

Dissertação

Mestrado em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social

O Papel do Assistente Social em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Mónica de Araújo Pinheiro

Leiria, *Março* de 2024

Dissertação

Mestrado em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social

O Papel do Assistente Social em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Mónica de Araújo Pinheiro

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Márcio Oliveira, Professor da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria).

Leiria, *Março* de 2024

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Agradecimentos

Após o término de mais uma etapa acadêmica, é impreterível agradecer a todas as pessoas que apoiaram e facilitaram a realização da mesma.

Começo por agradecer ao meu Orientador, Professor Doutor Márcio Oliveira, pela ajuda essencial na elaboração da investigação, pela partilha de conhecimentos e pelas palavras de incentivo.

À Assistente Social da UCCI e restantes colegas pela recetividade, disponibilidade e carinho com que me acolheram no campo de análise.

Aos meus pais, que nunca duvidaram de mim e me apoiaram até ao último minuto.

À minha irmã e ao namorado que me acompanham, desde sempre, com quem partilho conhecimentos e perspetivas, que permitiram enriquecer os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos.

Aos meus familiares, que me ofereceram apoio e atenção incondicional.

Aos meus amigos e colegas pela partilha, ânimo e atenção diária.

Aos meus avós que ainda cá estão e aos que já partiram.

Com a certeza de que todos são especiais, a minha maior gratidão!

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Resumo

Perante o crescimento do envelhecimento das populações e das transformações funcionais provocados por este processo, inerente ao ser humano, o papel da rede nacional de cuidados continuados integrados torna-se cada vez mais importante. Seja na prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência, ou na promoção do seu conforto, bem-estar e qualidade de vida.

A missão do serviço social, no apoio às famílias dos utentes internados na rede nacional de cuidados continuados integrados é sobretudo intervir nos fatores psicossociais determinantes no tratamento, na reabilitação, na readaptação e na reintegração dos doentes no ambiente sociofamiliar, estabelecendo uma relação de ajuda ao doente e/ou familiar cuidador, de forma a proporcionar o bem-estar e qualidade de vida.

O estudo desta dissertação assentou na problemática dos cuidados continuados integrados, mais concretamente nas unidades de cuidados continuados integrados, e no papel que os assistentes sociais exercem nas mesmas.

Para cumprir os objetivos do estudo, privilegiaram-se instrumentos de recolha de informação qualitativos como a entrevista semiestruturada. Para além disso, recorreu-se igualmente à análise/pesquisa documental e à observação direta.

Através do presente estudo, foi possível obter uma maior compreensão do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, neste caso em concreto na área dos cuidados continuados integrados, pois cada vez mais estes profissionais representam e têm um papel fundamental no que diz respeito ao trabalho com o utente/doente e com a família.

Palavras-Chave: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Práticas dos Assistentes Sociais; Serviço Social.

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Abstract

Faced with the growth of aging populations and the functional transformations caused by this process, inherent to the human being, the role of the national integrated continuous care network becomes increasingly important. Whether providing care to people in situations of dependency, or promoting their comfort, well-being and quality of life.

The mission of the social service, in supporting the families of users hospitalized in the national integrated continuous care network, is above all to intervene in the psychosocial factors that determine the treatment, rehabilitation, readaptation and reintegration of patients into the socio-family environment, establishing a relationship of help to the patient and/or family caregiver, in order to provide well-being and quality of life.

The study of this dissertation was based on the issue of integrated continued care, more specifically in integrated continued care units, and the role that social workers play in them.

To fulfill the objectives of the study, qualitative information collection instruments such as semi-structured interviews were preferred. In addition, documentary analysis/research and direct observation were also used.

Through the present study, it was possible to obtain a greater understanding of the work of social workers in the health sector, in this case specifically in the area of integrated continued care, as these professionals increasingly play and play a fundamental role with regard to work, with the user/patient and the family.

Keywords: National Integrated Continuing Care Network; Practices of Social Workers; Social Service.

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Lista de tabelas

Tabela 1 – Perfil da Entrevistada	31
Tabela 2 - Recursos Humanos recomendados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados	33

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Lista de siglas

AS- Assistente Social

ACES- Agrupamentos dos Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administrações Regionais de Saúde

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CI – Consentimento Informado

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipas de Coordenação Local

ECR – Equipas de Coordenação Regional

EGA – Equipa de Gestão de Altas

GESTCARE – Aplicativo de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Integrados

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

MBPAS – Manual de Boas Práticas do Assistente Social

SCM – Santa Casa da Misericórdia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade de Convalescença

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM – Unidade de Longa Duração Manutenção

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Índice

INTRODUÇÃO	2
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
1.1. Problemática	4
1.1.1. Identificação do Problema	4
1.2. Envelhecimento	5
1.3. Envelhecimento Demográfico	7
2. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	8
2.1. Caraterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	8
2.2. Critérios para ingressar numa Unidade de Cuidados Continuados	14
2.3. Papel da Equipa Multidisciplinar	16
2.4. Serviço Social na área da saúde em Portugal	18
2.4.1. O papel do Assistente Social	19
2.4.2. O papel do Assistente Social em uma Unidade de Cuidados Continuados	21
2.4.3. Intervenção do Assistente Social com as famílias	25
2.4.4. Intervenção do Assistente Social com o utente/doente	28
3. METODOLOGIA E OBJETIVOS	29
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	31
BIBLIOGRAFIA E WEBGRAFIA	41
ANEXOS	45
Anexo I – Transcrição da Entrevista	46
Anexo II – Observação Direta	51

Introdução

O envelhecimento populacional revela-se ser uma realidade das sociedades ocidentais e como tal também verificada em Portugal. Este efeito deriva de um conjunto de aspetos como a diminuição da natalidade, e o aumento da esperança média de vida.

De acordo com Figueiredo (2007), citado por Guiomar (2010:3), o envelhecimento consiste não só num processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, como também num processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano.

O aumento do envelhecimento, a dependência e o surgimento das doenças crónicas e a falta de respostas apropriadas para estes problemas, deu lugar ao surgimento de uma resposta diferente do Governo português, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Através da publicação do Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho, assume-se como possível resolução para a fraca oferta de apoios existentes no país.

A filosofia dos cuidados continuados integrados assenta no princípio da adequação dos cuidados às necessidades de reabilitação ou de manutenção de funções básicas do indivíduo, permitindo aos utentes, sempre que possível, a recuperação da autonomia para as atividades da vida diária, reduzindo assim o grau de dependência dos mesmos. O mérito da parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social é inquestionável, tendo sido concebidas um conjunto de respostas integradas que visam apoiar o dependente desde o internamento ao regresso a casa. A RNCCI tem vindo a empreender um dinamismo assinalável e apresenta-se como uma mais-valia para as pessoas que usufruem dos cuidados e para as instituições que promovem estes serviços (Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos- A Dependência: O Apoio Informal, A Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados, 2009,p.31).

Com o crescimento destas respostas sociais, há cada vez mais, necessidade de profissionais de serviço social.

A pergunta de investigação que direcionará esta dissertação é: **Qual é o papel do Assistente Social em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados?**

A partir desta pergunta de investigação será possível chegar a resultados concretos tendo por base os seguintes objetivos de investigação:

- Compreender quais as ações que o Assistente Social desenvolve no acompanhamento aos doentes/utentes e às suas famílias;
- Compreender quais os principais desafios profissionais que o os Assistentes Sociais enfrentam em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

Quanto à metodologia, nesta investigação seguiu-se uma metodologia qualitativa, com recurso a análise de conteúdo de entrevista, a análise bibliográfica e documental e a observação direta.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas partes. Na primeira parte, é apresentado o enquadramento teórico no qual contém a problemática e são explicadas as temáticas, onde se insere a caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através das tipologias, da caracterização do serviço social nesta área, no trabalho da equipa multidisciplinar, etc. A segunda parte é a apresentação da metodologia utilizada, os resultados, as conclusões e considerações a que foi possível chegar através dos dados obtidos pela entrevista, análise documental e pela observação direta.

1. Fundamentação Teórica

1.1. Problemática

1.1.1. Identificação do Problema

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e, por vezes, na inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral desafios para os quais não estavam preparados (Direção Geral de Saúde, 2004). Segundo Fernandes (2007), o novo panorama de necessidades resulta essencialmente de três fatores: o primeiro é o envelhecimento progressivo da população portuguesa, consequência do aumento da esperança média de vida à nascença; o segundo fator relaciona-se com as mudanças verificadas no perfil das patologias, com peso crescente das doenças crónicas e degenerativas; e por último, as alterações sociológicas ocorridas, em particular nas estruturas familiares e nas redes informais de apoio comunitário. Segundo o mesmo autor, se o crescimento da esperança média de vida é o resultado positivo do progresso humano, é também o motivo do desencadear de inquietações particularmente no que respeita ao aumento dos custos em cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, aos encargos humanos e financeiros que decorrem do aumento de situações de incapacidade e dependência. Viver mais tempo significa que se atinge uma idade mais elevada onde é maior a probabilidade de ocorrência de situações patológicas complexas suscetíveis de virem a desencadear incapacidade e dependência. É a usura do tempo que coloca os organismos em situação de maior vulnerabilidade fisiológica.

Embora a doença possa afetar o indivíduo em qualquer fase do ciclo vital, a ocorrência de problemas associados ao sistema músculo-esquelético, ainda que a todos os grupos etários, é mais frequente no idoso. Normalmente, não ameaçam a vida, no entanto, exercem um impacto significativo sobre as suas atividades diárias. Para a pessoa idosa a independência funcional é normalmente o fator mais importante na manutenção da qualidade de vida, por

estar relacionada com a capacidade do indivíduo se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até às idades mais avançadas (Devons, 2002).

1.2. Envelhecimento

O que é o envelhecimento?

O envelhecimento, se definido apenas numa perspectiva fisiológica, diz respeito unicamente à deterioração dos sistemas orgânicos. No entanto, o envelhecimento é um processo multidimensional influenciado pelas vivências fisiológicas, psicológicas, sociológicas e espirituais ao longo do passar dos anos. Este processo multidimensional facilitou a compreensão do envelhecimento é um processo de crescimento e desenvolvimento (Stanhope & Lancaster, 2011).

O envelhecimento surge associado a um processo marcado por alterações a nível biológico, psicológico e social, que podem refletir-se ao nível do comportamento do idoso, no tipo de atividades que mantém, bem como nas interações sociais. O envelhecimento é ainda um processo que ocorre ao longo do tempo, de forma progressiva, e que varia de indivíduo para indivíduo, pois sabe-se que as pessoas não envelhecem todas da mesma forma. No entanto, para além das perdas e limitações que podem advir com o envelhecimento, este é também visto como uma fase de maior maturidade e experiência de vida. É no entanto com o envelhecimento patológico que aspetos negativos tendem a surgir, como a incapacidade, a dependência, imaturidade e tristeza.

Para Gorman, “O processo de envelhecimento é, naturalmente, uma realidade biológica que tem a sua dinâmica própria, em grande parte fora do controle humano. No entanto, ele também está sujeito às construções pelas quais em cada sociedade faz sentido a velhice. No mundo desenvolvido, o tempo cronológico desempenha um papel essencial em que a idade de 60 ou 65 anos, está legislada ser a idade de reforma e ser assim o início da velhice. Mas em muitas regiões do mundo em desenvolvimento, o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma importância no sentido da velhice” (2000, p. 7).

O envelhecimento é considerado um fenómeno central nas sociedades europeias do qual Portugal não é exceção. O envelhecimento constitui uma parte integral e natural da vida dado que, nascer, crescer, amadurecer e envelhecer são características de todos os seres vivos. A forma como se vive na sociedade e a constituição genética influenciam a forma como se envelhece e vivencia este processo (Rodrigues, 2013).

Segundo Paúl & Fonseca (2005 citado por Rodrigues, 2013), Portugal enfrenta, atualmente, uma realidade que começa a ganhar um impacto social significativo dado o crescimento da população idosa: baixas taxas de natalidade e mortalidade, acompanhadas pelo aumento significativo dos idosos no conjunto da população do país.

Na sociedade portuguesa, o conceito de envelhecimento está associado, muitas vezes, a uma fase específica do ciclo de vida, a idade de reforma (65 anos) que é marcada pelo anúncio do início da velhice (Squire, 2002, citado por Veloso, 2015).

Segundo Gaullier (1999, citado por Veloso, 2015) a reforma é considerada uma das transições mais importantes que marca o ciclo de vida dos indivíduos. Assim, esta é apontada como um novo ciclo de vida, que tem marcado de forma simbólica o início da velhice, tal como a saída do período escolar e a entrada no mercado do trabalho marcam o começo da fase adulta, no ciclo de vida de cada um.

A nível biológico, ocorrem várias alterações orgânicas, morfológicas e funcionais (Sequeira, 2010), que resultam na perda gradual da capacidade de funcionamento dos órgãos e sistemas e, conseqüentemente, na alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo. Assim, verifica-se um aumento gradual do risco de desenvolver comorbidades, e da probabilidade de morrer. A ocorrência e a intensidade destas alterações variam, de pessoa para pessoa, e nem sempre se convertem em incapacidades (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002, citado por Veloso, 2015).

O envelhecimento psicológico resulta das repercussões psicológicas das alterações corporais, que resultam numa mudança de atitudes podendo ocorrer perdas de memória ou maior dificuldade no raciocínio. As pessoas mais idosas estão, ainda, sujeitas a determinantes externas que podem originar algumas perturbações mentais ou comportamentais (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002, citado por Veloso, 2015).

1.3. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento demográfico não reconhece fronteiras ou condicionalismos e atualmente é comum em quase todos os países do mundo. A percentagem de pessoas idosas, entre 1950 e 2009, cresceu de 8% para 11%, esperando-se que em 2050, 22% da população mundial, seja idosa, alcançando 2 biliões de indivíduos (Leão, C., Ataíde, Â., Revés, M., Marques, M., Ponte, S., 2011).

Entende-se por envelhecimento demográfico o aumento da proporção de pessoas idosas em relação ao total de habitantes. Este facto deve-se à passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevadas, para um modelo em que os dois fenómenos são baixos. A diminuição de jovens origina um estreitamento da base da pirâmide de idades e o aumento dos idosos, um alargamento do topo (Freitas, 2011).

As alterações demográficas na Europa, decorrem de um processo a nível global “(...) a baixa taxa de natalidade é o fator preponderante apontado como a causa do envelhecimento da população, derivado das alterações dos estilos de vida, incerteza quanto ao futuro, entrada da mulher no mundo do trabalho, idade tardia do primeiro filho e alterações dos padrões comportamentais, como por exemplo, alterações na forma como se encaram os filhos. Estes fatores têm tido reflexo no número de filhos por mulher e no declínio da fecundidade. O aumento da esperança média de vida é igualmente uma tendência que se regista, e que aliada ao apontado anteriormente resulta no envelhecimento da população europeia” (Leão, et al., 2011, p.12).

Estas mudanças terão um impacto a nível social, económico e político na Europa, sendo o maior impacto nas finanças públicas, devido a um aumento das despesas públicas com as pensões, bem como com os cuidados de saúde. As despesas associadas a este fenómeno aumentarão em média 4% do PIB na União Europeia, até 2060 (Leão, et al., 2011).

Atualmente, um dos principais fenómenos demográficos e sociais das sociedades modernas é o envelhecimento da população que é representado, com maior incidência, nas sociedades industrializadas e desenvolvidas (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002, citado por Veloso, 2015).

As características demográficas da população revelam um agravamento do envelhecimento da mesma considerando, assim, a sociedade portuguesa como uma sociedade envelhecida. Em 1991, Portugal tinha cerca de 13,6% da população com 65 ou mais anos de idade, comparativamente com 16,4% em 2001, 19% em 2011 e 23.4% em 2021 (PORDATA). Assim, é possível concluir que nas últimas décadas a percentagem de população idosa teve um aumento significativo.

Desta forma, é preponderante que Portugal invista na promoção de medidas e políticas relativas à natalidade, à implementação de incentivos sociais, à reforma do sistema de pensões, tendo como aposta uma parceria com o setor privado e o foco na melhoria da qualidade laboral e de vida, para que a sociedade cumpra os seus projetos de sustentabilidade e bem-estar (Leão, et al., 2011).

2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

2.1. Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Face à carência de respostas direcionadas a pessoas idosas com dependência funcional, doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, foi criado o Programa do XVII Governo Constitucional, que definiu, através do Decreto-Lei N. 101/2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), uma resposta em articulação com o setor da saúde e da Segurança Social, destinando-se a pessoas que, independentemente da idade, estejam em situação de dependência funcional e necessitem de cuidados continuados de saúde e de apoio social.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, é uma entidade de saúde que promove a reflexão sobre o papel dos cuidados diferenciados e reforça o dos cuidados de saúde primários.

De acordo com a al. a) do art.º 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, Cuidados Continuados Integrados (CCI) definem-se como o “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, 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”.

Por sua vez, o n.º 1 do art.º 2.º refere que a RNCCI é “constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais”.

A coordenação nacional da RNCCI é assegurada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), com dois níveis territoriais de operacionalização (regional e local), assegurados pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), sediadas nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), e pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL), sediadas nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e em Unidades Locais de Saúde, que não tenha ACES constituído (Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro).

As ECR e ECL devem incluir um médico, um enfermeiro, um assistente técnico da área social e outros profissionais sempre que se justifique. As ECR articulam com as ECL e a Coordenação Nacional de modo a efetuarem o planeamento, a avaliação, a gestão e o controlo da RNCCI (Instituto da Segurança Social, 2019).

Denominam-se Cuidados Continuados Integrados, os cuidados de convalescença, reabilitação e manutenção de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência, visando a sua recuperação numa abordagem de intervenções de saúde e de apoio social, melhorando a sua funcionalidade através da reabilitação, da readaptação e reinserção familiar e social. Incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social (Artigo 5º do DL 101/2006 de 6 de junho de 2006).

É neste contexto que se revela importante definir a expressão cuidados continuados integrados, que podem ser considerados como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, 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” (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de junho).

A RNCCI tem vindo a empreender um dinamismo assinalável e apresenta-se como uma mais-valia para as pessoas que usufruem dos cuidados e para as instituições que promovem estes serviços, (Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos - A Dependência: O Apoio Informal, A Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados, 2009, p.31)

Os objetivos da RNCCI são:

- A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos (D.L. 101/2006, p. 3858).

A prestação de cuidados visa a recuperação global e a manutenção, de um processo ativo e contínuo para tratamento da fase aguda da doença ou prevenção que compreende a sua “reabilitação, readaptação e reintegração social”, conforme o Artigo 5º do DecretoLei nº 101/2006 de 06 de junho. A Portaria nº 50/2017 de 02 de fevereiro altera o disposto

anterior e refere “reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a pessoas que se encontrem em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar”, dando ênfase sempre que possível à reintegração no seio familiar.

A RNCCI tem como princípios base os seguintes:

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Garantia de articulação e continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de atuação;
- Equidade no acesso e mobilidade entre tipologias e equipas da RNCCI;
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços integrados na comunidade;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- Participação do utente e seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e corresponsabilização na prestação de cuidados;
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Os Cuidados Continuados Integrados incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de Segurança Social e a sua prestação é assegurada por:

1. Unidades de internamento da RNCCI, nomeadamente as Unidades de Convalescença (UC), as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP);
2. Unidades de ambulatório, mais especificamente as Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia, (viabilizem a permanência no domicílio);

3. A nível domiciliário, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e as Equipas de Cuidados Paliativos (ECSCP);

4. A nível hospitalar de agudos, as EGA's (Equipa de Gestão de Altas) e as EISCP (Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos).

Unidade de Convalescença - internamentos com duração até 30 dias

Dirigida a pessoas que já não necessitam de cuidados hospitalares de agudos, mas que devido a uma situação de doença súbita, recorrência ou descompensação do processo crónico, requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio.

Unidade de Média Duração e Reabilitação - internamentos com duração até 90 dias

Destina-se a pessoas que, na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, perderam a sua autonomia e funcionalidade, mas com potencial de reabilitação funcional e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social, que pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio.

Unidade de Longa Duração e Manutenção - internamentos sem duração estipulada

Dirige-se a utentes com doença ou processo crónico, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa ou noutro tipo de resposta. Presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida.

A ULDM pode proporcionar o internamento de situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

De acordo com o Decreto-Lei N° 101/2006 de 06 de junho, Secção III, Artigo 17º, as Unidades de Longa Duração e Manutenção são: "... unidades de internamento, de carácter

temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio.

E têm por finalidade “... proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. (...) pode ainda proporcionar internamento para descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano” (p.3860).

Unidades de Cuidados Paliativos -internamentos sem duração estipulada

A unidade de cuidados paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde

Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia

As Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia, que aguardam ainda implementação, é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio (cf. art.º 21.º do DL n.º 101/2006, de 6 de junho).

Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Destina-se a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados.

Equipas de Gestão de Altas

São equipas multidisciplinares que se encontram num hospital de agudos, integrando pelo menos um médico, um enfermeiro e um assistente social, cuja função consiste na preparação, validação e gestão das altas, dos doentes que requerem continuidade de cuidados, quer em regime de internamento quer de ambulatório (cf. art.º 23.º do DL n.º 101/2006, de 6 de junho).

Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos

É uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas atividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo. A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação.

2.2. Critérios para ingressar numa Unidade de Cuidados Continuados

Em termos operacionais, o acesso à RNCCI é feito através de proposta na plataforma SI RNCCI (aplicativo de monitorização da RNCCI), para a ECL correspondente à zona de residência do doente. Essa proposta é efetuada pelas equipas hospitalares, denominadas Equipas de Gestão de Alta (EGA), quando o doente se encontra internado, ou pelas equipas referenciadoras de Centros de Saúde, quando o doente se encontra no domicílio. Dependendo dos critérios de admissão, a EGA, ou a equipa do centro de saúde, opta pela tipologia que melhor se adequa às necessidades do doente, e de acordo, e em conjunto com a família.

A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de internamento da RNCCI existentes na área de influência hospitalar. Esta equipa avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI. A EGA encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um Médico, um Enfermeiro e um Assistente Social (Decreto lei n.º 101/2006, Portaria 174/2014, e Portaria 50/2017).

A referenciação decorrente de um internamento deve ser feita o mais atempadamente possível, para não comprometer o nível de rotatividade dos doentes, o que se refletiria no aumento de dias de internamento e na ineficácia da prestação de cuidados hospitalares aos doentes agudos (Martins & Melo, 2008).

Os utentes que podem ser admitidos nas unidades e equipas prestadoras da RNCCI são aqueles que, independentemente da idade, se apresentem em alguma das situações seguintes:

- ▶ Pessoas em situação de dependência, com incapacidade para desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária e/ou com presença de síndromes geriátricas, nomeadamente, desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais;
- ▶ Pessoas com episódios frequentes de reagudização e que necessitam de ser seguidas e acompanhadas durante períodos de tempo mais ou menos longos, nomeadamente, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença neurodegenerativa, insuficiência cardíaca, diabetes, hepatopatia;
- ▶ Pessoas com doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca um grande impacto emocional ao doente e família;
- ▶ Pessoas com necessidade de continuidade de tratamentos;
- ▶ Necessidade de ensino de procedimentos aos cuidadores, de modo a garantir a continuidade de cuidados no domicílio.

2.3. Papel da Equipa Multidisciplinar

Uma equipa multidisciplinar desempenha cada vez mais um papel importante e essencial na intervenção com o utente.

A abordagem por parte da equipa multidisciplinar deve ser no sentido de apoiar a pessoa a evoluir até atingir à independência total, se for possível; reeducando a recuperação da função, adaptação à perda, prevenção de incapacidades adicionais, manutenção da integridade psicológica, física e social, integrando a família nos cuidados e realizando uma educação nos cuidados de saúde. Na sua impossibilidade, o enfoque dos cuidados deve ser no sentido de promover adaptação à perda, prevenção de complicações associadas e manutenção do equilíbrio físico, psicológico e social.

A equipa multidisciplinar partilha um objetivo comum e converge o parecer de cada elemento, executando um plano individual de intervenção, focalizado no utente e promovendo o seu bem-estar. Um plano de intervenção bem definido facilita a apreciação dos vários níveis de cuidados, como reconhece Carvalho ao afirmar que “Esta fase envolve a transformação dos problemas, necessidades e capacidades diagnosticadas em objetivos e, conseqüentemente, em ações a desenvolver” (2012, p. 93).

Segundo Santiesteban (2002), uma boa relação da equipa de cuidados com os familiares do doente tem as seguintes vantagens:

- Facilita a partilha de informação;
- Facilita a comunicação entre a família e a equipa;
- Permite detetar em que aspeto a família necessita de ser formada para conseguir prestar os cuidados;
- Facilita o esclarecimento e resolução de conflitos e dilemas éticos no seio da família, relacionados com a doença;
- Reconhece e dá valor ao trabalho da família, reconhecendo a cada membro uma determinada responsabilidade;
- Reduz o grau de dependência da família em relação à equipa mediante a distribuição de tarefas e cuidados.

Lorena Vanzini (2010:188) considera que o trabalho interdisciplinar é um desafio com um valor imenso por favorecer um “verdadeiro exercício de diálogo, consenso e de aprendizagem.”. A riqueza das equipas reside na heterogeneidade que as caracteriza e nas habilidades dos seus membros, nas quais deve imperar o acordo e uma comunicação eficaz que, mesmo aquando de uma situação de divergência, não se perde o objetivo de vista.

Segundo Vanzini (2010:188) as equipas interdisciplinares realizam as seguintes funções:

- “Estabelecer uma delimitação de papéis, funções e tarefas específicas;
- Colocar em funcionamento os valores partilhados: Cooperação, solidariedade, compaixão, respeito, etc;
- Reconhecer o outro como profissional e pessoa, assim como os seus sentimentos;
- Partilhar um objetivo comum;
- Realizar um exercício participativo na tomada de decisões;
- Assumir, como equipa, os ganhos e os erros;
- Cuidar uns dos outros.
- Existir demonstração de afeto.
- Prevenir o burnout;
- Dialogar, ao comunicar com os demais, facilita-se a tarefa dos outros;
- Aplicar as habilidades aprendidas com os outros (crescer);
- Potenciar as suas capacidades compartilhando-as com o meio ambiente.”

Importa referir que o trabalho em equipa é fundamental para atingir determinadas metas, pois há um grupo de pessoas a trabalhar por um objetivo comum. “Os grupos ou equipas de trabalho estão a tornar-se a forma mais comum de organização dentro das empresas.” (Cunha, 2014, p.1).

A equipa multidisciplinar tem objetivos comuns e convergem o parecer de cada elemento, executando um plano individual de cuidados, centrado no utente. Um plano de intervenção bem definido facilita a apreciação dos vários níveis de cuidados, como reconhece Carvalho ao afirmar que “esta fase envolve a transformação dos problemas, necessidades e capacidades diagnosticadas em objetivos e, conseqüentemente, em ações a desenvolver” (2012, p. 93). Acarreta a responsabilização da execução das ações e a avaliação dos procedimentos.

2.4. Serviço Social na área da saúde em Portugal

O Serviço Social pode ser definido como um saber no âmbito das Ciências Sociais e Humanas, e uma prática social que se desenvolve na sociedade, com uma competência científica e técnica, com relativa autonomia de critérios e conseqüentemente, com uma responsabilidade social, associando-se aos direitos humanos, justiça social e dignidade (Carvalho, 2014). ...A intervenção do Serviço Social é influenciada pelo modo como a sociedade está organizada, pelos seus princípios, valores e cultura em que os direitos humanos são fundamentais, destacando-se os princípios da autodeterminação, liberdade e participação, assim como a justiça social e a equidade (p. 264).

A DGS (2006) considera que, em termos gerais, o Serviço Social na Saúde atua: “Na avaliação dos fatores psicossociais que interferem na saúde de pessoas, grupos e comunidades com especial atenção para situações identificadas como de risco e vulnerabilidade; na avaliação dos fatores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação; na intervenção psicossocial a nível individual, familiar e grupal; no aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos médicos e/ou sociais; na promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no doente e baseados em parcerias com o doente, a família e cuidadores informais, na advocacia social em favor do doente e família; na avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades locais de referência; na definição e realização de programas de prevenção e promoção da saúde e comunitária; na educação e informação em saúde; na mobilização, organização e coordenação das entidades e atores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais.”

No decreto de Lei nº 48 357, de 27 de Abril de 1968, afirma-se uma definição possível de Serviço Social na Saúde como aquele que estabelece “as relações entre necessidades pessoais e familiares e os casos de doença”.

O Serviço Social é uma “profissão insubstituível cuja intervenção tem por objetivo reabilitar os laços e as relações sociais que constituem o tecido social.”. Esta ação profissional proporciona “a cada um, qualquer que seja o seu handicap encontrar ou

reencontrar um lugar no corpo social, um reconhecimento, um status, uma identidade, que respeite o sentido da sua cidadania.”. (Pires, 2000:57)

Na perspectiva de Seixo e Louro, (2015), os profissionais de Serviço Social no contexto de saúde, intervêm em múltiplos setores funcionais e utilizam várias abordagens metodológicas para a prestação de serviços sociais à população quer a nível micro, meso e macro, com a finalidade de:

- Identificar as necessidades dos indivíduos, grupos e elaborar diagnóstico da situação problema – nível Micro;
- Reunir informações que possam ser capazes de dar resposta às necessidades do indivíduo ou comunidade – Nível Meso;
- Atender às necessidades dos indivíduos a nível de determinados organismos ou instituições – Nível Macro.

2.4.1. O papel do Assistente Social

O AS, segundo Amaro (2012), é um profissional da área das ciências sociais e humanas com aptidão para intervir, planear e investigar e que atua em três níveis distintos: indivíduos, grupos e comunidade. “Recorre a procedimentos especializados, como o diagnóstico ou a entrevista, e age com o propósito de identificar e resolver os problemas do indivíduo, grupo ou comunidade, adaptando e tornando-o útil à sociedade” (Andrade, 2014, p.48).

A classificação Portuguesa das profissões indica que um AS é um especialista de trabalho social pertencente à categoria dos restantes especialistas das ciências sociais. A 25 de Setembro de 2019, segundo a Assembleia da República (lei 121/2019)¹⁶, O artigo 1º cria a profissão de AS e respetiva ordem, aprovando o seu estatuto. O 2º artigo indica a profissão de AS envolve todos os profissionais que pratiquem a sua atividade de SS em contexto nacional, de modo independente ou através de entidades empregadoras em setores públicos, privado ou cooperativo e social (Oliveira, A., 2020).

Segundo o Código Deontológico dos AS em Portugal (2018), na prática profissional dos AS um conjunto atos a ser aplicados desencadeamento da ação, nomeadamente:

atendimento/acolhimento, início do processo com respetiva informação social; diagnóstico Social, caracterização, avaliação das necessidades e dificuldades dos indivíduos ou famílias. Nesta fase é pertinente que se efetue uma avaliação de capacidades e recursos dos utentes, pois apresenta um ponto fulcral no planeamento da ação; estruturação de relatórios e informações sociais, adaptadas à temática presente; mediação social entre os indivíduos e entidades reguladoras; planificação da ação, conforme situação analisada; idealização, produção e elaboração de projetos sociais; promoção da participação ativa dos indivíduos, na sociedade; administração, direção e coordenação de instituições sociais; atuação na idealização, avaliação e elaboração de programas, políticas sociais e públicas, de forma a promover os direitos humanos; estudo, investigação, com vista a beneficiar o acesso, qualificar os serviços, projetos e políticas sociais. O AS é um profissional que se encontra numa constante aquisição de conhecimentos, isto é, é fulcral ir acompanhando a atualidade e respetivas mudanças sociais (Associação de Profissionais do Serviço Social, 2018).

O profissional de SS trabalha em diversos contextos com uma vasta rede problemática e com diferentes indivíduos. Ao longo do tempo, a área do envelhecimento tem vindo a incorporar um conjunto de problemáticas, no entanto atualmente esta é uma área que requer novos traços na intervenção. Segundo Ray et al. (2009), é de extrema importância que seja realizado um reconhecimento do SS gerontológico e respetivos trabalhadores sociais que dirijam as suas ações aos idosos, uma vez que a sociedade desvaloriza a população mais velha. A representação social da velhice é de carácter negativo, (idadismo) e é constantemente associado a doenças, vulnerabilidade, dependência (Ribeirinho, 2013, citado por Oliveira, 2020).

A consciência ética é muito importante e indispensável na prática profissional de todos os AS. Assim, a capacidade de proceder de acordo com a ética é essencial à qualidade do serviço que a Técnica Superior presta na Ação Social e Saúde, às pessoas e à comunidade.

A intervenção do AS centra-se no estabelecimento de uma relação empática e de confiança com as pessoas no sentido de as ajudar a resolver os seus próprios problemas, tendo sempre em conta, o contexto social e organizacional em que desempenha a sua função, bem como, o contexto relacional do beneficiário, alvo da sua intervenção.

O sucesso da intervenção reside no saber como se relacionar com as pessoas, numa perspetiva profissional e, fundamentalmente, no modo dessa relação. O estabelecimento de uma relação empática permite aos profissionais intervir com estas famílias, no sentido de

capacitá-las para um melhor desempenho das suas competências, através do pleno exercício de cidadania participativa e responsável.

Na opinião de García (2003, citado por Hilário, 2017, p. 34), a intervenção do AS é desenvolvida através de um processo contínuo, coerente, lógico, racional, flexível, dinâmico, crítico e dialético. A sua ação profissional realiza-se através de etapas que se relacionam entre si e que se destinam a conseguir um maior e mais alargado número de soluções para cada caso ou situação social. Assim, na primeira etapa, destinada ao conhecimento da realidade social, é feito o estudo, ou seja, a investigação da realidade, dos problemas, necessidades e recursos. A segunda etapa diz respeito ao diagnóstico social na qual é feita a interpretação técnico-científica da realidade social. Na terceira etapa são definidas as estratégias de ação profissional (plano de intervenção) através da Planificação/Programação. A etapa seguinte diz respeito à execução, ou seja, a intervenção profissional nas problemáticas diagnosticadas, através de diversas técnicas e seguindo a linha de ação planificada. Na última etapa é feita a avaliação através da análise e comprovação dos resultados obtidos e do trabalho realizado. Possibilidade de modificação da estratégia de ação profissional no que se considerar necessário em função da avaliação.

2.4.2. O papel do Assistente Social em uma Unidade de Cuidados Continuados

Na Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, os AS são profissionais, membros das equipas de saúde, cuja função é de acompanhar a intervenção social em unidades de cuidados continuados na comunidade; cuidados de saúde e sociais nas unidades de internamento e em equipas de planeamento das altas nos hospitais. Em qualquer destes campos de ação a intervenção destes profissionais consubstancia-se fundamentalmente pelo planeamento das altas, seja no acesso às unidades residenciais, seja em cuidados continuados de saúde no domicílio (Carvalho, 2014 p. 270).

Segundo o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI: “A intervenção dos Assistentes Sociais nos serviços de internamento, pela centralidade que coloca na dimensão psicossocial do adoecer e do estar doente, visa a humanização e a

qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e famílias, e ainda a rentabilização dos recursos de saúde e sociais próprios de cada Unidade de Internamento” (DGS 2006, p. 9).

No Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI são abordadas as práticas que os técnicos devem desenvolver em cada uma das tipologias de serviços existentes na rede. Estas práticas devem fazer parte da intervenção em qualquer um dos tipos de internamentos existentes na RNCCI (DGS, 2006).

Assim, importa destacar que a RNCCI, privilegia a interdisciplinaridade na prestação dos cuidados e de acordo com Cowles (2003), o Serviço Social na saúde surge no momento em que a consagração das equipas multiprofissionais no âmbito da saúde se tornara uma realidade devido à natureza coletiva da prestação de cuidados de saúde.

A intervenção do Serviço Social em Cuidados Continuados está inscrita no decreto-lei nº 101/2006, de 6 de junho e os profissionais de Serviço Social são chamados a intervir numa perspetiva multidisciplinar integrada em equipas de planeamento de altas, acesso a cuidados no domicílio (...) e no acompanhamento da reabilitação dos doentes e das famílias na comunidade.

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2006, p. 5) considera que, em termos gerais, o Serviço Social na Saúde e nos Cuidados Continuados atua:

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

- ✓ Na educação e informação em saúde; na mobilização, organização e coordenação das entidades e atores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais.

De modo geral, a prática do Serviço Social centra-se na satisfação das necessidades humanas e no desenvolvimento dos recursos humanos. Assim, os AS, dedicam o seu trabalho na promoção da dignidade e do bem-estar das pessoas, grupos e comunidade com as quais trabalham, fazendo recurso aos conhecimentos científicos relativos ao comportamento das pessoas com vista a satisfazer as suas necessidades, aspirações individuais e coletivas (Direitos humanos e Serviço Social,1999).

A nível da Saúde e da RNCCI, a intervenção dos profissionais de serviço social obedece os seguintes procedimentos:

Acolhimento Social: o acolhimento em Serviço Social, está associado ao processo de admissão dos utentes nas unidades ou nos cuidados e representa o primeiro atendimento social individualizado.

Segundo Lewgoy e Silveira (2007), o acolhimento é o encontro entre sujeitos que se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir da qual se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Não se limita ao ato de receber, ouvir, mas a uma sequência de atos que buscam a intervenção resolutiva. Requer o estabelecimento de uma relação empática com os doentes – compreensão do que sentem naquele momento, isto é, compreender o modo como os doentes percecionam o problema.

Durante o acolhimento a recolha de informação sobre a situação psicossocial é determinante para se conhecer a vida pessoal, familiar e comunitária. Assim, é importante recolher dados objetivos quanto à situação pessoal, familiar, económica, habitacional, de suporte familiar e disponibilidades para proteger, cuidar e apoiar o doente.

Diagnóstico Social: depois de efetuar o acolhimento e existindo o consentimento dos doentes e familiares para a intervenção, assim como um conhecimento relativo da situação problema, é importante prosseguir com o aprofundamento das necessidades através do diagnóstico (Carvalho, 2014), que na perspetiva desta autora, implica uma série de atividades:

- ✓ Articulação com redes de familiares, que se realiza com a finalidade de aprofundar o diagnóstico social e é fundamental para estabelecer uma relação de confiança privilegiada com a família.

Assim, é indispensável que a família compreenda que a equipa multidisciplinar também está presente para defender os seus pontos de vista no processo de intervenção, só assim é possível que a mesma se constitua como parceira da intervenção e colabore ativamente em todo o processo.

- ✓ Articulação com a rede comunitária de serviços de saúde e sociais, que requer a elaboração de informações e relatórios escritos que validem as informações transmitidas oralmente e recolhidas através da observação.

Este processo é importante para não só validar as evidências, mas também para responsabilizar as instituições pelo processo de intervenção. Implica também reuniões interprofissionais e intersectoriais, onde os casos possam ser discutidos, definidas as ações e as estratégias de intervenção.

Plano de Ação: na elaboração do plano de ação em Cuidados Continuados destaca-se o planeamento da alta como sendo, um procedimento específico do Serviço Social.

O plano de intervenção, assim como o plano de cuidados, inclui indicadores de avaliação e estes indicadores questionam, por exemplo, a efetividade do diagnóstico, dos objetivos, das ações, das metodologias, do processo de acompanhamento e dos impactos das mesmas e planos de intervenção e de cuidados sociais requerem objetivos exequíveis que tenham em conta a expectativa dos doentes e os recursos existentes ou a desenvolver.

Acompanhamento, execução, avaliação do respetivo plano: segundo Carvalho, (2012), o acompanhamento e execução do plano de cuidados implicam supervisão de apoio ou suporte, administrativa ou burocrática e a supervisão das mesmas é efetuada por um coordenador ou chefe de equipa.

O profissional de Serviço Social garante um apoio/suporte social adequado, desenvolvendo processos:

- ✓ Informativos e de aconselhamento aos utentes e famílias sobre custos ou taxas para a adaptação à doença/perda, favorecendo ou apoiando grupos de suporte ou de autoajuda e nos apoios em fim de vida;

- ✓ Interventivos em situações de crise – em episódios agudos ou de agudização de doença, em episódios de violência, negligência ou trauma, em alterações de vida decorrentes da tomada de conhecimento de diagnósticos ou de mortes;
- ✓ Educativos – em programas dirigidos ao utentes/família e/ou cuidadores, em formação multidisciplinar, em programas interdisciplinares e de educação comunitária;
- ✓ Trabalho de grupo – em função das necessidades e motivações de grupos de utentes/doentes dos serviços de saúde, ações vocacionadas para a criação de trabalho voluntário ou de suporte ao já existente;
- ✓ Na coordenação e mobilização de recursos e criação de recursos comunitários;
- ✓ Continua a apoiar individualmente os doentes e família quando não há possibilidade de alta (DGS, 2006).

2.4.3. Intervenção do Assistente Social com as famílias

A análise da prática profissional dos AS com famílias, pode acontecer a partir de diferentes perspetivas, tais como percurso histórico da profissão. Ou seja, os processos de atenção às famílias, fazem parte da história do Serviço Social enquanto profissão (Miotto, 2004). O mesmo autor, salienta que numa pesquisa feita sobre os processos de intervenção dos AS em famílias com condutas autodestrutiva, foi possível observar que as ações destes profissionais com as famílias passam pela:

- ✓ Orientação da família, com intuito de facultar uma informação a respeito do funcionamento do serviço, como a realização de uma série de entrevistas com a finalidade de apoiar uma família num momento crítico de sua vida;
- ✓ Atendimento direto, dirigido maioritariamente às famílias que, por pobreza ou outra situação que provoca desequilíbrio nas suas funções, são tidas como incapazes;
- ✓ Ações socioeducativas, àquelas que através da informação, da reflexão ou mesmo da relação, visam provocar mudanças;
- ✓ Ações sócio assistenciais, aquelas que visam o provimento e /ou sustentação para atendimento de necessidades específicas das famílias;

- ✓ Ações sócio terapêuticas são desenvolvidas diante de situações de sofrimento das famílias, com a intenção de alterar esta situação;
- ✓ Ações de acolhimento e apoio socioinstitucional, como o próprio nome indica, consistem no acolhimento, apoio e na articulação de recursos através da ativação, das redes sociais e de serviços disponíveis para atender as necessidades familiares.

Segundo Pires (2000) o Serviço Social é uma “profissão insubstituível cuja intervenção tem por objetivo reabilitar os laços e as relações sociais que constituem o tecido social.”

O assistente social deve conhecer os efeitos da doença na vida do utente e da sua família, com o propósito de apoiar e orientar nos problemas do seu funcionamento social, sejam de ordem económica, social, cultural e espiritual, bem como de “ordem psicológica que influenciam a situação de saúde e/ou interferem na doença e no processo de cura” (Carvalho, 2012, p. 35). Deve igualmente perceber como a família está organizada, que tipo de relações mantêm com os cuidadores, se existem fatores socioeconómicos de risco e qual a dinâmica familiar. A intervenção social deve ser direcionada para que as expectativas do doente sejam atingidas.

Se o doente não tiver suporte familiar, se tiver dificuldades económicas, falta de condições de higiene e segurança, isso será um fator de risco e irá agravar a situação de doença. “A ausência de suporte social e o isolamento social têm sido associados às taxas de mortalidade entre indivíduos” (Santo, 2019, p. 1).

Em 2017, Guerra elaborou um artigo científico, referindo a dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar, onde indica que o primeiro contacto com o doente é realizado por médicos e enfermeiros. Estes profissionais sinalizam os utentes como “casos sociais”, fazendo o encaminhamento para o Serviço Social. Este conceito não foi construído pelo Serviço Social. De acordo com a autora, “foi muitas vezes rejeitado pelos assistentes sociais por considerarem que rotula pessoas e problemas” (2017, p.74), pois assume uma intervenção no âmbito de situações de crise e limite, não refletindo sobre essa ação de forma complexa e abrangente inerente ao Serviço Social, mas passou a ser utilizado por aquele grupo de profissionais para enquadrar pessoas em situação de crise com falta de apoio de redes de suporte e que aguardam resolução da sua situação social, quer pelas políticas sociais públicas, quer por parte da comunidade. No entender da autora, em contexto hospitalar, o “caso social” existe “quando as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais colocam em risco a dignidade humana e a integridade da pessoa,

estando em causa a continuidade dos tratamentos e a possibilidade de se repor o seu estado de saúde” (2017, p. 75). Ao deparar-se com um doente que esteja em situação de vulnerabilidade social, apresentando indicadores de risco tais como a falta de sistemas de suporte, principalmente familiar, e isolamento social, o assistente social verifica a necessidade de intervenção. A resolução do “caso social” vai depender dos recursos sociais existentes na comunidade para responder às necessidades da pessoa, e “cabe ao assistente social ter a habilidade para mediar relações entre redes primárias, secundárias e terciárias e mobilizar respostas em tempo útil” (Guerra, 2017, p. 76).

Ao nível das unidades de internamento, o desempenho destes profissionais desenvolve-se tanto ao nível do apoio psicossocial ao doente e família, como ao da articulação dos serviços, internos e externos ao hospital, assegurando a ligação à rede de suporte ao doente e família, onde se inscreve o planeamento da alta (idem). Dito de outra forma, o Serviço Social no apoio às famílias dos doentes internados nos cuidados continuados, em cumprimento com as orientações que constam no Manual de boas práticas para os Assistentes Sociais na Saúde e na RNCCI deve:

- Facilitar o suporte à família e ao doente;
- Ajudar a família e o doente a enfrentar as mudanças provocadas pela doença ou tratamento nos diversos níveis da vida do doente;
- Incentivar a adesão ao ensino para autocuidado, tendo em conta a alta e a continuidade de cuidados;
- Facultar informação e orientação aos doentes e familiares no âmbito da proteção social na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral (DGS, 2006).

Por outra, importa ressaltar que os profissionais de Serviço Social, no trabalho com as famílias dos doentes internados nos Cuidados Continuados Integrados, exercem a função de gestor de expectativas relativamente ao tempo de internamento. E no processo de planeamento da alta identificam os recursos e potencialidades (socioeconómicas, culturais e de vizinhança) para uma prestação de cuidados necessários ao utente

2.4.4. Intervenção do Assistente Social com o utente/doente

Direcionando a sua intervenção para os determinantes sociais da saúde, os assistentes sociais devem desenvolver, na relação com o utente, uma prática direta e indireta (Branco & Farçadas, 2012).

Em termos identitários, o assistente social no campo da saúde não assume a mesma posição que os médicos e enfermeiros, especificando-se a sua prática na “disponibilidade e sensibilidade (...) em relação ao utente” (Branco & Farçadas, 2012, p. 15) e em ações não imediatas nem visíveis como a ação médica. A principal ideia a reter é a de que o assistente social da saúde intervém junto dos utentes que procuram as unidades de saúde por problemas clínicos, procurando remover ou minimizar os efeitos dos problemas sociais no bem-estar ou recuperação dos utentes.

Os autores apresentam uma síntese das funções desempenhadas pelo assistente social da saúde, sendo que este: elabora e participa na construção dos diagnósticos; informa os utentes sobre os seus direitos e deveres; presta apoio psicossocial aos utentes, no sentido de os orientar perante as indicações médicas e de minimizar os efeitos dos problemas sociais na saúde física dos mesmos; informa os médicos, enfermeiros e outros profissionais das condições sociais dos utentes; possibilita o acesso dos utentes aos cuidados de saúde; promove a articulação entre instituições e serviços para apreender os recursos necessários e presta serviço de aconselhamento e consultoria. Desta forma, o profissional é entendido como um consultor, promotor da advocacia social e mobilizador de recursos e mediador entre o utente e os serviços.

3. Metodologia e Objetivos

De acordo com Fortin (2009), a metodologia de investigação assume ao mesmo tempo um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação.

A metodologia pode ser designada como “o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação ou parte de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação” (Fortin, 1999, p.372) in Rosa, 2015.

O investigador deve definir logo à partida o método e as técnicas de recolha e tratamento dos dados que vai utilizar na sua investigação, de forma a conseguir responder aos objetivos a que se propôs no início.

A presente investigação enquadra-se no paradigma interpretativo, que tenta compreender o enriquecimento das relações sociais e pela diversidade do quotidiano dos sujeitos sociais, o que conseqüentemente remete para uma interação entre os indivíduos. De acordo com Guerra (2006:17) através deste paradigma o objeto da análise é construído através da recolha da realidade social, e por conseguinte percebendo o seu significado para a investigação em curso

Este estudo foi realizado através de um método de investigação qualitativa. No método qualitativo “a preocupação central não é a de saber se os resultados são suscetíveis de generalização, mas sim a de que os outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados” (Bogdan e Biklen, 1994). A investigação qualitativa dá uma grande importância à validade do trabalho realizado, sendo que neste tipo de método tenta-se que os dados recolhidos sejam de acordo com o que os indivíduos dizem e fazem.

A pergunta de partida para a constituição da investigação foi “Qual é o papel do Assistente Social em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados?”.

O objetivo geral é “Perceber o papel da Assistente Social no processo de acompanhamento em uma unidade de Cuidados Continuados Integrados, desde a admissão do utente/doente

até á data de alta ou óbito”. No que respeita aos objetivos específicos são mais concretos e pretendem dar seguimento ao objetivo geral:

- Compreender quais as ações que o Assistente Social desenvolve noacompanhamento aos doentes/utentes e às suas famílias;
- Compreender quais os principais desafios profissionais que o os Assistentes Sociais enfrentam em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

Nesta investigação, de forma a conseguir atingir os objetivos definidos foi utilizada a entrevista, a análise bibliográfica e documental e a observação direta.

Uma entrevista proporciona ao entrevistador a informação necessária, sendo que estas são efetuadas cara a cara. Segundo Quivy. & Campenhoudt (1998:191-192), as entrevistas permitem a “aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interação humana.”, sendo esse o aspeto que a diferencia das outras técnicas uma vez que, quando bem aplicadas “permitem ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados.”

A entrevista utilizada foi a semiestruturada, uma vez que nos permite orientar a entrevista para aquilo que são os nossos interesses enquanto investigadores.

“O investigador dispõe de uma série de perguntas, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado. O investigador esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objetivos e por colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio” (Quivy & Campenhoudt, 1995:193).

Para Bardin a análise de conteúdo surge como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A análise documental tem como objetivo “dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação.” (Romão, 2012)

A observação “Consiste na construção do instrumento capaz de recolher ou de produzir a informação prescrita pelos indicadores” (Quivy & Campenhoudt, 1995:163)

O presente estudo foi realizado na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Monção, com o acompanhamento da Assistente Social da Unidade que disponibilizou todos os documentos e se mostrou sempre disponível para todas as questões e dificuldades.

4. Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

No âmbito da recolha da informação foi realizada uma entrevista à Assistente Social da Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Monção.

O guião de entrevista utilizado encontrava-se dividido em quatro temas nomeadamente:

- Caracterização do perfil;
- Funcionamento da Unidade;
- Compreender quais as ações que a Assistente Social desenvolve no acompanhamento dos utentes e das famílias;
- Compreender quais os principais desafios profissionais que os Assistentes Sociais enfrentam em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados;

Cada tema tinha as suas perguntas, e dentro das perguntas subperguntas que serviram para ajudar a direcionar a pergunta para a resposta que pretendia obter.

Neste capítulo constarão ainda as observações diretas que realizei na Unidade. Para iniciar a análise dos resultados, realizei uma tabela com as características da entrevistada que fez parte do estudo.

Género?	Feminino
Idade?	61 Anos
Quais as suas habilitações académicas?	Licenciatura em Serviço Social

Desde quando exerce a sua profissão?	38 Anos
Há quanto tempo trabalha nesta instituição?	15 Anos

Tabela 1- Perfil da entrevistada

Caraterização da Unidade de Cuidados Continuados Integrados/ Conhecer o funcionamento da Unidade de Cuidados Continuados:

A referenciação de utentes para a RNCCI é efetuada pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) do hospital de agudos ou pelas Equipas Referenciadoras dos Cuidados de Saúde Primários, que são responsáveis por realizar o diagnóstico da situação de dependência, mediante avaliação médica, enfermagem e social, sendo a decisão final validada pela ECL da área de residência do utente.

AS: “Para o ingresso numa Unidade de Cuidados Continuados é necessária uma referenciação, referenciação essa feita pelos Hospitais ou pelos Centro de Saúde, caso o utente se encontre no domicílio. (...)”

Constatamos então que existe todo um processo de avaliação e articulação, antes do utente/doente ingressar numa Unidade de Cuidados Continuados. O utente/doente para ser referenciado para uma UCCI tem de reunir critérios para tal.

Segundo o que se encontra descrito na Portaria nº 50/2017, uma Unidade de Cuidados Continuados deve ter um Médico, um Psicólogo, Enfermeiros, Fisioterapeuta, Assistente Social, Terapeuta da Fala, Animador Sociocultural, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional e Pessoal Auxiliar.

Perfil Profissional	Unidade de Convalescência	Unidade de Média Duração e Reabilitação	Unidade de Longa Duração e Manutenção	Unidade de Cuidados Paliativos (b)	Frequência
Médico (Inclui Médico Fisiatra)	40	30	20	20	presença diária (d)
Psicólogo	20	20	20	10	presença ao longo da semana
Enfermeiro (Inclui Coordenador e Enfermeiro de Reabilitação)	480	360	240	320	presença permanente
Fisioterapeuta	80	80	20	10	presença diária
Assistente Social	40	40	40	10	presença ao longo da semana
Terapeuta da Fala	8	8	0	0	presença ao longo da semana
Animador Sócio-cultural	20	20	40	0	presença ao longo da semana
Nutricionista	5	5	4	4	presença ao longo da semana
Terapeuta Ocupacional	40	40	20	0	presença ao longo da semana
Pessoal Auxiliar	560	480	320	320	presença permanente

Perfil Profissional	Unidade de Dia e Promoção da Autonomia (e)	Frequência
	Horas Semanais (f)	
Médico (Inclui Médico Fisiatra)	8	
Psicólogo	20	presença dias úteis
Enfermeiro	20	presença dias úteis
Fisioterapeuta	20	presença dias úteis
Assistente Social	20	presença dias úteis
Animador Sócio-cultural	40	presença dias úteis
Terapeuta Ocupacional	20	presença dias úteis
Pessoal Auxiliar	120 (g)	presença dias úteis

(a) Considera a lotação de 30 camas/lugares.

(b) Considera a lotação de 15 camas. Excluída a necessidade de ter Fisiatra e Enfermeiro de Reabilitação.

(c) As horas semanais correspondem ao mínimo recomendado de horas contratadas por grupo profissional, sendo possível a flexibilidade das equipas no caso de existir mais do que uma tipologia na mesma instalação.

(d) Na Unidade de Longa Duração e Manutenção, deve considerar-se a presença de Médico ao longo da semana.

(e) Dotação a reajustar em função da especificidade da Unidade.

(f) Inclui 20 horas semanais de Motorista.

Tabela 2: Recursos Humanos recomendados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Face a resposta da Assistente Social podemos constatar que a Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Monção se encontra de acordo com a lei em vigor.

AS: “Atualmente a equipa multidisciplinar é composta por dois Médicos, uma Assistente Social, uma Terapeuta da Fala, uma Terapeuta Ocupacional, três Fisioterapeutas, dois Fisiatras, uma Psicóloga, uma Nutricionista, uma Animadora sociocultural, Enfermeiros e Auxiliares.”

Compreender quais as ações que o Assistente Social desenvolve no acompanhamento aos utentes/doentes e às suas famílias:

As equipas de profissionais que intervêm com doentes em Cuidados Continuados Integrados, devem adequar as suas intervenções às necessidades individuais do doente e da família, implementando medidas que promovam, a autonomia e a participação (...) e o reforço das suas capacidades (Imagínario, 2004, citado por Lopes, 2007).

Segundo Cárcer (2000) os profissionais de serviço social devem deter um conjunto de técnicas e estratégias metodológicas que os ajudem ao cumprimento dos objetivos. A recolha de dados procura encontrar respostas como a constituição do agregado familiar, as

funções emocionais de cada membro, os níveis de comunicação, os padrões morais e familiares, as preocupações em geral, etc.. A avaliação implica avaliar o desempenho das funções tendo em conta os objetivos propostos, avaliar os resultados da intervenção e a evolução do processo, etc.. (Cárcer, 2000).

AS: “ (...) Mais concretamente ao nível social, é realizado o acolhimento ao utente e/ou família, esclarecendo o funcionamento da Unidade e normas da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Realizo um acompanhamento psicossocial, oriento para as respostas sociais de apoio formal existentes na comunidade, bem como para os direitos sociais.”

O assistente social procura, em conjunto com o utente e família, a solução às dificuldades que se apresentam tanto ao nível social como psicossocial, visando a recuperação do bem-estar individual e social. Assim, de modo claro, evidencia-se que o serviço social é, regra geral, o serviço que informa, encaminha, estimula e orienta os doentes e as suas famílias, em função das exigências necessárias à aquisição de bens e serviços.

AS: “O papel do Assistente Social passa por se apresentar como um suporte psicossocial de cada utente. Elaboramos um diagnóstico social que funciona como base para a intervenção e escolha de estratégias de intervenção (...).”

O desempenho dos Assistentes Sociais é desenvolvido ao nível do apoio psicossocial do doente e da família, da articulação dos serviços internos e externos, assegura a ligação da rede de suporte ao doente e/ou familiar, onde assenta o planeamento da alta. (DGS, 2006).

Segundo o que se encontra descrito no Manuel do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua “A preparação da alta deve ter início antecipadamente, de forma a permitir encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados, conjeturando a necessária articulação entre a unidade, a competente ECL e ou a ECL da área do domicílio do utente.”

AS: “A intervenção do Serviço Social na alta do utente é começada a tratar assim que se inicia a admissão. (...) Sendo esta questão trabalhada continuamente durante o internamento.”

O planeamento da alta, depende dos objetivos terapêuticos e sociais traçados inicialmente e da evolução do utente ao longo dos diversos atendimentos. O Serviço Social na saúde, dada a sua natureza e finalidade, será o mais indicado para liderar a gestão da alta de acordo com as necessidades individuais de cada doente (Masfret, 2012).

Podemos então constatar que efetivamente o planeamento de alta deve ser começado a trabalhar no momento de admissão do utente/doente. No entanto deve ser trabalhado continuamente durante o internamento.

Mondragón e Trigueros (1999, citado por Carvalho 2013, p.11), afirmam que o Assistente Social, será o eixo de articulação entre a equipa de saúde e a comunidade, mobilizando recursos e articulando-os com as instituições comunitárias.

Para Eustáquio e Cardoso (2000, citados por Oliveira 2016, p.14) os Cuidados Continuados Integrados são de natureza multidisciplinar e intersetorial com áreas específicas de articulação entre vários níveis de cuidados de saúde e de rede social de apoio. Carvalho (2013), afirma que ao AS que trabalha em contexto da RNCCI, cabe a função de mobilizar os recursos e ser mediador entre o utente e os serviços. A mesma autora, afirma que os contributos do serviço social surgem associados à melhoria da prestação de cuidados e à sensibilização de estruturas para a acessibilidade dos utentes.

AS: “ (...) articulo também com a Segurança Social, SAAS, IPSS’s, ERPI’s, Câmaras Municipais, Juntas de Freguesias, entre outras entidades, de forma a conseguir responder/resolver as situações de cada utente/doente.”

A mobilização de recursos e o trabalho em rede facilita a resolução do problema.É muito importante para a prática profissional na medida em que permite um trabalho mais eficaz, nomeadamente na mobilização de apoios e recursos para os utentes/doentes.

O conceito de rede aponta, de acordo com Carrilho (2008), para um conjunto de ligações em que estão presentes atores coletivos e individuais, assim como regras que possibilitam o seu funcionamento. As parcerias, como modos de trabalho, surgem, assim, como dinamizadoras da rede, possibilitando a sobrevivência da mesma. Para Neves (2009) as redes são sistemas organizacionais que congregam indivíduos e instituições, envolvidos em torno de objetivos em comum.

Compreender quais os principais desafios profissionais que os Assistentes Sociais enfrentam em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados:

Silva (2001) refere que a realidade social em que se vive exige dos profissionais de Serviço Social uma luta contra os problemas sociais.

Na perspetiva de Martins, (2002); Nunes e Alves, (2003); Figueiredo, (2007), citados por Louro (2009, p. 164), a notícia da alta hospitalar gera, muitas vezes, algum sentimento de preocupação por parte de quem vai desempenhar o papel de cuidador, visto que esta situação do cuidar implica uma reorganização familiar e social que lhe permita dar uma resposta eficaz à continuidade de cuidados.

AS: “ (...) Nem sempre querem colaborar no planeamento de alta dos familiares, mas temos que nos saber impor e fazer-las perceber que as Unidades de Cuidados Continuados são uma resposta temporária e não permanente.”

É muito importante que as famílias sejam envolvidas durante todo o internamento do utente/doente.

Observação Direta (Anexo II)

Os cinco dias de observação realizados na Unidade da SCM de Monção, foram muito enriquecedores e uma mais-valia para a realização deste estudo.

Apesar de apenas ter sido cinco dias, foram muito produtivos e foi possível: compreender o funcionamento de uma UCCI, o papel do Assistente Social, procedimentos a realizar, conhecer as plataformas com que o AS trabalha, etc.

Após dar entrada na Unidade o AS deve realizar a admissão do utente numa plataforma intitulada de Gestcare. Nessa plataforma consta uma breve caracterização do utente previamente realizada pelo AS do Hospital, ou do Centro de Saúde, dependendo da proveniência do utente. Apesar disso o AS da Unidade deve realizar o seu próprio diagnóstico social, e colocar a avaliação no Gestcare.

Nessa avaliação consta a composição do agregado familiar, de quem recebe apoio, que tipo de apoio recebe, tipo de rendimentos/prestações sociais que auferem, situação habitacional, diligências já efetuadas/em curso e observações.

Quando os utentes/doentes se encontram distantes da sua área de residência, por norma estes, familiares e/ou a pessoa responsável pelo internamento, solicitam à AS que realize um pedido de transferência por proximidade à área de residência.

A Assistente Social deve informar o utente/doente, família ou pessoa responsável pelo internamento acerca das unidades existentes perto da sua área de residência. Depois de terem selecionado a ou as Unidades pretendidas, a AS realiza o pedido através da plataforma SGTD e por ordem de preferência das Unidades.

Depois de realizado o pedido este vai ser analisado pela ECL e pela ECR e aprovado ou não. Caso seja aprovado, irá ser submetido um novo Consentimento Informado para a pessoa responsável pelo internamento ou o utente, no caso de estar consciente e orientado, assinar. Após estar assinado o utente fica a aguardar vaga de integração nas unidades selecionadas, sendo que assim que surgir vaga a AS recebe um email por parte da ECL a comunicar o dia, a hora e a Unidade para qual o utente tem vaga.

A AS entra em contacto com a pessoa responsável pelo internamento, para perceberem se pretende manter a transferência. Em certos casos como a transferência surgiu apenas um mês antes da data de alta prevista, a transferência deixa de ser pretendida e é cancelada pela AS.

Depois de confirmar que a transferência se mantém, é questionado à ECL se o utente é isento ou não. No caso de ser isento é a AS que diligencia o transporte através da plataforma de Sistema de Gestão do Transporte de Doentes (SGTD).

A AS informa a equipa acerca da transferência do utente e é elaborada uma carta de alta por todos aqueles que intervieram diretamente com este. Juntamente com a carta de alta o utente leva o Consentimento Informado.

Foi ainda possível presenciar uma reunião de admissão. Sempre que há uma nova admissão a AS agenda uma reunião multidisciplinar.

Nestas reuniões são explicadas as normas e o funcionamento da RNCCI, é apresentado um Guia de Acolhimento, e são questionadas as expectativas do utente/doente, família ou pessoa responsável pelo internamento.

A AS tentar perceber a situação familiar, a situação socioeconómica, a situação habitacional, bem como o planeamento de alta do utente. Orienta para as respostas sociais de apoio formal existentes na comunidade, orienta para os direitos sociais, para os locais de aquisição das ajudas técnicas quando necessário.

No final de cada reunião é realizada uma ata da reunião por todos os elementos presentes e assinada.

Através desta observação pude estar em contato direto com a realidade e perceber qual é o Papel que uma Assistente Social desempenha em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

5. Conclusões e Considerações Finais

Este capítulo tem como função resumir e analisar as expectativas impostas inicialmente, os objetivos propostos, as experiências que os Assistentes Sociais têm numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, as dificuldades sentidas e a perspetiva de futuro desta área.

O atual contexto demográfico e de saúde em Portugal resultante de graduais alterações a esses níveis ao longo dos anos traduz-se numa população mais envelhecida e portadora de doenças crónicas num leque mais abrangente de idades. Este facto acarreta um grau de incapacidade considerável a estes indivíduos, o que indiscutivelmente lhes implica a necessidade de apoio de terceiros.

Como relatado ao longo deste estudo a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI surge como uma resposta articulada para atender e prestar cuidados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

A inclusão dos técnicos de serviço social nesta área destaca-se sobretudo no planeamento e preparação da alta e na integração dos utentes/doentes na comunidade, na prestação do apoio psicossocial ao utente/doente e família e no estabelecimento da ligação entre a RNCCI, família e outras instituições

Os AS revelam-se fundamentais nesta área de intervenção, uma vez que se constituem como elo de ligação entre os utentes, as famílias e a comunidade.

Os AS, ao longo do acompanhamento das famílias dos utentes/doentes deparam-se com uma série de problemas, de entre eles: a ausência de respostas sociais, a insuficiência económica, a desresponsabilização e o conformismo e a desinformação.

Este estudo teve como principal objetivo procurar conhecimentos sobre as práticas profissionais do Assistente Social, na área da saúde e mais especificamente numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, para que se conseguisse perceber a atuação destes mesmos profissionais nesta área.

Relativamente à revisão bibliográfica realizada, esta permitiu obter um maior conhecimento e entendimento das práticas profissionais dos assistentes sociais, de forma a corresponder aos objetivos do estudo.

Foi muito importante conhecer bem a Rede de Cuidados Continuados Integrados Unidades de Cuidados e o seu funcionamento, para posteriormente perceber quais as capacidades profissionais que os Assistentes Sociais necessitam de ter para serem capazes de dar resposta de forma mais profissional e adequada possível.

No que diz respeito às funções da Assistente Social podemos verificar que, não só através da entrevista realizada, mas também através da observação direta que anda muito na base do atendimento, acolhimento, advocacia social, apoio psicossocial, contatos institucionais, avaliação social, trabalho em rede.

O Assistente Social na sua intervenção sustentado de ideais humanos, privilegia o acolhimento do utente/ doente e da família, a realização de um plano individual de cuidados bem como o seu acompanhamento psicossocial e a sua seleção de estratégias ao nível da comunidade.

Desde o dia da admissão à data de alta, ou conseqüentemente óbito do utente/doente o AS desempenha um trabalho deveras importante, pois apesar de o utente ter alta clínica, se não reunir condições sociais, terá de permanecer na unidade por um período superior ao estipulado, o que não deve ocorrer. Para isso assim que o utente/doente é admitido o AS realiza o diagnóstico social e tenta combater as suas vulnerabilidades/dificuldades desde o momento de admissão.

Em investigações futuras seria interessante alargar o estudo a mais instituições uma vez que o presente estudo apenas se reportou a uma, podendo assim ter um vasto leque de opiniões e formas de trabalhar distintas.

Bibliografia e webgrafia

Apross.pt. (2014). Definição de Serviço Social: Associação dos Profissionais de Serviço Social.<http://www.apross.pt/profissao/defini%C3%A7%C3%A3o>.

Bardin, L. (2013). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70;

Branco, F., & Farçadas, M. (2012). O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contextos, Perspetivas e Desafios. Em M. I. Carvalho, Serviço Social na Saúde (pp. 1-23). Lisboa: Pactor.

Carmo, Hermano. & Ferreira, Manuela Malheiro. (1998). Metodologia da Investigação: guia para a autoaprendizagem. Universidade Aberta;

Carvalho, M. (2010). Serviço Social em Portugal: Percorso Cruzado entre a Assistência e os Direitos.Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

Carvalho, M. (2012). Serviço Social na Saúde. 1ª edição. Lisboa: Pactor.

Carvalho, M. (2013). Serviço social na saúde. 2ª edição. Lisboa: Pactor.

Carvalho, M. (2014). Política de Saúde e de Cuidados Continuados Integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. Revista Katálysis, [online] 17(2), [pp.261-271].

Carvalho, Maria Irene. (2012). Serviço Social na Saúde. Pactor – Edições de Ciências sociais e política Contemporânea;

Costa, D. (2000). O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais: Serviço Social e Sociedade, (nº62), [pp.35-72].

Direção-Geral da Saúde (2006). Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
https://www.segsocial.pt/documents/10152/146439/rncci%20boas_praticas_assistentes_sociais_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555;

Decreto de Lei Nº 48357 de 27 de Abril de 1968.
<https://dre.tretas.org/dre/16804/decreto-lei-48357-de-27-de-abril>;

Espaço do Assistente Social. (2003). Serviço Social. <http://www.eas.pt/servico-social>;

Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa. Autores: Catarina Resende de Oliveira, Manuel Santos Rosa, Anabela Mota Pinto, Maria Amália Silveira Botelho, António Morais, Manuel Teixeira Veríssimo. (Outubro de 2010);

Fernandes, A.; Dias, H.; Ferreira, M. de L.; Cabrita, T. (1993). O surgimento do Serviço Social nas Misericórdias Portuguesas. Revista Intervenção Social. (nº 8), Lisboa: ISSSL, Departamento Editorial.

Figueiredo, D. (2007). Cuidados Familiares ao Idoso Dependente. Lisboa: Climepsi;

GARCIA, Tomás F. e Carmen Aleman Bracho (coords) (2003), Introduccion al Trabajo Social, Madrid, Ed. Ciencias Sociales, Alianza;

Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados. https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

Jean-Marie de Ketele & Xavier Roegiers. (1993). Metodologia da recolha de dados. Lisboa: Instituto Piaget;

Lakatos, Eva Maria. & Marconi, Marina de Andrade. (1992). Metodologia do trabalho científico, 4ª edição. São Paulo: Atlas;

Leão, C., Ataíde, Â., Revés, M., Marques, M. Ponte, S., (2011), “Globalização do envelhecimento – o caso português”. http://www.cepese.pt/portal/investigacao/working-papers/populacao-eprospectiva/globalizacao-do-envelhecimento-2013-o-caso-portugues/globenvelhecimento-portugal_publicaassapso-cepese;

Rede Nacional de Cuidados Continuados. Manual do Prestador. https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5

Ministério da Saúde (2024): Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI. <https://umcciwebrncci.minsaude.pt/index.php?action=Login&module=Users>;

Mioto, R. (2004). Trabalho e Alienação: Elementos para Pensar a Dimensão da Ética do Trabalho dos Assistentes Sociais. Textos & Contextos Revista Virtual Textos & Contextos. (nº 3), ano III, dez. 2004.

<http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/Trabalho%20com%20fam%EDias.pdf>;

Pires, L. (2000). A formação dos assistentes sociais da saúde. In Revista Intervenção Social, Ano X, nº 21, Lisboa: cooperativa de Ensino Superior, Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico, CRL;

Quivy, Raymond & Van Campenhoutd, Luc (1992). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva;

Quivy e Campenhoutd (1995). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Paris: Gradiva;

Rosa, Maria João V. (2012). O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;

Santiestebam, I. (2002). La participacion de la família en cuidados paliativos. En Astudillo W., Morales, A., Claré, E., Cabarcos, A., Lerdaneta, E. San Sebastián: Eds. Advances recientes em cuidados paliativos -Michelena Artes Gráficas;

Vanzini, L. (2010). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. In Documentos de Trabajo Social, nº47, pp.184-199;

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

Anexos

Anexo I – Transcrição da Entrevista

Dimensão 1

Objetivo: Caracterização da pessoa entrevistada/Conhecer o perfil da pessoa entrevistada:

- 1- **Género:** Feminino
- 2- **Idade:** 61
- 3- **Quais as suas habilitações académicas?** Licenciatura em Serviço Social
- 4- **Desde quando exerce a sua profissão?** 38 Anos
- 5- **Há quanto tempo trabalha nesta instituição?** 15 Anos

Dimensão 2

Caracterização da Unidade de Cuidados Continuados Integrados/ Conhecer o funcionamento da Unidade de Cuidados Continuados Integrados:

6- Qual o tempo de espera para conseguir ingressar numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados?

AS: “O tempo de espera para conseguir ingressar numa Unidade de Cuidados Continuados é muito relativo pois depende da tipologia que necessite, geralmente o tempo mínimo é cerca de duas ou três semanas.”

7- Quais os critérios e o que se deve fazer para ingressar em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados?

AS:“Para o ingresso numa Unidade de Cuidados Continuados é necessária uma referência, referência essa feita pelos Hospitais ou pelos Centro de Saúde, caso o utente se encontre no domicílio. Os critérios são também analisados/confirmados por essas mesmas entidades.”

8- Quantos utentes pode ter no máximo a Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Monção?

AS: “A Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Monção possui uma capacidade máxima de trinta e quatro camas, nomeadamente dezassete na tipologia de Média Duração e Reabilitação e dezassete na tipologia de Longa Duração e Manutenção.”

9- Considera que a Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Monção tem uma boa capacidade de resposta para o problema/situação dos utentes?

AS: “Apesar de surgirem por vezes situações inesperadas, mais complexas, temos sempre conseguido superar todas as adversidades em equipa. Considero por isso que a nossa Unidade tem sim uma boa capacidade de resposta e trabalhamos todos os dias para que assim seja.”

10- Por quantos elementos é composta a Equipa Multidisciplinar da Unidade?

AS: “Atualmente a equipa multidisciplinar é composta por dois Médicos, uma Assistente Social, uma Terapeuta da Fala, uma Terapeuta Ocupacional, três Fisioterapeutas, dois Fisiatras, uma Psicóloga, uma Nutricionista, uma Animadora sociocultural, Enfermeiros e Auxiliares.”

Dimensão 3

Comprender quais as ações que o Assistente Social desenvolve no acompanhamento aos utentes/doentes e às suas famílias:

11- Na Unidade, que tipo de acompanhamento é prestado ao utente/doente?

AS: “É realizado um acompanhamento ao nível, social, médico, de enfermagem e pelos fisioterapeutas, ou seja, somos as quatro categorias profissionais que têm que avaliar o utente/doente, as condições em que o nos chega e o trabalho que temos pela frente. Mais concretamente ao nível social, é realizado o acolhimento ao utente e/ou família, esclarecendo o funcionamento da Unidade e normas da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Realizo um acompanhamento psicossocial, oriento para as respostas sociais de apoio formal existentes na comunidade, bem como para os direitos sociais.”

12- Com que atores sociais interage, além dos utentes/doentes?

AS:“Diariamente articulamos entre equipa. Para além desse contacto mais direto, quando e se necessário articulo também com a Segurança Social, SAAS, IPSS’s, ERPI’s, Câmaras Municipais, Juntas de Freguesias, entre outras entidades, de forma a conseguir responder/resolver as situações de cada utente/doente.”

13- Na Unidade qual é o seu papel como Assistente Social, quais são as suas funções?

AS: “O papel do Assistente Social passa por se apresentar como um suporte psicossocial de cada utente. Elaboramos um diagnóstico social que funciona como base para a intervenção e escolha de estratégias de intervenção. Realizam-se reuniões de acolhimento e acompanhamento com os familiares/cuidadores, os próprios utentes ou os responsáveis pelo internamento, para envolver os mesmos na análise e evolução da reabilitação/manutenção do utente e preparação da alta nos casos em que se justifique.”

14- O processo de alta do utente/doente é começado a tratar assim que o utente dá entrada na Unidade?

AS: “ A intervenção do Serviço Social na alta do utente é começada a tratar assim que se inicia a admissão.No ato da admissão é realizada uma reunião com o utente e/ou familiares ou pessoa responsável pelo internamento, para a elaboração do

diagnóstico social. Através deste primeiro contacto conseguimos perceber o que tem em mente para o destino de alta do utente. Sendo esta questão trabalhada continuamente durante o internamento.”

15- São realizadas reuniões com as famílias dos utentes/doentes?

AS: “ Sim, logo no ato de admissão é realizada uma reunião. Posteriormente são realizadas reuniões quando a família solicite ou caso a equipa considere necessário.”

Dimensão 4

Compreender quais os principais desafios profissionais que os Assistentes Sociais enfrentam em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados:

16- Para si, como profissional, quais são os principais desafios/problemas que sente no desempenhar da sua função em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados?

AS: “Um grande problema com que nos deparamos é a falta de respostas sociais, principalmente de Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI's), para dar seguimento às necessidades dos utentes após a alta do internamento.”

17- Considera que por vezes as famílias podem ser um “ obstáculo” para o seu trabalho?

AS: “ Sim.

Todos os dias lidamos com diversas famílias, diversos contextos/realidades, diversas personalidades. Nem sempre querem colaborar no planeamento de alta dos familiares, mas temos que nos saber impor e fazer-las perceber que as Unidades de Cuidados Continuados são uma resposta temporária e não permanente.”

Anexo II – Observação Direta

1º Dia: No primeiro dia tive a reunião com a Diretora Técnica e com a Assistente Social da unidade, de modo a conhecer as instalações, o funcionamento, e os profissionais da Unidade.

A A.S.deu-me acesso a documentos para eu ir dando uma vista de olhos e explicou-me as duas tipologias existentes na unidade e o funcionamento das mesmas.

Mostrou-me ainda o Termo de Aceitação e o Consentimento Informado que são os dois documentem que os utentes ou as respetivas famílias assinam para serem admitidos na Unidade.

No Termo de Aceitação consta o responsável pelo internamento e os valores que o utente terá que pagar durante o período de internamento. E o Consentimento Informado onde consta a duração do internamento, no caso da tipologia Média Duração e Descanso de Cuidador, e a assinatura da pessoa responsável pelo internamento, como aceita ser transferido para os locais estipulados no documento.

2º Dia: No segundo dia tivemos uma nova admissão e a A.S. explicou-me que existe um programa - o Gestcar, onde constam os dados do utente (nome, data de nascimento, NIF, NISS, morada, etc) e onde devemos realizar uma avaliação do utente 48 horas no máximo após a sua entrada, depois dessa primeira avaliação deve ser feita quinzenalmente no caso da tipologia Média Duração e de dois em dois meses no caso da tipologia Longa Duração.Nessa avaliação tem que constar o agregado familiar, de quem recebe apoio, que tipo de apoio recebe, rendimentos, situação habitacional.

Após ser admitido um novo utente, deve ser realizada uma reunião de acolhimento/admissão com os vários membros da equipa, nomeadamente o (a) médico, o (a) Fisioterapeuta, o(a) Enfermeiro, o Assistente Social e quando se justifica o (a) Terapeuta da fala, o (a) Psicólogo e o (a) Terapeuta Ocupacional.

3º Dia: Fiz juntamente com a A.S. um pedido de transferência por proximidade à residência de um utente. Para isso a A.S. deve conversar com a família, ou com utente no caso de estar consciente e orientado, e dar-lhe a conhecer as unidades mais perto da sua área de residência.

Depois de selecionado ou selecionados os locais, a A.S realizam o pedido na plataforma Gestcare. Depois do pedido estar realizado, tem de ser aceite pela ECL – Equipa Coordenadora Local e pela ECR- Equipa Coordenadora Regional. Após ser aceite submetem o Consentimento Informado no Gestcare e a A.S. faculta esse mesmo documento à pessoa responsável pelo internamento para que esta assine para posteriormente o (a) utente fique a aguardar uma vaga para a(as) unidade (s) selecionada (s).

4º Dia: No quarto dia surgiu a transferência de um dos utentes, tendo a A.S contactado os familiares para os avisar. Depois de surgir uma transferência e caso o(a) utente seja isento, é a própria A.S. a diligenciar o transporte através de uma plataforma denominada SGTD – Sistema de Gestão do Transporte de Doentes, caso contrário o utente ou a família é que terão que se responsabilizar por assumir os custos do transporte.

Quando um utente tem alta é realizada uma carta com a informação de todos os membros da equipa multidisciplinar que intervieram diretamente com ele. O utente leva também o Consentimento Informado com ele. Nesta unidade em concreto a cada utente é atribuído um gestor de caso e esse mesmo gestor é quem fica responsável por realizar a nota de alta do utente no Gestcare, imprimir a carta de alta, realizar um questionário de satisfação ao utente ou à família, dar alta no Gestcare.

5º Dia: Fui a uma reunião de admissão de uma utente da tipologia Média Duração. Nesta reunião estava presente a equipa multidisciplinar, a filha e a utente, uma vez que esta se encontrava consciente e orientada. A A.S. começou por tentar perceber a situação familiar, a situação socioeconómica, a situação habitacional. Depois abordou a questão das ajudas técnicas e os locais de aquisição das mesmas, questionando também o planeamento de alta. A A.S orientou também a utente e a filha para as respostas sociais de apoio formal existentes na comunidade, e orientou também para os direitos sociais, nomeadamente para o Complemento por Dependência e Atestado Médico de Incapacidade Multiusos.

No fim da reunião foi elaborada uma ata e dada a assinar a todos os membros presentes. Essa reunião irá posteriormente para o processo da utente e será também registada no Gestcare.

Neste dia, e como era o último dia, realizei a entrevista à A.S.

Esta página foi intencionalmente deixada em branco