desenvolvimento e execução de planos de acção de base regional e respetiva monitorização/avaliação²¹⁹. Transversal às áreas da qualidade e do planeamento, surge a avaliação baseada na monitorização e avaliação global de estratégias, processos e</p>

²¹⁸ Testemunhos individuais e narrativas grupais recolhidas em contexto de observação/notação durante o Encontro Nacional da RNCCI, em 6 e 7 Junho de 2016, a propósito das comemorações do 10º aniversário da Rede.

²¹⁹ Além dos relatórios periódicos de monitorização, cuja produção é feita desde 2008, existe um conjunto de instrumentos homogéneos, tais como, inquéritos, grelhas de acompanhamento, grelhas de avaliação/auditoria, que fazem parte do processo de acompanhamento e monitorização de desenvolvimento da RNCCI.

			<p>resultados.</p> <p>Ao longo de dez anos de desenvolvimento, a RNCCI tem vindo a desenvolver uma política da qualidade²²⁰, com especificidades próprias e compreendida como “uma dinâmica de melhoria contínua assegurada pelo cumprimento de objectivos estratégicos e de requisitos de organização e funcionamento para a prestação de serviços e cuidados de proximidade, eficientes, eficazes, personalizados e oportunos” (UMCCI 2009: 2).</p> <p>Faz parte de um dos objetivos do plano de ação da rede para o período 2016-2019, o desenvolvimento de critérios de qualidade aplicáveis em toda a Rede.</p>
47	Sim	Qualificação da intervenção dos vários atores da RNCCI	<p>Ao longo dos dez anos de existência da rede, têm sido desenvolvidas ações de formação dirigidas, em particular, aos profissionais (de diferentes níveis de coordenação e cuidados), por meio de encontros de reflexão (inicialmente promovidos pela UMCCI) e formações.</p> <p>Deste modo, tem investido, em articulação com outras entidades, na formação ao nível da coordenação, da referenciação e da prestação de cuidados.</p> <p>Considerando a importância que a formação contínua desempenha no desenvolvimento das competências dos profissionais da Rede, em 2011, foi criado um directório de competências, necessidades formativas e bases para o plano de formação no âmbito da Rede, resultado de um Estudo, corporizado</p>

²²⁰ Conforme documento “Política e Estratégia da Qualidade - Março 2009” disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/>.

			<p>pelo Projecto “Identificar Necessidades de Formação nos Cuidados Continuados Integrados”, onde foram destacadas competências chave para dotar a RNCCI e, particularmente, as Lideranças, as Equipas e os Profissionais com instrumentos e recursos que permitam antecipar as necessidades dos CCI, em termos de desafios e novas competências próximos das profissões clínicas que actuam na Rede: competências de comunicação, relacionamento interpessoal e trabalho em equipa; competências técnicas e organizacionais, como por exemplo, ao nível do planeamento de cuidados, TIC para simplificação e desmaterialização de processos, sistemas de qualidade contínuo, entre outros (FCM, 2011).</p> <p>Enquadrada no plano de ação para o desenvolvimento da Rede 2016-2019, está previsto o desenvolvimento de um plano de formação para todos os cuidadores, que resultará de diagnóstico das necessidades de formação da RNCCI e da definição de eixos estratégicos para a formação que fomente a articulação entre as estruturas da Rede e as Instituições de Ensino Superior (IES) e que privilegie a formação em contexto (Portugal. MS. MTSS, 2016).</p> <p>A importância das auditorias.</p>
48	Sim	Complexidade/Diferenciação dos cuidados e respostas	<p>O investimento diferenciado em cuidados e repostas, especificamente na área da Saúde mental e cuidados pediátricos, integra uma das prioridades da atual política governamental. Os problemas do foro de saúde mental têm vindo a assumir cada vez maior importância, razão pela qual este se tornou um programa de saúde prioritário em</p>

			<p>Portugal, onde a região do Alentejo não é exceção.</p> <p>Ocorre, assim, a implementação de experiências-piloto, estando durante o ano de 2016 a funcionar, pelo menos 30, experiências de saúde mental e, pelo menos 10 experiências de pediatria.</p> <p>Tendo em conta desafio, é imperativo capacitar os profissionais para intervir nas diferentes áreas e respostas: psiquiatria; pediatria; paliativa; Geriátrica e Gerontológica.</p> <p>Posto isto, importa referir que, de acordo com o relatório de monitorização referente a 1º semestre de 2015, “o grau de complexidade de cuidados a prestar não sendo igual para todos os utentes, assim como a existência de situações específicas que condicionam determinado tipo de cuidados, podem vir a constituir variáveis com implicações nos recursos e no pagamento dos cuidados no âmbito da contratualização baseada em objetivos e indicadores com metas contratualizados” (ACSS, 2015).</p>
49	Sim	Reforço dos cuidados no domicílio e das respostas comunitárias	<p>Entre 2017-2019, está previsto o desenvolvimento das UDPA, através da implementação de experiências-piloto.</p> <p>Tal cenário coloca desafios ao nível da criação de despesas duplas a longo prazo e ao nível do risco de manutenção de serviços paralelos (o perigo de sobreposição de respostas, uma vez que existem comunidade que têm vários centros dia). Nessa medida, são sugeridas a reconversão de unidades que já possuem unidades de dia.</p> <p>Ao nível dos cuidados prestados pelas ECCI,</p>

			<p>observa-se uma heterogeneidade grande ao nível dos cuidados prestados, sugerindo-se a criação de uma carteira de serviços/cuidados a prestar. Além disso, estas equipas são insuficientes face às necessidades, desenvolvendo um trabalho muito exigente.</p> <p>Observa-se uma desadequação do atual modelo de resposta das ECCI face à diferenciação de cuidados na comunidade.</p> <p>Urge, por isso, repensar o modelo de intervenção nos cuidados domiciliários.</p> <p>Coloca-se, assim, a questão de se Rede está capaz de responder às necessidades locais/comunidades?²²¹</p>
50	Sim	Reconhecimento e apoio aos cuidadores informais	<p>Um dos vetores do plano da ação da rede para o período 2016-2019 assenta no reconhecimento e apoio a cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes. Assim, criar o estatuto do cuidador informal, desenvolver a participação dos cuidados familiares de forma a aferir as suas necessidades e reforçar a informação e divulgação da RNCCI junto dos potenciais utentes e dos cuidadores constituem um dos principais objetivos deste plano (Portugal. MS.MTSS 2016).</p> <p>Outro passo importante dado ao nível do apoio à família foi a resposta do Descanso do Cuidador Informal.</p>
Variáveis Gerais			
51	Sim	Visibilidade/Imagem da Rede	<p>A disseminação da filosofia e modelo de cuidados da RNCCI junto dos vários parceiros e diversas instâncias da Rede, o</p>

²²¹ Testemunhos individuais e narrativas grupais recolhidas em contexto de observação/notação durante o Encontro Nacional da RNCCI, em 6 e 7 Junho de 2016, a propósito das comemorações do 10º aniversário da Rede.

		como modelo de cuidados	desenvolvimento progressivo da Rede a definição/aplicação de ferramentas para a monitorização da Rede e o cumprimento das condições clausuladas sobre funcionamento e prestação de cuidados, compõem a dimensão estratégica que muito tem contribuído para a qualidade da Rede (UMCCI, 2010).
SISTEMA INTERNO			
Variáveis da Organização do Trabalho e Recursos Humanos			
52	Sim	Dotação dos Recursos Humanos	<p>A rede de CCI no Alentejo carece de recursos humanos, em quase todos os níveis e tipologias de cuidados, especialmente ao nível das equipas comunitárias.</p> <p>Falta de recursos humanos, em número e diversidade de profissionais ao nível da área da formação.</p> <p>O tempo de horas para prestação de Cuidados.</p>
53	Sim	Formas e procedimentos de trabalho	<p>Na sequência das visitas de acompanhamento às unidades prestadoras, têm sido detetados nalgumas unidades problemas ao nível da utilização de procedimentos de trabalho/intervenção, nomeadamente ao nível do PIII (processo do doente)</p>
Variáveis de Gestão da Rede			
54	Sim	Consolidação da Rede de Unidades e Equipas	<p>A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), quer ao nível das unidades de internamento, como das equipas domiciliárias, continua a ser aposta fundamental a assegurar na região Alentejo.</p> <p>Segundo o plano de atividades da ARSA (2014), “a rede de unidades de internamento encontra-se consolidada, existindo um total</p>

			<p>de 39 unidades de cuidados continuados integrados, distribuídas nas várias tipologias” (6 unidades de convalescença com 135 lugares, 11 unidades de média duração e reabilitação com 186 lugares, 19 unidades de longa duração e manutenção com 425 lugares e 3 unidades de cuidados paliativos com 17 lugares), “dispersas por 22 dos 47 concelhos da região Alentejo, totalizando em 2014 os 763 lugares na rede de cuidados continuados integrados na região Alentejo.</p> <p>Relativamente às ECCI, encontram-se em atividade 37 Equipas, abrangendo 37 concelhos e com uma capacidade assistencial de 549 utentes no domicílio (ARSA, 2014).</p>
55	Sim	Monitorização e controlo da atividade assistencial	<p>A coordenação da Rede está provida de instrumentos de gestão que permitem monitorizar e controlar atividade assistencial da Rede.</p> <p>O processo de monitorização e controlo da atividade é considerado pela coordenação como fundamental para o desenvolvimento da atividade da Rede (ARSA, 2016).</p> <p>Trimestralmente as ECL fazem o acompanhamento às unidades de internamento, tendo para isso uma grelha de acompanhamento que é aplicada, mas que está desadequada.</p>
56	Sim	Respostas de proximidade no domicílio	<p>Na região do Alentejo, verifica-se a existência de muitas pessoas que aguardam no domicílio uma resposta. Nesse sentido, torna-se essencial saber quem são? Quais as suas necessidades e em que condições vivem? Face à fragilidade da capacidade de respostas de proximidade, uma das</p>

			<p>prioridades da coordenação da Rede no Alentejo passa por reforçar estas respostas, nomeadamente ao nível das equipas de cuidados continuados integrados. O desafio coloca-se, portanto, na gestão/capacidade destas respostas quanto à importância de alocar os recursos certos nos lugares certos e equacionar o tempo de resposta com as necessidades do território dada as suas especificidades (poucos recursos e território muito disperso).²²²</p> <p>Outro aspeto importante salientado pela coordenação no relatório de atividades de 2016 reporta-se ao facto de que a aposta nestas respostas não pode descurar a necessidade de adequação de alguns lugares, embora residuais, ao nível das unidades de internamento e a implementação das novas respostas em cuidados continuados integrados de saúde mental e de pediatria (ARSA, 2016).</p>
57	Sim	Implementação das Respostas CCI de Saúde Mental	<p>Está em curso na região do Alentejo a implementação das respostas ao nível dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, através de uma experiência piloto, desenvolvida com base na experiência da Rede e potenciando as equipas existentes no terreno. No entanto, os recursos humanos que atuam nesta área são em número reduzido e com qualificação diversa, o que tem contribuído para que os projetos implementados na Região sejam essencialmente de cariz local, desenvolvidos por cada Departamento de Psiquiatria e</p>

²²² Testemunhos individuais e narrativas grupais recolhidas em contexto de observação/notação sobre “Respostas Comunitárias” durante o Encontro Nacional da RNCCI, em 6 e 7 Junho de 2016, a propósito das comemorações do 10º aniversário da Rede.

			<p>Saúde Mental, atendendo às necessidades e interesses sentidos (ARSA, 2016)²²³.</p> <p>A implementação de respostas de CCI na área da saúde mental coloca desafios acrescidos à rede de CCI no Alentejo, nomeadamente o nível da articulação/coordenação de setores e níveis de cuidados, da capacitação dos recursos humanos e sua respetiva dotação.</p> <p>Com vista à aplicação do Plano Nacional de Saúde Mental prevê-se dispor de um conjunto de linhas de atuação de âmbito regional, para desenvolvimento da rede de cuidados para o Alentejo, o qual contemple a efetiva articulação entre a Saúde Mental e os Centros de Saúde, bem como entre a Saúde Mental e a Rede de Cuidados Continuados Integrados.</p>
Variáveis de Gestão dos Utentes na Rede			
58	Sim	Referenciação de utentes	<p>A referenciação de doentes para as respostas da Rede no Alentejo atingiu no ano de 2014 os 3121 episódios. A nível dos hospitais foram referenciados 1852 e 1269 utentes provenientes dos Centros de Saúde (ARSA, 2014). Face ao contexto nacional, “a região que tem maior percentagem de referenciação a partir dos CSP é o Alentejo com 46,5% (cerca de 42% no 1º semestre de 2014 e anual 2014)” (ACSS, 2014). Em termos de percentagem de referenciados em relação à população com idade superior a 65 anos, atendendo às características da população da RNCCI, permite analisar que a região do Alentejo foi a segunda que mais referenciou</p>

²²³Informação retirada do site <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/SaudeMental/Paginas/Programa-Nacional-Para-a-Sa%C3%BAde-Mental.aspx> 9 de Junho de 2016.

			<p>neste 1º semestre de 2015, com 1, 5%. Em relação ao tempo de referência, o Alentejo apresenta o tempo mais baixo para UC, mas tem o tempo mais elevado das 5 regiões para ULDM como já tem vindo a acontecer (ACSS, 2015)</p> <p>Conforme referido no relatórios de monitorização, “o tempo de referência até identificação de vaga pode relacionar-se com vagas disponíveis, mas também com o facto de os profissionais das ECL terem outras funções para além das atribuídas à RNCCI, tanto na vertente Saúde como na de Segurança Social, com acréscimo nesta última do tempo necessário aos procedimentos para o cálculo do valor a pagar pelos utentes e respetiva participação da segurança social, quando aplicável, nas tipologias de UMDR e ULDM.” (ACSS, 2015).</p> <p>Assim, considerando que mais de metade dos utentes são referenciados pelos Hospitais, o momento da referência a nível hospitalar é importante para a admissão na Rede. É expectável que a referência seja preferencialmente efetuada nas primeiras 48 a 72 horas, após admissão hospitalar, para permitir desenvolver todo o processo antes da alta durante o internamento hospitalar (ACSS, 2015).</p>
59	Sim	Acesso e Mobilidade dos utentes	A gestão dos utentes quanto ao acesso e mobilidade dos utentes na Rede faz parte de uma das principais preocupações manifestadas pela coordenação, cujo intuito passa por manter uma atualização permanente nos critérios de

			priorização de ingresso na RNCCI (ARSA, 2016).
60	Sim	Capacidade de resposta e Desempenho	<p>A sua actividade tem sido reconhecida como indispensável, no entanto subsistem alguns problemas, nomeadamente, a capacidade ainda insuficiente para fazer face à procura crescente e a existência de algumas barreiras no acesso à rede relacionadas com a articulação com hospitais e outras unidades de saúde.</p> <p>Contudo, face ao contexto nacional, a Rede no Alentejo apresenta indicadores que revelam um desempenho positivo.</p> <p>Assim, o nº de doentes colocados em 2014 foi de 3951 e a taxa de ocupação das unidades de cuidados continuados integrados situou-se entre 78%, na tipologia de convalescença, e 97% em longa duração e manutenção. Nas unidades de média duração e manutenção a taxa de ocupação foi de 94% e nas unidades de cuidados paliativos de 75%. Desde 2010, que a taxa de ocupação das ECCI tem vindo a aumentar significativamente, situando-se em 2014 no valor de 76% (ARSA, 2014).</p> <p>Problema apontado: acesso aos cuidados paliativos</p>
61	Sim	Perfil dos utentes/destinatários	<p>O perfil de utentes da rede na região do Alentejo, à semelhança do território nacional, tem evidenciado uma população envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência, situação que se mantém.</p> <p>A idade avançada e a elevada incapacidade e</p>

			dependência condicionam resultados da intervenção, centrada na promoção de autonomia como princípio geral, mas com objetivos de intervenção definidos para cada utente no seu Plano Individual de Intervenção (PII), de acordo com o que é possível e expectável, atendendo à situação de base do utente.
Variáveis Financeiras			
62	Sim	Recursos financeiros da ARSA	<p>De acordo com o relatório de atividades da ARSA referente a 2014, a despesa com a Aquisição de Bens e Serviços²²⁴ foi considerada aquela com maior peso no valor global do orçamento da ARSA, no montante de 89.156.822€. Esta rubrica abrange os custos necessários para o bom funcionamento da ARS, incluindo os custos com Internamentos e transporte de doentes resultantes dos serviços prestados no âmbito da Rede Nacional para os Cuidados Continuados e Integrados inerentes ao funcionamento da respetiva rede.</p> <p>Importa aqui saber se os recursos financeiros geridos pelas ARSA provenientes das receitas dos Jogos Sociais transferidas pela ACSS, I.P. são suficientes para suprir as necessidades, permitindo o bom funcionamento da rede.</p>
63	Eliminar	Oportunidades financiamento	A atribuição de apoio financeiro destinado a projetos que permitem colmatar necessidades identificadas no âmbito dos CCI nas áreas geográficas em que se

²²⁴ Proveniente da Fonte de Financiamento 311, rubrica 02, do orçamento do Estado.

			<p>inserem. – foi suspensa.</p> <p>Este programa foi alvo de alterações ao nível do regulamento pela Portaria nº 578/2009, de 1 de Junho, onde foram detectadas na primeira fase de candidatura um conjunto de itens que precisaram de ser reajustados (ERS, 2015).</p>
Variáveis tecnológicas e equipamentos			
64	Eliminar	Plataforma informática	<p>Utilização da plataforma nacional da rede .</p> <p>No âmbito de um projeto conjunto com o NATASI²²⁵ foi criada uma plataforma informática com conteúdos para interação com os prestadores, equipas da Rede e população (ARSA, 2014).</p>
65	Transferir para o ambiente externo	Sistemas de informação tecnológicos	<p>A Rede dispõe de um Sistema de Gestão de Transporte de Doentes (SGTD), para a prescrição, requisição, gestão, conferência e faturação dos encargos com o transporte não urgente de utentes (pertencentes ao SNS) das unidades de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região, tendo o Sistema sido adaptado à Circular Informativa N.º 4/2014/DPS/ACSS. Todas as unidades de cuidados continuados integrados utilizam o SGTD, à exceção de uma localizada num concelho do distrito de Portalegre onde as entidades transportadoras não aderiram ao Sistema (ARSA, 2014).</p>

²²⁵ Núcleo de Apoio Técnico Área de Sistemas de Informação.

Variáveis de Relacionamento Inter e intra-organizacional entre Atores			
66	Sim	Articulação e coordenação entre tipologias de cuidados, setores e níveis.	Existem lacunas ao nível dos circuitos de informação entre os diferentes níveis e setores de cuidados. A adaptação e criação de circuitos é – o que existe são resistências - fundamental no sentido de efectivar/consolidar a articulação da Rede com os CSP e Hospitais ²²⁶ .
67	Sim	Compromisso político	A existência de compromissos entre os atores envolvidos na rede através da celebração/cumprimento contratos programa/acordos com vista a garantir o funcionamento e manutenção das unidades e equipas da Rede (ARSA, 2016).
68	Sim	Envolvimento dos atores	De acordo com o relatório de atividades da ARSA (2014), a contratualização das Entidades Gestoras dessas unidades com a ARSA, IP, no âmbito projeto de incentivo à melhoria da qualidade”, reflete o empenho das instituições e das unidades na garantia da qualidade da prestação de cuidados continuados integrados aos utentes. Assim, em 2014, foram negociadas metas com todas as unidades à exceção das unidades de cuidados paliativos, 1 de convalescença e 1 de média duração e reabilitação (ARSA, 2014).
69	Sim	Relacionamento entre a Rede e os cidadãos/comunidade local	Partindo do princípio-chave que as diferentes respostas disponíveis e as que vierem a ser desenvolvidas pela Rede não podem deixar de ter como fio condutor a centralidade do cidadão no sistema e a respetiva acessibilidade às mesmas, então torna-se pertinente colocar algumas questões sobre o atual relacionamento da Rede e os

²²⁶ Testemunhos individuais e narrativas grupais recolhidas em contexto de observação/notação durante o Encontro Nacional da RNCCI, em 6 e 7 Junho de 2016, a propósito das comemorações do 10º aniversário da Rede.

			<p>cidadãos/comunidade local, entre elas: Como é facilitado o acesso à informação de maneira a que a mesma possa ser reutilizada pelo cidadão/comunidade local? Como se relaciona a Rede com os cidadãos/comunidade local que falam sobre o seu funcionamento/organização, sobre o acesso aos cuidados, sobre a atuação/desempenho das equipas e unidades?</p> <p>Assim, de forma a garantir que a informação sobre as respostas da Rede no Alentejo seja partilhada e chegue eficazmente à população, foi criada uma plataforma informática com conteúdos para interação com os prestadores, equipas da Rede e população (através de um projeto conjunto com o NATASI) (ARSA, 2014).</p>
Variáveis de Formação e Qualidade			
70	Sim	Qualificação e formação dos profissionais	<p>A qualificação e formação dos profissionais das unidades e equipas da Rede na região Alentejo têm sido uma das prioridades da governação/coordenação regional pela importância que assume na qualidade da intervenção/prestação dos vários atores da Rede. Uma das atividades inerentes assenta na programação bianual da formação.</p> <p>No âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e sob proposta da ECR Alentejo, a ARS Alentejo tem promovido formação para os profissionais das unidades e equipas da região Alentejo. Durante o ano de 2014, foram desenvolvidas ações, entre elas, destacam-se: Acompanhamento da Qualidade das equipas e unidades da Rede para Elementos da ECR; Formação Contínua para Auxiliares de Ação</p>



			<p>Médica; Formação em GRID 2; Cuidados Paliativos; Intervenção Nutricional em Cuidados Continuados Integrados; Plano Individual de Intervenção nas equipas e unidades de Internamento da RNCCI; Prevenção e Controlo da Infeção nas Unidades de CCI; Tratamento de feridas/Úlceras de Pressão para os CCI. Em termos de adesão, importa referir que as cinco últimas ações foram as que alcançaram o maior número de participantes. A formação em Cuidados Paliativos, com o intuito de integrar novos profissionais (não de integrar, mas de criá-la) na EIHSCP do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, englobou profissionais de ECCI e profissionais dos Cuidados Hospitalares daquele hospital.</p> <p>Na área de Prevenção e Controlo de Infeção através de formação proposta pelo ex-GCR PCI da ARS Alentejo, foram formados profissionais das unidades de cuidados continuados integrados, abrangendo várias ações (12 no total). Ocorreu, ainda, na região do Alentejo uma formação intitulada “Curso do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e das Resistências Antimicrobianas (PPCIRA/DQS/DGS) – Módulo comunitário (Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados)”, promovido pela DGS/PPCIRA, a qual contou com a participação de 35 profissionais que representavam 38 unidades de cuidados continuados integrados (do total de 39 unidades existentes) (ARSA, 2014).</p> <p>Com vista a reforçar a qualificação dos profissionais, a coordenação regional tem planeadas para 2016 ações de formação</p>
--	--	--	---

			destinadas aos profissionais das equipas e dirigidas aos profissionais das equipas e unidades da Rede (Portugal. MS. MTSS, 2016).
71	Sim	Avaliação dos processos e resultados	<p>Esta avaliação resulta das visitas de acompanhamento da ECR às unidades e equipas, que por norma decorrem no início da abertura e, posteriormente, durante o seu funcionamento. Para o efeito, é usada uma grelha de avaliação construída com base em parâmetros de acordo com a legislação em vigor. A ECR Alentejo elaborou grelha de acompanhamento às unidades de cuidados continuados integrados, onde se encontram incluídos dados de identificação gerais (identificação da instituição/entidade gestora e da unidade de cuidados continuados integrados e a caracterização da visita de acompanhamento), caracterização da unidade, infraestrutura física e organizativa, afixação de documentação obrigatória, processo individual de cuidados continuados, recursos humanos, formação, protocolos e procedimentos, prevenção e controlo de infeção, fármacos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos. Da aplicação destes parâmetros resulta um relatório resumo com apreciação sumária por área e a apreciação global.</p> <p>No âmbito das visitas de acompanhamento às unidades de cuidados continuados integrados realizadas em 2014, a área da prevenção e controlo de infeção foi alvo de avaliada em 15 unidades da região Alentejo. Também nesta área, foi prestado apoio técnico e consultivo, assim como ministrada formação aos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de</p>


			<p>saúde.</p> <p>Posto isto, o atual enfoque da coordenação da Rede no Alentejo está orientado na “consolidação dos principais processos relacionados com a prestação de cuidados continuados integrados de elevada qualidade” (ARSA, 2016).</p>
72	Sim	Incentivo à Qualidade	<p>O processo de incentivo à melhoria da qualidade surge no início de 2010, enquadrada no “projecto de Incentivo à Melhoria da Qualidade nas Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo”, o qual decorreu de forma pioneira a nível nacional. O Departamento de Contratualização (DC) e a Equipa Regional de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo (ECR Alentejo) apresentaram o Relatório de Avaliação do ano de 2011, cujos resultados permitiram realçar os principais processos relacionados com a organização, funcionamento e resultados, decorrente da prestação de cuidados e focar as unidades no seu compromisso, contributo e responsabilidade de melhoria contínua (ARSA, ECR, 2011). Segundo aquele relatório, a área social, a área das quedas e das úlceras de pressão, assim como o registo do peso e agudizações, foram apontadas como as áreas mais críticas. Apesar de terem sido contratualizadas metas diferentes entre as unidades, estas áreas necessitam de uma maior atenção por parte das unidades, no sentido de implementarem estratégias que permitam às unidades obter melhores resultados.</p> <p>De acordo com plano de atividades da Rede no Alentejo previstas para o ano de 2016, a revitalização do projeto faz parte de uma das</p>

			<p>áreas a desenvolver (ARSA, 2014).</p> <p>Neste momento, está prevista a implementação do projeto a nível nacional.</p>
73	Sim	Satisfação dos Utentes	<p>Desde 2014 que a satisfação dos utentes na Rede tem sido alvo de estudo por parte da coordenação regional, através do envio/aplicação de questionário aos utentes internados na Rede, de forma a avaliar o seu grau de satisfação face às estruturas, à organização e aos profissionais que integram as respetivas unidades de cuidados continuados integrados. Refira-se que avaliar a satisfação dos utentes é crucial para elevar os níveis de qualidade dos cuidados prestados na Rede de CCI no Alentejo (ARSA, 2014)</p>

Universidade de Évora, 20 de junho de 2016.

A investigadora responsável,

Susana Pescada - Socióloga e Doutoranda do curso de Sociologia



Apêndice VIII - Guião da entrevista exploratória

Guião de Entrevista Exploratório: “Diagnóstico orientado para a caracterização do sistema de Cuidados Continuados Integrados na região do Alentejo”

1 Apresentação da pesquisa e dos objectivos

2. Situação atual dos CCI (realidade internacional e nacional)

1.1 Mudanças que operam nesse domínio

1.2 Novas tendências emergentes e seus impactos

1.3 Medidas estruturantes

3. Situação dos CCI na região do Alentejo: Das experiências piloto à actualidade

2.4 Principais mudanças e alterações (o que mudou? Que benefícios, alterações e desafios trouxe ao nível da organização e prestação dos cuidados?)

2.5 Impactos (nas condições de vida e saúde da população; no relacionamento entre as administrações públicas e as entidades prestadoras; no significado social de cuidar e cuidados?)

3. Análise global dos factores externos

3.1 Oportunidades: Quais os aspectos positivos da envolvente regional, nacional e internacional, ou seja, os factores com potencial para fazer crescer a rede de cuidados na região do Alentejo; Em que aspectos podem ser tomadas iniciativas positivas para melhorar os CCI?.

3.2 Estrangulamentos ou patologias: Quais as ameaças ou os aspectos negativos da envolvente que podem comprometer o desenvolvimento dos cuidados continuados naquele território e que, por conseguinte, poderão levar a uma deterioração da situação actual dos CCI.

4. Análise dos factores internos

4.1 Forças: Quais as forças internas do conjunto da rede e das equipas que a integram que potenciam a concretização de processos e acções para o desenvolvimento dos cuidados continuados?

4.2 Fraquezas: Quais as fragilidades internas ao desenvolvimento dos CCI?


5. Actores-chave para o desenvolvimento dos cuidados continuados

5.1 Quais os actores-chave que, na sua opinião, estão implicados no desenvolvimento dos CCI?

6. Futuros possíveis para os CCI

6.1. O que pensa que acontecerá aos CCI nos próximos anos? Quais são, na sua opinião, os factores que vão condicionar a evolução futura dos CCI? (político, económico, tecnológico e social) (factores-chave por onde passa a sua mudança ou estagnação?)

7. Caracterização da entidade/serviço e do entrevistado



Apêndice IX - Guião de entrevista semi-estruturada aos atores chave do sistema de CCI na região do Alentejo

Projeto de Doutoramento em Sociologia

Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora

Investigadora: Susana Pescada

Apresentação da pesquisa e dos objetivos

ENTREVISTA

Estamos a contactá-lo no sentido de nos facultar uma entrevista sobre a estratégia de atores no contexto de uma investigação para uma tese de doutoramento, para a qual nos interessa saber, além da sua posição sobre a um conjunto de desafios e objetivos estratégicos em relação à Rede de CCI na região do Alentejo, os meios de ação necessários para a concretização desses objetivos, os atores de que depende e os obstáculos que podem condicionar a sua ação.

I. Objetivos da instituição/atores

1.1 Em relação a um conjunto de desafios estratégicos e objetivos identificados com base nos resultados do diagnóstico e da análise estrutural dos CCI na região do Alentejo, posicione o seu acordo (+), desacordo (-) ou neutralidade (0) em relação a cada objetivo mediante uma escala que varia entre -4 e +4, sendo que:

- **(-4)**o objetivo põe em causa a existência do ator ou **(+4)** o objetivo é indispensável à sua existência;
- **(-3)**o objetivo põe em causa a realização das missões do ator ou **(+3)** objetivo é indispensável para a concretização das suas missões
- **(-2)**o objetivo põe em causa o sucesso dos projetos do ator ou **(+2)** o objetivo é indispensável à concretização dos seus projetos;
- **(-1)**o objetivo põe em causa ou **(+1)** favorece, de forma limitada no tempo e espaço, os processos operacionais (gestão...);
- **(0)**o objetivo é pouco consequente.

Desafios estratégicos	Objetivos associados	Ponderação
A - Reforço dos Cuidados Continuados integrados prestados no domicílio e em ambulatório	1-Priorizar a domiciliação e as respostas comunitárias	
	2 – Reforçar as ECCI (Dotação e capacitação dos RH)	
	3 - Fomentar a articulação entre as ECCI e os Serviços de Apoio Domiciliário	
	4-Incrementar as UDPA	
B – Reforço da Capacidade de Resposta e desempenho da Rede	5 - Aumentar o nº de vagas e lugares em todas as tipologias	
	6 - Melhorar o acesso e a mobilidade dos utentes na rede.	
	7 - Priorizar as respostas de CCI em Saúde Mental	
	8 - Priorizar as respostas de CCI em Pediatria	
	9 - Priorizar as respostas de CCI em Cuidados Paliativos	
C – Reforço do modelo de abordagem integrada	10 – Investir na articulação e coordenação entre tipologias de cuidados, setores e níveis de Cuidados.	
	11 – Compromisso político entre os atores envolvidos na rede e na prestação dos cuidados (cumprimento dos cuidados em conformidade com o contratualizado)	
	12 - Melhorar e qualificar a intervenção dos vários atores da rede	
D – Incremento da Formação e Governação integrada	13 – Investir na formação a todos os cuidadores	
	14 – Investir na qualificação e formação dos atores envolvidos na rede (profissionais da unidades e equipas)	
	15 - Melhorar a cooperação entre as áreas governamentais da saúde e da segurança social	

E - Reforço da política de qualidade da Rede	16 – Investir no processo de incentivo à melhoria da qualidade (ex. Projeto de Incentivo à Melhoria da qualidade das Unidades da Rede de CCI do Alentejo)	
	17 – Investir na avaliação dos processos e resultados relacionados com a prestação dos CCI	
F – Reconhecimento e apoio a cuidadores informais	18 - Apoiar os familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados.	

II. Meios de acção

2.1 Que meios de acção dispõe para concretizar os objetivos? (meios humanos, meios materiais, meios imateriais/intangíveis, meios financeiros...)

III. Obstáculos

3.1 Quais os obstáculos que pode encontrar na concretização dos objetivos?

IV. Outros atores

4.1 De que atores depende a concretização dos seus objetivos e o que espera deles?

4.2 Qual a importância que lhes atribui, avaliando o grau de influência mediante uma escala que varia entre “0” a “4”, sendo que:

(4) Influência muito forte (o ator põe em causa a sua existência);

(3) Influência forte (o ator condiciona/põe em causa as suas missões e dos seus objetivos estratégicos);

(2) Influência razoável (o ator condiciona/põe em causa os seus projetos ou ações);

(1) Influência fraca (o actor condiciona, de forma limitada no tempo e no espaço, os processos operacionais (gestão, etc...) de outro actor);

(0) Sem influência (o actor não dispõe de meios de acção sobre si)


Atores que depende	Grau de dependência

V. Futuros possíveis e factores-chave de mudança ou estagnação para os CCI

5.1 O que pensa que acontecerá aos Cuidados Continuados Integrados nos próximos anos?

5.2 Quais os factores-chave por onde passa a sua mudança ou estagnação?

VI. Caracterização do Ator/Entrevistado




Apêndice XX - Grelha Analítica sobre as Dinâmicas do Sistema de CCI (Diagnóstico Orientado)

Dinâmicas do Sistema Externo	
Problemáticas	Dimensões
Demográficas	Demografia populacional: evolução da população; envelhecimento populacional; níveis de natalidade e fecundidade
Saúde e dependência	Situação da Doença e Dependência Comportamentos e Estilos de Vida
Sócio-Económicas	Condições de vida da população (distribuição dos rendimentos, acesso aos serviços, proteção social...)
Sócio-Culturais e Educacionais	Desenvolvimento de Políticas Educativas e Formativas (desenvolvimento de formação pré e pós-graduada no âmbito dos CCI)
Económico-financeiros	Financiamento dos Sistemas de Saúde Europeu e Português Despesas públicas (saúde, LTC, proteção social) Sustentabilidade financeira do sistema de CCI
Político-legais	Governança da Saúde na UE Políticas de Saúde e Segurança Social (Serviço Nacional de Saúde e Sistema de Segurança Social) Orientações da política de cuidados na Europa [Long Term Care (LTC)] e em Portugal Enquadramento e procedimentos legais da RNCCI: Regulamentações e normas legais da RNCCI Política e Estratégia de Qualidade dos CCI
Científico-Tecnológicas	Inovação e desenvolvimento para os CCI Evolução na incorporação de sistemas de informação e novas tecnologias.
Organização funcional da Rede	Gestão e financiamento da Rede Planeamento e liderança da Rede O processo de referenciação e ingresso na Rede O acesso à Rede A formação e capacitação dos profissionais A estratégia de qualidade e avaliação da Rede

Organização da Rede e dos Recursos Humanos	<p>Dotação dos Recursos Humanos (Composição das equipas e identificação dos respetivos perfis profissionais/Distribuição geográfica das equipas)</p> <p>Formas e Procedimentos de Trabalho</p>
Gestão da Rede	<p>Consolidação da Rede (Unidades e Equipas)</p> <p>Monitorização e controlo da actividade assistencial</p> <p>Respostas de proximidade no domicílio</p> <p>Implementação de respostas em CCP e SM e Ambulatório.</p>
Gestão dos Utentes	<p>Circuito de referenciação</p> <p>Acesso e Mobilidade dos Utentes (utentes assistidos/a aguardar vaga/transferências)</p> <p>Capacidade de resposta e desempenho</p> <p>Perfil dos utentes/Destinatários</p>
Financeiras	Recursos Financeiros
Qualidade	<p>Formação</p> <p>Avaliação dos processos e resultados</p> <p>Incentivo à Qualidade</p> <p>Satisfação dos Utentes</p>


Fonte: autoria própria



Apêndice XI - Grelha Analítica sobre Ação Estratégica dos Atores

Problemáticas		Dimensões
Perfil dos atores		<ul style="list-style-type: none"> • Recenseamento e caracterização dos atores
Estratégia dos atores e dependência		<ul style="list-style-type: none"> • Fatores que conduzem à mobilização dos atores: <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos estratégicos e respectiva importância; - Meios de ação que cada ator dispõe para alcançar os objetivos; - Condicionalismos/obstáculos; - Dependência de outros atores; - Expectativa relativamente a cada um dos atores.
Jogo estratégico e relações de força entre atores		<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento dos atores e as suas relações de força: <ul style="list-style-type: none"> - Implicação dos atores na concretização dos objetivos; - Mobilização e conflitualidade em torno dos objetivos.
Aspetos críticos da Rede: Apreciação territorial/nacional		<ul style="list-style-type: none"> • Apreciação da RNCCI no território: <ul style="list-style-type: none"> - Fatores que mais contribuem para o desempenho da rede na garantia dos cuidados; - Problemas que mais afetam.
Futuros territoriais	Possíveis: apreciação	<ul style="list-style-type: none"> • Factores-chave de mudança ou estagnação para o CCI na região do Alentejo.

Fonte: autoria própria




Apêndice XII - Constituição das equipas que integram a rede de CCI na região do Alentejo e os seus respetivos perfis profissionais.

Equipas de Coordenação		
Equipa/Nº	Entidade/Local	Perfil Profissional (nº)
ECR/1	ARS Alentejo/Évora CD do ISS: Beja; Évora; Portalegre	Enfermeiro/Coordenador (1) Médico (1) Engenheiro Químico (1) Assistente Social (5) Psicólogo (1) Jurista (1)
ECL/25	Centros de Saúde: Beja; Castro Verde; Ferreira do Alentejo; Mértola; Moura; Serpa; Arraiolos; Estremoz; Évora; Portel; Redondo; Vendas Novas; Vila Viçosa; Campo Maior; Elvas; Fronteira; Monforte; Portalegre; Crato; Marvão; Nisa; Ponte de Sôr; Alcácer do Sal; Odemira; Santiago do Cacém.	Enfermeiro/Coordenador (25) Enfermeiro (13) Médico (26) Assistente Social (25) Assistente Administrativo (1)
Equipas Hospitalares		
Equipa/Nº	Entidade/Local	Perfil Profissional (nº)
EGA/5	Hospital Espírito Santo/ Évora	Médico (5) Enfermeiro (6) Assistente Social (6) Assistente Técnico (2)
	Hospital José Joaquim Fernandes/ULS Baixo Alentejo	
	Hospital Litoral Alentejano/ULS Litoral Alentejano	
	Hospital Dr José Maria Grande/ULS Norte Alentejano	
	Hospital Sta Luzia/ULS Norte Alentejano	
EIHSCP/3	- Hospital José Joaquim Fernandes (Beja)/ULS Baixo Alentejo	Médico (3) Enfermeiro (7) Assistente Social (3) Psicólogo (2)
	- Hospital Hospital Dr José Maria Grande (Portalegre) /ULS Litoral Alentejano	
	- Hospital de Santa Luzia (Elvas) /ULS Norte Alentejano	
Unidades de Internamento		
UCCI/nº	Entidade/Tipologia	Perfil Profissional/nº
UCCI/39	- Cruz Vermelha Portuguesa, Vila Viçosa (UC) - Cruz Vermelha Portuguesa, Elvas (ULDM) - Cruz Vermelha Portuguesa, Estremoz (UMDR) - Hospital do Espírito Santo, Évora (UC) - Hospital do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém (UC) - Hospital S. João de Deus, Montemor-o-Novo (UC/UCP) - Hospital Dr. José Maria Grande, Portalegre (UCP) - Centro Social e Paroquial de S. Tiago de Urra (UC/ULDM) - ACDB A Anta, Beirã (ULDM/UMDR) - AISGRA (ULDM) - ASS Futuro de Garvão (ULDM) - Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva (ULDM) - Fundação S. Barnabé (ULDM/UMDR) - Fundação Joaquim António Franco e Seus Pais (UMDR) - SCM de Serpa - São Paulo (UC/UCP/ULDM/UMDR) - SCM Alter do Chão (ULDM) - SCM Arronches (ULDM/UMDR) - SCM Ferreira do Alentejo (ULDM)	Médico (41) Enfermeiro (41) Assistente Social (28) Psicólogo (3) Terapeuta da Fala (1) Administrativo (20)

	<ul style="list-style-type: none"> -SCM Mértola (ULDM) - SCM Mora (ULDM/UMDR) - SCM Odemira (ULDM/UMDR) - SCM Ponte de Sôr (ULDM) - SCM Portel (ULDM/UMDR) - SCM Santiago do Cacém, Conde Bracial (ULDM/UMDR) - SCM Santiago do Cacém, São João de Deus (ULDM) - SCM Vila Viçosa (ULDM) - SCM Évora (UMDR) 	
Equipas Comunitárias (domiciliárias)		
Equipa/Nº	Entidade/Local	Perfil Profissional (nº)
ECSCP/4	Moura Beja Mértola Santiago do Cacém	Médico (4)
ECCI/36	<p>ACES Alentejo Central/UCC: Almoreg; Arraiolos; Borba; Estremoz; Évora; Montemor-O-Novo; Portel; Redondo; Vendas Novas; Viana do Alentejo; Vila Viçosa.</p> <p>ULS Baixo Alentejo/UCC: Almodôvar; Beja; Ferreira do Alentejo; Ourique, Serpa; Vidigueira.</p> <p>ULS Litoral Alentejano/UCC: Odemira; Alcácer do Sal; Grândola; Santiago do Cacém; Sines.</p> <p>ULS Norte Alentejano/UCC: Alter do Chão; Arronches; Avis; Campo Maior; Castelo de Vide; Crato; Fronteira; Gavião; Marvão; Nisa; Ponte de Sôr; Portalegre; Sousel; Elvas.</p>	Enfermeiro (36)

Fonte: autoria própria



Apêndice XIII - Apresentação das principais características das variáveis-chave do Sistema Interno e do Sistema Externo (por dimensões/temas)

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

1. Evolução populacional: a população residente no Alentejo regista decréscimos continuados que se iniciaram nos anos cinquenta, apesar de, nas últimas décadas (em particular nos anos 90), a intensidade do declínio reduziu-se sobretudo em alguns dos principais centros urbanos, durante os quais se registaram saldos migratórios positivos. Contudo, segundo os resultados do último censo, a população acentuou o seu declínio numa proporção próxima do dobro da década anterior (INE, 2011).

2. Densidade População: a região do Alentejo apresenta-se como um território de baixa densidade populacional, o que dificulta o investimento público, especialmente ao nível das infraestruturas sociais e de saúde.

3. Estrutura demográfica: na última metade do século XX, a população residente na Região do Alentejo assistiu a um continuado processo de transição demográfica, com o decréscimo simultâneo das taxas de mortalidade e de natalidade. Observa-se, assim, o envelhecimento na base e no topo da pirâmide de idades e, se observarmos a Região de Saúde do Alentejo, esta não só apresenta o maior índice de envelhecimento em relação ao continente, sendo que o mais elevado é o da NUTS III do Alto Alentejo, como o maior índice de longevidade, conforme revelam dados da ARSA (2013) e INE (2011).

4. Dependência total de Idosos: o índice de dependência total, à semelhança do índice de envelhecimento, tem evoluído entre 1991 e 2011. Os valores aumentaram em ambos os indicadores, em todas as áreas geográficas, projetam-se para 2025 e 2050 a continuação desse crescimento, segundo o INE (2011)

5. Dimensão e Estrutura territorial: o Alentejo apresenta-se como um território disperso com longas distâncias entre lugares/povoamentos. Outra particularidade do povoamento desta região resulta do facto da população se localizar, na sua maioria, em lugares de pequena dimensão, existindo um número considerável de população que reside em lugares com menos de 500 habitantes (INE, 2011). A forma como o povoamento na Região está estruturado, e sendo constituído por uma percentagem significativa de população isolada, “cria constrangimentos ao nível do planeamento territorial, sobretudo na garantia de uma equidade territorial no acesso a bens, serviços e equipamentos, nomeadamente para a população mais fragilizada pela idade avançada (CCDR Alentejo, 2014, p. 284).

VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS

6. Mortalidade prematura por causas evitáveis: os acidentes de transporte, os tumores malignos, as lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios), a doenças isquémica do coração, as doenças cerebrovasculares constituem as causas que apresentaram um maior número de APVP (Anos

Potenciais de Vida Perdidos) e, por isso, "consideradas evitáveis por cuidados preventivos ou curativos na ARS Alentejo" (ARSA, 2013, p. 61).

7. Comportamentos e estilos de vida: na região do Alentejo, surgem como determinantes em saúde, o abuso do tabaco, o excesso de peso, a obesidade, o abuso do álcool e de drogas, sendo a obesidade o indicador com valores mais elevados, especialmente nas mulheres, situando-se entre as principais causas de morbilidade e mortalidade (ARSA, 2013).

8. Prevalência e concorrência de doenças crónicas e Incapacidades: as taxas de prevalência de incapacidades de tipo funcional assumem valores significativos na população alentejana a partir dos 65 ou mais anos, com predomínio para as pessoas mais idosas, a partir dos 75 anos, resultantes sobretudo de doenças crónicas, como cancro, artrite, problemas cardíacos, diabetes, hipertensão e obesidade (ARSA, 2013). De acordo com a OCDE (2011), as pessoas com múltiplas doenças crónicas representam mais de 50% da carga de doenças, na maioria dos países da OCDE. A combinação de múltiplas doenças crónicas na mesma pessoa constituiu uma dimensão com potencial que condiciona o acesso aos cuidados especializados. Segundo alerta o OPSS (2015), este aumento significativo do número de pessoas a necessitar de um acompanhamento médico mais frequente e vigilância regular do sistema de saúde transporta consigo óbvias implicações futuras em termos de volume de cuidados e de gastos. Para além do reconhecimento do peso que a essa combinação representa, há que reconhecer que tal resulta não só da condição de saúde em si mesma, mas também da forma como a mesma é gerida, ou seja, reconhecer que os sistemas de saúde ainda não fizeram a transição de paradigma de cuidados que é imposta pela transição demográfica e epidemiológica.

9. Pessoas dependentes no autocuidado: vários estudos sobre a questão da dependência no autocuidado delimitados a vários concelhos do país (sem garantia de representatividade nacional) revelam o aumento do número de pessoas a necessitar de autocuidados no domicílio (acamados), impondo um investimento maior ao nível dos cuidados domiciliários (OPSS, 2015). Segundo dados do INE (2011), estima-se que o número de pessoas dependentes e de pessoas dependentes «acamadas» que, a cada momento, estarão integradas no seio das famílias, em Portugal, irão aumentar. Na região do Alentejo, observaram-se, segundo a CIF, ao nível do conceito de autocuidado, 9,9% de pessoas com problema moderado e 5,5% com problema grave e completo (DGS, 2004). A existência de uma expectável correlação positiva entre a idade e o grau de dependência no autocuidado, apelam a uma crescente necessidade em cuidados de saúde associados à dependência no autocuidado, segundo sugere o OPSS no RP de 2015.

10. Prevalência de perturbações na área da Saúde Mental: o envelhecimento progressivo e acelerado da população portuguesa confronta-nos com as consequências sobre a qualidade da saúde mental das pessoas mais idosas, em que as perturbações demenciais são um “fantasma omnipresente”, conforme revela o relatório “Portugal – Saúde Mental em Números 2015” (DGS, 2016). As perturbações mentais e do comportamento mantêm um peso significativo no total de anos de vida

saudável perdidos pelos portugueses, com uma taxa de 11,75% contra 13,74% das doenças cerebrovasculares e 10,38% das doenças oncológicas. Da mesma forma, as perturbações mentais representam 20,55% do total de anos vividos com incapacidade, seguidas pelas doenças respiratórias (5,06%) e a diabetes (4,07%). Estes dados evidenciam o facto das perturbações mentais constituírem hoje uma das principais causas de incapacidade, condição que requer maior necessidade de ajuda nas atividades instrumentais de vida diária, o que faz aumentar a probabilidade, e a expectativa, de apoio e cuidados. A partir das projeções demográficas e da esperança de vida para as próximas décadas, estima-se que o número de pessoas com demência mais do que triplique até 2050. De acordo com a AAP, a estimativa da prevalência da demência para o nosso país ronda as 90.000 pessoas (APP, s/d, como mencionado em DGS, 2016, p. 75).

11. Acesso à rede de serviços de saúde: o território Alentejano caracteriza-se por possuir um fraco acesso à rede de equipamentos de cuidados de saúde primários, constituindo este o principal obstáculo vivenciado pelas populações que têm de percorrer longas distâncias para recorrerem aos serviços de saúde, sendo que, também, os cuidados hospitalares se situam, na generalidade, apenas nos principais centros urbanos. A conjugação de fatores demográficos e epidemiológicos (elevado peso de população idosa e o conseqüente aumento de prevalência de doenças crónicas) de fatores culturais e educacionais (baixos níveis de literacia) e de fatores socioeconómicos (maior vulnerabilidade social, com fragilização das redes relacionais, e financeira com incremento do risco de pobreza) contribuem fortemente para condicionar o acesso à rede de serviços de saúde.

12. Dotação de recursos físicos e de pessoal de saúde: no Alentejo persistem alguns problemas, em especial ao nível da dotação de recursos físicos (por exemplo, a dotação de camas hospitalares existentes no Alentejo registou valores inferiores à média nacional) e de pessoal de saúde (em termos de pessoal médico e de enfermagem, os valores situam-se muito abaixo dos valores nacionais) capaz de satisfazer os níveis de procura dos serviços e cuidados de saúde.

13. Procura efetiva dos serviços de saúde: a procura efetiva dos serviços de saúde no Alentejo, quando observada no contexto das consultas médicas nos estabelecimentos de saúde por habitante (especificamente ao nível dos cuidados hospitalares), ultrapassou a média nacional, resultante do elevado nível de envelhecimento da sua população e conseqüente aumento das doenças crónicas e incapacitantes, conforme dados revelados pelos relatórios anuais sobre o acesso aos cuidados de saúde. (ACSS, 2015). Em relação ao volume de consultas médicas nas unidades de cuidados de saúde primários, verifica-se um aumento gradual apenas no ACES Alentejo Central, ao contrário das restantes unidades Locais de Saúde. No entanto, quando observado o número de consultas ao domicílio, a ULSLA regista um aumento de 15, 7% entre 2012 e 2014 (ARSA, 2016).

VARIÁVEIS SÓCIOECONÓMICAS

14. Empobrecimento da população: o Alentejo é a terceira região do País mais pobre, e a primeira do território continental, de acordo com o estudo "Novos Factos sobre a pobreza em Portugal" (Alves, 2009). O maior indicador de empobrecimento da população alentejana atinge efeitos mais significativos ao destacarmos o elevado grau de dependência que os inativos representam em relação à população ativa.

15. Proteção social: Em matéria de proteção social, a região do Alentejo, com uma população ativa de 263.425, tem cerca 50 mil desempregados (41.773 inscritos nos serviços de emprego) e 192414 pensionistas da segurança social, auferindo rendimentos muito abaixo do limiar da pobreza, uma vez que a média mensal da pensão recebida é de 299,07 e do subsídio de desemprego é de 244,58 euros (INE, 2011). Acresce, ainda, o continuado decréscimo do número de indivíduos e famílias apoiadas pelo Rendimento Social de Inserção (RSI), afetando a generalidade dos estratos de beneficiários de prestações sociais, particularmente, os mais idosos, num momento em que se regista um aumento continuado do desemprego (CCRA, 2014). O que se significa que a sua população carece de um sistema de proteção social capaz de responder às suas necessidades, privando-a do acesso aos recursos sociais e de saúde. Assim sendo, fatores como aumento da população desempregada e dos níveis de envelhecimento, associado a fenómenos de isolamento social e de pobreza, têm vindo a desencadear cada vez mais situações de vulnerabilidade social, pressionando o sistema de proteção social.

16. Recursos sociais disponíveis: A região do Alentejo apresenta níveis de cobertura diferentes em função das respostas sociais, sendo de realçar que no Alentejo a situação é mais favorável do que a verificada no Continente. Destaca-se, assim, o investimento em Centros de dia e Serviços de apoio domiciliário, com especial ênfase na manutenção da pessoa idosa na sua residência, sendo que as taxas de cobertura dos Centros de dia e do Serviço de apoio domiciliário aproximam-se dos valores revelados para os Lares de idosos. Ainda assim, persistem assimetrias regionais na cobertura por equipamentos sociais, havendo ainda algumas áreas funcionais (nomeadamente, nas áreas da deficiência e da dependência) em que se justificam alguns ajustamentos e complementos de trabalho em rede. Para além de que o perfil dos recursos sociais disponíveis encontra-se hoje desajustado às necessidades dos cidadãos e, em particular, ao perfil dos utentes da rede. Em determinadas zonas do território alentejado tem-se assistido, em simultâneo, à insustentabilidade de algumas valências sociais, em virtude do decréscimo populacional e do número de utentes, e à sobreocupação de equipamentos (CCDR Alentejo, 2014).

17. Estrutura do agregado familiar: Na última década, a região do Alentejo, à semelhança do país, assistiu a uma diminuição na dimensão média da família, sendo que, quando comparadas com o total nacional, esta tem, em média, famílias mais pequenas (INE, 2011). Segundo a mesma fonte, a proporção de famílias unipessoais constituídas por pessoas com 65 ou mais anos aumentou na última década na região do Alentejo, superior ao registado a nível nacional. As famílias unipessoais constituídas por idosos estavam mais representadas nos municípios do interior, nomeadamente nas

sub-regiões Alto Alentejo e Baixo Alentejo. A composição do agregado familiar tem efeitos significativos em termos de rendimento disponível. Na realidade, o risco de pobreza e exclusão social para as famílias monoparentais com um ou mais filhos a cargo manteve-se significativamente elevado em 2013 – quase 50% (EAPEN, 2014).

18. Redes relacionais (redes de suporte informal): Os resultados dos censos 2011 a propósito da estrutura etária da população ativa, quer na região do Alentejo, quer em Portugal, ilustram bem a situação existente hoje na sociedade - os cuidadores tradicionais (representados habitualmente por mulheres) que, até ao momento, sustentaram a prestação de cuidados às pessoas idosas e em situação de dependência, têm uma participação ativa no mercado laboral. O que quer dizer que, a rede de apoio, constituída sobretudo por mulheres que, nas décadas anteriores, assumiam o suporte de cuidados, encontra-se neste momento bastante enfraquecida. Conforme demonstram alguns estudos, esta população inativa, caracterizada sobretudo por mulheres reformadas são já hoje os cuidadores informais e que futuramente terão um papel preponderante (Alves, 2011). Importa, assim, questionar quem faz parte destas redes de suporte informal e de que forma estas são asseguradas/apoiadas. Hoje, o estatuto dos cuidadores informais surge como uma das estratégias da política pública atual.

VARIÁVEIS SÓCIO-CULTURAIS E EDUCACIONAIS

19. Escolaridade e Habilitação da População: população apresenta baixos níveis de escolarização e de qualificação. O problema aumenta quando existe uma correlação positiva entre o nível de escolaridade e o acesso aos recursos sociais e de saúde (CCDR Alentejo, 2014).

20. Rede de ensino e formação em CCI: o território possui uma rede de ensino/formação consolidada e diversificada, abrangendo todos nos níveis de ensino. Verifica-se no país e no Alentejo a existência de alguns cursos de ensino de tecnológico/profissional e de ensino superior onde os CCI são considerados (CCDR Alentejo, 2014). Ao nível do ensino superior, e quando nos reportamos à formação pós-graduada multidisciplinar, desenvolvida por instituições do ensino superior, surgiram alguns cursos de pós-graduação em CCI. São exemplos disso, os cursos existentes na região do Alentejo, nomeadamente na Universidade de Évora e na Escola Superior de Saúde de Beja. No contexto nacional, esses cursos surgiram na Universidade Lusófona e Escola Superior de Saúde Jean Piaget. Na Universidade do Porto existe um programa de doutoramento em Gerontologia e Geriatria. No plano de estudos da formação graduada das profissões afetas à rede, designadamente nas áreas científicas de Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, observam-se a inclusão de temáticas relacionadas com os Cuidados Continuados (PNS, 2010).

VARIÁVEIS ECONÓMICO-FINANCEIRAS:

21. Financiamento das políticas públicas: existem influências determinantes nas políticas sociais fruto da condição europeia de Portugal, são elas, os fundos estruturais (designadamente do FSE) e de coesão (Programas Delors I e II) e o pacto de estabilidade e crescimento, associado ao sistema

monetário (Hespanha e Hespanha, 2011). Actualmente encontra-se a decorrer, no âmbito do Portugal 2020, um conjunto de programas operacionais, onde se inclui o Programa Operacional Regional do Alentejo, que reúne a atuação dos 5 Fundos Europeus Estruturais e de Investimento - FEDER, Fundo de Coesão, FSE, FEADER e FEAMP, em diferentes áreas e vertentes das políticas públicas, entre elas a saúde.

22.Despesas com a saúde/Cuidados Continuados Integrados: O crescimento da despesa per capita em saúde atingiu em Portugal, os 10, 62%, repartido em despesa pública em saúde (6,7%) e despesa privada em saúde (3,6%) (OCDE, 2014). Contudo, no contexto da OCDE, não existe em Portugal uma relação direta entre variação percentual na despesa per capita em saúde (num horizonte de 25 anos) e a variação na proporção da população com 65 anos ou mais. Assim, verifica-se que Portugal ocupa o meio da tabela no que concerne à percentagem de PIB afecto à saúde, quando comparado com os restantes países, sobretudo os mais desenvolvidos, atribuindo uma pequena e quase inexpressiva percentagem desses gastos aos cuidados continuados (OPSS, 2011). Ao nível do OE, em 2016, observa-se que, comparativamente com a reforma dos cuidados de saúde primários e hospitalares (39 e 33M€, respetivamente), a despesa com os CCI apresenta valores inferiores (MS, 2016). Contudo, na perspetiva do MS (2016), o referido aumento da despesa em matéria de saúde deixa o país perante o desafio de garantir a sustentabilidade orçamental a longo prazo neste setor.

23.Gastos suportados pelos utentes: em 2007 Portugal fazia parte do grupo de países com maiores pagamentos out-of-pocket, ocupando a 6ª posição, sendo que em 2012 subiu para a 4ª posição, conforme dados da OCDE (2014). O aumento dos gastos com a saúde acontece num país em que o rendimento médio é bastante inferior à média da UE (PORDATA, 2015) e onde, em simultâneo, sucede “o aumento das taxas moderadoras, a diminuição das consultas nos cuidados de saúde primários, uma distribuição desigual de profissionais de saúde pelo território nacional, uma redução do acesso ao transporte urgente e uma debilitação da rede de transportes, entre outros” (OPSS, 2015, p. 43). Na perspetiva do OPSS (2015), avaliar o real impacto da crise no acesso aos cuidados de saúde por limitação financeira não tem sido tarefa fácil, sobretudo em virtude da inexistência de estudos mais pormenorizados produzidos em Portugal.

24.Modelo de financiamento direto à família na Rede pela Segurança Social: A SS tem um modelo de financiamento na distribuição dos apoios, através do despacho normativo nº34/2007, 19 de setembro, que define o que é o agregado familiar e estipula os rendimentos do agregado, fixando o valor a pagar pela pessoa. Contudo, este despacho é visto como desajustado à realidade, necessitando melhorias sobretudo ao nível do cálculo dos rendimentos virtuais (por exemplo, os imóveis que não dão rendimentos).

VARIÁVEIS POLÍTICO-LEGAIS

25.Recomendações de organismos internacionais em matéria de saúde: a ação política da UE e de Portugal em matéria de Saúde é influenciada por um quadro de referência estratégico denominado por

Health 2020 (OMS, 2014), que fornece orientações aos governos europeus na definição de estratégias centradas na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde (mediante abordagens denominadas por whole-society e whole-of-government) (PNS, 2015).

26.Orientações da UE na área de Saúde: a Comissão Europeia apresentou uma proposta relativa ao próximo quadro financeiro plurianual para o período de 2014-2020, intitulada "Um Orçamento para a Europa 2020", bem como um conjunto de propostas legislativas que abrange todos os instrumentos de financiamento das políticas estruturais (CCDR Alentejo, 2014). De forma a implementar a estratégia da Europa 2020, a Comissão definiu um conjunto de programas em diferentes áreas, entre elas, a Saúde Pública. O atual programa da UE - Terceiro Programa de Saúde da UE, no domínio da saúde abrange o período de 2014 a 2020 (que sucede o programa plurianual para o período de 2008 a 2013) como principal instrumento utilizado pela Comissão Europeia para implementar a estratégia da UE em matéria de saúde.

27.Políticas Nacionais para os CCI: o curso das políticas sociais e das reformas em Portugal tem sido influenciado, em grande medida, pelos padrões de decisão política internacional e por determinados programas sociais aprovados por vários países membros da UE que se tornaram modelares. Enquadrada no "Portugal 2020: estratégia para a saúde" e na política orçamental para 2016, a RNCCI constitui, nestes últimos anos, para política de saúde em Portugal, uma grande reforma, pese embora o seu investimento revelasse nos últimos anos sinais de abrandamento. As intenções políticas revelam a importância que a mesma assume na sociedade, devendo ser estimulada na comunidade e na periferia das grandes cidades para chegar ao domicílio da população idosa e dependente, integrada com a rede de ação social (MS, 2016).

28.Implementação do PNS no território: enquadrada nos objetivos estratégicos do PNS, a política regional, conduzida pela ARSA, pretende durante o ano de 2016 dar continuidade à implementação dos programas de saúde prioritários na região e consolidar o planeamento dos mesmos através do Plano Regional de Saúde. Assim sendo, tendo em consideração das características específicas e diferenciadoras da Região Alentejo, foram identificadas as seguintes prioridades em saúde: doenças cérebro-cardiovasculares; diabetes; tumores malignos; obesidade; saúde mental e doenças do foro psiquiátrico e, ainda, as doenças crónicas, sobretudo no que diz respeito à capacidade de intervenção a fim de evitar a sua condição e a multimorbilidade. Tudo isto implica maiores níveis de volume de prestação, diferenciação e integração na abordagem e intensidade da resposta, onde a rede de CCI desempenha um papel de determinante (ARSA, 2016).

29.Legislação aplicável que regula os procedimentos: a rede possui um quadro de referência legal que orienta e define todas as regras e procedimentos a aplicar para a otimização do funcionamento da RNCCI, onde se destaca Decreto-Lei 101/2006, 6 de Junho. Este decreto constitui-se como uma ferramenta basilar para a organização e funcionamento da rede. Existe, ainda, um conjunto de

documentos (decretos-lei, despachos, circulares normativas e orientações técnicas) que, desde a sua criação, tem contribuído para a regulamentar todos os procedimentos inerentes à dinâmica organizacional e funcional da rede.

VARIÁVEIS CIENTIFÍCO-TECNOLÓGICAS

30.Ambiente tecnológico na área da Saúde: o sistema de produção de informação e dados qualitativos e quantitativos é amplo e disperso, tornando o acesso aos indicadores um processo moroso e de difícil sistematização. Existem lacunas ao nível dos indicadores reveladores da situação de dependência e incapacidade funcional da população portuguesa. A transparência, o acesso e qualidade constituem as variáveis motrizes do ambiente tecnológico na área da saúde.

31.Sistema de Informação e integração de TIC na RNCCI: o sistema de informação Gest Care CCI, a partir de 2007 com a experiência piloto e 2008 com a sua consolidação, consiste numa plataforma, cujo funcionamento web em tempo real, permite o acesso a todas equipas da rede com diferentes níveis de acesso. O sistema de informação da Rede carece de inovação no sentido de aumentar a eficiência e a qualidade da resposta ao utente. No âmbito do Simplex +, surge, como primeira medida para a Rede, a referenciação electrónica nos CCI. A SPMS, empresa recentemente criada no âmbito do Ministério da Saúde, está a trabalhar com a atual coordenação nacional da Rede no sentido de melhoria do sistema de Informação. Além disso, um dos vetores privilegiados no plano da ação 2016-2019 passa por, em conjunto com a academia e empresas, desenvolver projetos inovadores que permitam a integração de TIC e a criação de Ambientes de vida Assistida (Portugal. MS. MTSS, 2016).

32.Interoperabilidade entre sistemas de informação da Rede: a interoperabilidade entre sistemas de informação surge como uma prioridade da atual política governamental, entendida aqui como a capacidade de transformar e usar a informação de maneira uniforme e eficiente entre várias organizações e sistemas de informação.

33.Reforço da Investigação: nos últimos anos, foram desenvolvidos muitos estudos e investigações sobre os CCI, sendo que muitos dos resultados não chegaram a ser divulgados e aproveitados. O atual plano de desenvolvimento da rede destaca a importância de cooperar com as universidades, politécnicos e respetivos centros e laboratórios de investigação, permitindo o acesso dos indicadores produzidos no âmbito da RNCCI (Portugal. MS & MTSS, 2016).

VARIÁVEIS DE GOVERNAÇÃO INTEGRADA

34.Cooperação entre sistemas de informação dos setores saúde e Segurança Social: existem falhas ao nível da cooperação entre os sistemas de Informação da saúde e da segurança social, dificultando a comunicação /circuito da informação. A obrigatoriedade para o futuro passa por substituir o atual sistema pela Web Services, com vista a melhorar a integração destes sistemas.

35.Cooperação entre áreas governamentais - Saúde e Segurança Social: com base na lógica da cooperação, o funcionamento da RNCCI assenta na celebração de importantes contratos-programa

entre as áreas governamentais da Saúde e da Segurança Social com os seus parceiros locais especializados, que pretendem dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados.

36. Integração e articulação dos cuidados: a Rede veio apelar à existência de uma cultura de prestação de cuidados continuados integrados, onde o cidadão passa a ser o foco central de cuidados. Essa cultura assenta numa efetiva integração e articulação dos cuidados entre profissionais de diferentes áreas de formação e setores.

VARIÁVEIS ORGANIZACIONAIS E FUNCIONAIS DA REDE NACIONAL

37. Liderança e Coordenação da Rede: a liderança/coordenação assume um papel fundamental na dinâmica organizacional e funcional da Rede. O desenvolvimento da RNCCI teve por base um modelo descentralizado, com coresponsabilidade e articulação a nível inter e intra-setorial, inter-institucional e interprofissional. Esta estrutura descentralizada visa uma articulação efetiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da Rede, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assumir responsabilidades na garantia do bom funcionamento do processo de gestão dos utentes. Neste sentido, considera-se fundamental “manter uma equipa de coordenação central que assegure o desenvolvimento harmonioso da RNCCI, o aperfeiçoamento da gestão da execução e da obtenção de resultados de desempenho e de qualidade (sistema de controlo de gestão)”. (UMCCI, 2010, p. 16).

38. Modelo de contratualização e financiamento: o modelo assenta num processo de contratualização de cuidados entre a Administração pública e as Entidades Prestadoras. A SS comparticipa directamente as famílias/utentes através do apoio às instituições, isto é, comparticipa a família na parcela que o utente não pode. Atualmente, o modelo assenta no financiamento diferenciado, cujo financiamento é definido em função da tipologia de cuidados, isto é, consoante a modalidade de pagamento por diária simples, centrado nas características da oferta (UMCCI, 2010).

39. Modelo de referenciação: a rede dispõe de critérios de admissão e de um sistema homogéneo de referenciação e acesso à RNCCI. O acesso à Rede é feito através de referenciação, com origem no Hospital do SNS ou no Centro de saúde. O circuito de referenciação da RNCCI assenta em níveis operacionais, correspondentes a Equipas de Gestão de Altas, Equipas Coordenadoras Locais e Equipas Coordenadoras Regionais. Cabe a cada ECR e ECL a responsabilidade pelo ingresso da pessoa dependente na RNCCI, mediante um processo de referenciação próprio, com critérios específicos, onde a mesma fica responsável pela avaliação da situação de saúde e social do doente e pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação (UMCCI, 2010).

40. Instrumentos de gestão e planeamento RNCC: ao longo de dez anos de existência, a Rede foi construindo uma dinâmica própria de organização e funcionamento. O processo e metodologia de criação e desenvolvimento da RNCCI - faseado - incorpora elementos de inovação essenciais no funcionamento de uma administração pública tida como "moderna" e na linha de uma "nova cultura de

gestão pública" (New Public Management), de que são exemplo os instrumentos de gestão e planeamento utilizados (UMCCI, 2010).

41.Funcionamento e dotação de recursos humanos: a rede segue um modelo de funcionamento/organização de recursos humanos assente na multidisciplinariedade e interdisciplinariedade, o qual define a sua dotação, com base nos tempos/horas de prestação de cuidados, a sua qualificação e área de formação que, na sua maioria, correspondem ao Serviço Social, Medicina Geral, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala (sendo que estes três últimos apenas surgem em algumas equipas e unidades) Quanto à sua dotação, os recursos humanos são insuficientes face às necessidades e especificidades de cada território, cuja carência acarreta limitações ao funcionamento das equipas e unidades. Ao nível das equipas comunitárias observa-se que as mesmas são insuficientes face às necessidades, conduzindo a que o tempo de resposta seja demorado. Coloca-se o desafio de como criar novas respostas/unidades face aos recursos disponíveis. Para isso, importa equacionar o tempo de resposta com as necessidades e alocar os recursos certos nos lugares certos.

42.Estratégia de qualidade e avaliação da Rede: Ao longo de dez anos de desenvolvimento, a RNCCI tem vindo a desenvolver uma política da qualidade. A Estratégia de Qualidade e Avaliação da Rede, entendida aqui como transversal e integrador de todo o processo de planeamento estratégico, que tem atuado por meio do desenvolvimento e execução de planos de acção de base regional e respetiva monitorização/avaliação. Transversal às áreas da qualidade e do planeamento, surge a avaliação baseada na monitorização e avaliação global de estratégias, processos e resultados (UMCCI, 2010).

43.Qualificação da intervenção dos vários atores da RNCCI: ao longo dos dez anos de existência da rede, têm sido desenvolvidas ações de formação dirigidas, em particular, aos profissionais (de diferentes níveis de coordenação e cuidados), por meio de encontros de reflexão (inicialmente promovidos pela UMCCI) e formações. Deste modo, a rede tem investido, em articulação com outras entidades, na formação ao nível da coordenação, da referenciação e da prestação de cuidados.

44.Complexidade/Diferenciação dos cuidados e respostas: o investimento diferenciado em cuidados e repostas, especificamente na área da saúde mental e cuidados pediátricos, integra uma das prioridades da atual política governamental. Ocorre, assim, entre o período 2016-2019, a implementação de experiências-piloto de saúde mental e de pediatria nas diferentes regiões do país. De acordo com análise da ACSS no relatório de monitorização da rede de 2015, “o grau de complexidade de cuidados a prestar não sendo igual para todos os utentes, assim como a existência de situações específicas que condicionam determinado tipo de cuidados, podem vir a constituir variáveis com implicações nos recursos e no pagamento dos cuidados no âmbito da contratualização baseada em objetivos e indicadores com metas contratualizados” (ACSS, 2015).

45. Reforço dos cuidados no domicílio e das respostas comunitárias: no período de 2017-2019 está previsto o desenvolvimento das UDPA, através da implementação de experiências-piloto. Ao nível dos cuidados prestados pelas ECCI, observa-se uma heterogeneidade acentuada ao nível dos cuidados prestados, sugerindo-se a criação de uma carteira de serviços/cuidados a prestar. Observa-se uma desadequação do atual modelo de resposta das ECCI face à diferenciação de cuidados na comunidade, colocando-se a necessidade de repensar o modelo de intervenção nos cuidados domiciliários a partir da seguinte questão central: A Rede é capaz de responder às necessidades locais/comunidades?

46. Reconhecimento e apoio aos cuidadores informais: um dos vetores do plano da ação da rede para o período 2016-2019 assenta no reconhecimento e apoio a cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes, através da criação do estatuto do cuidador informal, do desenvolvimento da participação dos cuidados familiares de forma a aferir as suas necessidades e reforçar a informação e divulgação da RNCCI junto dos potenciais utentes (Portugal. MS & MTSS, 2016). Outro passo importante dado ao nível do apoio à família foi a resposta do Descanso do Cuidador Informal.

VARIÁVEIS GERAIS

47. Imagem da Rede como modelo de cuidados: a disseminação da filosofia e modelo de cuidados da RNCCI junto dos vários parceiros e diversas instâncias da Rede, o desenvolvimento progressivo da Rede a definição/aplicação de ferramentas para a monitorização da Rede e o cumprimento das condições clausuladas sobre funcionamento e prestação de cuidados, compõem a dimensão estratégica que muito tem contribuído para a imagem da Rede como modelo de cuidados (UMCCI, 2010).

VARIAVEIS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E RECURSOS HUMANOS

48. Dotação dos Recursos Humanos: a rede de CCI no Alentejo carece de recursos humanos, em quase todos os níveis e tipologias de cuidados, especialmente ao nível das equipas comunitárias.

49. Formas e procedimentos de trabalho : ao nível da coordenação do trabalho, são realizadas pela ECR visitas de acompanhamento às unidades prestadoras, onde têm sido detetados nalgumas unidades problemas ao nível da utilização de procedimentos de trabalho/intervenção, nomeadamente ao nível do PICC (processo do doente).

VARIAVEIS DE GESTÃO DA REDE

50. Consolidação da Rede de Unidades e Equipas: Segundo o plano de atividades da ARS Alentejo, a rede de unidades de internamento encontra-se consolidada, existindo um total de 39 unidades de cuidados continuados integrados, dispersas por 22 dos 47 concelhos da região Alentejo, totalizando em 2014 os 763 lugares, distribuídas pelas seguintes tipologias : 6 unidades de convalescença com 135 lugares, 11 unidades de média duração e reabilitação com 186 lugares, 19 unidades de longa duração e manutenção com 425 lugares e 3 unidades de cuidados paliativos com 17 lugares). Relativamente às ECCI, encontram-se em atividade 37 Equipas, abrangendo 37 concelhos, com uma capacidade assistencial de 549 utentes no domicílio (ARSA, 2014).

51. Monitorização e controlo da atividade assistencial: a coordenação regional da rede está provida de instrumentos de gestão que permitem monitorizar e controlar atividade assistencial da Rede. O processo de monitorização e controlo da atividade é considerado pela coordenação como fundamental para o desenvolvimento da atividade da Rede. Trimestralmente, as ECL fazem o acompanhamento às unidades de internamento, tendo para isso uma grelha de acompanhamento que é aplicada, mas que actualmente está desadequada. Além deste controlo, é realizado pela ERS as auditorias às unidades de internamento nas suas diferentes tipologias.

52. Respostas de proximidade no domicílio: verifica-se na região do Alentejo a existência de muitas pessoas que aguardam no domicílio uma resposta. Nesse sentido, torna-se essencial saber quem são? Quais as suas necessidades e em que condições vivem? Face à fragilidade da capacidade de respostas de proximidade, uma das prioridades da coordenação da Rede no Alentejo passa por reforçar estas respostas, nomeadamente ao nível da dotação das ECCI, ao nível dos tempos/horas dedicadas à prestação de cuidados, assim como da diversidade de profissionais ao nível da área da formação (exemplo: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala...). Perante este problema, na região do Alentejo foi criada no final de 2016 e início de 2017 uma experiência piloto – ECCI 24 (a única a decorrer a nível nacional), com vista a ultrapassar essas limitações/constrangimentos. O desafio coloca-se, portanto, na gestão/capacidade destas respostas quanto à importância de alocar os recursos certos nos lugares certos e equacionar o tempo de resposta com as necessidades do território dada as suas especificidades (poucos recursos e território muito disperso). Outro aspeto importante salientado pela coordenação no relatório de atividades de 2016 reporta-se ao facto de que a aposta nestas respostas não pode descurar a necessidade de adequação de alguns lugares, embora residuais, ao nível das unidades de internamento e a implementação das novas respostas em cuidados continuados integrados de saúde mental e de pediatria (ARSA, 2016).

53. Implementação das Respostas CCI de Saúde Mental: está em curso na região do Alentejo a implementação das respostas ao nível dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, através de uma experiência piloto, desenvolvida com base na experiência da Rede e potenciando as equipas existentes no terreno. A implementação de respostas de CCI na área da saúde mental coloca desafios acrescidos, nomeadamente o nível da articulação/coordenação de setores e níveis de cuidados, da capacitação dos recursos humanos e sua respetiva dotação. No âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental, está a ser definido um conjunto de linhas de atuação de âmbito regional para o desenvolvimento da rede de cuidados para o Alentejo, que contemple a efetiva articulação entre a Saúde Mental e os Centros de Saúde, bem como entre a Saúde Mental e a Rede de Cuidados Continuados Integrados.

VARIÁVEIS DE GESTÃO DOS UTENTES

54. Referenciação de utentes: a referenciação de doentes para as respostas da Rede no Alentejo atingiu no ano de 2014 os 3121 episódios. A nível dos hospitais foram referenciados 1852 e 1269

utentes provenientes dos Centros de Saúde. Face ao contexto nacional, a região que tem maior percentagem de referenciação a partir dos CSP é o Alentejo. Em relação ao tempo de referenciação, o Alentejo apresenta o tempo mais baixo para UC, mas tem o tempo mais elevado das 5 regiões para ULDM como já tem vindo a acontecer (ACSS, 2015).

55. Acesso e Mobilidade dos utentes: a gestão dos utentes quanto ao acesso e mobilidade dos utentes na Rede faz parte de uma das principais preocupações manifestadas pela coordenação, cujo intuito passa por manter uma atualização permanente nos critérios de priorização de ingresso na RNCCI (ARSA, 2016). O acesso dos utentes aos cuidados continuados integrados de saúde depende não só da existência de estabelecimentos próximos das populações (isto porque a proximidade não garante que os cuidados estejam disponíveis a toda a população), mas também da capacidade de oferta da rede (caracterizada, por exemplo, pelo número de estabelecimentos e a sua dimensão).

56. Capacidade de resposta e Desempenho: a sua actividade tem sido reconhecida como indispensável, no entanto subsistem alguns problemas, nomeadamente, a capacidade ainda insuficiente para fazer face à procura crescente e a existência de algumas barreiras no acesso à rede. Os últimos dados revelados pela ERS (2016), pela ARS e CCDR do Alentejo (2014) dão-nos conta das diferenças regionais e do desequilíbrio entre a procura e a oferta, condicionando de forma negativa o acesso à rede de cuidados continuados (ERS, 2016), sobretudo ao nível do acesso aos cuidados paliativos. Contudo, face ao contexto nacional, a rede no Alentejo apresenta indicadores que revelam um desempenho positivo.

57. Perfil dos utentes e destinatários: o perfil de utentes da rede na região do Alentejo, à semelhança do território nacional, tem evidenciado uma população envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência, situação que se mantém. A idade avançada e a elevada incapacidade e dependência condicionam resultados da intervenção, centrada na promoção de autonomia como princípio geral, mas com objetivos de intervenção definidos para cada utente no seu PII.

VARIÁVEIS FINANCEIRAS

58. Recursos financeiros da ARSA: a despesa com a Aquisição de Bens e Serviços foi considerada aquela com maior peso no valor global do orçamento da ARSA. Esta rubrica abrange os custos necessários para o bom funcionamento da ARS, incluindo os custos com Internamentos e transporte de doentes resultantes dos serviços prestados no âmbito da Rede Nacional para os Cuidados Continuados e Integrados inerentes ao funcionamento da respetiva rede, em conformidade com o relatório de atividades (ARSA, 2014).

VARIÁVEIS DE RELACIONAMENTO INTER E INTRA-ORGANIZACIONAL ENTRE ATORES

59. Articulação e coordenação entre tipologias de cuidados, setores e níveis: verificam-se lacunas ao nível dos circuitos de informação entre os diferentes níveis e setores de cuidados. A resistência dos

atores ao nível da adaptação e criação de circuitos constitui uma barreira ao nível da efetivação da articulação dos cuidados.

60. Compromisso político: o estabelecimento de compromisso político estabelece-se por meio da celebração/cumprimento contratos programa/acordos entre os atores envolvidos na rede com vista a garantir o funcionamento e manutenção das unidades e equipas da Rede.

61. Envolvimento dos atores: a contratualização das entidades gestoras das UCCI com a ARSA, no âmbito do projeto de incentivo à qualidade, constituiu um dos indicadores de envolvimento/empenho das instituições e das unidades na garantia da qualidade da prestação de cuidados continuados integrados aos utentes.

62. Relacionamento entre a Rede e os cidadãos: partindo do princípio-chave que as diferentes respostas disponíveis e as que vierem a ser desenvolvidas pela Rede não podem deixar de ter como fio condutor a centralidade do cidadão no sistema e a respetiva acessibilidade às mesmas. Neste sentido, a ECR procura estabelecer uma relação de proximidade com o utente e a família, no sentido de facilitar o acesso à informação e ao ingresso/mobilidade na rede.

VARIAVEIS DE FORMAÇÃO E QUALIDADE

63. Qualificação e formação dos profissionais: a qualificação e formação dos profissionais das unidades e equipas da Rede na região Alentejo têm sido uma das prioridades da governação/coordenação regional pela importância que assume na qualidade da intervenção/prestação dos vários atores da Rede. Uma das atividades inerentes assenta na programação bianual da formação, em diferentes áreas, como por exemplo: acompanhamento da Qualidade das equipas e unidades da Rede para Elementos da ECR.


64. Avaliação dos processos e resultados: esta avaliação resulta das visitas de acompanhamento da ECR às unidades e equipas, que por norma decorrem no início da abertura e, posteriormente, durante o seu funcionamento. Para o efeito, é usada uma grelha de avaliação construída com base em parâmetros de acordo com a legislação em vigor.

65. Incentivo à Qualidade: O processo de incentivo à melhoria da qualidade surge no início de 2010, enquadrada no "projecto de Incentivo à Melhoria da Qualidade nas Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo", o qual decorreu de forma pioneira a nível nacional, cujos resultados permitiram realçar os principais processos relacionados com a organização, funcionamento e resultados, decorrente da prestação de cuidados e focar as unidades no seu compromisso, contributo e responsabilidade de melhoria continua (ARSA & ECR, 2011).

66. Satisfação dos Utentes: desde 2014 que a satisfação dos utentes na Rede tem sido alvo de estudo por parte da coordenação regional, através do envio/aplicação de questionário aos utentes internados na Rede, de forma a avaliar o seu grau de satisfação face às estruturas, à organização e aos profissionais que integram as respetivas unidades de cuidados continuados integrados.



Apêndice XIV- Matriz de Influências Diretas (MID)




Apêndice XV - Classificação das Variáveis por Influência Direta e por Dependência Direta
(sistema atual)

INFLUENCIA DIRETA		DEPENDENCIA DIRETA	
POSICÃO	VARIAVEL (CODIGO)	POSICÃO	VARIAVEL (CODIGO)
1	Prev_DC_In	1	Resp_Prox_
2	PolifNac_CC	2	AceMobi_Ut
3	Legis_Reg	3	Imple_Resp
4	Lider_Coor	4	Consoli_Re
5	Coop_Gov	5	Capac_Resp
6	Refor_CD_R	6	Refor_CD_R
7	Prev_Pert_	7	ComDif_Cui
8	ComDif_Cui	8	Dota_RH
9	EstDem_Pop	9	Refer_Uten
10	Qualif_Ato	10	QF_Profi
11	EstraQA	11	Imag_Rede
12	DepIdo	12	InstGesPla
13	PesDep_AC	13	Artic_Coor
14	InstGesPla	14	Form_Proce
15	DimTerr	15	Avali_Proc
16	Integr_Art	16	FunDot_RH
17	DespSaú_CC	17	EstraQA
18	EvoPop	18	Recur_Fina
19	CompEstVi	19	Qualif_Ato
20	SII_TIC	20	RecoApoi_C
21	Refor_Inv	21	Integr_Art
22	Imple_Resp	22	Refor_Inv
23	FunDot_RH	23	Imple_PNS
24	DensPop	24	Monit_Cont
25	MortPrem	25	Compro_Pol

INFLUENCIA DIRETA		DEPENDENCIA DIRETA	
POSIÇÃO	VARIAVEL (CODIGO)	POSIÇÃO	VARIAVEL (CODIGO)
26	Monit_Cont	26	PolíNac_CC
27	Coop_SISec	27	Satis_Uten
28	Artic_Coor	28	Ace_ServSa
29	QF_Profi	29	Envol_Ator
30	Dot_Recur	30	Perf_Uten
31	Imple_PNS	31	RelAtor_Ci
32	Ace_ServSa	32	Proc_ServS
33	Dota_RH	33	Coop_Gov
34	RecomOrgIn	34	Incent_Qua
35	Recur_Fina	35	Cober_RS
36	Finan_PP	36	Dot_Recur
37	Consoli_Re	37	Protec_Soc
38	OrientUE	38	SII_TIC
39	Incent_Qua	39	Coop_SISec
40	Resp_Prox_	40	Red_EF_CCI
41	Capac_Resp	41	Legis_Reg
42	Avali_Proc	42	Finan_PP
43	Empo_Pop	43	GasSuport_
44	Mod_CF	44	OrientUE
45	Imag_Rede	45	Mod_CF
46	Protec_Soc	46	PesDep_AC
47	Mod_Ref	47	Red_Relac
48	Envol_Ator	48	Empo_Pop
49	Intero_SI	49	RecomOrgIn
50	Perf_Uten	50	Intero_SI
51	Form_Proce	51	Lider_Coor
52	AceMobi_Ut	52	MortPrem

INFLUENCIA DIRETA		DEPENDENCIA DIRETA	
POSIÇÃO	VARIAVEL (CODIGO)	POSIÇÃO	VARIAVEL (CODIGO)
53	Cober_RS	53	Prev_Pert_
54	Red_Relac	54	Mod_Ref
55	Red_EF_CCI	55	Prev_DC_In
56	Compro_Pol	56	DespSaú_CC
57	AmbTec_Saú	57	DensPop
58	Estr_AgFam	58	Estr_AgFam
59	RecoApoi_C	59	CompEstVi
60	Proc_ServS	60	EvoPop
61	Habil_Pop	61	EstDem_Pop
62	GasSuport_	62	AmbTec_Saú
63	RelAtor_Ci	63	DepIdo
64	Refer_Uten	64	DimTerr
65	Satis_Uten	65	Habil_Pop
66	ModFin_Fam	66	ModFin_Fam

Fonte: autoria própria a partir do software MICMAC



Apêndice XVI - Classificação das Variáveis por Influência Indireta e por Dependência Indireta (sistema atual)


INFLUENCIA INDIRECTA		DEPENDENCIA INDIRECTA	
POSIÇÃO	VARIÁVEL (CODIGO)	POSIÇÃO	VARIÁVEL (CODIGO)
1	Prev_DC_In	1	Capac_Resp
2	Prev_Pert_	2	AceMobi_Ut
3	PolíNac_CC	3	Resp_Prox_
4	Coop_Gov	4	Imple_Resp
5	Legis_Reg	5	Imag_Rede
6	EstDem_Pop	6	Consoli_Re
7	Lider_Coor	7	Avali_Proc
8	PesDep_AC	8	Refer_Uten
9	CompEstVi	9	Satis_Uten
10	InstGesPla	10	Artic_Coor
11	DespSaú_CC	11	Form_Proce
12	Refor_CD_R	12	QF_Profi
13	Refor_Inv	13	Compro_Pol
14	DepIdo	14	Refor_CD_R
15	ComDif_Cui	15	RelAto_r_Ci
16	Qualif_Ato	16	Monit_Cont
17	Coop_SISec	17	ComDif_Cui
18	SII_TIC	18	Envol_Ato_r
19	EstraQA	19	Dota_RH
20	EvoPop	20	Integr_Art
21	MortPrem	21	Incent_Qua
22	Integr_Art	22	Qualif_Ato
23	Dot_Recur	23	EstraQA
24	Imple_Resp	24	FunDot_RH
25	Ace_ServSa	25	Recur_Fina
26	DimTerr	26	RecoApoi_C
27	RecomOrgIn	27	InstGesPla
28	FunDot_RH	28	Coop_Gov
29	OrientUE	29	Coop_SISec
30	DensPop	30	Cober_RS
31	Intero_SI	31	Perf_Uten
32	Finan_PP	32	Ace_ServSa
33	Imple_PNS	33	SII_TIC
34	Dota_RH	34	Refor_Inv

INFLUENCIA INDIRECTA		DEPENDENCIA INDIRECTA	
POSIÇÃO	VARIÁVEL (CODIGO)	POSIÇÃO	VARIÁVEL (CODIGO)
35	AmbTec_Saú	35	Mod_CF
36	Consoli_Re	36	Imple_PNS
37	Recur_Fina	37	Dot_Recur
38	QF_Profi	38	PolíNac_CC
39	Red_EF_CCI	39	Intero_SI
40	Cober_RS	40	Lider_Coor
41	Monit_Cont	41	Legis_Reg
42	Perf_Uten	42	Mod_Ref
43	Artic_Coor	43	Proc_ServS
44	Mod_CF	44	PesDep_AC
45	Imag_Rede	45	MortPrem
46	Compro_Pol	46	Prev_Pert_
47	Incent_Qua	47	GasSuport_
48	Capac_Resp	48	Estr_AgFam
49	Mod_Ref	49	Red_EF_CCI
50	Empo_Pop	50	Protec_Soc
51	Avali_Proc	51	CompEstVi
52	Resp_Prox_	52	Prev_DC_In
53	Protec_Soc	53	Finan_PP
54	Envol_Ator	54	OrientUE
55	Form_Proce	55	AmbTec_Saú
56	GasSuport_	56	Empo_Pop
57	Habil_Pop	57	RecomOrgIn
58	Red_Relac	58	DespSaú_CC
59	AceMobi_Ut	59	Red_Relac
60	Proc_ServS	60	DensPop
61	Estr_AgFam	61	EvoPop
62	RecoApoi_C	62	ModFin_Fam
63	RelAtor_Ci	63	EstDem_Pop
64	Refer_Uten	64	Habil_Pop
65	Satis_Uten	65	DimTerr
66	ModFin_Fam	66	DepIdo

Fonte: autoria própria a partir do software MICMAC



Anexos



Anexo I - Parecer favorável e respetiva apresentação do estudo às diferentes entidades/instituições envolvidas no estudo

Sobre o estudo “*As Dinâmicas dos Cuidados Continuados Integrados na Região do Alentejo: Diagnóstico Sociológico, Estratégia de Actores e Futuros Possíveis*”

Eut-ARSA/2014/5272
22-06-2014



08/04/2014
(01/2014/CES)

O CONSELHORECTIVO 8/5/2014
DI José Marques Robalo

O Vogal: António Machado Gray a

A Vogal: Paula Pinheiro

PARECER 01/2014/CES

A — RELATÓRIO

A1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início ao Processo n.º 01/2014/CES, com base no pedido formulado a esta CES por correio electrónico em 10/01/2014 da investigadora Suzana Soares Pinheiro Vieira Pescada, Doutoranda em sociologia pela Universidade de Évora.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos: A Investigadora apresenta os seguintes documentos do Projecto de investigação de acordo com o Documento Guia:

1. Protocolo de Investigação

- a) Título: descritivo e objectivo
- b) Identificação da investigadora
- c) Curriculum Vitae da Investigadora
- d) Introdução com os ítems requeridos
- e) Metodologia com objectivo, agentes implicados, local, horizonte temporal, população alvo, tipo de amostragem, dimensão da amostra e método de recrutamento dos participantes
- f) Recursos
- g) Cronograma

2. Documentos de recolha de dados e metodologias a utilizar

3. Modelo de Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudo de investigação, com título, enquadramento, explicação do estudo, condições e financiamento, riscos potenciais, vantagens, confidencialidade e anonimato, contacto da Investigadora, assinaturas;
4. Modelo de declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores na investigação;

5. Modelo de declaração a assinar por profissionais de saúde que referenciem participantes à Investigadora;
6. Identificação do Elo de Ligação;
7. Declaração do Orientador Científico;
8. Declaração do Director de Serviço sobre as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas:
8. Declaração sobre a propriedade dos dados e resultados do estudo e disponibilidade para publicação dos resultados finais;
9. Declaração de compromisso do investigador para a entrega à CES do Relatório final;
10. Diversos esclarecimentos prestados pelos investigadores após solicitação por esta CES;
11. Reunião, em 19.03.2014, com a investigadora, a Coordenadora da ECR e a CES (Presidente e Relator).

A3. Resumo da documentação

Trata-se de um estudo prospectivo, que visa desenvolver a capacidade de orientar os vectores de mudança a partir de decisões conscientes sobre os cenários de evolução prováveis e possíveis.

O objectivo desta investigação passa por identificar os vectores de mudança dos CCT no Alentejo, bem como os agentes implicados, nomeadamente aqueles cujas decisões podem influenciar de forma directa e indirecta a evolução deste tipo de cuidados na região. O Método de Cenários é composto por duas etapas: 1) construção da base; 2) elaboração de cenários. A construção da base é constituída por três fases: 1) delimitação do sistema em estudo (no caso concreto deste estudo será o domínio dos CCI, circunscrito à região do Alentejo, que consiste na elaboração de um diagnóstico orientado, de forma a encontrar um conjunto de variáveis qualitativas e quantitativas que o caracterizem o mais exaustivamente possível; 2) decomposição do sistema de CCI em grupos de variáveis, de forma a detectar as variáveis-chave e agrupá-las, através um método de análise estrutural (o método MICMAC); 3) análise das estratégias dos atores, através da aplicação do método ACTores, Objetivos, Relações de forças (Método MACTOR). A partir das hipóteses sobre a evolução futuro, decorrentes da primeira etapa do método, segue-se a elaboração dos cenários, através da consulta a um painel de peritos. Os resultados colhidos em cada uma das fases apresentadas estão encadeados, o que implica da parte do investigador análises intercalares da informação e possíveis reformulações dos instrumentos (entre eles, o guião de entrevista e os inquéritos por questionário).

O local escolhido é a região do Alentejo, designadamente as diferentes áreas concelhias onde intervém a rede de cuidados continuados integrados.

Participarão apenas os profissionais que integram as Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Local (ECL), as equipas de Gestão de Altas (EGA's) e as equipas prestadoras (designadamente, os coordenadores das equipas e directores das Unidades de Internamento). Podem, ainda, participar outros especialistas da área dos CCI.

O estudo aplica a modalidade de amostragem por caso único (CCI na região do Alentejo) com amostragem “em bola de neve”. Os “elos de ligação” identificados irão apoiar a investigadora na identificação dos participantes que satisfaçam os critérios de inclusão escolhidos, entre eles, a abrangência geográfica da rede (Alto e Baixo Alentejo, Alentejo Central e Litoral), a diversidade de participantes/atores implicados na rede, bem como o seu grau de conhecimento/experiência no domínio dos CCI Primeiramente, a investigadora e a colaboradora iniciarão o processo de recrutamento dos participantes de forma informal, contactando-os telefónica ou pessoalmente, com o intuito de apresentar o projecto e solicitar a participação no estudo. Após contacto informal, proceder-se-à à formalização do pedido de participação, por meio de uma carta convite, onde os participantes terão acesso ao consentimento informado, documento que oficializará a aceitação da participação. Da mesma forma, será formalizado o pedido de participação dos “Elos de Ligação” aos respectivos conselhos de administração e director executivo das Unidades Locais de Saúde (ULS) e

Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

O financiamento do presente estudo, fica a cargo da investigadora, não se responsabilizando por pagamentos com deslocações.

A pesquisa prevê desenrolar-se em quatro fases: 1º Fase) Realização de Entrevistas, mediante um guião — participantes um membro da Equipa de Coordenação Regional e especialistas da área dos CCI; 2º Fase) Participação em grupos de discussão (Focus group) - Participantes: membros das Equipas de Coordenação Regional e Local e de Gestão de Altas; 3º Fase) Realização de Inquéritos por questionário - Participantes: serão seleccionados em função das variáveis-chave resultantes da análise estrutural do sistema de “CCT” (primeira e segunda fases deste estudo); 4º Fase) Realização de Inquéritos por questionário - Participantes: especialistas da área dos CCI mais distanciados das análises precedentes.

B — IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Trata-se de um estudo com relevância e pertinência. O desenho do estudo nas várias etapas de metodologia, apresenta, enuncia e reforça a garantia de confidencialidade de procedimentos, dados recolhidos e resultados obtidos. os requisitos inerentes a uma metodologia cientificamente correta, O que salvaguarda aspectos éticos fundamentais.

B.2. O financiamento do presente estudo, fica a cargo da investigadora, não se responsabilizando por pagamentos com deslocações. Esta informação é disponibilizada aos potenciais participantes e consta na Declaração do Director de Serviço/Unidade sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas da Enfª Maria da Graça Godinho Simões Eliseu, Coordenadora da ECR, em que está expresso que «(...Ja entrevista e as duas reuniões do grupo de discussão irão ter lugar nas instalações da ARSÁA, sitas no largo do Jardim do Paraíso, nº2, em Évora, com a duração de uma hora e três horas respectivamente, ficando a deslocação dos participantes a cargo de cada um».

B.3. A participação dos profissionais de saúde neste estudo deverá ter em conta o bom funcionamento do serviço. B.4. Os investigadores comprometeram-se a enviar, antes do início da colheita de dados, a esta CES a Declaração dos Elos de ligação.



CONCLUSÃO

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo, condicionado ao cumprimento das alíneas B.2 a B.4.

Aprovado em reunião do dia 08 de Abril de 2014, por unanimidade.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo

(Susana Teixeira)



Anexo II - Respostas ARS Algarve

3110'13 01.621.1



Exma Senhora
Dr^a Susana Pescada
pescadasusana@gmail.com

V/ Referência


Sua Comunicação

Nossa Referência
CES
Registado c/AR

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO NO
ÂMBITO DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS NA
REGIÃO DO ALGARVE

Serve o presente para informar V. Excelência, que atente que a metodologia não nos parece adequada à finalidade e aos objectivos do estudo, a CES delibera por unanimidade não aprovar o presente pedido de autorização de estudo.

Com os melhores cumprimentos,



Dr. Miguel Madeira
Vogal do Conselho Directivo
da ARS Algarve, I.P.

Largo do Carmo, 3 - 8000-148 Faro

Telf: 289889900 - Fax: 289807405

email: cd@arsalgarve.min-saude.pt - www.arsalgarve.min-saude.pt

0312'13 017773



Exma Senhora
Dr^a Susana Pescada
pescadasusana@gmail.com

V/ Referência

Sua Comunicação

Nossa Referência
CES
Registado e/AR

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO NO
ÂMBITO DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS NA
REGIÃO DO ALGARVE

Serve o presente para informar V. Excelência, que após reapreciação do estudo em epígrafe: *"A CES deliberou, por unanimidade, manter a decisão anterior e esclarecer que, uma vez que as potenciais conclusões a retirar deste estudo, tem por base os actores actuais da RCCI, não vai este estudo, reflectir de forma alguma, aquilo que vai ser a RCCI em 2020, tendo em conta que os actores, nessa altura, são hoje perfeitamente desconhecidos.*

Acrece que é eticamente, altamente reprovável que, para a realização do seu estudo na rede pública, quer a entrevista, quer os grupos de discussão, sejam feitos dentro do horário de trabalho dos intervenientes. Como, também não está claro se, quer o local, quer os meios necessários, para a concretização das actividades, são os públicos, pertença desta ARS ou outros.

A tudo isto acresce que o questionário não nos foi disponibilizado para análise."

Com os melhores cumprimentos,

Dr. João Moura Reis
Presidente do Conselho Diretivo
da ARS Algarve, I.P.

Largo do Carmo, 3 - 8000-148 Faro
email: cd@arsalgarve.min-saude.pt

Tel: 289889900 - Fax: 289807405

www.arsalgarve.min-saude.pt