

**Jornadas de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do IPB**
Bragança, 7-8 de junho 2013



**Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do
IPB**

LIVRO DE ATAS (EBOOK)

COORDENADORA: Maria Helena Pimentel

Colaboradores:

André Novo

Angela Prior

Carlos Magalhães

Celeste Antão

Eugénia Anes

Leonel Preto

Lúcia Pinto

Manuel Brás

Maria Augusta Mata

Maria Gorete Baptista

Maria José Gomes

Norberto Silva

FICHA TÉCNICA

Título

Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Data

junho de 2013

ISBN: 978-972-745-159-3

Editora: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Avenida D. Afonso V - 5300-121,

Bragança, Portugal

Tel: (+351) 273 303 200 / (+351) 273 330 950

Fax: (+351) 273 327 915

Este livro contém informações obtidas de fontes autênticas. A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusivamente dos autores.

Os artigos publicados neste livro são propriedade da ESSa-IPB. Este livro ou qualquer parte do mesmo, não poderá ser reproduzido ou transmitido em qualquer formato ou por qualquer meio, eletrónico ou físico ou por qualquer sistema de armazenamento de informação ou de recuperação, sem autorização prévia por escrito da ESSa-IPB.

Todos os direitos reservados.

Nota Introdutória

As primeiras jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança pretendem constituir-se num momento de encontro de todos os que se interessam pela prestação de cuidados em Saúde: professores, investigadores, profissionais da saúde e estudantes. Pretendem, ainda, aprofundar o conhecimento nas diversas áreas de intervenção e formação de Enfermagem em particular e de Saúde em geral. A parceria da ULS do Nordeste na organização do evento permitirá alargar e fomentar a interação entre o contexto de trabalho, a investigação e os contextos educativos, numa abordagem multidisciplinar e de compromisso.

As temáticas abordadas nestes dois dias de trabalhos acompanham o ciclo vital desde a saúde materno infantil, passando pelos cuidados à família e comunidade, a assistência da pessoa em situação crítica, a assistência na doença terminal e morte digna. Os cursos temáticos aprofundam o conhecimento em áreas específicas. Em suma serão abordados os diferentes modos de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes tendo em conta o papel privilegiado que os enfermeiros desempenham junto de quem recorre aos serviços de saúde. Ou, dito de outra forma, reforçar o compromisso que assumimos todos os dias com o cidadão.

Para assinalar a realização deste evento e congregar sinergias, elaborou-se o presente livro de atas. Este documento pretende assumir o compromisso da partilha e da divulgação do conhecimento. Para além da atualidade e relevância científica, constituem pontos de contato de estudiosos destas matérias, que respondendo ao nosso apelo submeteram comunicações sob a forma de comunicações orais e *posters*, que teremos oportunidade de acompanhar ao longo destes dois dias.

Se a produção de qualquer evento, direta ou indirectamente, nunca é um ato isolado o que aqui apresentamos contou com a colaboração e a conjugação de esforços de muitas pessoas. É de justiça, por isso, que se felicitem as comissões científica e organizadora que, por sua vez, contaram com o envolvimento ativo dos Dirigentes da Escola Superior de Saúde do IPB e da Unidade de local de Saúde do Nordeste Transmonstano.

Saudamos e agradecemos a presença de todos(as) os que quiseram juntar-se a nós, pela participação viva e empenhada.

Helena Pimentel

HIPERTENSÃO ARTERIAL: DO DIAGNÓSTICO À INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE DE BRAGANÇA.....	305
Carlos Pires Magalhães, Maria Helena Pimentel, Maria Augusta Pereira da Mata, Adília Maria Pires Fernandes	
IDENTIFICANDO O POTENCIAL EMPREENDEDOR EM SAÚDE.....	313
Maria Isabel Barreiro Ribeiro, António José Gonçalves Fernandes	
IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NO DOENTE COM AVC.....	325
Leonel São Romão Preto, Pires, C	
INDICADORES DEMOGRÁFICOS POTENCIADORES DE RISCO EM SAÚDE NA POPULAÇÃO IDOSA DO DISTRITO DE BRAGANÇA.....	327
Maria Helena Pimentel, Maria Augusta Pereira da Mata, Adília Maria Pires Fernandes, Carlos Pires Magalhães, Maria Gorete Baptista	
O DOENTE COM VENTILAÇÃO MECÂNICA. PAPEL DO ENFERMEIRO NO POSICIONAMENTO EM DECÚBITO VENTRAL.....	332
Maria José Gomes, Elisabete de Fátima Dinis Diz	
O ENFERMEIRO GESTOR: QUE DIFICULDADES.....	339
Assis, C.I.C.F	
O IDOSO INSTITUCIONALIZADO: QUE QUALIDADE DE VIDA?.....	351
Catarina Alexandra Neves, Maria José Gomes	
O NÍVEL DE STRESSE NOS ENFERMEIROS: A REALIDADE DAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS DOS DISTRITOS DE BRAGANÇA E VILA REAL.....	361
Cristina Alexandra Sacras Morais, Maria Isabel Barreiro Ribeiro, Adília Maria Pires da Silva Fernandes	
OS JOVENS E A VIGILÂNCIA DA SAÚDE: FATORES DE SATISFAÇÃO RELACIONADOS COM O ATENDIMENTO.....	370
Maria Helena Pimentel, Adília Maria Pires da Silva Fernandes, Carlos Pires Magalhães	
PATOLOGIA ORAL E AVDS EM IDOSOS DIABÉTICOS.....	380
Teresa Lavandeira Pimenta, Maria José Gomes	
PLANEAMENTO EM SAÚDE: DIFERENTES CONCEITOS.....	389
Eugénia Maria Garcia Anes, Adília Maria Pires da Silva Fernandes, Celeste da Cruz Meirinho Antão, Carlos Pires Magalhães, Maria Augusta Pereira da Mata, Maria Helena Pimentel, Maria Filomena Greló Sousa, Maria de Fátima Pereira Geraldés, Manuel Alberto Morais Brás, Sandra Cristina Mendo Moura, Maria Isabel Praça, Carina Ferreira	
PERFIL E FATORES DE RISCO PRESENTES EM DOENTES COM AVC ISQUÉMICO ADMITIDOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	397
Leonel São Romão Preto, Maria Isabel esteves, Ilda Maria Morais Barreira, Sílvia Delgado	
PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.....	403
Laura Alves, Lia Marcos, Herculano, L.S.G.A.	
PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: FATORES DE RISCO E INTERVENÇÃO.....	407
Inês Diogo, Mariana Fernandes, Eugénia Maria Garcia Jorge Anes	
QUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: QUE REALIDADE?..	415
Sandra Cristina Mendo Moura, Morais, A.M., Pozzo, V.D., Manuel Alberto Brás, Eugénia Maria Garcia Jorge Anes	

QUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: QUE REALIDADE?

Moura, S.C.M.¹, Morais, A.M.¹, Pozzo, V.D.¹, Manuel Alberto Brás^{2,3}, Eugénia Maria Garcia Anes^{2,3}

¹Universidade Católica Portuguesa – Porto/Portugal (UCP)

²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

³Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso (NIII)

RESUMO

Este trabalho de revisão bibliográfica foi realizado no âmbito do IX Programa de Doutoramento em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto. A existência de sistemas de saúde que garantam a prestação efetiva de cuidados de qualidade é, atualmente uma das prioridades de variadas organizações, entre elas constam: a ODCE, OMS, SNS e OE. A qualidade dos cuidados de enfermagem para além da importância que tem para a instituição e doente, deve ter uma importância máxima para o prestador de cuidados. O enfermeiro deve almejar a qualidade em cada gesto realizado, deve procurar que o desempenho da sua função seja mais do que uma simples execução de tarefas (Ascensão, 2010).

Tem como objetivo Conhecer o estado da arte em língua portuguesa em termos da qualidade dos cuidados de enfermagem. Conhecer as metodologias usadas no estudo da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Tratou-se de uma revisão de literatura tendo por finalidade identificar o conhecimento existente sobre esta temática. Foi realizada uma pesquisa na base de dados B-On, tendo em conta Dissertações de Licenciatura, de Mestrado, de Doutoramento e artigos, disponíveis em texto integral, que tivessem como palavras-chave no título: Cuidados, Qualidade e Enfermagem. A pesquisa foi efetuada para documentos em português entre os anos de 2000 e 2013.

A pesquisa encontrou, na B-on dezoito documentos, artigos de periódicos da área da saúde. Destes dezoito um artigo encontrava-se em quadruplicado e outro em duplicado. Quatro deles não foram incluídos por não dizerem respeito à área em questão. No final, após aplicação dos critérios de pesquisa, reunimos um conjunto de dez documentos (cinco teses, três artigos e duas comunicações em conferências) que se constituíram como o nosso corpus de análise. Os documentos estão disponíveis em texto integral.

Depois de analisados os documentos encontrados concluímos que os enfermeiros proporcionam um importante contributo na melhoria da qualidade das organizações (Aleixo, 2010). Conclui-se também que existe uma urgência na execução de ações de educação continuada, uma vez que a formação é considerada instrumento de reflexão e mudança, sendo esta um dos pilares para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência (Padilha, 2010; Castro, 2007). Paralelamente, conclui-se que os principais resultados da qualidade dos cuidados de enfermagem envolvem mais trabalho e decisão

em equipa multidisciplinar, mais recursos materiais e humanos e melhores condições físicas (Carvalhais, 2010).

INTRODUÇÃO

A existência de sistemas de saúde que garantam a prestação efectiva de cuidados de qualidade é, actualmente uma das prioridades de variadas organizações, entre elas constam: a ODCE, OMS, SNS e OE. Na área da saúde, tem-se constado uma busca incessante pela qualidade, o que tem provocado propostas e mudanças significativas nas instituições e nos seus modelos de gestão. As mudanças relacionadas com a qualidade aparecem também reflectidas nos comportamentos dos profissionais de saúde, os quais apresentam uma preocupação crescente com a melhoria contínua, numa tentativa de alcançar a excelência dos serviços (Moraes et al, 2008).

Em Portugal existem muitas instituições de saúde que se encontram em processos de acreditação e de certificação, programas de melhoria contínua de qualidade. Em algumas das instituições é já notória uma cultura assente em padrões de valorização da qualidade, no entanto observa-se uma necessidade de maior envolvimento e compromisso, para que a qualidade seja efetiva (Matsuda et al, 2000). A qualidade é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação dos cuidados (Ascensão, 2010).

Qualidade nos cuidados de enfermagem

A Enfermagem enquanto prática é tão antiga como a existência humana. O Homem sentiu sempre a necessidade de cuidar do seus, fazendo uso de todos os meios disponíveis para recuperar a sua condição de saúde. Este pensamento conduz-nos à essência dos cuidados de enfermagem – o cuidar.

Para Hesbeen (2001) a arte de cuidar baseia-se em conhecimentos e na capacidade para harmonizar os diferentes elementos que constituem uma determinada situação, sendo que esse processo é traduzido no cerne da prática de cuidados e que define a sua qualidade.

Nos cuidados de enfermagem, a qualidade é uma pretensa diária, na realização de todas as actividades que visam a recuperação do doente, contudo é indispensável repensar a nossa prática diariamente, numa tentativa de alcançar a excelência profissional.

No que diz respeito à qualidade dos cuidados, poderíamos dizer que são aqueles que se fazem bem, ou seja, que são prestados segundo as normas de procedimentos técnicos (Ascensão, 2010).

Justifica-se a realização deste estudo porque em enfermagem, as investigações que vão de encontro à temática em apreço são escassas. Assim, neste sentido pretende-se que o conhecimento produzido fomente futuras pesquisas e ações de melhoria.

MATERIAL E MÉTODOS

O objectivo deste estudo foi conhecer o estado da arte em língua portuguesa em termos da qualidade dos cuidados de enfermagem. Tratou-se de uma revisão de literatura tendo por finalidade identificar o conhecimento existente sobre esta temática.

Foi realizada uma pesquisa na base de dados B-On, tendo em conta Dissertações de Licenciatura, de Mestrado, de Doutoramento e artigos, disponíveis em texto integral, que tivessem como palavras-chave no título: Cuidados, Qualidade e Enfermagem.

A pesquisa foi efectuada para documentos em português entre os anos de 2000 e 2013.

RESULTADOS

Foram encontrados, dezoito documentos, artigos de periódicos da área da saúde. Destes dezoito um artigo encontrava-se em quadruplicado e outro em duplicado. Quatro deles não foram incluídos por não dizerem respeito à área em questão. No final, após aplicação dos critérios de pesquisa, reunimos um conjunto de nove documentos (quatro teses, três artigos e duas comunicações em conferências) que se constituíram como o nosso corpus de análise. Os documentos estão disponíveis em texto integral. Os documentos foram analisados individualmente, tendo sido realizada uma tabela síntese com os resultados da pesquisa de literatura. Desta forma fazemos no quadro seguinte uma síntese dos resultados dos artigos seleccionados.

Síntese dos resultados

Autor, ano	Amostra	Objetivo de estudo	Tipo de estudo	Resultados
Murassaki et al, 2010	Pacientes de dois hospitais universitários públicos, num total de 1.307	Avaliar a qualidade dos cuidados na terapia intravenosa.	Estudo multicêntrico, de carácter quantitativo, prospectivo, descritivo-exploratório.	O cuidado de enfermagem relacionado à segurança do paciente no sistema de terapia intravenosa é ainda um grande desafio nas instituições estudadas, pois a maioria dos

				<p>indicadores avaliados não atingiram os valores que caracterizam uma assistência de enfermagem segura e de qualidade. Perante a situação observada, devem fazer-se necessários investimentos em ações voltadas à educação continuada e permanente.</p>
<p>Aleixo et al, 2010</p>	<p>Doze artigos de um total de cento e trinta e oito.</p>	<p>Identificar um conjunto de indicadores de qualidade de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos.</p>	<p>Revisão sistemática de Literatura.</p>	<p>Os enfermeiros proporcionam um importante contributo na melhoria da qualidade nestas organizações. Os resultados observados permitem perceber que a introdução destes profissionais, de forma contínua, tem impacto directo na diminuição do recurso aos serviços de saúde (urgências e dias de internamento), na redução do número de quedas, no controlo da dor, na prevalência do número de úlceras de pressão e no aumento da funcionalidade.</p>
<p>Carvalhais e Sousa, 2010</p>	<p>3 enfermeiros .</p>	<p>Identificar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes idosos em contexto de internamento hospitalar; compreender</p>	<p>A recolha de dados utilizou o photovoice, um processo de investigação e intervenção participativo (qualitativo), em que os participantes</p>	<p>A qualidade dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas envolve mais trabalho e decisão em equipa multidisciplinar, mais recursos materiais e humanos e melhores condições físicas. Paralelamente, o principal obstáculo</p>

		melhor as dificuldades/obstáculos dos enfermeiros na promoção de uma relação de cuidados mais expressivos.	identificam a sua vivência pela fotografia (imagem) e discutem-na em grupo (voz).	centra-se na escassez de recursos e na desorganização.
Padilha e Matsuda, 2010	50 pacientes.	Avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva para Adultos.	Estudo do tipo descritivo, observacional e de análise documental, com bordagem quantitativa.	Conclui-se que há urgência em se executar ações de educação continuada no, porque a maioria dos itens e subitens de cuidados não foi considerada de qualidade.
Ascensão, 2010.	136 utentes.	Verificar se a qualidade dos cuidados de enfermagem, vai de encontro às necessidades dos utentes internados em UCI.	É um estudo quantitativo, descritivo, transversal.	Os cuidados de enfermagem prestados expressos pelos registos de enfermagem diferem dos cuidados de enfermagem necessários, traduzindo-se numa carga de trabalho necessária mais elevada do que a carga de trabalho prestada.
Castro, 2007.	10 enfermeiros	Averiguar as implicações da formação na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.	Paradigma construtivista, sendo o interaccionismo simbólico a perspectiva orientadora e a “Grounded Theory”.	Os participantes identificaram contributos a nível da Interacção Enfermeiro/Utente; nomeadamente a nível: da comunicação terapêutica; estar disponível; enriquecimento; de conhecimentos teóricos, espírito reflexivo e crítico, assim como um crescimento pessoal e profissional.

Carneiro, 2010	10 enfermeiros	Compreender as implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de pediatria.	Estudo de carácter qualitativo recorrendo a entrevistas semi-estruturadas.	A parceria serve como factor avaliador da excelência do cuidar beneficiando a integração da família na equipa multidisciplinar e consequentemente a continuidade de cuidados.
Cordeiro, 2009	37 enfermeiros	Identificar de que forma a dotação dos recursos humanos de enfermagem afecta a qualidade dos cuidados prestados.	Abordagem qualitativa e quantitativa do tipo descritivo, analítico e transversal.	Recursos humanos, a qualidade dos cuidados prestados e a responsabilidade profissional dos enfermeiros se encontram directamente relacionados. No caso das dotações inadequadas os cuidados prestados são os prioritários e não os considerados necessários; não parecendo ser possível prestar cuidados de enfermagem de qualidade.
Félix e Coelho, 2010	enfermeiros que exercem funções nos cuidados intensivos.	Identificar os factores intrínsecos ao stress na profissão; estabelecer uma relação entre a qualidade de cuidados e a prática de enfermagem sob stress.	Estudo quantitativo do tipo descritivo, analítico.	Prestação directa de cuidados, o desenvolvimento das competências profissionais, o exercício da autoformação e a construção de um trabalho em equipa assim como a melhoria contínua da qualidade exigem uma vontade e um esforço ético importante.

CONCLUSÃO

Avaliar e medir a qualidade dos cuidados é ainda um grande desafio nas instituições e algumas destas, demonstram uma reduzida preocupação com esta implementação ao nível dos cuidados de saúde. Verificamos que existe uma urgência na implementação de ações de educação continuada, uma vez que a formação é considerada instrumento de reflexão e mudança, sendo esta um dos pilares para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência (Padilha, 2010; Castro, 2007).

Concluimos que os enfermeiros proporcionam um importante contributo na melhoria da qualidade das organizações (Aleixo, 2010).

Paralelamente, constatamos que os principais resultados da qualidade dos cuidados de enfermagem envolvem mais trabalho e decisão em equipa multidisciplinar, mais recursos materiais e humanos e melhores condições físicas (Carvalhais, 2010).

Reconhecemos que o presente estudo tem limitações por não ter abordado muitos outros aspectos relacionados com a qualidade dos cuidados de enfermagem, no entanto as pesquisas existentes são escassas. Desse modo, sugerem-se que futuros estudos contemplem outras dimensões na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Moraes AS, Braga AT, Nicole AG, Tronchin DMR, Melleiro MM. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. Rev. enferm. UERJ. 2008; 16(3): 404-9.
- Matsuda LM, Évora YDM, Boan FS. O método desdobramento da função qualidade - QFD – no planeamento do serviço de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2000; 8(5): 97-105.
- Ascensão, H. S. D. S. (2010). " Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente".
- Aleixo, T. [et al.] (2011) – Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. Referência. Série 3, nº 3, p. 141-149.
- Carneiro, S. G. (2011). " As implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de Enfermagem nos Serviços de Pediatria".
- Carvalhais, M. D.; Sousa, L. Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. Revista de Enfermagem Referências. III Série, n.3, p.75-84, Março, 2011.

Castro, C. M. C. S. P. (2007). Percepção dos enfermeiros sobre os contributos do Curso de complemento de formação em enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

RECURSOS E RESPOSTAS PESSOAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CUIDADOS CONTINUADOS DA REGIÃO DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO PARA LIDAREM COM O FIM DE VIDA

Lia Marcos¹, Maria Helena Pimentel¹, Maria Gorete Batista¹

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

RESUMO

Introdução: A evolução da ciência e das tecnologias fez o Homem acreditar que podia controlar todos os fenómenos, acreditando que podia ser imortal. Esta forma de pensar está muito vincada nos profissionais de saúde, pois estes foram instruídos para lutarem pela vida a todo o custo, sendo a morte vista como um fracasso a nível profissional.

Objetivos: Compreender como os profissionais de saúde vivenciam o processo de doença terminal e morte, bem como conhecer que recursos pessoais são adotados para lidar com situações de fim de vida.

Material e Métodos: Totalidade dos profissionais de saúde que exercem a sua atividade laboral nas unidades de cuidados continuados da região de Trás-os-Montes e Alto Douro e que acederam participar no estudo, num total de 293. Utilizou-se o questionário constituído por questões de caracterização sociodemográfica e profissional da população e pelo Inventário de Recursos e Respostas Pessoais (BPS/IRRP; Copyright, Automated Assessment, 1995; traduzido e validado para a população portuguesa por McIntyre e Silvério).

Resultados: A confiança no coping (78,9%) e os recursos espirituais/existenciais (75,5%) são as dimensões com maiores scores observados, ao contrário do que se verificou na dimensão suporte social (32,7%). Existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis ansiedade, confiança no coping e índice crítico agudo e crónico. Os inquiridos com licenciatura apresentam um score significativamente maior na ansiedade e no índice crítico agudo e crónico. Os inquiridos com habilitações académicas mais elevadas (mestrado) apresentam um score de confiança significativamente maior.

Conclusões: O BPS/ IRRP é um instrumento fiável para avaliar as respostas pessoais da população em estudo. Neste estudo verificamos que os profissionais de saúde dos cuidados continuados da região de Trás-os-Montes e Alto Douro necessitam de maior apoio ao nível dos recursos sociais para lidar com a morte: O refúgio na espiritualidade pretende contornar esta questão. Assim, seria útil criar espaços de debate e formas de expressar vivências e dificuldades sentidas perante a doença terminal e a morte.

Palavras- Chave: Profissionais de Saúde, Recursos e Respostas Pessoais; Fim de Vida.

INTRODUÇÃO

Atualmente a morte é mais vivenciada nos hospitais do que no domicílio junto da família. Assim exige-se aos parte dos profissionais de saúde que encontrem recursos e respostas pessoais que lhes permitam lidar com situações de fim de vida, já que passou a ser uma realidade muito frequente no seu quotidiano. Uma vez que “*o conhecimento não substitui a necessidade de apoio, principalmente quando se trata de lidar com emoções, com sofrimento e inclusive com a morte*” (McIntyre, 1994; Smith, 1978, citado por McIntyre et al,1999, p.513).

Queríamos perceber como os profissionais de saúde lidam com o fim de vida já que muitos estudos demonstram que estes profissionais têm um índice de *stress* elevado no seu dia-a-dia. Por sua vez, a maneira de lidar com as situações de *stress* variam com as respostas e os recursos que cada individuo possui. Entende por resposta as estratégias de *coping* e os recursos “*são relativos a aspetos muito diversos, entre os quais se incluem a experiência da pessoa, as características da sua maneira de ser, a sua capacidade económica ou, simplesmente, a possibilidades de apoio por parte da rede social onde está inserida.*” (Vaz Serra, 1999, p.371).

Segundo os modelos recentes de lidar com o *stress*, este baseiam-se na interação *stress* ocupacional e os recursos ocupacionais, a personalidade do individuo e os recursos pessoais extratrabalho. Desta forma, o “*ajuste ocupacional muda as fontes e recursos de stress pessoal e ocupacional que, por sua vez, afetam o ajustamento ocupacional*” (McIntyre et al, 1999, p.514).

MATERIAL E MÉTODOS

Com este estudo quantitativo descritivo-correlacional e transversal pretendíamos compreender como os profissionais de saúde vivenciam o processo de doença terminal e morte. São objetivos específicos identificar as respostas e recursos pessoais dos profissionais de saúde dos cuidados continuados da região de Trás-os-Montes e Alto Douro, no processo de doença terminal e morte; verificar que relação existe entre as variáveis de caracterização da população em estudo e os diferentes fatores do inventário de respostas e recursos pessoais e identificar se os profissionais com formação específica em cuidados continuados têm melhores recursos para lidar com o fim de vida.

A população em estudo é composta por 31 médicos, 174 enfermeiros; 29 fisioterapeutas; 14

psicólogos; 10 terapeutas da fala; 14 assistentes sociais; 5 terapeutas ocupacionais; 6 educadoras sociais/animadoras; 9 nutricionistas, perfazendo um total 293 profissionais de saúde das Unidades de Cuidados Continuados de Trás-os-Montes e Alto Douro. Aceitaram participar no estudo cerca de 50,2% da população alvo, com 147 profissionais de saúde.

O Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (BPS/IRRP; Copyright, Automated Assessment, 1995; traduzido e validado para a população portuguesa por McIntyre e Silvério) é composto por 99 questões de resposta dicotómica, com duas escalas de validade (infrequência e negação); sete escalas de resposta ao *stress*, medindo várias atitudes (queixas-físicas, pressão/sobrecarga, raiva/frustração, depressão, ansiedade, culpa e ineficácia) e três escalas de recursos de *coping* que avaliam as aptidões de confronto com o *stress* (apoio social, recursos espirituais/existenciais e resiliência psicológica/*coping*). Tem ainda três índices críticos: abuso de álcool/drogas (4 itens); suicídio (2 itens) e perda de controlo (15 itens) constituindo-se em 10 fatores, conforme quadro seguinte:

RESULTADOS

A população estudada é claramente feminina com 77,6% das inquiridas deste sexo. Em termos etários, temos uma amostra jovem, com uma idade média de 29,18 anos (desvio padrão 7,3 anos). A idade mínima é de 22 anos e a máxima de 69 anos. A grande maioria são licenciados (93,2%). Apenas 6,8% são detentores do grau de mestre. A maior parte são solteiros (63,3%), 35,4% são casados/união de facto. Apenas 1,4% estão divorciados/separados.

Relativamente ao grupo profissional a maioria dos profissionais de saúde que integram o estudo são enfermeiros (68,7%). Verifica-se também que 11,6% são fisioterapeutas, 6,8% são assistentes sociais, 4,1% são psicólogos, 3,4% são terapeutas da fala, 2,7% fazem parte de outro grupo profissional não especificado. Apenas 1,4% são médicos, 0,7% são nutricionistas e 0,7% são terapeutas ocupacionais. A maioria dos inquiridos tem contrato por tempo indeterminado (52,8%), 14,8% têm contrato por tempo resolutivo certo, 2,8% por tempo resolutivo incerto e 29,6% não têm vínculo laboral.

Analisando o tempo de serviço na profissão verificamos que 4,1% têm menos de 6 meses, 8,2% entre 6 meses a 1 ano, 43,8% entre 1 a 3 anos, 24,0% entre 4 a 6 anos e 19,9% têm mais de 6 anos. Já no que diz respeito ao tempo de serviço na unidade de Cuidados Continuados 11,6% têm menos de 6 meses, 12,3% entre 6 meses a 1 ano, 64,4% entre 1 a 3 anos, 11,0% entre 4 a 6 anos e apenas 0,7% têm mais de 6 anos de tempo de serviço na unidade. A maioria

dos inquiridos (66,2%) trabalha por turnos. Cerca de um terço (33,8%) tem horário fixo (quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização social e profissional da amostra

	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Género		
Feminino	114	77,6%
Masculino	33	22,4%
Estado Civil		
Solteiro	93	63,3%
Casado/União de Facto	52	35,4%
Divorciado/Separado de facto	2	1,4%
Grupo Profissional		
Médico(a)	2	1,4%
Enfermeiro(a)	101	68,7%
Fisioterapeuta	17	11,6%
Assistente Social	10	6,8%
Psicólogo(a)	6	4,1%
Nutricionista	1	0,7%
Terapeuta Ocupacional	1	0,7%
Terapeuta da Fala	5	3,4%
Outro	4	2,7%
Natureza do vínculo laboral		
Contrato a tempo Indeterminado	75	52,8%
Contrato tempo resolutivo Incerto	4	2,8%
Contrato a Tempo Resolutivo Certo	21	14,8%
Outro	42	29,6%
Tempo de serviço na profissão		
Menos de 6 meses	6	4,1%
Entre 6 meses a 1 ano	12	8,2%
Entre 1 a 3 anos	64	43,8%
Entre 4 a 6 anos	35	24,0%
Mais de 6 anos	29	19,9%
Tempo de serviço na UCC		
Menos de 6 meses	17	11,6%
Entre 6 meses a 1 ano	18	12,3%
Entre 1 a 3 anos	94	64,4%
Entre 4 a 6 anos	16	11,0%
Mais de 6 anos	1	0,7%
Grau académico		
Licenciatura	136	93,2%
Mestrado	10	6,8%
Horário de Trabalho		
Por turnos	96	66,2%
Fixo	49	33,8%

Idade Média 29,18 anos /DP 7,30 anos); Min: 22 anos; Max: 69 anos

No quadro 2 podemos observar diferenças estatisticamente significativas nas dimensões ansiedade, confiança no coping, índice crítico agudo e crónico em função do grau académico. Os inquiridos licenciados apresentam um score significativamente maior na ansiedade ($p=0,053$) e no índice crítico agudo e crónico ($p<0,000$). Por sua vez, são os inquiridos com mestrado que apresentam scores de confiança no coping significativamente mais elevados ($p=0,037$).

Quadro 2 – Dimensões consoante grau académico

Dimensões	Licenciatura	Mestrado	p-value
Negação	4,59 ± 1,73	5,10 ± 1,73	0,375*
Culpabilidade	2,08 ± 1,51	1,90 ± 1,29	0,771**
Ansiedade	1,95 ± 1,61	1,10 ± 1,52	0,053**
Depressão	1,47 ± 1,63	0,80 ± 1,23	0,114**
Raiva/Frustração	2,48 ± 2,14	1,60 ± 2,01	0,179**
Pressão Excessiva	2,47 ± 1,25	2,10 ± 0,88	0,360*
Queixas físicas	3,29 ± 1,71	3,22 ± 1,64	0,914*
Suporte Social	7,42 ± 1,04	7,30 ± 1,16	0,993**
Confiança no Coping	6,26 ± 1,70	7,00 ± 1,93	0,037**
Recursos Espirituais/Existenciais	6,02 ± 1,85	6,30 ± 2,11	0,508**
Álcool/Drogas	0,07 ± 0,28	0,00 ± 0,00	0,452*
Suicídio	0,18 ± 0,61	0,00 ± 0,00	0,359*
Agudo e Crónico	0,24 ± 0,59	0,00 ± 0,00	0,000*

*Teste *t* de *student* para comparação de duas amostras independentes
 ** Teste *Mann-Whitney*

Como se pode observar no quadro 3 apenas a negação apresenta correlação positiva com o tempo de serviço na unidade. São os inquiridos com menos tempo de serviço (menos de 1 ano) que apresentam maiores scores médios de negação ($p=0,027$).

Quadro 3 – Dimensões consoante tempo de serviço na UCC

Dimensões	Menos de 6 meses	Entre 6 meses a 1 ano	Entre 1 a 3 anos	Entre 4 a 6 anos	p-value
Negação	5,07 ± 1,69	5,39 ± 1,24	4,56 ± 1,74	3,73 ± 1,79	0,027
Culpabilidade	1,75 ± 1,69	2,00 ± 0,84	2,14 ± 1,63	2,07 ± 1,79	0,811
Ansiedade	1,67 ± 1,45	1,72 ± 1,67	2,03 ± 1,68	1,56 ± 1,32	0,495
Depressão	1,50 ± 2,31	1,39 ± 1,04	1,42 ± 1,56	1,53 ± 1,76	0,670
Raiva/Frustração	1,56 ± 1,67	1,89 ± 1,53	2,46 ± 2,21	3,38 ± 2,45	0,227
Pressão Excessiva	2,31 ± 0,79	3,00 ± 1,19	2,38 ± 1,26	2,38 ± 1,19	0,263
Queixas físicas	3,27 ± 2,12	3,44 ± 1,79	3,28 ± 1,65	3,19 ± 1,60	0,969
Suporte Social	7,40 ± 0,91	7,67 ± 0,49	7,37 ± 1,19	7,44 ± 0,96	0,888
Confiança no Coping	6,50 ± 1,36	6,67 ± 0,91	6,16 ± 1,87	6,63 ± 1,71	0,753
Recursos Espirituais/Existenciais	5,81 ± 2,04	6,89 ± 1,18	5,97 ± 1,85	5,56 ± 1,86	0,192
Álcool/Drogas	0,00 ± 0,00	0,06 ± 0,24	0,09 ± 0,32	0,00 ± 0,00	0,830
Suicídio	0,19 ± 0,75	0,11 ± 0,32	0,16 ± 0,59	0,25 ± 0,68	0,975
Agudo e Crónico	0,35 ± 0,70	0,06 ± 0,24	0,24 ± 0,58	0,13 ± 0,35	0,600

Teste *Kruskal-Wallis*

DISCUSSÃO

Atualmente promove-se um sentimento de onnipotência, desde o início da formação dos técnicos de saúde, pois ensina-se como devem atuar perante as várias enfermidades, porém não se ensina a aceitar a morte humana. Pois é esta “*sociedade, com os seus modelos de formação tecnicista e com uma certa visão de onnipotência da evolução tecnológica, que conduz o ser humano a acreditar na sua imortalidade ou, melhor, a negar a morte do seu*

contexto diário” (Macedo, 2011,p.59), que por seu turno faz com que a ansiedade perante a morte aumente. No que respeita ao nosso estudo os profissionais inquiridos sobre se tinham falado durante a formação sobre a morte responderam afirmativamente, porém mais de metade refere não ter adquirido os conhecimentos necessários para lidarem com o fim de vida. Para isso é necessário “*além de uma maior consciencialização sobre a morte humana, os profissionais de saúde, que inevitavelmente contactaram com o morrer, deverão ter mais formação no campo das relações interpessoais, para conseguirem prestar cuidados de saúde mais humanos*” (Macedo, 2011,p.60). O desenvolvimento das capacidades humanas faz com que se preste mais atenção às necessidades emocionais do doente. Sendo importante existir uma educação que nos prepare para lidar com a morte, assim como “*aprendemos a andar, a escrever, entre outras aprendizagens, bem como a enfrentar as dificuldades, a consciencializarmo-nos das nossas capacidades, também a aprendizagem sobre o lidar com a nossa morte, deveria estar circunscrita na vida*” (Frias, 2003,p.33). Esta vertente da formação está explícita no nosso estudo uma vez que os profissionais com qualificações de mestrado apresentam um score de confiança no coping significativamente maior, comparativamente com os profissionais detentores de licenciatura.

Relativamente à idade e ao tempo de serviço nas UCC verifica-se que os profissionais mais velhos e com mais tempo de trabalho nas UCC, lidam melhor com as situações de fim de vida, assim sendo os trabalhadores com mais tempo de atuação e experiência parecem estar mais preparados para encarar a situação do que o profissional recém-formado. Estes dados vão ao encontro dos referenciados por Kuster e Bisogno (2010).

Ainda de acordo com o nosso estudo, os profissionais de saúde apresentam scores mais elevados nos recursos de espiritualidade/existenciais comparativamente ao suporte social, uma vez que a nível social os espaços onde se pode falar sobre a morte são escassos, sendo necessário promover debates sobre o tema e locais onde se possam partilhar experiências.

BIBLIOGRAFIA

- Frias, C. (2003). *A Aprendizagem do Cuidar e a Morte*. Loures: Editora Lusociência.
- Kuster DK, Bisogno, SBC (2010). A Perceção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. *Disc. Scientia*; 11(1): 9-24.
- Macedo JCGM. Elisabeth Kübler-Ross (2004). *A necessidade de uma educação para a morte*. Braga: Universidade do Minho.
- McIntyre T, McIntyre S, Silvério J. Inventário de Respostas e Recursos Pessoais [Brief Personal Survey – Portuguese version] (1995). Jonesboro, GA: Automated Assessment

Systems.

McIntyre TM; McIntyre, SE, Silvério J. (1999). Respostas de *stress* e recursos de Coping nos enfermeiros. *Análise psicológica*, 3 (XVIII), 513-527.

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. UM NOVO MODELO DE *GOVERNANCE* NAS POLÍTICAS PÚBLICAS?

Maria Patrocínia Ferreira Sobrinho Correia¹

¹ Escola Superior de Comunicação, Administração e Turismo. Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP) – ISCSP/Universidade Técnica de Lisboa.

RESUMO

O *Welfare State* Europeu entrou em declínio devido às suas características despesistas. Aos graves problemas financeiros, outros se juntaram, evidenciando debilidades estruturais que reequacionam o inteiro sistema das políticas de bem-estar e sociais.

Que novos paradigmas estão a emergir para fazer face às debilidades existentes? Como o Estado pode actuar para enfrentar novos desafios? São questões a que o presente trabalho procura dar resposta ilustrando o processo de implementação de uma política pública. À emergência de políticas sociais associa-se uma nova política de saúde e a coordenação de actores com culturas e responsabilidades sociais diferentes. O presente artigo procurará analisar a discussão teórica em torno do conceito de Governança, em particular da Governança em Rede refletindo, analiticamente, numa política pública social e de saúde.

PALAVRAS CHAVE: Estado Providência; Governança; Redes; Implementação; Políticas Públicas.

ABSTRAT

The European Welfare State began to decline due to its characteristics expenses and difficulty in recovering from the financial crisis in 2009 that shook the United States. To the serious financial problems, others joined in, showing which structural weaknesses rethink the entire political system of welfare and social.

What new paradigms are emerging to address the existing weaknesses? How the State can act to meet new challenges? These are questions that this paper seeks to answer illustrating the process of implementing a policy. To the emergence of social policies joins a new health policy and coordination of actors with different cultures and social responsibilities. This paper analyzes the theoretical discussion around the concept of governance, in particular the Governance as Network, reflecting analytically, a social and health public policy.

KEY WORDS: Welfare State; Governance; Networks; Implementation; Public Policy.

INTRODUÇÃO

O *Welfare State* Europeu entrou em declínio devido às suas características despesistas, não conseguindo recuperar da crise financeira, em 2009, que abalou os EUA. Aos graves

problemas financeiros, outros se juntaram, evidenciando debilidades estruturais que reequacionam o inteiro sistema das políticas de bem-estar e sociais.

Da temática introduzida, resultam várias questões de interesse vasto: Que novos paradigmas estão a emergir para fazer face às debilidades existentes? Como o Estado pode atuar para enfrentar novos desafios? São questões a que o presente trabalho procura dar resposta ilustrando o processo das políticas públicas. Neste contexto, propomo-nos a analisar uma política pública que pretende romper com os quadros tradicionais governamentais, decompondo uma nova política de saúde cuja coordenação resultará de culturas e responsabilidades sociais de diferentes atores.

O presente trabalho procura analisar a discussão teórica em torno do conceito de *Governance*, em particular da *Network Governance* (Redes) refletindo, analiticamente, numa política pública social e de saúde. A Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), criada em 2006, assumiu um novo modelo de governança, integrado e articulado, que envolve a implementação de políticas públicas sociais e de saúde através de uma teia de relações entre atores públicos (Estado), parceiros sociais e Sociedade Civil.

POLÍTICAS ESTRUTURAIS EM CONTEXTO DE CRISE

Ocorreram numerosas tentativas, nas últimas décadas, para classificar os sistemas do Estado Providência (Ellison, 2006). O autor Titmuss (1963) foi um dos primeiros investigadores a tentar classificar o sistema do estado providência baseado em duas definições – sistema residual e institucional, referindo que no primeiro sistema o estado apenas protege os seus cidadãos das consequências das falhas de mercado. A investigação mais recente, analisa, por um lado, a relação existente entre a natureza dos bens sociais e a forma de entrega desse bem estar e por outro, no desenvolvimento histórico de instituições económicas, sociais e políticas que compõem o amplo sistema de governação. O Estado Providência é um regime de práticas institucionais conjuntas que constroem um sistema de governação social.

Segundo Caeiro (2008: 214) é o “*Estado cuja intervenção se dirige de forma específica para a melhoria do bem-estar da população e insere no essencial, quatro tipos de intervenção:*

- i. As transferências sociais...*
- ii. Os serviços públicos...*
- iii. As intervenções normativas...*
- iv. As intervenções públicas...*

Assumindo que o *welfare state* é como que um *chapéu que cobre* um vasto numero de atividades governamentais com características distintas podemos considerar alguns elementos que o caracterizam (Pierson, 2001: 11):

1. Intervenção em “direitos sociais”;
2. Intervenção na constituição de políticas públicas sociais a partir de uma vigorosa ação do Estado;
3. Relação entre o Estado e o mercado, submetendo este último alguns “limites” e outros critérios, como padrões mínimos de rendimento ou educação;
4. Maior burocratização do aparelho de Estado;
5. Intervenção de forças sociais ativas (sindicatos, associações) que constituem estruturas de pressão e apoio ao *welfare*;
6. Persistência dos modelos de proteção ao longo do tempo, delimitando comportamentos e construindo instituições.

A consideração do estudo das características e significado do processo de concertação social fundamenta tanto os factores de sucesso do Estado Providência como a situação de desadequação das mesmas funções face aos problemas mais contemporâneos da sociedade (Mozzicafredo, 1994). As críticas ao Estado-Providência, na economia, podem ser resumidas nas seguintes ideias relativas aos seus efeitos:

- *Antieconómico*: elimina a disciplina do mercado e os incentivos ao investimento e ao trabalho;
- *Antiprodutivo*: retira recursos em capital e trabalho do sector privado da economia para o sector não produtivo burocrático;
- *Ineficiente*: patrocina interesses e sectores especiais, promovendo um sistema que favorece os produtores organizados em detrimento dos consumidores (Pierson, 2006: 48).

O Estado-Providência Em Portugal

Quando Portugal entrou na Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1986, a sociedade portuguesa alcançou um objectivo comum: pôr fim a um longo ciclo de subdesenvolvimento histórico que começou com a conservadora e corporativista ditadura do “Estado Novo” que apenas teve um fim a 1974, com a revolução do 25 de Abril. Enquanto que por toda a Europa os modelos de Estado Providência foram desenvolvidos, Portugal permaneceu com uma organização económica e social tradicionalista e subdesenvolvida.

Após a Revolução de 25 de Abril de 1974, com a constituição de 1976, foram estabelecidos um conjunto de direitos sociais que constituíram a ferramenta formal do Estado-providência português, em muitos aspectos similar com outros países europeus.

O período de 1976 a 1986 define a preparação da adesão à CEE como prioridade nacional. Isto significa que Portugal teve de estabilizar e consolidar as suas instituições democráticas mas também adoptar medidas macroeconómicas austeras que conduziram a uma retração do mercado nas condições de vida, aumentando o desemprego e diminuindo o poder de compra dos salários e pensões. Um dos passos mais importantes foi a criação do Sistema Nacional de Saúde em 1979. São, também, criados o Ministério do Trabalho e da Segurança Social, o Ministério da Saúde e o Conselho Permanente de Concertação Social e o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social, visando *“a institucionalização da participação e responsabilidade de forças e organizações ligadas a interesses económicos e sociais.* (Rodrigues, 2010: 207).

Fatores Pressionantes da Mudança das Políticas Sociais

Três décadas após a revolução, a estrutura das atividades alterou passando de uma sociedade rural a uma sociedade baseada nos serviços. Este processo não foi linear nem homogéneo.

Domingues (2005) analisa quatro desafios como fatores pressionantes da mudança de políticas sociais: alterações demográficas, globalização, flexibilização e desregulação laboral e emergência de novas tendências de governação. O desafio invocado pelas alterações na demografia é devido, em primeiro lugar, ao nível das mudanças de natureza e quantitativas da população. Em segundo lugar, o peso desta mudança na sustentabilidade dos sistemas públicos de reforma. Segundo Martins (2001), com tal realidade espera-se a dupla pressão do lado da despesa e do financiamento nas contas dos sistemas de proteção social. Em relação à globalização existem distintas perspectivas no sentido de esta ser ou não compatível com o Estado-Providência. Neste segundo factor, no processo de globalização, será difícil concretizar a implementação de políticas sociais sem realizar ajustamentos que resultam do detrimento da satisfação das necessidades humanas. Esta visão refere que o surgimento de políticas de bem-estar foram o resultado do processo de globalização cujo início assenta no capitalismo industrial. O terceiro - flexibilização, anda indissociavelmente ligado com o processo de globalização uma vez que este viabiliza inovação e adaptação a um mercado global em mutação. As mudanças examinadas indicam que, embora gradualmente, os regimes de *Welfare State* começam a adoptar políticas que contêm elementos de liberalização, enquanto que o poder de instituições tradicionais vai diminuindo (quarto e último factor).

GOVERNANÇA: UM NOVO MODELO CONCEPTUAL?

É importante considerar quais os limites que estão por detrás da crescente liberalização do Estado-Providência. Termos como reformulação, ajustamento e reajustamento são utilizados para descrever como os Estados-Providência se adaptam a novas transformações. Os investigadores sobre o futuro do regime de previdência argumentam que existem novas formas emergentes de governação na Europa que preservam princípios nucleares do Estado Social e que desenvolvem novos métodos de formulação e coordenação de políticas.

Devido ao seu grau de desenvolvimento e características estruturais e institucionais, o Estado-Providência Português está numa situação particularmente vulnerável para lidar com esses desafios. Continuando a ser o país da Europa com baixo nível de despesas de proteção social e com um caminho dificultado pelas fragilidades institucionais e económicas, apesar de tais constrangimentos, Portugal tem encontrado “ *...nos últimos anos, políticas indutoras de um novo fôlego e um conjunto de respostas inovadoras*” (Rodrigues, 2010: 211).

Sobre estas políticas inovadoras, Reis (2004) refere que o caminho não pode assentar em dicotomias Estado/Mercado; Mercado/Empresa-organização; Estado/ Sociedade Civil mas sim em complementaridades. Parte-se da visão bipolar do Estado/mercado para uma perspectiva plural de governação assente em “várias estruturas, vários atores, vários processos, várias capacidades, vários vocabulários e, sobretudo, vários mecanismos” (Reis, 2007: 39) Estes mecanismos, para além do Estado e do mercado, assentam em formas de poder distintos do Estado Providência “inicial” como o conhecíamos, participando também as redes, as comunidades e as associações.

De acordo com Ewalt (2001), a maioria da literatura sobre Governança descreve o modelo de serviço público que reflete uma forma “reinventada” de governo, melhor gerido e que delinea os seus objectivos não a partir da teoria democrática mas a partir dos mercados económicos (Stocker, 1998a). O conceito de Governança é um conceito amplo, complexo e pode ser aplicado em diversos contextos. O termo reflete a mudança nas condições de governação de uma sociedade (Rhodes, 1997, Stoker, 1998).

Para obtermos conhecimento sobre se a governança é ou não uma teoria, é da maior importância defini-la claramente. Uma vez que a Governança é utilizada em variadíssimas disciplinas (economia institucional, relações internacionais, estudos organizacionais, estudos de desenvolvimento, ciência política e análise política) torna-se difícil a concretização de uma definição coerente. Os vários investigadores ao adoptarem a ideia de governança a uma nova forma de reflexão sobre as capacidades do estado e as suas relações com a sociedade, identificaram diferentes versões do termo, que passam por:

- uma mudança do estado burocrático para o estado orientador (Milward & Provan 2000; Rhodes 1997).
- uma abordagem de mercado ao governo (Kettl, 1993);
- Um desenvolvimento do capital social, sociedade civil e altos níveis de participação dos cidadãos (Hirst 2000; Sorensen 2004);
- O managerialismo ou *New Public management* atribuído aos modos de governação mais empresariais (Kernaghan et al,2000);
- Uma supervisão corporativa, com normas de controlo e de transparência (Monks & Minow 2004);
- A gestão de Redes (O'Toole 2003; Peters & Pierre, 1998).

Governança em Rede

Tal como referido nos pontos anteriores, desde o início do Estado-Providência que os sectores público, privado e voluntário são envolvidos na implementação de políticas públicas sociais e de saúde. Este novo modelo de Governança através de Redes fez despoletar a expressão do seu envolvimento juntamente com o Estado. Para explicar como as Redes funcionam, para Rhodes (1997: 660, 2000:61) estas devem possuir determinadas características:

- Interdependência entre organizações;
- Existência de interações contínuas entre membros das Redes;
- Estabelecimento de interações do jogo enraizadas na confiança mútua e em regras de jogo reguladas e acordadas pelos participantes da Rede;
- Autonomização significativa em relação ao Estado.

O que é interessante é como este modelo é utilizado em diversas ferramentas académicas que procuram capturar a mudança e capacidade de implementação de políticas por parte do Estado. Stoker (1998: 18-26) identifica cinco elementos ou macrotendências que caracterizam este fenómeno: 1) a existência de um conjunto complexo de atores e instituições dentro e fora da esfera governamental; 2) o desvanecimento das fronteiras e responsabilidades na resolução de assuntos económicos e sociais; 3) novas relações de poder entre atores na ação colectiva; 4) redes autónomas e auto-governança dos seus atores; e 5) a capacidade de alcançar e atingir resultados independentemente da autoridade governamental através de novos instrumentos e técnicas de decomposição e coordenação, direção, integração e regulação.

De forma resumida, podemos caracterizar o modelo de *Network Governance* através da tabela seguinte:

Tabela 3: Gestão Clássica vs Gestão por Redes

	Gestão Tradicional / Clássica	Gestão por Redes
Processos	<ul style="list-style-type: none"> • Formulação de problemas, especificação de alternativas e decisão • Processos caracterizados pela autoridade das estruturas • Os problemas constituem a base do processo político 	<p>Interação complexa dos processos entre diferentes atores</p> <p>A autoridade das estruturas não é clara porque depende das regras e recursos das redes</p> <p>Problemas vão sendo resolvidos durante o processo político</p>
Papel do Estado (gestor)	<ul style="list-style-type: none"> • Controla o sistema • Top-down (trabalho feito e organizado) 	<p>Mediador / gestor do processo</p> <p>Molda e modifica as condições para o sucesso das interações entre atores</p>
Actividades do Estado (gestor)	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento / formulação da estratégia • Organização • liderança 	<p>procura acordos entre atores</p> <p>seleção de atores</p> <p>criação e sustentação de canais de comunicação entre todos os atores.</p>

Fonte: Adaptada de Klijn (1996: 106)

Como já foi referido, a gestão das políticas públicas não é exclusiva de um só ator – Estado. Esta é assumida como uma atividade desempenhada por um ator, vários atores em simultâneo ou, até mesmo, um *outsider*. Cada ator, contudo, tem diferentes possibilidades de gerir o processo político nas Redes. Sendo assim, a dinâmica de *governance* assume diferentes formas. Mais, enquanto conceito analítico oferece uma forma de analisar como o executivo central se modificou ou se a sua capacidade de agir foi reduzida. Por outras palavras, perderá o estado central poder para as redes?

Fatores-chave para desfiar o modelo – sua discussão

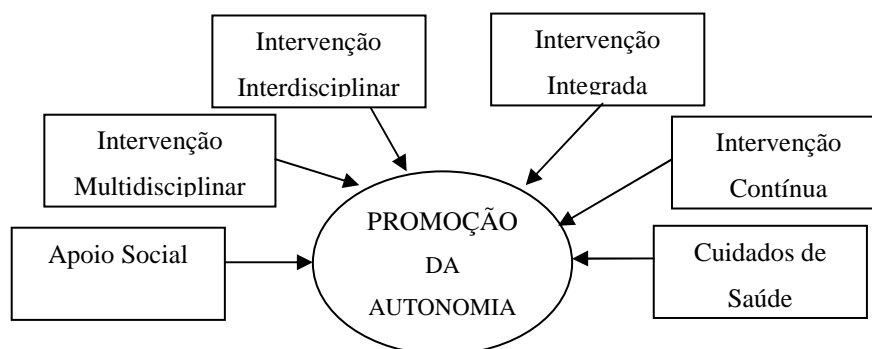
O Artigo 3.º do Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho define os Cuidados Continuados Integrados como sendo o “conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), este tipo de cuidados constitui um conjunto de atividades que se dirigem a indivíduos que se encontram numa situação de incapacidade, podendo as atividades de desenvolvimento autónomo dos seus cuidados básicos serem asseguradas por cuidadores formais ou informais, proporcionando a um indivíduo em situação de dependência maior

qualidade de vida, maior grau de independência, autonomia, participação, auto-realização e dignidade humana.

As principais características destes cuidados assentam em dois conjuntos de conceitos: **Integração e Multidisciplinaridade - Interdisciplinaridade**. Com o primeiro, a Integração de Cuidados pretende que se conjuguem intervenções de saúde e apoio social acordadas com o planeamento e avaliação das intervenções conjuntas. No segundo, decorre a complementaridade de atuações de diversas áreas profissionais que fazem parte da equipa de cuidados continuados, tendo por base a definição de objectivos comuns para a satisfação das necessidades do indivíduo.

De acordo com o **paradigma da Governança**, os cuidados continuados representam um papel determinante na prestação de cuidados de saúde, procurando assumir-se como uma resposta inovadora, alternativa e adaptada às necessidades reais da população.

Figura 1: Principais Características dos Cuidados Continuados Integrados



Fonte: Própria.

As sociedades têm vindo a enfrentar diversas e profundas alterações que conduzem ao aumento da população em situação de dependência. Podem-se resumir a três os factores responsáveis pelo aumento da população em situação de dependência em Portugal, nomeadamente:

1. Transformações demográficas: os efeitos cumulativos da diminuição da mortalidade, da taxa de natalidade e o aumento da esperança média de vida, têm-se traduzido em Portugal, no progressivo envelhecimento populacional;
2. Mutações do padrão epidemiológico: o predomínio de doenças crónicas e incapacitantes e o aparecimento de novas doenças;
3. Transformações a nível da dinâmica e estrutura familiar: o afastamento da família enquanto cuidadora tradicional.

Este novo quadro acarretou um conjunto de mudanças que fizeram emergir um conjunto de carências sociais e de saúde que requerem novas respostas, nomeadamente, em termos de pessoas com dependência funcional transitória, dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade, pessoas com incapacidade grave ou doença severa.

Para a sua prossecução foi essencial um novo modelo *de governança*, integrado e articulado, que envolvesse a implementação de políticas públicas sociais e de saúde através de uma teia de relações entre atores públicos (Estado), parceiros sociais e Sociedade Civil, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) através do DL. 101/2006 de 6 de Junho, no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

O modelo de intervenção da RNCCI assenta nos seguintes princípios de funcionamento:

- Intervenção com base na elaboração de um plano individual de cuidados;
- Articulação entre o sistema de saúde e os serviços da segurança social;
- Articulação, em Rede, das equipas e unidades;
- Modelos de gestão que visem a prestação de cuidados efetivos e eficazes.

(Guia da RNCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados, vários anos)

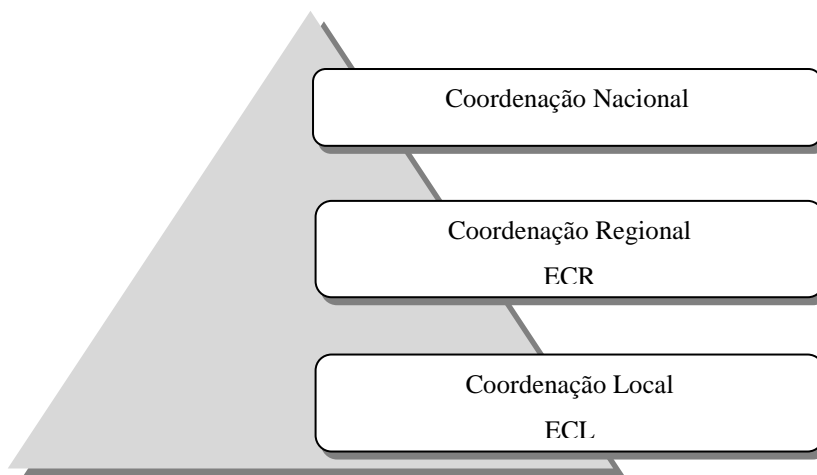
Neste sentido, de acordo com os princípios, a RNCCI é *coordenada a diferentes níveis*, processando-se a nível nacional, coexistindo uma coordenação operativa a nível regional e local. É neste âmbito que surgem as diferentes Áreas Regionais de Saúde (ARS), as Equipas de Coordenação Regional (ECR) e as Equipas de Coordenação Local (ECL), tendo cada uma delas competências e áreas de atuação específicas.

- *A nível nacional* a Rede é coordenada segundo as definições existentes, em termos de constituição e competências, através da orientação dos Ministérios da Solidariedade e da Segurança Social e Ministério da Saúde.
- *A nível regional*, a coordenação da Rede fica ao cargo de equipas constituídas, por representantes de cada administração regional de saúde e dos centros distritais de segurança social, segundo o que é definido pelos dois Ministérios referidos.
- *A nível local*, esta é assegurada por uma ou mais equipas, de âmbito concelhio, constituídas por representantes da administração regional de saúde e da segurança social, devendo sempre integrar esta equipa, um médico, um enfermeiro, e um assistente social.

Todo este modelo de gestão e coordenação da RNCCI propõe-se a, através de uma articulação eficaz das diferentes equipas coordenadoras o bom funcionamento da Rede, garantir a adequação das respostas às inúmeras carências existentes na área da saúde.

A *nível de composição*, existem diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados continuados integrados, abrangendo hospitais, centros de saúde, serviços de segurança social, rede solidária e a autarquia local.

Figura2: Hierarquização da Coordenação da RNCCI



Fonte: Adaptada de Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (vários anos).

A Prestação de Cuidados Continuados Integrados é assegurada pela seguinte tipologia de Unidades e Equipas que integram a RNCCI (tabela 4).

Tabela 4: Tipologias de respostas previstas para a RNCCI

Tipologias Previstas	
Unidades de Internamento	Unidades de Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação; Unidades de Longa Duração e Manutenção; Unidades de Cuidados Paliativos;
Unidades de Ambulatório	Unidades de Dia e Promoção da Autonomia
Equipas Hospitalares	Equipas de Gestão de Altas; Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos;
Equipas Domiciliárias	Equipas de Cuidados Continuados Integrados; Equipas Comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos.

Fonte: Adaptada de Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (vários anos)

Assim, é urgente e necessário responder a velhos e novas desafios consequentes do novo paradigma de políticas públicas e sua gestão, bem como a identificação de pontos críticos, definição e configuração desta nova política face aos seus destinatários. A RNCCI é uma política recente, inovadora e que está em plena ascensão, prevendo-se que esteja em pleno funcionamento no ano de 2016. A estrutura fragmentada e descentralizada que a implementação desta Rede apresenta e o envolvimento de variados *stakeholders* no decorrer da mesma significa que estamos na presença de um cenário de *governance* mais do que evidente. Assim, o trabalho em equipa e a constituição destas Redes torna-se essencial. É, neste âmbito, que surge a necessidade de se criarem perfis de avaliação das relações entre os diferentes atores da Rede (tabela 5). De acordo com a avaliação da Rede, a sua organização dependerá de múltiplos motivos e estes dependerão do grau de maturidade e desenvolvimento da Rede. Uma vez que a Rede esteja instalada, a organização entre múltiplos atores goza de qualidade na prestação de serviços e torna-se mais eficiente (Provan & Milward, 2001).

Tabela 5: Avaliação das relações entre Atores da Rede

Níveis de análise	Grupos de <i>stakeholders</i>	Crítérios (exemplos)
Região	Políticos Público (em geral) Grupos de interesse	Custos para a comunidade Construção do capital social Percepção do problema resolvido por parte do público Indicadores agregados de bem-estar
Redes	Organização administrativa da Rede Membros das organizações	Crescimento dos membros da Rede Leque de prestação de serviços Fortalecimento de relações Criação e manutenção da organização administrativa da rede Integração/Coordenação dos serviços Custos da manutenção da Rede Compromisso com os objectivos da Rede
Organização	Quadro de gestores da organização Staff da organização Clientes individuais	Sobrevivência Legitimidade Custo dos serviços Acesso aos serviços <i>Outcomes</i> Conflito mínimo entre as múltiplas redes das múltiplas organizações

Fonte: Adaptada de Provan e Milward (2001)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise da diversidade de abordagens do conceito de governança, a perspectiva da Rede revelou-se transversal a todas. Rodrigues (2010) refere Rede como “*um fenómeno observável, e não a uma ideia pré-existente ou metáfora, sendo composto por padrões de interação entre os atores presentes na rede* (Rodrigues, 2010: 29). Interessa explicar o funcionamento das Redes de governança, emergindo da análise teórica realizada um conjunto de rompimentos analíticos, ao nível da gestão e da estrutura, a ter em conta quando analisada a RNCCI:

- **Gestão**
 - Ativação da Rede
 - Organização
 - Arbitragem de conflitos

- **Estrutura**
 - Formulação da política
 - Ligações, conteúdos e intensidades entre níveis
 - Estrutura e tipologia dessas ligações (diretas, indiretas),...
 - Distribuição de recursos entre níveis
 - Atividades de colaboração e/ou competição entre atores

Em suma, a maior ou menor capacidade de governança dependerá, por um lado, da capacidade operacional da burocracia do Estado *tradicional* e por outro lado, da elaboração e implementação desta política pública, pelo *novo papel* do Estado, através da criação eficiente de canais de mobilização e envolvimento de todos os atores da Rede.

O presente trabalho procura estimular a busca pelo funcionamento das Redes de governança em políticas de cuidados continuados. Estudar a colaboração entre os atores da Rede poderá não ser tão fácil como possa parecer, até porque não se pode concluir *que o Modelo de Redes se afirma como a solução perfeita* (Cardim *et al.*, 2011: 533). Para este quadro de implementação de uma política de Rede baseada em multi-atores, são necessárias estratégias ao nível da atenção de discrepâncias entre práticas, adaptabilidade às condições locais e aos processos de partilha de práticas entre atores, de forma a garantir que a RNCCI funcione.

Todavia, a presente abordagem mostrou que a governança da RNCCI é marcada por uma forte inovação institucional e por um complexo sistema de relações inter-governamentais – níveis central, regional e local. Tais inovações ocorreram, desde o início, a partir dos compromissos assumidos pelo Estado e impulsionados pelo Terceiro Sector. É com o envolvimento do sector voluntário que ocorre a maior indicação que aponta para as mudanças na forma como a governança está a ocorrer. Com base neste envolvimento devemos sustentar um modelo

empírico que permita uma efetiva investigação e aprofundamento do fenómeno resultante da RNCCI. Sob os alicerces destes elementos analíticos sustentar-se-á um modelo conceptual de governança em rede que possibilite uma investigação continuada da política pública e um aprofundamento do saber que dela temos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barr, Nicholas (2004). *Economics of Welfare State*. Fourth edition. New York: Oxford University Press.
- Caeiro, Joaquim Croca (2008). *Políticas Públicas, Política Social e Estado Providência*. Universidade Lusitana Editora; Lisboa: Coleção manuais.
- Cardim, M.E., Mota, L., Pereira, L. (2011), *Será tudo da Crise, ou devemos repensar o estado social? A emergência de novos paradigmas*. *Sociologia on-line*, Nº 2, Abril, 517-550.
- Domingues, Leonel H. (2005). *Políticas Sociais em Mudança. O Estado, as Empresas e a Intervenção Social*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Ellison, Nick (2006). *The Transformation of welfare States?*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Ewalt, J. A. G. (2001). *Theories of Governance and New Public Management: Links to Understanding Welfare Policy Implementation*. Newark: Eastern Kentucky University.
- Hirst, Paul. 2000. "Democracy and Governance." in *Debating Governance: Authority, Steering, and Democracy*, Jon Pierre, ed., Oxford: Oxford University Press, 13-35.
- Kernaghan, K., Marson, B., Borins, S. (2000). *The New Public Organization*. Toronto: Institute of Public Administration of Canada.
- Kettl, Donald. (1993). *Sharing Power: Public Governance and Private Markets*. Washington: The Brookings Institution.
- Klijn, Erik-Has (1996). *Theoretical Examination of the Concept Policy Network and Its Analyzing and Managing Policy Processes in Complex Networks: A Theoretical Examination of the Concept Policy Network and Its Problems*. *Administration & Society*. 1996, 28: 90-119.
- Martins, Vitor (2001). "Protecção Social" IN INE, *Portugal Social: 1991-2001*, 7º Capítulo. Lisboa: INE, pp 156.
- Milward, H., Provan, Keith (2000). "Governing the Hollow State." *Journal of Public Administration Research and Theory* 10:359-79.
- Monks, R. A., Minow, N. (2004). *Corporate Governance* 3rd edition. New York: Blackwell.
- Mozzicafreddo, Juan (1994). "O estado providência em transição". In *Sociologia - Problemas e Práticas*, Nº 16, pp. 11-40.
- O'Toole, Laurence. Jr.(2003). "Intergovernmental Relations in Implementation". In Guy Peters and Jon Pierre (EDS) *Handbook of Public Administration*, Thousand

Oaks, CA: SAGE.

- Peters, B. G.; Pierre, J. (1998). "Governance Without Government? Rethinking Public Administration." *Journal of Public Administration Research and Theory* 8: 227-43.
- Pierson, Christopher (2006). *Beyond the welfare state? The new political economy of welfare*. Third Edition. Cambridge: Polity Press. First edition 1991,
- Pierson, Paul (2001). *The new politics of the welfare state*. Oxford University Press. New York.
- Provan, K., Milward, H. (2001), "Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks", *Public Administration Review*, 61 (4), 414-423.
- Reis, José (2004). "Governação e Territórios na Europa: Hipóteses sobre um sub-federalismo europeu", *In Ribeiro, Maria Manuela T. (coord.). Ideias de Europa: Que fronteiras?* Coimbra: Quarteto, 13-27.
- Reis; José (2007). *A Economia Impura*. Coimbra: Almedina.
- R. A. (1996). *The New Governance: Governing without Government*. *Political Studies* (1996) XLIV, 652-667.
- Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity, and Accountability*. Buckingham: Open University Press.
- Rhodes, R. A. (2000). *Governance and Public Administration*. IN PIERRE, Jon (ed) *Debating Governance Authority, Steering and Democracy*" Oxford: Oxford University Press. Pp 54-90.
- Rhodes, R.A.W (2007). *Understanding Governance: Ten years On*. *Organization Studies*, 28, 8,1243-64.
- Rodrigues, Miguel (2010b), *Governança em rede: da metáfora ao objecto de investigação*. *Administração Pública Interface*. N.º165, EDIÇÃO 55, Setembro 2010. 24-30.
- Sorensen, G. (2004). *The Transformation of the State: Beyond the Myth of Retreat*. London: Palgrave Macmillan.
- Stoker G. (1998): *Governance as theory: five propositions*, *International Social Science Journal*, Vol. 50. Pp???
- Titmuss, R. (1963). "The social division of welfare", *In Titmuss, R. Essays on the Welfare State*, London: Allen and Unwin.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), vários anos. *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, Lisboa, Portugal.