

Publica-se agora a primeira edição do boletim informativo Diálogos com a qual se prossegue a estratégia de disseminação de informação sobre temas relacionados com a pobreza e a exclusão, abordagens, metodologias e práticas.

Este novo produto que agora se apresenta aos nossos leitores reflecte um duplo objectivo. Em primeiro lugar, a necessidade e vontade em conceber um suporte informativo de melhor qualidade, graficamente mais apelativo e com conteúdos de considerável rigor e valor científico, que esperamos, de elevado potencial de apropriação por parte dos potenciais leitores. Em segundo lugar, o propósito de construir uma comunidade (rede) dentro da própria REDE, de forma a apoiar processos de auto-conhecimento, trabalho em equipa e incentivo à melhoria de desempenho. Esta publicação é o resultado de um trabalho de aprendizagem partilhada (e simultaneamente complexa) entre os vários Núcleos Distritais (Beja, Évora, Faro, Lisboa, Portalegre, Setúbal) que constituem o Núcleo Regional do Sul.

Neste sentido, para a REAPN (e no quadro das suas atribuições), revela-se de particular interesse, o potencial deste instrumento enquanto transmissor de informação e conhecimento e canal de facilitação da comunicação entre os Núcleos Distritais (coordenações, técnicos e instituições associadas) e destes entre si.

Esperamos assim, aumentar o sentido de proximidade entre os membros da REDE, partilhar experiências e saberes, desenvolver novas ideias e criar um ambiente estimulante para enfrentar os desafios da actualidade. Resta-nos aprender!

Neste enquadramento, apresenta-se nesta edição um conjunto de artigos, depoimentos e sugestões que abrem ao leitor um leque de perspectivas complementares sobre a problemática do Trabalho em Rede.

*Coordenadora Técnica Nacional
Sandra Araújo*

Ficha Técnica



Propriedade

Rede Europeia Anti-Pobreza / Portugal
Rua de Costa Cabral, 2368 - 4200-218 Porto
Tel. 225 420 800 - Fax 225 403 250
E-mail: geral@reapn.org • www.reapn.org

Cordenação editorial

Núcleo Regional do Sul
(Beja, Évora, Faro, Lisboa, Portalegre, Setúbal)
Gabinete de Informação

Design, Paginação e Impressão
José Fernando Sousa, Lda.

Periodicidade
Quadrimestral

Tiragem
2.000 exemplares

Depósito Legal
247628/06

Distribuição
Gratuita

em destaque

Sinergias Institucionais

As organizações de utilidade pública que prestam serviços de interesse geral que estão empenhadas no bem comum de âmbito local têm acrescidas dificuldades em solucionar muitos dos problemas com que diariamente são confrontadas. A diversidade humana, social, cultural e ambiental que caracteriza as comunidades locais constitui uma riqueza que importa salvaguardar senão mesmo promover. Mas esta desejável diversidade transporta, para o seio da comunidade, incapacidades de difícil, muito difícil, senão mesmo de impossível, superação.

As experiências institucionais são em si mesmas, fonte de conhecimento e, em simultâneo, de consciencialização das limitações que essas instituições encerram em si mesmas. As razões dessas limitações podem ser de carácter estrutural ou circunstancial. Se as segundas são de mais fácil ultrapassagem, as primeiras são de difícil ou de impossível superação. Se as segundas podem ser superadas no próprio seio da comunidade ou com o apoio pontual exterior, as primeiras, dificilmente, poderão ser superadas da mesma forma. Acontece na esmagadora maioria das vezes, nem sequer haver razões que justifiquem, sob quaisquer dos pontos de vista em que se analisem as situações, para a instalação local de instrumentos de intervenção promotores de soluções para as necessidades da respectiva comunidade. Analisadas e constatadas as dificuldades estruturais sentidas por várias comunidades próximas, com laços relacionais e animadas de objectivos comuns podem e devem encontrar formas de cooperação, colaboração e co-responsabilização que lhes permitam, em conjunto, superar essas mesmas dificuldades, criando estruturas de âmbito territorial mais alargado.

É assim que surgem e se consolidam parcerias institucionais que se têm revelado de elevadíssima valia. Uma nova cultura de partilha está ainda a dar passos e a cimentar progressos percorrendo um caminho de aprendizagem contínua. As dificuldades marcam presença no caminho comum que tem que ser percorrido. Mas essas mesmas dificuldades podem e devem ser vistas como desafios senão mesmo oportunidades para intervenções institucionais conjugadas. A confiança tem-se revelado como valor de suprema importância para o sucesso das intervenções comuns que se têm concretizado. A dimensão histórica e social das instituições envolvidas é quase uma garantia na superação das dificuldades. Transformar fragilidades em desafios pode e deve ser também a melhor forma de encarar uma realidade por vezes dura, senão mesmo ingrata. Nisto tudo é sempre a chave da acção e também enquanto seu destinatário final o HOMEM.

João Carrilho

Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior



Dimensões da Participação

O conceito de participação significa e expressa, antes de mais, a democracia como sistema aberto onde a decisão e o poder de construir e agir não se esgota nos mecanismos formais convencionais e institucionalizados que, por vezes, se tornam asfixiantes da dinâmica e criatividade dos cidadãos e da comunidade.

A possibilidade de participar no exercício da deliberação, mas mais importante ainda, da decisão sobre o futuro desejável e sobre a utilização dos recursos disponíveis para tal é a essência da própria democracia que não se limita aos mecanismos de representatividade existentes (pensados para a dimensão macro mas ineficientes na dimensão micro). Em Portugal, onde se verifica um défice absoluto de cultura democrática da cidadania activa, a participação é uma prática

incipiente que a cultura da intervenção por projecto (transportada por uma cultura europeia externa e inexistente até à data em Portugal) veio trazer como potencialidade e impor na agenda e no léxico do discurso dominante, nomeadamente se se quer ter acesso aos financiamentos nacionais e comunitários.

Esta aquisição cultural recente e fundamental teve, no entanto, um percurso muito particular em Portugal o que não espanta dada a particularidade autoritária e anti cidadania das nossas instituições e organizações. A participação deve existir nos projectos financiados como seu lugar próprio e específico. Esta é a armadilha actual da participação porque é justamente nos projectos que a participação tem menos viabilidade já que o acesso ao financiamento impõe o objecto e a forma

da intervenção tratando-se quase sempre de caucionar com a presença mais ou menos folclórica dos parceiros e eventualmente dos cidadãos, decisões prévias sobre as opções de desenvolvimento e de acção. Os projectos apesar dos constrangimentos existentes têm sido o espaço de aprendizagem e prática da decisão, acção e negociação participada e podem ser o embrião de uma cultura participativa que se estenda às dimensões fundamentais da vida pública enquanto atitude cívica e também como atitude cultural de um estilo de vida e de acção que se aproprie do espaço público mais ou menos organizado como espaço de vivência activa e colectiva ocupado pelos cidadãos.

O grande desafio para a prática da participação é o de se instituir como dimensão de pleno direito da vida pública como espaço regulador dos cidadãos em relação aos serviços da Administração Pública e das ONG's.

As barreiras normativas, jurídicas e da própria concepção do exercício do serviço público ou da direcção das IPSS, (por exemplo) são no quadro actual quase intransponíveis para os cidadãos. Se pensarmos como podem os pais participar na decisão real sobre vida das escolas (e dos seus filhos – poder de decisão que não lhes é reconhecido no espaço escolar) vemos que fora do quadro da representatividade (Associações de Pais) e no meio de um emaranhado jurídico incompreensível para o cidadão comum é quase impossível a sua real participação. O mesmo desafio se pensarmos numa

creche ou num ATL geridos por IPSS's (por exemplo) onde os pais realmente não podem participar na decisão nem no serviço que pagam nem na gestão da IPSS que supostamente serve os seus interesses e os representa enquanto cidadãos. Existe um longo caminho prioritário a percorrer na gestão participada das organizações e das instituições que transforme o fechamento, secretismo e exclusividade da decisão em formas de abertura e transparência partilhadas civicamente pelos cidadãos.

António Batista
Investigador Social



Participar é...

Uma mais-valia complementar às outras formas dos processos democráticos, permitindo por um lado, melhorar as decisões em matéria social e por outro, o reforço das capacidades (empowerment) das pessoas que vivem em situação de pobreza e exclusão social. Uma melhoria da qualidade do processo de decisão, conduzindo a medidas mais adequadas aos objectivos a atingir. É o elemento chave de um método aberto de coordenação no domínio da inclusão social, onde a mobilização de todos os actores, a participação e a voz das pessoas que sofrem a exclusão, devem ser implementados a todos os níveis.

Neste sentido, a participação necessita de:

- Uma estrutura facilitadora e um quadro favorável.
- Um ambiente seguro e digno de confiança.
- Reconhecimento das diferentes formas e níveis de comunicar.
- Um apoio para ultrapassar problemas pessoais e familiares.
- Envolvimento em todas as fases, desde a concepção até à avaliação final, incluindo a implementação e a monitorização das políticas.

Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal

Inerente ao PNAI (Plano Nacional de Acção para a Inclusão) encontra-se o conceito de fomento da Participação o qual visa permitir a todos os intervenientes, em geral, e às pessoas que experimentam situações de pobreza e exclusão social, em particular, a intervenção activa na sociedade onde estão inseridos. Entre as múltiplas mais valias do desenvolvimento da capacidade de participação salienta-se a promoção e o acesso aos direitos de cidadania, a integração social efectiva, o desenvolvimento de uma postura reflexiva e crítica e acima de tudo ter consciência de todo o potencial que cada um é detentor (reforço do *empowerment*) e que lhe permite participar activamente na sociedade. Este é o princípio da participação e do pleno acesso à cidadania.

O caminho para a participação encontra-se, porém, repleto de imensas dificuldades dada a falta de hábitos de participar – de *pôr em comum* – e de *partilhar*; tanto pela parte dos actores individuais (com maior gravidade quando se encontram em situações de exclusão e mesmo de isolamento que os impedem quase completamente de exercer a sua cidadania, quer por desconhecimento dos seus direitos, quer por dificuldades de acesso à satisfação dos mesmos) quanto pelos actores colectivos, nomeadamente instituições que

cultivam ainda uma cultura muito marcada pelo isolamento e pelo *fechamento em si próprias*.

Estas preocupações encontram-se reflectidas no Eixo 4 do PNAI “Mobilizar o conjunto dos intervenientes” - a parceria efectiva - a metodologia de trabalho por excelência para a promoção da inclusão, cuja alínea a) refere:

Promover, de acordo com as práticas nacionais, a participação e a expressão das pessoas em situação de exclusão, nomeadamente sobre a sua situação e sobre as políticas e acções desenvolvidas em sua intenção.

Como instrumento para a concretização deste Eixo, a REAPN promoveu o Projecto Activar a Participação, cujo objectivo geral foi a definição de metodologias e práticas modelares com vista a fomentar a participação efectiva de pessoas e grupos em situação de exclusão.

Para tal, foi necessário desenvolver uma “cultura” de participação junto das instituições que actuam no campo social, que potencie o *empowerment* das populações desfavorecidas.

Principais objectivos

- Desenvolver e implantar uma “cultura” de participação nas instituições em geral;
- Garantir a participação e a expressão das pessoas em situação de pobreza e exclusão social, nomeadamente, sobre a sua situação e sobre as políticas e acções desenvolvidas em sua intenção, nomeadamente ao nível local;
- Desenvolver metodologias e práticas modelares de envolvimento, participação e de capacitação com os indivíduos e os grupos em situação e ou risco de exclusão;
- Incentivar o surgimento e o desenvolvimento de organizações e/ou associações que integrem população desfavorecida, promovendo a sua capacidade de participação nos processos de decisão e de mudança, assentes numa lógica de negociação permanente.

A operacionalização do projecto consistiu na experiência de constituição de quatro observatórios locais em Braga, Porto, Coimbra e Évora com o objectivo de conceber modelos de participação efectiva e experimentá-los por forma a que se pudessem converter em boas práticas de forma a serem, igualmente, transferidas e mobilizadas para outros contextos.

Observatório de Évora

É neste contexto que o observatório local de Évora¹ desenvolveu duas micro-acções no sentido de promover formas de participação e implicação dos mais desfavorecidos na organização e desenvolvimento dos seus projectos de vida.

1) Activar a participação dos idosos

Esta micro-acção² teve como objectivo principal identificar actividades que os idosos gostariam de desenvolver no Centro Social e Paroquial Nossa Senhora Auxiliadora, de forma a permitir que o plano de actividades fosse ao encontro das expectativas e necessidades do público-alvo.

Desta forma, foi realizada uma reunião com 10 idosos (que se mostraram disponíveis para este processo) no sentido de recolher as suas percepções relativamente às actividades que gostariam de desenvolver.

Objectivos específicos

- Realizar o levantamento das actividades que os idosos gostariam de desenvolver através do envolvimento e participação destes actores – diagnóstico participativo
- Envolver o público alvo no processo de definição do plano de actividades, fomentando a reflexão e a participação dos próprios actores;
- Envolver e mobilizar, igualmente, os técnicos do Centro e a Direcção, nas actividades a promover;



1. As instituições que integraram o Observatório Social de Évora foram: Sub- Região de Saúde de Évora; Instituto Português da Juventude – Delegação Regional de Évora; Câmara Municipal de Évora; ADIM – Associação de Defesa dos Interesses de Monsaraz; Associação Monte – Desenvolvimento Alentejo Central – ACE; Associação Terra-Mãe; Grupo Desportivo Cruz da Picada; Santa Casa de Misericórdia de Arraiolos; Giesta – Associação de Desenvolvimento Local; Centro Social Nossa Senhora Auxiliadora e a Aliende – Associação para o Desenvolvimento Local.

2. Esta micro-acção foi desenvolvida pelas seguintes entidades: Centro Social Nossa Senhora Auxiliadora; Sub- Região de Saúde de Évora e a Câmara Municipal de Évora.

- Promover a participação das pessoas nos processos de desenvolvimento que lhe são dirigidos;
- Sistematizar as formas de participação e tudo o que foi desenvolvido ao nível desta micro-acção.

É importante a implementação deste processo visto que diversos serviços têm definido alguns procedimentos e algumas actividades que não vão ao encontro das expectativas dos seus beneficiários. Muitas vezes, os procedimentos estão de tal forma enraizados que não existem momentos de reflexão, de mobilização e envolvimento dos próprios beneficiários.

2) *Acendalha*³

O principal objectivo desta micro-acção⁴ incidiu no fomento da participação de jovens no debate/reflexão sobre determinadas temáticas de interesse social, promovendo, dessa forma, o intercâmbio de jovens entre as várias freguesias do concelho de Évora.

Objectivos específicos

- Criação de um *blog* na Internet;
- Envolver e mobilizar os jovens provenientes de várias freguesias do concelho de Évora, no sentido de promover o intercâmbio entre estes actores;
- Participação dos jovens na própria manutenção do *blog*, ou seja, a participação e o envolvimento destes actores na definição e implementação de elementos no presente *blog*;
- Organização de um encontro inter-freguesias com os participantes do *blog*;

Como estratégia, foi constituído um “grupo base” de jovens que tinham como missão fomentar este espaço, através da inserção de novos tópicos no *blog*; comentar os *posts* existentes e incentivar outros jovens a visitar o *blog*.

Os tópicos são definidos pelo “grupo base” mas, são sempre temas de interesse para os jovens, relacionados com as freguesias envolvidas neste projecto ou outros temas da actualidade. Para além, de ser um espaço de informação sobre várias temáticas é, igualmente, um espaço de divulgação e de conversação entre os jovens. É um espaço para os jovens e dinamizado pelos próprios jovens.

Como síntese, é importante ressaltar que a adopção da estratégia participativa do público-alvo, tem sido adoptada por algumas iniciativas e programas, modificando algumas práticas instituídas, transformando-as e adoptando objectivos, metodologias e práticas de capacitação com as pessoas e grupos em situação ou risco de exclusão. No entanto, ainda é necessário continuar a desenvolver estratégias capazes de incentivar este princípio e esta metodologia, no sentido de sensibilizar não só os técnicos e as instituições, mas também os próprios excluídos para a pertinência do seu envolvimento na definição de medidas e estratégias de integração e desenvolvimento social.

É, igualmente, importante que todo o processo que foi iniciado pelo Projecto Activar a Participação não termine, mas que perdure como metodologia de intervenção e de definição de políticas sociais.

Maria José Guerreiro
Núcleo Distrital de Évora REAPN

Maria José Vicente
Gabinete de Projectos REAPN

Activar a Participação

³. O endereço do blog é: <http://acendalha.blogspot.com/>

⁴. Esta micro-acção foi desenvolvida pelas seguintes entidades: Associação Monte – Desenvolvimento Alentejo Central – ACE; Instituto Português da Juventude – Delegação Regional de Évora e Giestra – Associação de Desenvolvimento Local.

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

A população idosa, por fenómenos de migrações internas desde há décadas, concentra-se nas regiões do interior, que já apresenta taxas superiores a 20%, actualmente. As pessoas com mais de 75 anos já estão a viver sozinhas, sendo que, 1 em cada 4 pessoas vive só e, 1 em cada 5 pessoas com 65 anos ou mais já vive só, também.

O consumo de cuidados de saúde em pessoas com igual idade ou superior a 65 anos é 3,6 vezes maior ao do resto da população da OCDE. Tanto assim é que, uma pessoa com 75 anos, em relação a uma de 25 anos, consome 700% do gasto dos Hospitais, 100% do gasto em ambulatório e domiciliários e, 72% do gasto em produtos farmacêuticos. Em 2003 as pessoas com mais de 65 anos, tiveram 53% dos internamentos superiores a 20 dias e, 49,3% superiores a 30 dias. O motivo de internamento, ficou a dever-se a patologias crónicas tendentes a perda de autonomia (doenças cardiovasculares, cérebro vasculares, tumores malignos, fracturas e HIV).

Mais de metade da população portuguesa morre nos estabelecimentos de saúde com internamento (55.544 pessoas) e, apenas, 36.494 morre no domicílio. Então como vamos prestar cuidados e assegurar qualidade e dignidade de vida aos idosos e pessoas dependentes, quando sabemos que a maioria das famílias não terá condições, nem saberá fazê-lo?

As habitações não têm espaço nem são adequadas. As mulheres, tradicionalmente cuidadoras da família, já não podem desempenhar essa função, pois integram o mercado de trabalho, quer por necessidade quer por opção. Os laços de vizinhança tradicionais deram lugar a pessoas anónimas que, vivem no mesmo espaço, apenas.

Como estamos a lidar com esta realidade e como vamos preparar o futuro, que é também o nosso?

O Estado e as Instituições tradicionalmente vocacionadas para o apoio a esta população, terão que encarar o prolongamento da vida e a situação das pessoas com dependência, com o adequado ajustamento dos cuidados a prestar. E, estes cuidados não são mais a subsistência, o alojamento e o manter as pessoas vivas, apenas.

A longevidade, se por um lado é um bem, traz consigo incapacidades e limitações, a que os Serviços de Apoio Social

e de Saúde tem que dar respostas profissionalizadas, articuladas e a tempo inteiro.

A problemática dos idosos e das pessoas em situação de dependência têm tanto de social como de saúde, pelo que o seu apoio tem que ser encarado nas duas vertentes. Eu costumo dizer nas equipas em que tenho tido a sorte de trabalhar, quer no âmbito da Acção Social em sentido lato, no Rendimento Social de Inserção ou em Equipas de Cuidados Continuados, que não há ganhos para as pessoas quando se fazem pensos no domicílio se a habitação está forrada de lixo.

Certamente que os profissionais que desenvolvem acções em respostas integradas constataam o mesmo. Estas respostas (Apoio Domiciliário Integrado e Unidades de Apoio Integrado) foram implementadas em todo o país ao abrigo do Despacho Conjunto N°407/98, dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social.

Para os profissionais e para os Serviços, estas experiências serão um óptimo referencial para a implementação da rede de cuidados continuados, aprovada em Conselho de Ministros no dia 16 de Março de 2006, porquanto, nos fornece indicadores imprescindíveis e experiência, no funcionamento desta prestação de cuidados de saúde e de apoio social.

A Rede de Cuidados Continuados, baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que visa:

- Promover a autonomia;
- Promover a reabilitação;
- Promover a readaptação;
- Promover a reintegração das pessoas idosas e de todos os cidadãos em situação de dependência, qualquer que seja a faixa etária;



- Reforçar a participação e co-responsabilização dos familiares, através de ensinamentos que lhes permitam prestar cuidados

A quem se destina

- Pessoas idosas com dependência funcional;
- Pessoas com doenças crónicas físicas ou psíquicas;
- Pessoas em fase terminal, por doença;
- Pessoas que sofrem de demência;
- Pessoas em situação transitória de dependência (Post-operados, por ex.).

Entidades envolvidas, que integrarão planos de acção conjuntos com os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social:

- Hospitais;
- Centros de Saúde;
- Serviços da Segurança Social;
- Instituições Particulares de Solidariedade Social;
- Entidades privadas;
- Autarquias locais;

Objectivos

- Prestar cuidados continuados de saúde e/ou apoio social;
- Manter as pessoas com perda de autonomia no seu domicílio, garantindo-lhes qualidade de vida, através de apoio social e de saúde, prestado no domicílio;
- Prestar apoio, acompanhamento e internamento, tecnicamente adequado, à situação do utente/doente;
- Apoiar os familiares e/ou cuidadores informais, qualificando-os para a prestação de cuidados;
- Articular e coordenar em rede, os cuidados a prestar pelos diferentes intervenientes (Hospitais, Centros de Saúde, Unidades de Apoio Integrado, Apoio Domiciliário);
- Dotar e melhorar os serviços, com recursos técnicos e outros, por forma a garantir a prestação e/ou qualificação em matéria de cuidados continuados integrados, de cuidados paliativos;

Onde vão ser prestados os cuidados

- Hospitais para prestações de cuidados de saúde diferenciados;
- Unidades de Internamento de convalescença (cuidados post-agudos, que necessitam apenas de cuidados

de saúde);

- Unidades de Internamento de média duração e reabilitação para obtenção de mais autonomia, tendo em vista o regresso ao domicílio;
- Unidades de Internamento de longa duração e manutenção para pessoas com doenças crónicas e progressivas, que já não possam continuar no seu domicílio e, não se enquadrem na tipologia dos utentes de Lar;
- Unidades de Internamento para pessoas com necessidade de cuidados paliativos;
- No domicílio através do Apoio Domiciliário Integrado, que integra a prestação de cuidados de apoio social e de saúde, mesmo os cuidados paliativos.

Funcionamento da Rede de Cuidados Continuados

A Rede de Cuidados Continuados, terá coordenação nacional, regional e local. A coordenação a nível regional, será assegurada por equipas constituídas por representantes da Administração Regional de Saúde e dos Centros Distritais de Segurança Social.

A coordenação a nível local, será assegurada por equipas de âmbito concelhio, que integram representantes da Administração Regional de Saúde e da Segurança Social: Médico, Enfermeiro, Assistente Social e Representante da Autarquia, facultativamente.

Ingresso na Rede de Cuidados Continuados

O ingresso na Rede de Cuidados, de pessoas em situação de dependência, é efectuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou, equipas de gestão de altas dos Hospitais, à semelhança dos procedimentos até agora utilizados nas resposta Integradas ao abrigo do Despacho Conjunto nº 407/98.

Assim:

- A admissão em Unidades de convalescença, de média e curta duração, será solicitada pelas equipas de gestão de altas dos Hospitais
- A admissão em Unidades de média duração e reabilitação, será determinada pela equipa de coordenação local, após diagnóstico da situação de dependência e previsível prognóstico de reabilitação

- A admissão em Unidades de longa duração e manutenção e Unidades de Dia é, também, determinada pela equipa de coordenação local, após diagnóstico da situação de dependência
- A admissão em Unidades de Cuidados Paliativos é determinada por proposta médica, emanada das equipas prestadoras de cuidados directos (Centros de Saúde e equipas de gestão de altas hospitalares);
- Qualquer admissão em Unidades de internamento, está dependente da impossibilidade de prestação de cuidados no domicílio e da não necessidade de internamento em hospital de agudos;
- Sempre que se verifique a necessidade de cuidados de apoio social, a proposta é determinada pelo responsável social da equipa de coordenação local.

Financiamento da Rede

Os custos de funcionamento das respostas da Rede de Cuidados Integrados Continuados, serão financiados pela Saúde e Segurança Social em função da tipologia dos cuidados, sendo que os utentes compartilharão em função do rendimento do seu agregado familiar, nas unidades de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e, apoio domiciliário integrado.

Em linhas muito gerais, que têm como fonte dados dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social, aqui fica o que será a Rede de Cuidados Continuados, cujos aspectos mais específicos e operacionais, serão objecto de regulamentação. Esta Rede, que assenta na lógica de parcerias comprometidas

e activas bem como na garantia dos direitos das pessoas em situação de dependência (dignidade, privacidade, informação, não discriminação e outros) exige de todos os intervenientes, um olhar para a pessoa inteira.

E, tantas vezes, os serviços especializados quer da saúde quer da Segurança Social e/ou outros, a braços com o excesso de utilizadores, falta de recursos humanos e outros, não se “podem” debruçar sobre a pessoa no seu todo. Esperamos que a rede de cuidados continuados, constitua também um desafio para todos nós, profissionais dos diferentes Serviços, porquanto, cada vez mais, teremos que conciliar a tecnologia e o humanismo, através de respostas individualizadas e simultaneamente sofisticadas, sem excluir nenhum cidadão.

Fernanda Matias
Centro Distrital da Segurança Social de Beja



Os cuidados continuados de saúde e a rede de parceiros

O sistema de saúde existe em prol do bem-estar da sociedade em geral e do cidadão. Qualquer um destes elementos é essencial para uma melhoria da saúde que não deve ser vista como um fim, mas como um recurso para a vida. Neste sentido, torna-se essencial envolver o cidadão, torná-lo mais participativo e responsável, na promoção da sua própria saúde.

As transformações demográficas, sociais e familiares da sociedade têm vindo a acusar o aumento da população idosa com perda de autonomia, bem como o aparecimento de situações problemáticas no âmbito da saúde mental, o aparecimento marcante de doenças crónicas e o aumento de indivíduos com dependência física o que deixa transparecer, cada vez mais, as elevadas taxas de população dependente

do país. A juntar a estes factores, as altas médicas precoces vêm determinar a necessidade de cuidados de saúde no domicílio, numa perspectiva de continuidade dos cuidados. Face a esta situação, existe uma grande preocupação em promover o aumento da autonomia dos doentes em situação de dependência.

Na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes está consagrada a importância de um serviço que fomente a reabilitação dos doentes de uma forma mais autónoma. No ponto 4 da referida Carta pode ler-se que «o doente tem direito à prestação de cuidados continuados. Em situação de doença devem todos os cidadãos obter dos diversos níveis de prestação de cuidados uma resposta pronta e eficiente que se integre num plano de cuidados continuados, de modo a proporcionar-lhes um acompanhamento adequado

até ao seu completo restabelecimento (...). Quando necessário, deverão ser postos à sua disposição cuidados domiciliários ou comunitários» (Ministério da Saúde).

Neste sentido, foi aprovado em Novembro de 2003 o Decreto-Lei 281/2003 que cria a Rede de Cuidados Continuados de Saúde que integra 3 unidades: unidade de internamento, unidade de recuperação global e unidade móvel domiciliária. De acordo com o citado decreto-lei, as unidades de internamento destinam-se aos utilizadores aos quais sejam prescritos cuidados em regime de internamento e devem actuar de forma articulada com outras unidades para que o tempo de internamento seja reduzido, já que em alguns casos este mantém-se por razões alheias ao estado de saúde do utente. A unidade de recuperação global pretende a recuperação e a reabilitação global do utilizador em regime de dia. Finalmente, a unidade móvel domiciliária presta cuidados de saúde pluridisciplinares no domicílio do doente, devendo ter por base a rede comunitária, ou seja, promover o aproveitamento dos recursos comunitários existentes em prol do utente.

O referido decreto-lei estipula que os Cuidados Continuados de Saúde devem definir-se como um sistema organizado para a satisfação do utente/família, composto por serviços e mecanismos integrados que cuidam destes ao longo do tempo, através de um conjunto articulado dos serviços de saúde, serviços sociais e entidades privadas.

Mais recentemente, a Resolução de Conselho de Ministros nº 84/2005, de 27 de Abril, resolve adoptar as seguintes orientações para a estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência:

- ◆ Respeito pela dignidade da pessoa idosa ou em situação de dependência;
- ◆ Incentivo ao exercício da cidadania;
- ◆ Participação das pessoas idosas ou em situação de dependência, ou do seu representante legal, na elaboração do plano de cuidados e no encaminhamento;
- ◆ Respeito pela integridade física e moral da pessoa idosa ou em situação de dependência, assegurando o seu consentimento informado ou do respectivo representante legal nas intervenções ou prestação de cuidados;
- ◆ Envolvimento da família na prestação de cuidados;
- ◆ Promoção, recuperação ou manutenção contínua da autonomia, que consiste na prestação de cuidados aptos a melhorar os níveis de autonomia e de bem-estar dos utilizadores;
- ◆ Proximidade na prestação dos cuidados.

Assentando nos princípios da família como suporte da humanidade e do respeito, da integridade, identidade e privacidade da pessoa e na qualidade dos cuidados, a prestação de cuidados continuados passa por um conjunto de actividades de carácter sociosanitário e de âmbito comunitário que se

realizam no domicílio do doente, com a finalidade de detectar, avaliar e dar apoio, acompanhando os problemas de saúde do doente e a sua família.

De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), Maria João Quintela considera que «os cuidados continuados envolvem um potencial de integração das dimensões física e psicológica, social e económica dos cuidados, a promoção das relações entre utilizadores e prestadores de serviços, um papel mais activo dos utilizadores na manutenção da sua saúde, a redução no consumismo de cuidados de saúde e a diminuição dos custos dos cuidados (...), melhorando a satisfação dos utilizadores com os serviços e dos profissionais com as suas tarefas» (2002: 5).

Pode-se, então, definir como objectivo principal da RCC o de dar resposta, no domicílio, às necessidades identificadas e expressas do utente e da respectiva família, promovendo o bem-estar, a saúde e qualidade de vida das pessoas em situação de dependência e contribuindo para a sua integração sócio-familiar e comunitária. Desta forma será possível desenvolver o auto-cuidado e o desenvolvimento da autonomia do utente e da família.

Ao atingir os objectivos referidos estar-se-ão a prevenir situações de incompreensão, isolamento, solidão, exclusão, negligência ou abandono, situações características em doentes quando internados num quarto de hospital.

No seguimento de todas estas ideias, facilmente nos apercebemos quais são os principais beneficiários da Rede de Cuidados Continuados. A doença e a velhice, de um modo geral, fazem parte e são comuns na experiência humana, todavia são processos vivenciados de forma individual e subjectiva por cada pessoa tendo efeitos diferentes. Os destinatários da RCC são, então, indivíduos que, quando atingidos pela velhice ou por alguma doença viram perdida a sua autonomia, encontrando-se em situação de dependência.

Uma pessoa dependente é aquela que necessita de transferir para terceiros as actividades referentes à satisfação das necessidades humanas. Segundo Kozier et al. (1993) por



dependência entende-se a incapacidade de um indivíduo alcançar um nível de satisfação das suas necessidades, pelo facto de não ter capacidade para adoptar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros.

De entre todos os possíveis destinatários da RCC, importa clarificar que é essencial que o doente tenha família que o possa acolher e ser responsável por ele, sendo também necessário que as condições de saúde deste permitam que se continue a recuperar no seu domicílio.

O tratamento do doente a um nível local e mais próximo da população permite identificar mais facilmente as suas necessidades, bem como encontrar respostas mais concretas, rápidas e adaptadas. Poderão ser, então, várias as vantagens originárias da RCC. Eulália Imedio (1998) apresentou algumas na sua obra referente aos cuidados paliativos, mas que julgamos poderem adaptar-se de forma acertada ao apoio domiciliário no âmbito da RCC.

No que respeita ao doente, torna-se possível que este, apesar de se encontrar numa situação mais debilitada, mantenha o seu papel social e familiar, continuando a integrar a família, participando na tomada de decisões, permanece um membro activo e compartilha da vida familiar. Ao encontrar-se no seu domicílio não é privado da sua intimidade e pode prosseguir com algumas das actividades ocupacionais que sempre lhe deram prazer, além de dispor do seu próprio tempo e gerir da forma como mais desejar, determina os seus horários sem se ver limitado às normas hospitalares. E, por último, e talvez mais importante, encontra-se num ambiente familiar e rodeado das suas recordações, o que ajudará no seu restabelecimento físico e emocional. A família também poderá ser beneficiada com a implementação da RCC.

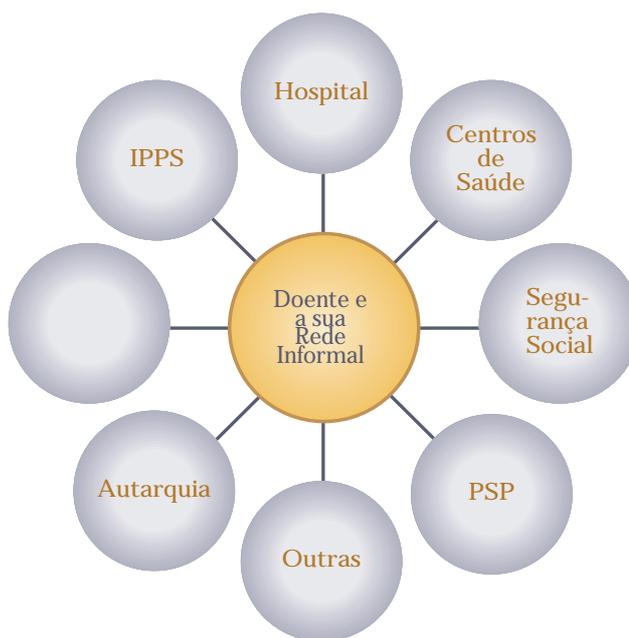
O facto de o familiar doente se encontrar em casa sem deixar de receber os cuidados de que necessita, leva a que esta não tenha de se deslocar frequentemente ao hospital, mantendo-se num ambiente conhecido e por ela orientado, deixando-lhe também mais tempo para acompanhar o familiar doente sem pressas e podendo participar de forma mais activa nos cuidados a ele prestados.

Por último, o sistema hospitalar verá diminuir o número de internamentos, melhorando a qualidade assistencial dos seus serviços no geral e melhorando a percepção da assistência por parte do doente e da família. A RCC permite ainda ao sistema hospitalar economizar recursos a vários níveis, sobretudo, ao nível financeiro.

Contudo, cuidar do doente no seu próprio domicílio em vez de o tratar no hospital exige níveis de organização e cooperação no terreno muito elevados. Neste sentido colocam-se à disposição do doente e da sua família um conjunto de serviços e cuidados de carácter pluridisciplinar que permitam uma reintegração de qualidade no seu domicílio. Este carácter pluridisciplinar passa por uma articulação entre diferentes parceiros – hospitais, centros de saúde e instituições de base comunitária, entre outras – e da qualidade de prestações que cada membro da rede pode facultar.

O seguinte esquema exemplifica a forma como os vários serviços ao dispor dos cidadãos se unem para conseguirem, de uma forma mais coerente e acertada, responder aos cidadãos em situação de dependência, integrando a RCC.

Parceiros na RCC



Bibliografia

IMEDIO, Eulália López (1998); "Enfermería en cuidados paliativos", Editorial Medica Panamericana, Madrid.

KOZIER, Barbara et al (1993); "Enfermagem fundamental: conceitos, processos y prácticas", McGraw-Hill, Madrid.

Organização das Nações Unidas (1999); "Direitos Humanos e Serviço Social", ISSS, Lisboa.

QUINTELA, Maria João (2002); "Cuidados Continuados – uma nova relação social com a saúde das pessoas" // *Pretextos*, nº 9, Instituto para o Desenvolvimento Social, Lisboa, pp. 4-5.

Documentos electrónicos:

Decreto-lei nº 281/2003 DR 259 Série I-B de 2003-11-08, www.dre.pt

Ministério da Saúde, "Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes", www.adrnp-sede.rcts.pt

Resolução do Conselho de Ministros Nº 84/2005 de 7 de Abril, www.portugal.gov.pt

Carla Pereiro

Carla Ruaz

Lília Carvalho

Marta Miguinhas

Instituto Superior de Serviço Social

A equipa do Centro de Saúde de Odivelas

“Never leave lonely alone”
Lenny Kravitz

Os Cuidados Continuados de saúde são cuidados profissionais prestados na comunidade que visam responder, no domicílio, às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos doentes dependentes e suas famílias. Segue-se o testemunho da Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odivelas, em funções, na comunidade, desde Outubro de 1997.

Na concepção e manutenção desta rede comunitária de apoio às pessoas dependentes, e suas famílias, estão envolvidos desde o início quer o Centro de Saúde de Odivelas, quer múltiplas estruturas comunitárias de apoio, incluindo várias Organizações Não Governamentais.

Estes Cuidados prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Odivelas, baseiam-se no pressuposto que os indivíduos dependentes de terceira pessoa, independentemente da sua faixa etária, devem manter-se no seu meio familiar e o apoio de que carecem deve estar organizado na comunidade e ser uma prioridade dos serviços de saúde.

Os Cuidados Continuados englobam a seguinte tipologia entre Cuidados Geriátricos, Cuidados de Reabilitação Cuidados Paliativos prestados a doentes com doença incurável, avançada e progressiva e com doença terminal. Estendendo-se a intervenção da equipa até ao período de luto. É de salientar que este tipo inovador de apoio sócio-sanitário só tem sido possível graças ao esforço e empenhamento dos inúmeros profissionais envolvidos nas múltiplas instituições participantes nesta rede, desde o sector da saúde, ao do apoio social, Segurança Social, Município e Juntas de Freguesia, Cruz Vermelha Portuguesa e varias IPSS's, sem esquecer, obviamente, a participação das famílias.

É de referir, a título de exemplo os protocolos formalizados com a Cruz Vermelha Portuguesa e com as juntas de freguesias locais para a cedência de viaturas, motoristas e respectivos vencimentos. No contexto do despacho conjº Jul 98, o Centro de Saúde celebrou ainda um protocolo com a Segurança Social para a prestação de cuidados ao fim de semana para um número restrito de doentes que, simultaneamente, apresentassem maiores necessidades de apoio social e saúde.

A composição actual da equipa multidisciplinar prestadora do Centro de Saúde é a seguinte: 9 enfermeiras, 3 médicos (1 a tempo inteiro, 2 a tempo parcial), 1 fisioterapeuta a tempo parcial, 1 psicóloga a tempo parcial, 1 técnica de Serviço Social a tempo parcial, 3 motoristas socorristas, 3 auxiliares de acção médica e uma assistente administrativa

Os Critérios de admissão aos cuidados da Equipa são:

- Nível de dependência global transitória ou crónica que impeça a deslocação ao Centro de Saúde

- Residir na área de influência do Centro de Saúde de Odivelas;
- Existência de um cuidador informal.

Os doentes podem ser referenciados à equipa quer a partir do seu médico de família, quer dos hospitais, quer de instituições comunitárias de apoio ou ainda através do contacto de familiares e vizinhos.

Felizmente a equipa orgulha-se de já ter recebido algumas distinções e prémios que atestam a qualidade do nosso trabalho: Prémio Nacional de Humanização do Ministério da Saúde 2001 e na pessoa da Dra. Isabel Neto: o Prémio Nunes Correia Verdades de Faria da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa em 2002; o Prémio Mulher Activa em 2003 e a Comenda da Ordem do Mérito 2004.

Sendo a população estimada do concelho de Odivelas de 100 993 habitantes, nos últimos 8 anos foram atendidos pela Equipa cerca de 3500 pessoas doentes e respectivas famílias. A título de exemplo, e no ano de 2005, a Equipa atendeu e prestou cuidados clínicos e apoio social no domicílio a cerca de 1200 doentes, em regime de atendimento permanente, sete dias por semana, 24h por dia. Assim foi possível resolver cerca de 70% dos problemas sem recurso a idas ao serviço de urgência ou a internamentos desnecessários e cerca de 80% dos doentes terminais vieram a falecer no domicílio.

Através deste modelo de trabalho muito mais pessoas com dependências, nas quais se incluem os doentes paliativos e em fim de vida e suas famílias, poderão beneficiar de cuidados dignos e mais humanos em fases críticas da sua vida.

Dra. Ana Botelho
Equipa Coordenadora dos Cuidados Continuados de Saúde
Centro de Saúde de Odivelas



O direito à protecção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. No quadro legislativo da saúde, são estabelecidos direitos legislativos mais específicos, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de Agosto) e no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968).

Deste modo, em situação de doença todos os cidadãos têm o direito de obter dos diversos níveis de protecção de cuidados (hospitais e centros de saúde) uma resposta pronta e eficiente, que lhes proporcione o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento. Para isso, hospitais e centros de saúde têm de coordenar-se de forma a não haver quaisquer quebras na prestação de cuidados que possam ocasionar danos ao doente.

Os Cuidados Continuados de Saúde é um programa que tem como objectivo o apoio às pessoas em situação de dependência física, mental e/ou social que estão no seu domicílio. A maioria destas dependências estão associadas a doenças crónicas, sendo estas por si só uma ameaça à estabilidade e homeostasia do indivíduo, com repercussões ao nível económico, social e familiar.

Tendo em conta que estas situações de dependência tendem a aumentar, colocando graves problemas ao nível do sistema de saúde e protecção social, as famílias são hoje cada vez mais solicitadas a desempenhar o papel de prestadores de cuidados, por um lado, para manter o indivíduo dependente no seu ambiente familiar; por outro, com vista a uma melhor gestão dos recursos existentes.

O doente e a família fazem parte da *unidade de cuidados* encontrando-se no centro das decisões. Os cuidados continuados procuram responder às necessidades globais do doente com dependência crónica ou transitória, bem como da sua família, através da prestação de cuidados no domicílio, de forma personalizada, utilizando uma abordagem holística, favorecendo a autonomia do doente e sua família, promovendo a qualidade de vida e a reinserção na comunidade.

Apoiar doentes em situação clínica, em que a cura não é possível e a doença atinge uma fase avançada e progressiva, exige a oferta, se necessário, de cuidados paliativos de qualidade e ainda um apoio à família na morte e luto. O trabalho é realizado em equipa interdisciplinar, respeitando os conhecimentos e contributos de todos os elementos com confiança e espírito de inter-ajuda.

Muito se tem legislado a nível da articulação do serviço de saúde e do serviço social para apoiar estas situações de dependência, no entanto, esquece-se muitas vezes que as famílias cuidadoras necessitam de estar em permanência junto do seu familiar, necessitando pois de passar por uma readaptação do seu papel no seio da família, levando muitas vezes a que os seus elementos tenham de perder o emprego e papéis sociais, implicando alterações socio-económicas por vezes insustentáveis.

Os cuidados continuados destinam-se a colmatar uma lacuna, no que se refere à escassez de respostas adequadas que satisfaçam necessidades de cuidados decorrentes de situações de dependência, resultantes de doença de evolução prolongada, que se estima virem a aumentar nas próximas décadas. São cuidados integrados que englobam as vertentes de saúde e social, prestados a utentes em situação de dependência crónica ou temporária. A maioria das pessoas seguidas por esta equipa sofreram acidentes vasculares cerebrais, têm problemas oncológicos, patologias do foro neurológico, idosos que sofreram fracturas ou doentes em situação de dependência que estão impossibilitados de se deslocar aos centros de saúde.

Os cuidados continuados são cuidados de saúde que visam intervir no sofrimento dos doentes, mas não se devem ver estes cuidados somente como cuidados de saúde, mas também como cuidados sociais. São prestados sobretudo a doentes crónicos, mas existem alguns casos de dependência temporária, situações de cirurgias, fracturas, em que a família é o grande parceiro desta equipa, uma vez que é a família que está com o doente 24h por dia.



De salientar que na prestação de cuidados de saúde em geral, a família e a comunidade têm constituído e deverão continuar a intervir como factores essenciais e indispensáveis no apoio aos seus concidadãos, nomeadamente, aos mais frágeis e carenciados.

A sua iniciativa e acção são fundamentais, não apenas para evitar o prolongamento de estadas em regime de internamento por razões alheias ao estado de saúde, como também para a reabilitação global e a independência funcional dos doentes, o apoio domiciliário e ocupacional de que necessitam e a reinserção social a que têm direito.

Neste sentido, se enaltece o contributo inestimável das entidades do sector social, tais como as instituições particulares de solidariedade social (IPSS), designadamente as misericórdias, bem como todas as entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que ao longo dos anos têm prestado cuidados de saúde complementares ou continuados a utentes do Sistema Nacional de Saúde.

Portugal ainda está longe de dar resposta ao número de idosos a precisar de apoio e cuidados continuados. (ver caixa)

Para daqui a dez anos as metas estabelecidas passam por, entre outras, a existência de 50 equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos (para doentes terminais) - hoje existem três,

equipas de gestão de altas em cada um dos 90 hospitais públicos e 2782 camas de convalescença (mais 2700 do que as que existem).

Importa, pois, apetrechar o sistema de saúde e segurança social de camas de retaguarda que possibilitem a transferência dos doentes em fase de convalescença e sem apoios, sem prejuízo da dignidade humana e idoneidade profissional das unidades criadas.

Idosos a precisar de apoio e Cuidados Continuados

- 24% é a estimativa do índice de dependência dos idosos face à população em idade produtiva;
- 14 dos 363 Centros de Saúde em Portugal prestam cuidados continuados de 1º grau;
- 1.647.658 são os utentes portugueses com mais de 65 anos;
- 94.241 é o Portugal número de idosos portugueses abrangidos pelos cuidados continuados.

Dr. Manuel Bento
Hospital do Espírito Santo – Évora



actividades

Núcleo Distrital de Beja

Acções de Formação

Segurança e Higiene no Trabalho

Acordos de Cooperação e Normativas para as IPSS

III Encontro Distrital das Redes Sociais

Novembro 2006

Núcleo Distrital de Évora

Acções de Formação

Gestão e Organização do Tempo

15 e 19 Setembro 2006

Os Direitos da Criança

26 Outubro 2006

Encontro “Boas Práticas de Inserção Profissional do Cidadão Portador de Deficiência”

22 Setembro 2006 – Estremoz

Mostra “A Intervenção em Rede na Luta Contra a Pobreza”

17 Outubro 2006

Núcleo Distrital de Faro

Acções de Formação

Formação Inicial de Formadores em Igualdade de Oportunidades

18 Setembro 2006 – Faro

Formação de Aperfeiçoamento em Igualdade de Oportunidades

14 Setembro 2006 – Portimão

9 Novembro 2006 – Albufeira

Acções de Sensibilização em Igualdade de Oportunidades

Setembro 2006 – Olhão, Albufeira

Outubro 2006 – Vila do Bispo, Tavira, Silves

Novembro 2006 – Castro Marim, Lagos

Avaliação de Desempenho nas ONG's

Setembro 2006

Fórum sobre Rendimento Social de Inserção

17 Outubro 2006 – Museu Arqueológico de Faro

Núcleo Distrital de Lisboa

Acções de Formação

Organização e Gestão da Qualidade na área social

26 e 27 Setembro 2006

Planeamento e Avaliação de Projectos

20, 21 e 22 Novembro 2006

Ciclo de Palestras

Uma conversa com Liliana Filipe

Tema: A Intervenção em crise

28 Setembro 2006 – Sociedade de Geografia de Lisboa

Uma conversa com Pedro Lau Ribeiro

Tema: Análise Institucional

30 Novembro 2006 – Sociedade de Geografia de Lisboa

Fórum Inter-Pares “Jovens, emprego e expectativas”

3 Outubro 2006 – Sociedade de Geografia de Lisboa

Núcleo Distrital de Portalegre

Workshop “Envelhecimento e Cidadania: Novas perspectivas”

2 Outubro 2006 – Biblioteca Municipal de Faro

Fórum “Inclusão Social: Criar Alternativas, Pensar o Futuro”

17 Outubro 2006 – Centro Cultural Campo Maior

Caminhada Intergeracional “Marcha pela Inclusão”

22 Outubro 2006 – Portalegre

Acção de Formação

Terapia Familiar e Comunitária

8, 9, 13 Novembro 2006

Núcleo Distrital de Setúbal

Acções de Formação

Gestão de Recursos Humanos

Outubro 2006

Planeamento e Avaliação de Projectos em Parceria

Novembro 2006

Bibliografia

- RICHMOND, Mary (1959), "Diagnóstico Social", Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Censos 2001: XIV Recenseamento Geral da População: IV Recenseamento Geral da Habitação: Resultados Definitivos: Portugal* Lisboa: I.N.E., 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006346.pdf>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 281/2003: Rede de Cuidados Continuados de Saúde. *Diário da República / Série-A*. (8 Nov. 2003) 7492-7499
- TWYXCROSS, Robert, "Cuidados Paliativos – 2ª Edição", 2003, Climepsi Editores
- MARIGUÊSA, Maria Luísa (2002); "As redes de saúde e o Serviço Social hospitalar na Europa" */// Intervenção Social*, nº 25/26, ISSSL/B, Lisboa, pp. 243-254
- MARTINELLI, Maria Lúcia (2003); "Serviço Social na área da Saúde: uma relação histórica" in *Intervenção Social*, nº 28, ISSSL/B, Lisboa, pp. 9-18
- BENHAMOU, Richard – Avaliar a dependência dos idosos. Proposta de uma escala de avaliação rápida e global. Lisboa, Direcção Geral de Saúde, (s.d.)
- BERG-WEGER, M. – Caring for elderly parents. The relationship between stress and choice. New York: Garland Publishing, 1996
- BIRCHFIELD, Patricia C. – Saúde dos Idosos. In STANHOPE, Margia; LANCASTER, Jeanette – *Enfermagem Comunitária: promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociencia, 4ª edição 1999, 635-656
- BRIS, Hannelore Jani-Le – Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias. Lisboa: Conselho Económico e Social, 1994
- CHANG, Betty L. – Cognitive-behavioral intervention for homebound caregivers of persons with dementia. *Nursing Research*.48:3 (May/June 1999) 173-178
- LUGTON, Jean, "Communication with dying people and their relatives", Radcliffe Medical Press, 2002
- ENELOW, Allen J. et al. - *Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente*. Lisboa: Climepsi Editores. 1999
- FAYN, Marie-George - *Humaniser les soins*. Paris: ESF Éditeur, 1998
- GIL, Ana Paula Martins – Redes de solidariedade intergeracionais na velhice. In Associação Portuguesa de Segurança Social – *Cadernos de Política Social*. 1, 1999, 92-114
- LAGE, Maria Isabel – Saúde e envelhecimento: Os idosos e os seus cuidadores. In LEAL, Isabel; CABRAL, Inês Pina; RIBEIRO, José Luís – *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA, 2002, 193 - 198
- LOUREIRO, Manuel et al – Cuidados a idosos: Alguns efeitos na saúde dos cuidadores. In LEAL, Isabel; CABRAL, Inês Pina; RIBEIRO, José Luís – *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA, 2002, 201 – 212
- MARQUES, A. Reis et al. - *Reacções Emocionais à Doença Grave*. Coimbra: Psiquiatria Clínica. 1991
- PAÚL, Maria Constança - *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina, 1997
- PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *As gerações mais idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 1999 <http://www.ine.pt>

STANHOPE, Margia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem Comunitária: promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociencia, 4ª edição 1999

XAVIER, Miguel et al.- Questionário de Problemas Familiares: desenvolvimento da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de sobrecarga Familiar. Psicologia, Saúde & Doenças. 3:2 (2002) 165-177

Legislação e outros documentos

Tipologia prevista para Unidades de Cuidados Continuados - Unidades de Internamento tipo 1, 2 e 3

Fluxograma da Rede de Cuidados Continuados

Relatório preliminar sobre Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração, aprovado pelo Ministro da Saúde e apresentado ao Comité de Protecção Social, da Comissão da União Europeia.

Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005, de 7 de Abril, publicada no DR, I Série B, nº 81, de 27 de Abril de 2005

Despacho Conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, nº 345/2005, de 27 de Abril DR, II Série, nº 99, de 23 de Maio de 2005

Despacho do Ministro da Saúde nº 16234/2005 de 29 de Junho DR, II Série, nº 142, de 26 de Julho de 2005

Despacho do Gabinete do Ministério nº23035/2005, de 8 de Novembro DR, II Série, nº 214, de 8 de Novembro de 2005

Sites

http://www.Portugal.gov.pt/Portal/pt/governos/governos_constitucionais/gc17/ministerios/ms/comunicacao/publicacoes/20060329_ms_pub_rel_cci.htm

Relatório final da primeira fase de diagnóstico da situação actual – Implementação de um modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e progressivo desenvolvimento de Serviços Comunitários de Proximidade para a promoção e desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência, Setembro de 2005.

www.acs.min-saude.pt

Modelo para Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência (modelo a ser testado, em diversas Instituições pela Comissão de Acompanhamento e Monitorização, criada no âmbito do *Despacho Ministerial n.º 16234/2005*, de 29 de Junho);

www.dgsaude.min-saude.pt

Programas Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

<http://www.dgsaude.pt>

Programa Nacional de Cuidados Paliativos, DGSaúde, Julho 2004

<http://www.umm.maine.edu/resources/beharchive/barbaraCyr/bc340.html>

<http://www.hsm.min-saude.pt>

<http://cuidadoscontinuados.nosapo.pt/>