



MESTRADO EM CUIDADOS CONTINUADOS

**O Serviço Social no apoio às famílias de utentes integrados na RNCCI:
configurando os Sentimentos, Vivências e Expetativas dos familiares
na perspetiva dos Assistentes Sociais**

Georgina Penjombili Tobias

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados.

Orientadores

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Mestre Susete Maria Lucas Coelho Abrunhosa

Bragança, junho, 2017



MESTRADO EM CUIDADOS CONTINUADOS

O Serviço Social no apoio às famílias de utentes integrados na RNCCI: Configurando os Sentimentos, Vivências e Expetativas dos familiares na perspetiva dos Assistentes Sociais

Georgina Penjombili Tobias

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados.

Orientadores

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Mestre Susete Maria Lucas Coelho Abrunhosa

Bragança, junho, 2017

Agradecimentos

A concretização deste trabalho só foi possível com o empenho e dedicação de todos, que colaboraram de forma direta ou indireta, formal ou informal, por isso expresso aqui o meu mais profundo agradecimento.

À Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata e à Mestre Susete Maria Lucas Coelho Abrunhosa, pela orientação deste trabalho.

Agradeço de modo especial aos Provedores da Santa Casa da Misericórdia e aos Diretores Técnicos das Unidades de Longa Duração e Manutenção por facilitarem o contacto formal e aceitarem o meu pedido, sem a vossa abertura não seria possível realizar as entrevistas.

Manifesto também o meu profundo agradecimento a todos os meus colegas Assistentes Sociais das unidades que se disponibilizaram para participar no estudo.

Não podia deixar de manifestar o meu eterno agradecimento ao senhor Tony que, de modo incansável, se prontificou e ajudou-me com o transporte para me deslocar às unidades, onde o acesso com os transportes públicos é difícil por causa dos horários.

A todos os que me apoiaram, incentivaram e acreditaram em mim. Só tenho a dizer sem vocês não seria possível chegar a esta fase Iyaló, Ndapandula, Ngassakidila, ou, simplesmente, MUITO OBRIGADA.

Resumo

A missão do Serviço Social, no apoio às famílias dos utentes internados na Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 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. Com o presente trabalho pretende-se configurar os sentimentos, vivências e expectativas, manifestadas pelas famílias dos utentes da RNCCI na perspetiva dos Assistentes Sociais (AS). Utilizou-se uma metodologia qualitativa de abordagem fenomenológica, com recurso a um guião de entrevista semidiretiva. Foram entrevistados cinco Assistentes Sociais (AS) que trabalham em Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) do distrito de Bragança. O conteúdo das entrevistas foi analisado com base na técnica de análise de conteúdo. Dos resultados obtidos em relação aos sentimentos percebidos pelos assistentes sociais observaram-se sentimentos positivos (confiança, segurança; esperança; interesse e preocupação) e negativos (a angústia tristeza; conformismo, insegurança; ansiedade, desconfiança, incerteza; desresponsabilização medo e impotência). Quanto ao significado das vivências identificaram-se vivências de estímulo positivo e negativos querer nas famílias quer nos utentes. EM relação às expectativas manifestadas pelas famílias, as assistentes sociais consideraram-nas desajustadas/irrealista e ajustadas. A maior parte das expectativas manifestadas pelas famílias enquadra-se na cura ou recuperação total da autonomia funcional do utente. Nas problemáticas, destaca-se a desresponsabilização e o conformismo por parte de alguns familiares ao se aperceberem que o utente na unidade é bem cuidado e recebe o apoio e atenção personalizada por parte de todos os elementos da equipa. Nos apoios prestados às famílias dos utentes, destaca-se o apoio informacional/integração, o atendimento psicossocial e a articulação com instituições parceiras da RNCCI. O estudo sobre as vivências e as expectativas dos familiares dos utentes poderá contribuir para a qualificação e humanização da prestação de cuidados, ajustando e criando respostas adequadas às necessidades das família.

Palavras-chave: Serviço Social, familiar cuidador, sentimentos, vivências, expectativas.

Abstract

The mission of Social Service in the support to families of users at National Network of Long Term Care (NNLTC), is mainly to intervene in psycho and social determinant factors of treatment, in rehabilitation, readjustment and reintegration of patients in their social and family environment, by establishing a help relation with patients and/or family caregiver, in order to promote the wellbeing and quality of life. The central purpose of this study aims to configure the feelings experiences, and expectations shown by family caregivers within the NNLTC in the perspective of Social workers (SW) . Based on a qualitative methodology with a phenomenological approach, using a semi-directional interview script. Five Social workers who work in Long Term and Maintenance Units (LTMU) of Bragança Region were interviewed. The interviews contents were analyzed based on the content analyzes technique.

In relation with the perceived feelings by social workers, we could notice both positive (trust; safety; hope; interest and concern) and negative feelings (anguish, sadness; conformism, insecurity; anxiety, distrust, uncertainty; lack of responsibility, fear and impotence) As for the meaning of the experiences it was possible to identify experiences of positive and negative stimulation both in families and patients. To what expectations showed by the families concerns, social workers considered them as not adjusted/unrealistic, but also adjusted ones. The majority of expectations is within the cure or complete recovery of functional autonomy of the patient. Within the problematics we highlight the lack of responsibility and conformity by some of the families when they notice that the user is well cared and has all the needed support and personalized attention by every member of the team. In the support to families of users, we highlight the informational and integration ones, psycho and social support and articulation with institutions partners of LTMU. The study on experiences and expectations of the users families may contribute to the qualification and humanization of care, by adjusting and creating appropriate responses to family needs.

Key Words: Social Service; Family Caregiver; Feelings, Experiences, Expectation

Siglas

AS- Assistente Social

DGS – Direção Geral de Saúde

ECL – Equipas de Coordenação Local

FIAS- Federação Internacional dos Assistentes Sociais

FIAS- Federação Internacional dos Assistentes Sociais

IASSW- International Association of Schools of Social Work

IFSW- International Federation of Social Workers

IPB- Instituto Politécnico de Bragança

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

RNCCI- Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados

SNS- Sistema Nacional de Saúde

TSS- Técnico de Serviço Social

ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI- Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados

Índice	
Introdução	19
PARTE I: Enquadramento Teórico	21
1. Âmbito e campos de Intervenção do Serviço Social	23
1.1. Aspetos históricos do Serviço Social na Europa e em Portugal.....	24
2. Serviço Social na Saúde e na Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados	31
3. A Família com doente Dependente	37
4. Intervenção do Serviço Social com as famílias no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	43
PARTE II: Enquadramento Metodológico	47
1. Contexto e Cenário do Estudo: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	49
1.1. Objetivos do estudo.....	52
1.2. Do Percurso Metodológico.....	53
1.3. Os participantes do estudo.....	54
1.4. Método de Recolha de Informação.....	55
1.5. Considerações Éticas.....	56
1.6. Análise das Informações Colhidas.....	57
2. Análise da realidade estudada através dos resultados obtidos	59
2.1. Sentimentos Percebidos.....	59
2.2. Vivências dos Familiares.....	63
2.3. Expetativas das famílias face ao internamento de um familiar numa ULDM	67
2.4. Situações- Problemáticas mais frequentes no acompanhamento dos familiares.....	70
2.5. Apoios prestados às famílias dos utentes e/ou pessoas significativas.....	74
2.6. Perceção dos aspetos a melhorar no âmbito da intervenção do Serviço Social na RNCCI.....	80
Conclusões	85
Referências Bibliográficas	89
ANEXOS	98
APÊNDICES	105

Índice de quadros

Quadro 1- Representação dos tipos de intervenções a implementar com os cuidadores	39
Quadro 2: Distribuição e localização das ULDM pelos concelhos do Distrito de Bragança até maio de 2017.....	51
Quadro 3: Expetativas das famílias.....	67
Quadro 4: Articulação com instituições parceiras da RNCCI	79

Índice de Figuras

Figura 1- Níveis de intervenção do Assistente Social na RNCCI.....	44
Figura 2- Os sentimentos identificados.....	59
Figura 3- Representação esquemática das vivências dos familiares.....	64
Figura 4- Representação das problemáticas comuns no acompanhamento das famílias, dos utentes integrados na RNCCI.....	70
Figura 5- Representação dos apoios prestados às famílias dos utentes integrados na RNCCI.....	74

Introdução

Os avanços alcançados na área da saúde que se observam no mundo de hoje, têm contribuído para o aumento da esperança de vida, mesmo aos portadores de algum tipo de limitação, dando origem à necessidade de prestação de cuidados e à capacitação dos utentes, no que diz respeito à adaptação às incapacidades bem como à capacitação das famílias para o cuidar.

Os serviços de saúde devem ser orientados para a satisfação dos utentes e requerem para o bom desempenho das instituições, a combinação de dois fatores indissociáveis: a satisfação dos utentes e o bom desempenho dos profissionais. A satisfação do utente e família depende essencialmente da perceção individual, decorrente das experiências vivenciadas por cada utente e família. O desempenho dos profissionais, por sua vez, exige uma aprendizagem contínua e um empenho permanente na qualidade.

De acordo com a DGS (2006), a intervenção do Serviço Social no contexto dos Cuidados Continuados Integrados com as famílias dos utentes, centra-se na avaliação dos fatores psicossociais, na mobilização e coordenação com as entidades e atores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e apoios sociais, bem como no planeamento da alta. Neste contexto, o/a AS apresenta-se como um elemento facilitador no acompanhamento de doentes internados em unidades de saúde (Costa, 2000). Na perspetiva de Oliveira (2016), no âmbito do internamento e continuidade dos cuidados ao doente, a família é entendida como a mais direta e imediata fonte de apoio social ao doente incapaz de se autocuidar.

O presente trabalho de investigação tem como tema “O Serviço Social no apoio às famílias de utentes integrados na RNCCI: Experiências, Sentimentos, Vivências e Expetativas dos familiares na perspetiva dos Assistentes Sociais” e a razão da sua escolha justifica-se pelo facto de não haver muitas publicações sobre o trabalho dos Assistentes Sociais nos Cuidados Continuados e particularmente, com as famílias que prestam o cuidado informal aos seus utentes que se encontram em situação de dependência. O objetivo central deste trabalho consiste em conhecer e compreender as experiências, sentimentos, vivências e expetativas das famílias dos utentes na perspetiva dos AS das ULDM do distrito de Bragança.

Em termos académicos, a realização do presente trabalho enquadra-se no âmbito do cumprimento do programa curricular do Mestrado em Cuidados Continuados

Integrados lecionados pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB).

Em termos científicos, pretende-se com este trabalho, trazer uma contribuição para a divulgação do trabalho dos AS que trabalham na RNCCI e particularmente, com as famílias dos utentes visto que estas constituem os beneficiários diretos da intervenção destes técnicos quer nos serviços de saúde de uma forma geral, quer nos Cuidados Continuados Integrados em particular.

Em termos de motivação pessoal, destaca-se o facto de ser AS e o desejo de consolidar os conhecimentos teóricos aprendidos durante a formação, bem como desenvolver as minhas competências, no uso da abordagem qualitativa.

Este trabalho está estruturado em três capítulos: o primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, retratando-se os conceitos essenciais ao estudo para facilitar o aprofundamento do tema e a compreensão de todos os aspetos abordados no trabalho. Assim, para a fundamentação teórica, fez-se uma breve abordagem histórica sobre o Serviço Social na Europa e particularmente em Portugal, uma abordagem sobre o Serviço Social na Saúde e na RNCCI, breves considerações sobre a família com doente dependente e os aspetos da intervenção em Serviço Social com as famílias dos utentes no âmbito da RNCCI.

No segundo capítulo abordamos a metodologia de pesquisa, descrevendo os métodos e as técnicas de investigação utilizadas ao longo da pesquisa, os participantes, e os procedimentos éticos tidos em conta na recolha de informação realizada por meio das entrevistas. Também neste capítulo consta a apresentação e discussão dos resultados obtidos, associados aos conceitos que foram apresentados na fundamentação teórica, segundo as diferentes fontes consultadas e identificadas no primeiro capítulo.

Como não podia deixar de ser, para finalizar são apresentadas as conclusões, onde se revelam os principais resultados e a identificação de algumas limitações do estudo e pistas para futuras investigações.

PARTE I: Enquadramento Teórico

1. Âmbito e campos de Intervenção do Serviço Social

O Serviço Social é um campo de conhecimento, no qual decorre uma prática social que se desenrola na sociedade, com uma autonomia relativa de critérios, uma competência especialista ou técnica e simultaneamente, uma responsabilidade social (Carvalho, 2010) e tem como objetivo promover o bem-estar e auto-realização dos seus utentes, buscando auxílio de outras áreas científicas relevantes para a compreensão da questão social, integrando os diversos contributos científicos das várias ciências no contexto de uma realidade social complexa e coerente (Costa, 1988, citado por Carvalho 2010, p.147).

Segundo o conceito aprovado pela Assembleia Geral da International Federation of Social Workers (IFSW) e da International Association of Schools of Social Work (IASSW) em julho de 2014, em Melbourne o Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o *empowerment* e a promoção da pessoa (IFSW & IASS W, 2014, citados por Lameira, 2015).

O Serviço Social tem sido, desde a sua criação, uma atividade de defesa dos Direitos Humanos, tendo por princípio base o valor intrínseco de cada ser humano como um dos seus principais objetivos e a promoção de estruturas sociais equitativas, capazes de oferecer às pessoas segurança e desenvolvimento, ao mesmo tempo que defendem a sua dignidade (FIAS, 1988, citado por Organização das Nações Unidas, 1999, p.17).

As origens do Serviço Social radicam em ideais humanitários e democráticos. A sua prática tem estado centrada, desde o seu início, na satisfação de necessidades humanas e no desenvolvimento do potencial de recursos humanos. Ou seja, o “Serviço Social é uma profissão cujo objetivo consiste em provocar mudanças sociais, tanto na sociedade em geral como nas suas formas individuais de desenvolvimento” (FIAS, 1976, citado por Organização das Nações Unidas, 1999, pp.20 -21).

Este conceito, remete-nos à compreensão de que os profissionais de Serviço Social trabalham com os utentes a diversos níveis: ao nível do indivíduo e da família (nível micro), ao nível da comunidade (nível meso) e ao nível da sociedade, nacional e internacional (nível macro).

Assim, face às diferentes conceções que a literatura nos apresenta, podemos afirmar que o Serviço Social, não têm uma definição estática, visto que a sua atuação é influenciada pelos fatores históricos e institucionais do contexto, onde é chamado a

intervir. Ou seja, à medida que vão variando as questões sociais, também o conceito do Serviço Social vai sendo ajustado e adequado às novas configurações dessas questões.

1.1. Aspetos históricos do Serviço Social na Europa e em Portugal

...A análise do desenvolvimento e evolução do Serviço Social em Portugal permite conferir que, apesar dos constrangimentos políticos, este soube, sobretudo nos últimos quarenta anos, ainda que de forma implícita, distanciar-se de uma posição de controlo social associada à repressão e à caridade e integrar teorias, métodos, técnicas e princípios e valores associados aos direitos humanos (Carvalho, 2010, p.147).

A autora supracitada, refere que, quer a formação quer a profissão do Serviço Social sofreu mudanças, decorrente das transformações sociais associadas à mudança do sistema político, da evolução do conhecimento das Ciências Sociais e Humanas e da complexidade dos problemas sociais, desde o seu surgimento até à atualidade. Em seguida, vamos apresentar esse desenvolvimento e transformação, segundo os momentos históricos já referidos anteriormente:

Primeiro momento -Da década de trinta e quarenta do século vinte, período da institucionalização da formação e da profissão. Neste período, a formação do Serviço Social em Portugal, foi institucionalizada com a criação de três escolas de Serviço Social. Estas escolas surgiram enquadradas no projeto político e ideológico do Estado Novo e eram da responsabilidade de organizações privadas religiosas e ou de carácter coletivo/corporativo e em 1939 foi reconhecido o diploma desta “nova profissão” (Marques & Mouro, 2004,).

Os mesmos autores referem que a emergência do Serviço Social em Portugal, decorre do movimento europeu de construção e a sua institucionalização como uma forma de ação e controle sobre os “pobres”. Para estes autores, o Serviço Social adquiriu uma peculiar especificidade, face a países europeus do centro e norte da Europa pois, foi instituído a partir de um “projeto ditatorial” e acrescentam ainda que a institucionalização

da formação e da profissão teve início na década de trinta do século vinte com a abertura das seguintes instituições de ensino:

- a. Em 1935, abertura da primeira escola de Serviço Social em Lisboa: Instituto de Serviço Social gerido pelo Patriarcado.
- b. Em 1937 abertura da segunda escola em Coimbra, denominada Escola Normal. Esta escola era da responsabilidade da Assembleia Municipal.
- c. Na década de cinquenta abertura da Escola do Porto. Organizada pela Associação de Cultura e Serviço Social da Diocese do Porto.

Carvalho (2010), assegura que o surgimento da primeira escola de Serviço Social em Portugal está associado ao congresso da União Nacional onde foi debatido o projeto político ideológico do denominado “Estado Novo”. Este projeto considerava que as instituições de caridade deveriam cuidar da assistência social organizada e exigia a criação de escolas e de profissionais habilitados para o seu exercício.

A mesma autora citando Martins (1993) refere que para concretizar este projeto vieram Assistentes Sociais de França para estabelecer e organizar a formação, cujo modelo teórico assentava nas ideias positivistas consubstanciadas na doutrina social da Igreja e na Ciência Social. O Serviço Social tornou-se um instrumento de concretização das ideias reformistas implícitas, com base na perspetiva filosófica e nas ideias do projeto político de Educação Nacional, que tinha no centro a tríade (Deus, Pátria e Família).

Nas escolas acima referidas, o curso de Serviço Social era organizado em três anos e a formação curricular incluía três grandes temas: Educação Social; Medicina Social e o exercício da prática em instituições sociais. Os conteúdos enfatizavam a dimensão individual e familiar entre outros aspetos. As instituições sociais sobre as quais era pensada a prática do serviço social nesta altura eram asilos e albergues, reformatórios, tutorias de menores, hospitais e instituições sociais associadas à religião como as Santas Casas da Misericórdia.

Garnier (1999), refere que para além destas características o Serviço Social era essencialmente e “obrigatoriamente” feminino dirigindo-se a mulheres das classes burguesas e tinham de ter um perfil vocacional e padrões morais associados à ideologia do Estado Novo.

A profissão estava associada às elites “femininas”, mas integrava-se num quadro de desigualdade de direitos entre homens e mulheres. Numa sociedade patriarcal, estas só

poderiam exercer uma profissão enquanto solteiras e no caso das casadas com consentimento do marido (Fernandes; Dias; Ferreira & Cabrita,1993). Na mesma linha de pensamento, os autores acrescentam que esta tendência, incentivou o cariz voluntário da ação profissional, exercida por pessoas sem formação profissional decorrente do número relativamente reduzido de profissionais que era formada nas escolas e que estava disponível para exercer a profissão. Neste período a ação social desenvolvida por assistentes sociais, visitantes e ou voluntárias confundia-se com a ação religiosa e de educação moral nacional.

Segundo momento - Da década de cinquenta, sessenta e meados da década de setenta, período de mudanças sociais e descontinuidades profissionais. Este período, marca a fase da construção do conhecimento em Serviço Social, tendo em conta o contexto social onde o mesmo se desenvolve. A partir do final da década de cinquenta e sessenta surgem ideias contrárias ao conservadorismo e ao corporativismo de Estado, associadas a movimentos políticos contrários ao regime, surgindo igualmente algumas cooperativas culturais (Martins, 2003).

Nesta altura, o regime político mostra por um lado, uma certa apetência para alterações na orientação da política social, mas por outro maior controlo social face a essas ideias e movimentos. O autor supracitado refere que “algumas destas ideias associadas aos direitos humanos foram defendidas por algumas assistentes sociais que as levaram à prisão e à tortura” (p.52).

Para Marques e Mouro (2004), durante a década de sessenta e princípio de setenta a intervenção do Estado situa-se sobretudo na melhoria das condições de saúde e de proteção social no sentido de “reprodução da força de trabalho (...) esta intervenção foi consubstanciada através da reformulação do Sistema de Previdência em articulação com a assistência e de processos de intervenção direcionados para o desenvolvimento das comunidades” (p. 183).

Neste período foram operadas transformações políticas e sociais. A primeira foi o reconhecimento do curso de Serviço Social como ensino superior, mas não universitário, em 1961 por despacho ministerial e foi também nesta década, em 1964 que os “rapazes foram autorizados a frequentar o curso de Serviço Social” (p. 184). Relativamente às metodologias de ensino, Martins (2003) afirma que:

...enquanto na Europa e Estados Unidos se exercitavam as metodologias de Serviço Social de grupos e comunidade (métodos associados à psicanálise e psicodinâmicas), em Portugal continuava-se a exercer o serviço social de caso ou *case work*, (modelo de Medicina Social associado à mudança de comportamento individual dos pobres (p. 53).

A mesma autora, ressalva que devido às inovações internacionais as escolas debatiam-se pela sua implementação no curriculum. Contudo esta pretensão não foi aceite pelas entidades gestoras e continuou a ideia introduzida no início da constituição das escolas e os conteúdos programáticos eram filtrado pela doutrina católica e pelo Estado.

Na mesma linha de pensamento, a autora refere que “ na década de sessenta iniciava-se um processo de desvinculação religiosa, ainda que subtil e as unidades curriculares de Doutrina Social da Igreja e de orientação Religiosa passar a ser optativas” (p. 53) e esta desvinculação efetivou-se com a vinda de Assistentes Sociais Brasileiras para dar formação na escola de Lisboa, que introduziram mudanças substantivas na formação teórica e prática direcionada para a resignificação do Serviço Social associado ao Movimento de Reconcetualização e de Consciencialização de Paulo Freire (Marques, Mouro, 2004 & Fook, 2003).

A partir deste período, de consciencialização profissional e da necessidade de mudar as orientações da profissão, as AS passaram a ser integradas em empresas, instituições de caridade religiosas e serviços do Estado e começam a questionar as suas práticas. O sindicato dos AS, torna-se um meio para melhorar as condições de trabalho e de obtenção de reconhecimento profissional, atuando no sentido de modificar a representação da profissão, de “missionária” para uma profissão qualificada e socialmente útil (Martins, 2003, p.55). Contudo, só a partir de 1974 foi possível “regenerar” a profissão e neste período os AS procuram construir uma imagem moderna da profissão, comprometida com a justiça social e o bem-estar social.

Terceiro momento - Desde a Revolução de Abril de 1974, início da democracia, até à década de noventa, período de reafirmação da profissão que revelou as suas continuidades e mudanças. A partir de 1974, a profissão desenvolveu-se com a implementação dos regimes democráticos, a institucionalização das Ciências Sociais e com a assunção de responsabilidades sociais por parte do Estado.

Esta mudança permitiu à profissão consolidar o seu estatuto profissional através da criação de associações profissionais, carreiras, definição de conteúdos funcionais, reconhecimento e valorização da formação académica permitindo igualmente a reconfiguração dos cursos de bacharelato para licenciatura em 1989 e, noutras formações pós-graduadas como mestrados. O Serviço Social “desenvolveu, consolidou e reafirmou o seu papel profissional na sociedade portuguesa contribuindo para a melhoria de condições de vida e de padrões de bem-estar” (Carvalho, 2010, p. 155).

Neste período, 1974-1990, a ação dos profissionais alterou-se radicalmente integrando-se no contexto das políticas sociais setoriais: saúde, segurança social, justiça, habitação, trabalho e educação (Marques & Mouro, 2004).

Foi também durante este período que os AS se organizaram como classe e em 1978 surgiu a Associação de Profissionais de Serviço Social – APSS. Esta associação, na década subsequente, juntamente com as escolas (de Lisboa e do Porto) iniciaram um período de luta pelo reconhecimento do grau superior ao curso de Serviço Social e conseqüentemente à profissão e ao reconhecimento da Licenciatura (Portaria nº 793 de 8 de setembro de 1989, pelo Instituto de Lisboa e nº 797 de 9 de setembro de 1989 no Instituto do Porto).

Quarto momento - Da década de noventa até 2004, período em que se assiste à consolidação da profissão. Segundo Carvalho (2010), a reconfiguração da formação académica no curso de serviço social, está associada à reestruturação das políticas públicas no governo do então Primeiro Ministro socialista António Guterres, que introduziu a ideia de políticas ativas, participadas pelos agentes intervenientes sejam utilizadores sejam prestadores dos suportes, permitindo o estabelecimento de um novo pacto social com as instituições particulares de solidariedades responsáveis pela ação social junto de crianças, jovens, pessoas idosas e outras áreas de intervenção social, culminado em 1996 com a criação do rendimento mínimo garantido em Portugal, atualmente denominado de rendimento social de inserção.

Este programa de rendimento social de inserção, assume que todos os indivíduos que não tivessem um rendimento inferior ao valor da pensão social poderiam candidatar-se e beneficiar de medidas de combate à pobreza e exclusão. Princípio este que trouxe novos públicos para a profissão, associada ao trabalho com grupos desfavorecidos, ou seja, os AS são agora confrontados com uma classe de “novos pobres”, como as famílias

monoparentais, as pessoas portadoras de VIH/SIDA e toxicodependentes, grupos étnicos, desempregados de longa duração, pessoas idosas dependentes, dentre outros.

Em Portugal e nos restantes países do sul da Europa estas responsabilidades são geralmente assumidas não só pelo Estado, mas por outros atores envolvidos, como sejam as organizações não lucrativas; a família e o mercado.

Quinto momento e último – de 2004 aos nossos dias, período da reforma do ensino de acordo com as regras e normas de Bolonha. Independentemente do campo de atuação os AS desenvolvem a sua ação junto de grupos vulneráveis à pobreza e a exclusão consubstanciada em desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, que promovem a capacitação e o *empowerment* social e pessoal (Carvalho, 2010).

Segundo a autora as funções dos AS na atualidade remetem para a conceção, planeamento e desenvolvimento das ações assim como avaliação, mas também podem ser técnicos de ação direta das políticas sociais existentes e podem igualmente participar na elaboração de medidas de políticas ainda que de forma implícita.

Atualmente o Serviço Social em Portugal, vê-se confrontado com a mudança de paradigma ao nível educativo e formativo e de reconhecimento da profissão. A reformulação do sistema de ensino, de acordo com as normas de Bolonha, centrado na ideia de formação ao longo da vida, alterou a estrutura curricular e a filosofia de base dos cursos. A universidade vê-se agora obrigada a desenvolver a formação centrada numa ideia de “fileira” de diplomas, onde a formação de base passou a ser de três anos, os mestrados de dois anos e os doutoramentos de três anos.

Esta nova filosofia requer novas metodologias de aprendizagem que parecem ainda não terem sido refletidas nem implementadas com claro prejuízo para a profissão, a qual passou agora, para a ideia de mero executor de políticas e não para um profissional com capacidade de refletir sobre as mesmas e sobre as implicações dessas orientações, para a vida das populações com as quais trabalha. Aos profissionais é requerida capacidade de ação, no sentido de resolução dos problemas sociais rapidamente e com menos recursos.

Face a toda a trajetória histórica que o serviço social atravessou, hoje a ação destes profissionais junto da administração central, enquadra-se no âmbito das políticas setoriais na área da Segurança Social. No campo da saúde enquadra-se no acompanhamento e

suporte psicossocial às famílias e doentes, preparação de alta e continuidade de cuidados entre outros.

2. Serviço Social na Saúde e na Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados

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 consequentemente, 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).

Na área da saúde compete ao profissional de Serviço Social elaborar o diagnóstico social. Isto é, identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborar planos de intervenção social e proceder ao acompanhamento de utentes na comunidade, envolvendo e orientando utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e na procura dos recursos adequados às suas necessidades (Circular Normativa n. 8 de 16 de maio de 2002).

Branco e Farçadas (2012, citados por Oliveira, 2016, p.33) afirmam que “ao Assistente Social que tem como objeto a questão social cabe organizar, aprofundar, ampliar, desenvolver, facilitar conhecimentos e informações sobre todos os aspetos da história e da conjuntura relativos à saúde e seus determinantes (...)”.

No âmbito do sistema de saúde, os profissionais do Serviço Social desenvolvem atividades em cuidados de saúde primários, unidades hospitalares e Cuidados Continuados Integrados (Carvalho, 2013).

A nível dos cuidados de saúde primários, o Serviço Social intervém nos fatores sociais que condicionam a saúde, tanto a nível individual como familiar e sanitário, com vista a promover a organização da população em articulação com outros profissionais e instituições parceiros da comunidade (Costa, 2000).

Como é sabido a estadia nos hospitais é temporária, daí a necessidade de preparação da alta, assim como da reintegração dos doentes na comunidade. Foi a partir destes dois pressupostos que se configurou a implícita relação entre o Serviço Social e as políticas de saúde e de Cuidados Continuados Integrados em particular, contribuindo não só para a modernização do Serviço Nacional de Saúde em Portugal, mas também para uma nova forma de olhar os serviços públicos traduzida na consciencialização de que os cuidados são um bem comum a quem se pode recorrer (CCI, 2013, citado por Carvalho, 2014, p.12).

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).

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 Direcção 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).

Na perspetiva 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 individuo ou comunidade – Nível Meso;
- Atender às necessidades dos indivíduos a nível de determinados organismos ou instituições – Nível Macro.

Como já foi referido anteriormente, o desempenho destes profissionais desenvolve-se tanto ao nível do apoio psicossocial aos doentes e famílias, como ao nível da articulação dos serviços internos e externos ao hospital, assegurando a ligação com a rede de suporte onde se inscreve o planeamento da alta. Neste processo participa o doente e /ou família para verificar e decidir o que é necessário para a transferência segura do doente de um nível de cuidados para outro (DGS, 2006).

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).

3. A Família com doente Dependente

A família é entendida como um conjunto de pessoas que se encontram ligadas por laços consanguíneos ou afinidade, que habitam ou não no mesmo domicílio. Quando um dos membros da estrutura familiar está doente, internado ou numa situação de dependência, é natural que surjam dúvidas e inseguranças em todo e qualquer membro da família, pelo que necessitam de orientação e apoio necessário nesta fase.

Cerqueira (2005), entende a família como todas as pessoas que o doente reconheça como tal. Na mesma ordem de ideias, o autor refere que o cuidar é antes de mais, um assumir de uma responsabilidade social, envolvente e humanizada e os cuidadores familiares desempenham um papel crucial porque os mesmos assumem a responsabilidade de cuidar do seu familiar.

Sarmiento e Monteiro (2010), referem que “a família desempenha, desde os tempos mais remotos, um importante papel para a pessoa, pelo que é considerada um sistema social primário, dentro do qual o indivíduo é cuidado e se desenvolve a nível físico, pessoal e emocional”. Neste contexto e de acordo com Sequeira (2010, citado por Rua, Melo e Santos (2014), a família desempenha desde sempre, uma função essencial no acompanhamento e apoio aos membros incapacitados e dependentes (...) bem como no cuidado a longo prazo.

O apoio à família de doente internado é muito importante, visto que durante o internamento do doente vários são os sentimentos que ela pode apresentar diante dessa situação, tais como: culpa, preconceito e incapacidade. Quando a família conhece melhor a doença e tem a informação clara sobre o diagnóstico, passa a ser um aliado eficiente para a equipa multiprofissional.

A família, quando tem um dos seus integrantes numa situação de dependência ou perda de funcionalidade, sofre e enfrenta inúmeras modificações no seu sistema de funcionamento normal. Por esta razão necessita de orientação, informação e consciencialização do que é a doença, tipo de tratamento, os possíveis ganhos que poderão ocorrer ao longo do processo de tratamento.

Para Neto (2003), a família de um doente crónico sofre o impacto da fase avançada de uma doença e, como tal, para que possa ajudar o doente e ajudar-se a si próprio, deve ter acesso ao apoio adequado por parte dos profissionais de saúde. Assim, na planificação

do apoio à família, para além da identificação do cuidador principal, a autora assegura que é fundamental fazer uma correta avaliação das necessidades dos cuidadores. Habitualmente estas necessidades passam pelos seguintes tópicos (p.69):

- Informação realista sobre a doença e as terapêuticas e sobre os recursos de apoio;
- Respeito pelas crenças, valores culturais e atitudes;
- Disponibilidade e apoio emocional por parte da equipa;
- Participar nos cuidados, com possibilidade de estar com o doente, em ambiente de intimidade e privacidade;
- Expressar os seus sentimentos se for caso;
- Certificar-se que são prestados todos os cuidados devidos.

De acordo com Martins, Araújo, Peixoto, e Machado, (2016), a situação de dependência de um dos membros da família, faz emergir um conjunto de situações e sentimentos associados à falta de conhecimento e/ou habilidades para assegurar os cuidados adequados para atender as necessidades do seu familiar doente. Deste modo, os profissionais de saúde devem ter um olhar preventivo sobre os familiares cuidadores, proporcionando intervenções ajustadas às suas necessidades, de modo a proporcionar-lhes bem-estar e qualidade de vida associados às exigências do cuidar. Caldas, (2003, citado por Martins et. al. 2016, p. 132), sustenta que:

...a dependência adquirida é um processo instável que se repercute no indivíduo a vários níveis (...) e requer intervenções sustentadas por diferentes áreas do saber. Segundo o mesmo autor, os familiares cuidadores, quando se sentem apoiados, conseguem responder às atividades que já lhe eram inerentes antes de assumirem esse papel e às que lhe são exigidas no momento, fazendo com que o acréscimo de tarefas tenha o mínimo de reflexo negativo possível no seu dia-a-dia (p. 132).

Seguidamente apresentamos, algumas estratégias de intervenções dirigidas aos familiares cuidadores, segundo López Martínez e Crespo López (2006), Northouse e Mood, (2010, citado por Martins et. al. 2016, p.134):

Quadro 1- Representação dos tipos de intervenções a implementar com os cuidadores

Tipo	Descrição	Exemplo
Apoio Formal	Proporcionar tempo livre ao cuidador	Centro de dia, serviços de apoio domiciliário entre outros
Intervenções Educativas	Proporcionar múltiplos suportes com informação sobre aspetos que sejam úteis ao familiar cuidador.	Atividades educativas em centros de serviços sociais ou de saúde
Grupo de Ajuda Mutua	Possibilitam a troca ou partilha de experiências ou conselhos sob orientação de um profissional	Grupos organizados
Intervenções Psicoeducativas	Treino de habilidades	Intervenções psicoeducativas grupais, individuais e mistas
Programas Multimodais	Treino de habilidades	Centro de dia, serviço de ajuda domiciliário e intervenções psicoeducativas

Fonte: Elaboração própria com base em Martins et.al. (2016, p. 134).

O apoio formal, pode ser garantido pelos Centros de Dia ou Residências de Internamento Temporário existentes na comunidade. A par destes serviços, existe em Portugal desde 2006 a RNCCI, uma iniciativa que veio apoiar não só a pessoa dependente, mas também o familiar cuidador (Decreto-Lei nº 101/2006, artigo 10, p. 114).

As intervenções educativas, focam-se essencialmente na transmissão de informações por parte dos profissionais de saúde aos cuidadores. Esta informação deverá ser veiculada de forma estruturada e progressiva e o teor da informação pode integrar aspetos relativos à patologia (prognóstico, sequelas) e/ou perdas inerentes às comorbilidades, problemas legais e económicos (subsídios sociais), estratégias e recursos

ajustados aos problemas vivenciados (López e Crespo 2006, Northouse e Mood, 2010, citado por Martins et. al., 2016).

Os grupos de ajuda mútua servem essencialmente de suporte à pessoa e família, principalmente a nível psicológico e proporciona troca de experiência e interajuda, sendo habitualmente, orientado por um profissional (Martins et. al. 2016).

Os programas psicoeducacionais surgiram para dar resposta às necessidades que os cuidadores apresentam em diferentes áreas, tais como dificuldades emocionais, sociais, físicas e instrumentais, tendo que obrigatoriamente dar respostas à situação com que se deparam (Martins et. al. 2016). Estes programas incluem a componente educacional (conhecimento do diagnóstico, como lidar com os sintomas, recursos, treino de habilidades específicas e de apoio emocional).

Os programas multimodais ou multicompetentes, são os que “integram uma mescla de intervenções, quer a nível de informação quer a nível de treino de habilidades” (Brodaty, Roberts, & Peter, 1994; Chang & Schneider, 2010, citados por Martins et. al. 2016, p.138).

Carvalho (2013) considera que os AS têm sido os únicos profissionais a ter a família como objeto de intervenção contínua. A autora acrescenta que a doença e a dependência trazem uma experiência associada a significados matizados e o seu impacto sente-se em quase todas as esferas da vida do doente e dos familiares mais próximos. O impacto da doença na vida dos familiares depende em grande medida dos seguintes fatores:

- Condições de vida do doente e da família (a nível profissional, habitação e económico);
- Da fase do ciclo vital do doente e da família;
- Da fase da doença (início, tratamento, evolução, duração e prognóstico);
- Das experiências anteriores com o processo de doença e das expectativas face ao tratamento, entre outros aspetos.

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 (Imaginário, 2004, citado por Lopes, 2007).

Em suma, é fundamental o apoio à família de doente dependente, por parte dos profissionais de saúde, em particular os AS devem proporcionar este apoio, conforme apontam as diversas referencias bibliográficas acima apresentadas.

4. Intervenção do Serviço Social com as famílias no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Todo o processo de reabilitação fica comprometido, se não houver um mínimo de envolvimento da família. Assim, o apoio à família de doentes internados em Cuidados Continuados Integrados, por parte de todos os elementos da equipa, é essencial para proporcionar a melhor qualidade de vida quer ao doente quer à família.

Neder (1996, citado por Miotto 2004, p.2), afirma que “os Assistentes Sociais são os únicos profissionais que têm a família como objeto privilegiado de intervenção durante toda sua trajetória histórica, ao contrário de outras profissões que a privilegiam em alguns momentos e em outros, a tiram de cena”.

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 auto destrutivas, 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 sócio-educativas, 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 socio-institucional, 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.

Guardalupe (2009), refere que as intervenções do Serviço Social junto das famílias e da rede informal de suporte social, centram-se sobretudo no acompanhamento de situações de pessoas doentes ou dependentes numa perspetiva holística.

O aparecimento de uma doença crónica no seio familiar e a dependência funcional, a ela associada, representa uma ameaça ao equilíbrio do sistema familiar e consequentemente, um evento gerador de stress. E se a família o perceber como tal, poderá apresentar dificuldades na adaptação à nova situação e muito provavelmente responder de forma inadequada (Martins et. al. 2016).

O desempenho dos AS no campo da saúde apresenta configurações distintas em função da sua inserção no sistema de saúde. Genericamente e independentemente dos diferentes contextos de intervenção, o AS da saúde atua nos seguintes níveis como os expressos na figura abaixo (DGS, 2006).

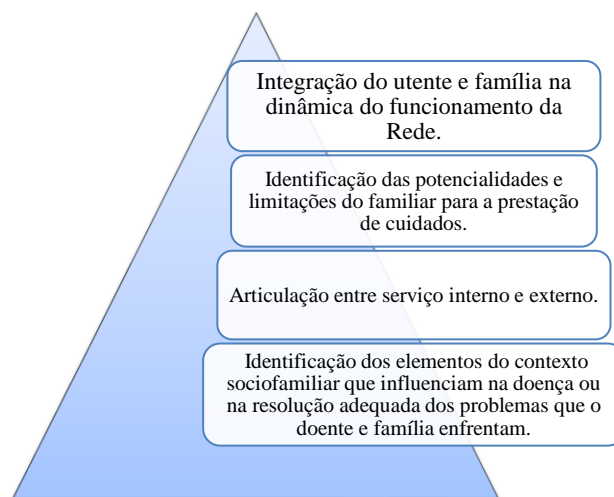


Figura 1- Níveis de intervenção do Assistente Social na RNCCI.

Fonte: Elaboração própria com base no Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais na RNCCI (2006).

Importa referir que a dimensão psicossocial, entendida como uma das atribuições funcionais dos AS no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados, compreende a abordagem dos fatores de ordem económico, social, cultural e espiritual (por vezes formulados em termos sintéticos e abrangentes como fatores de ordem social) e aos aspetos de ordem psicológica que influenciam a situação de saúde e/ou interferem na doença e no processo de cura, reabilitação, readaptação e reintegração sociofamiliar e profissional ou escolar do doente (DGS, 2006, p. 26).

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.

PARTE II: Enquadramento Metodológico

1. Contexto e Cenário do Estudo: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

As alterações demográficas, com cada vez maior peso na população idosa, assim como a alteração do tecido social provocado pela ausência da mulher no domicílio cuidadora tradicional, levaram à necessidade de encontrar respostas para apoio de pessoas em situação de dependência. Neste contexto, reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento ativo, passaram a ser desafios globais. Assim, foi a partir deste contexto, que surgiu a necessidade de definir uma estratégia para o desenvolvimento progressivo de um conjunto de serviços adequados, nos âmbitos da Saúde e da Segurança Social, que respondessem à crescente necessidade de cuidados destes grupos da população, através da articulação dos serviços de saúde e sociais já existentes (DGS, 2006).

Nesta conformidade, a RNCCI criada mediante uma parceria entre o Ministério da Saúde e o da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, conforme estabelecido pelo Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho, surge como um modelo de assistência que visa a prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão e centrados no utente, onde este pode aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado.

Através do desenvolvimento dos seus paradigmas, a RNCCI estimula a revisão do papel do hospital e reforça o papel dos Cuidados de Saúde Primários enquanto charneira do Serviço Nacional de Saúde (SNS), apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país. A RNCCI dirige-se assim, a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa (Portal da ARSLVT, 2017).

Para efeitos do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, entende-se por Cuidados Continuados Integrados:

...o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, 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 (artigo 3, p. 3857).

O Decreto-Lei supracitado prevê que a prestação de cuidados continuados integrados seja assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias.

Assim, nos termos do mesmo Decreto-lei, constituem Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM):

...as 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 cuidadas no domicílio (artigo 17º, p. 360).

As ULDM, têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou 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, com base nos seguintes critérios de referenciação:

- Doentes que não requeiram cuidados médicos e de enfermagem permanente;
- Doentes que necessitam de cuidados de saúde e apresentem défice de autonomia na atividade de vida diária, com previsibilidade superior a 90 dias consecutivos;
- Doentes com dificuldades de apoio familiar cujo cuidador principal tem necessidade de descanso, com limite anual de 90 dias;
- Doentes com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica e funcional;

- Doentes sem potencial de recuperação a curto prazo e médio prazo;
- Doentes com algumas das seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição, entre outros.

Para o presente estudo de investigação com base no método qualitativo de cariz fenomenológico, foram selecionadas as unidades integradas na RNCCI do distrito de Bragança (Quadro 2), num total de 8 unidades com cerca de duas dezenas de camas, praticamente todas ocupadas.

Quadro 2: Distribuição e localização das ULDM pelos Concelhos do Distrito de Bragança até maio de 2017

Concelhos	Localização	Tipologia	Lotação	Ocupação
Freixo Esp. Cinta	S.C.M. Freixo Esp. Cinta	Longa	28	28
Bragança	S.C.M. Bragança	Longa	25	25
Miranda Douro	S.C.M. Miranda Douro	Longa	21	20
Mirandela	S.C.M. Mirandela	Longa	20	20
Mogadouro	S.C.M. Mogadouro	Longa	24	24
Torre Moncorvo	S.C.M Torre Moncorvo	Longa	19	19
Vila Flor	S.C.M. Vila Flor	Longa	18	18
Vimioso	S.C.M Vimioso	Longa	22	22

Fonte: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/>.

O tema de investigação escolhido para esta pesquisa é “o Serviço Social no apoio às famílias de utentes integrados na RNCCI: Configurando os Sentimentos, Vivências e Expetativas dos familiares na perspetiva dos Assistentes Sociais”. A escolha do campo de pesquisa e dos participantes, teve como fundamento o desejo de consolidar os nossos conhecimentos sobre o trabalho dos AS no âmbito da RNCCI e particularmente, com as famílias dos doentes atendidos em unidades dos Cuidados Continuados Integrados. A outra razão tem a ver com o facto de existirem poucas publicações nesta área. Face ao tema por nós escolhido, definimos a seguinte questão de investigação:

Qual a configuração dos sentimentos, vivências e expetativas manifestadas pelas famílias dos utentes integrados na RNCCI, na perspetiva dos Assistentes Sociais?

Com base na questão supracitada, procuramos conduzir o estudo para os objetivos pretendidos e trazer evidências sobre a perspetiva desses técnicos, no que diz respeito às experiências, sentimentos, vivências e expetativas manifestadas pelas famílias dos utentes internados nas ULDM.

1.1. Objetivos do estudo

Segundo Fortin (2003) o objetivo de um estudo permite ao investigador enunciar as razões que o levam a realizar esse mesmo estudo pelo que, face ao método selecionado se definiram os seguintes objetivos:

- ✓ Conhecer e compreender as experiências das famílias na perspetiva dos AS que desenvolvem a sua atividade profissional na RNCCI no distrito de Bragança;
- ✓ Perceber quais os principais sentimentos que os AS identificam nas famílias de utentes integrados na RNCCI;
- ✓ Compreender na perspetiva do AS, quais as vivências experienciadas pelos familiares de utentes integrados na RNCCI;
- ✓ Identificar na perspetiva do AS, quais as expetativas manifestadas pelos familiares de utentes integrados na RNCCI;
- ✓ Identificar as problemáticas mais frequentes no acompanhamento das famílias dos utentes integrados na RNCCI.

Adicionalmente é ainda nosso propósito:

- Conhecer os tipos de apoio que os AS prestam aos familiares ou pessoa significativa de utentes integrados na RNCCI;
- Identificar aspetos que possam ser melhorados na intervenção dos AS relativamente ao trabalho na RNCCI.

1.2. Do Percurso Metodológico

O termo método vem do grego métodos= meta, fim + hodos, caminhos, meio. Assim, entende-se por método de investigação (...) “conjunto de procedimentos que servem de instrumentos para alcançar os fins da investigação” Coutinho, 2011, p.22). A metodologia é a parte em que é feita uma descrição minuciosa e rigorosa do objeto de estudo e das técnicas utilizadas durante o processo de pesquisa (Gil, (2009).

No presente estudo de natureza qualitativa de abordagem fenomenológica onde a realidade é construída a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo e cabe ao próprio investigador interpretar o significado da ação humana.

Carpenter (2002) e Minayo (2000), asseguram que a investigação qualitativa leva à caracterização das experiências vividas, dos comportamentos, das emoções e sentimentos. Os dados são, fundamentalmente analisados de forma interpretativa.

Para Ribeiro (2010), o grande objetivo da metodologia qualitativa é compreender o significado do fenómeno, tomando a perspectiva única dos participantes, permitindo considerar a complexidade do fenómeno estudado. O mesmo autor refere ainda que nas pesquisas qualitativas são desenvolvidos estudos de proximidade e interativos, visto que exigem o contacto face a face com os indivíduos ou grupos, o que permite formular uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam, experimentam os acontecimentos em estudo.

Na perspectiva de Martins e Bicudo (1989), a pesquisa fenomenológica é um tipo de pesquisa dirigida para significados das expressões, as quais são expressas pelo próprio sujeito que as vivencia. O método fenomenológico não se propõe apenas descrever os dados recolhidos, mas procura os significados atribuídos pelos sujeitos entrevistados/observados. Optou-se por esta abordagem de investigação no sentido de compreender como os assistentes sociais interpretam as ações do Serviço Social no apoio às famílias dos utentes internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção.

A fenomenologia objetiva o estudo dos fenómenos visando readquirir a originalidade das pessoas. Constitui uma ciência descritiva, não dedutiva que procura descrever as experiências tal como elas são vividas, ou seja, não pretende explicar ou analisar, mas sim descrever e evidenciar a essência do fenómeno (Apóstolo, Cunha, Cristo & Lacerda, 2004).

Desta forma, no método fenomenológico o pesquisador obtém depoimentos sobre aquilo que está diante dos seus olhos, tal como aparece, visto que permite os sujeitos expressarem-se espontaneamente a respeito da sua experiência.

Segundo Krahn e Tutnam (2003, citado por Ribeiro, 2010, p.70), referem que estudos baseados na teoria fenomenológica, procuram compreender como os indivíduos percebem e dão sentido a uma vivência e identificam a essência dessa experiência.

O método fenomenológico, propõe-se a compreensão do modo de viver das pessoas, procura resgatar os significados atribuídos pelos sujeitos ao objeto que está a ser estudado. A pesquisa de enfoque fenomenológico procura proporcionar uma descrição direta da experiência tal como ela é, sem nenhuma consideração acerca de sua gênese (Gil, 2009).

Este estudo de natureza qualitativa, com enfoque fenomenológico e interpretativo centra-se nos significados apreendidos pelos AS em relação aos sentimentos, vivências e expectativas dos familiares dos doentes internados nas ULDM do distrito de Bragança.

1.3. Os participantes do estudo

Nas pesquisas qualitativas, a seleção dos participantes pode ser efetuada à medida que o estudo decorre (Alves, 1991 & Duarte, 2002, citados por Silva 2016, p.29). Para o presente estudo, foram selecionados técnicos de serviço social que desempenham funções no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados no distrito de Bragança, particularmente em Unidades de Longa Duração e Manutenção e que voluntariamente aceitaram participar e cumprissem os seguintes critérios de inclusão:

- ❖ Ter no mínimo um ano de experiência profissional;
- ❖ Apresentar disponibilidade de participar no estudo;
- ❖ Exercer funções na ULDM onde se disponibiliza a participar no estudo.

Conseguiu-se chegar à fala com cinco Técnicos de Serviço Social, (total 17 elementos) dentre os quais, quatro do género feminino e um do género masculino com idades compreendidas entre os 32 e 41 anos, o mais novo tinha 32 anos e o mais velho 41 anos. Verificou-se que dois dos participantes eram solteiros, dois casados e um vive em união de facto.

Todos os técnicos entrevistados têm o grau acadêmico de licenciatura em Serviço Social, sendo que dois tinham Pós-graduação em Cuidados Continuados e um com Mestrado em Serviço Social, o que facilitou até certa medida a sensibilidade dos entrevistados para a identificação dos sentimentos, vivências e expectativas dos familiares dos doentes internados em Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Relativamente à experiência de trabalho em Cuidados Continuados, verificou-se que um técnico tinha experiência de um ano no serviço, onde desempenhava as suas funções, outro tinha experiência de três anos e os restantes técnicos tinham experiência de oito anos de serviço.

1.4. Método de Recolha de Informação

A recolha de dados é um procedimento lógico da investigação empírica ao qual compete selecionar técnicas de recolha e tratamento da informação adequadas, bem como controlar a sua utilização para os fins específicos (Francisco, 2011). Considerando que se trata de uma pesquisa qualitativa, o instrumento escolhido para a colheita de informação foi um guião de entrevistas semidiretiva elaborado para o efeito (apêndice II).

Para Rogers (1945, citado por Poupart et.al 2010, p.224), a entrevista semidiretiva, é aquela em que se reduz até certo ponto o risco de impor limites ao entrevistado, visto que permite explorar em profundidade as diferentes facetas da experiência do entrevistado e permite ao entrevistador descrever detalhadamente as dimensões abordadas. Francisco (2011), refere que na entrevista Semidiretiva, o entrevistador geralmente conhece os temas sobre os quais tem que recolher informação, mas a ordem e a forma de questionar é livre.

As entrevistas foram efetuadas pelo próprio investigador, o que implicou a sua deslocação aos locais de trabalho dos participantes. Foram realizadas através de gravações áudio, sendo escolhido um espaço físico sem interferências, de forma a obter respostas às questões colocadas.

O período de recolha de informação decorreu nos meses de janeiro e fevereiro 2017.

1.5. Considerações Éticas

Toda a pesquisa com indivíduos ou grupos sociais é passível de suscitar problemas ou questões de ordem ética. Por isso é imperioso estabelecer um compromisso entre as exigências metodológicas, por um lado e deontológicas, por outro (Montandon, 1983, citado por Jaccoud & Mayer, 2010, p. 278).

De acordo com o mesmo autor, sempre que se realiza uma investigação, duas ou mais questões éticas se levantam. A primeira tem a ver com a divulgação ou não da identidade dos sujeitos e a segunda com o direito à privacidade

Para formalizar o processo de recolha de informação, foi solicitada autorização aos Provedores da Santa Casa de Misericórdia, responsáveis pelas unidades selecionadas para o estudo.

Mediante autorização dos mesmos, deu-se início à recolha de informação com base nos critérios pré-estabelecidos. Importa ainda realçar que depois da obtenção da autorização por parte dos Provedores, contactamos por e-mail e/ou por telefone os Diretores Técnicos das unidades, para confirmarmos a receção da autorização e marcar a data da entrevista com os AS.

Os participantes foram posteriormente, contactados por telefone e/ou por e-mail, para confirmarem a sua disponibilidade em participar no estudo.

Na hora e data previamente combinadas, a investigadora deslocou-se a cada uma das ULDM, onde em espaço reservado para evitar distrações, omissões e/ou intromissões, se procedeu à realização da entrevista.

Durante o processo de recolha de informação todos os direitos e a identidade dos participantes foram resguardados, bem como a liberdade de deixar de participar a qualquer momento da pesquisa. Da parte da pesquisadora, coube o comprometimento em guardar sigilo sobre as informações recolhidas com auxílio de um gravador. Os entrevistados, foram informados sobre os objetivos do estudo, e tiveram acesso ao termo de consentimento livre e informado, com informação que lhes permitiu decidir acerca da sua participação (apêndice I), sendo este assinado de forma livre e esclarecida.

Por uma questão de manter o anonimato foram atribuídos códigos a cada um dos entrevistados: (AS01, AS02, AS03, AS04 e AS05) que correspondem respetivamente, à entrevista um, dois, três, quatro e cinco.

1.6. Análise das Informações Colhidas

Para Bardin (1977), a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por detrás das palavras sobre as quais a mesma análise se debruça. É uma busca de outras realidades através das mensagens. Este autor considera que a análise de conteúdo compreende as seguintes fases:

Fase de pré-análise:

Faz-se a organização e sistematização propriamente dita do material, com objetivo de tornar operacional a ideia inicial. Para que isto, aconteça é necessário proceder- à auscultação e transcrição das entrevistas, seguida de uma leitura flutuante, seleção de documentos, preparação do material, referenciação dos índices e a elaboração de indicadores.

Fase de exploração do material

Consiste na leitura aprofundada do conteúdo das entrevistas, para formar as categorias de análise dos resultados.

Nesta fase, os procedimentos utilizados para exploração do material podem ser aplicados manualmente ou por operações efetuadas no computador com base num software específico.

Fase de síntese

Organização da estrutura temática compreensiva (hierárquica ou esquemática)
Descrição do fenómeno (achado)- definição do perfil constitutivo (implícito) dos temas com referências à experiência vivida.

Nesta fase, os resultados são tratados de maneira a serem significantes e válidos com vista a fornecer as evidências das informações obtidas pela análise e permitir deste modo, fazer a sua comparação com a literatura já existente.

Para este estudo, uma vez que se trata de um estudo qualitativo com ênfase na teoria fenomenológica, a análise e distribuição dos dados foi feita item a item para facilitar a categorização das respostas. Segundo Colás, (1998, citado por Aires, 2011 p. 63), a seleção do *software* para a análise de dados qualitativos deve ter em conta, o uso e

conhecimentos informáticos do utilizador; as características do projeto de investigação, assim como o tipo de análise que se pretende realizar.

Para o presente estudo, a análise dos relatos, foi feita no programa *webqda*[®]-*qualitative data analysis* (um *software* de análise de texto, vídeo, áudio e imagem que funciona num ambiente colaborativo e distribuído com base na internet). O *webqda*[®] é um *software* específico destinado à investigação qualitativa (Souza, Costa, Moreira, Souza & Freita, 2016)

2. Análise da realidade estudada através dos resultados obtidos

Neste capítulo é feita uma descrição do fenómeno, a apresentação do perfil constitutivo com referência aos significados atribuídos pelos assistentes sociais aos sentimentos, vivências e expectativas dos familiares de utentes da RNCCI.

Como referido anteriormente, e de acordo com os objetivos adicionais, descrevem-se ainda as principais problemáticas vividas pelos técnicos de serviço social e principais apoios prestados pelos mesmos.

2.1. Sentimentos Percebidos

Da análise e interpretação do conteúdo das entrevistas efetuadas aos técnicos de serviço social em relação aos sentimentos dos familiares de utentes da RNCCI. Estes são percebidos como sentimentos: positivos e negativos. Foram considerados sentimentos positivos os que se referiam à confiança, segurança; esperança; interesse e preocupação e negativos os expressavam angústia, tristeza; conformismo, insegurança; ansiedade, desconfiança, incerteza; desresponsabilização medo e impotência.

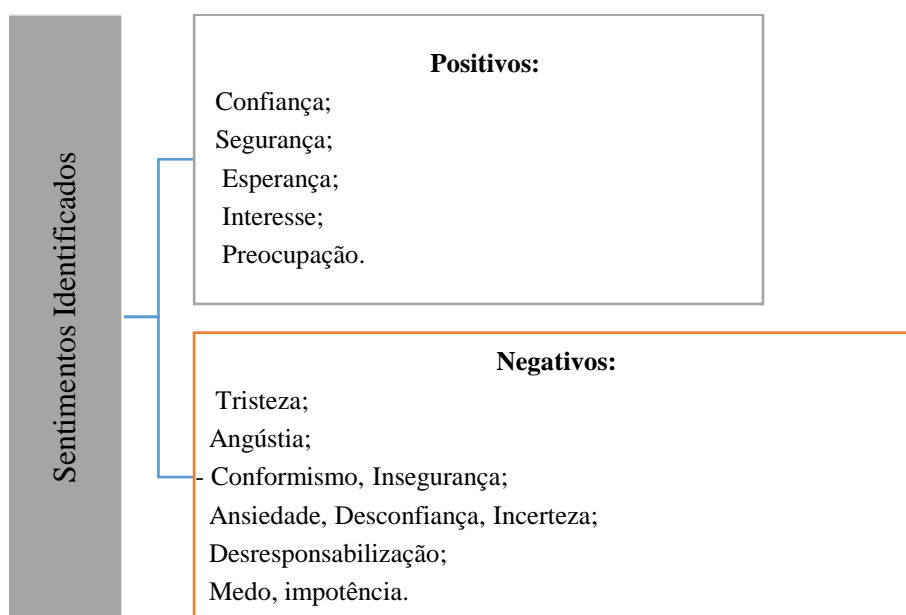


Figura 2- Os sentimentos identificados.

Fonte: Elaboração própria a partir da análise dos dados.

Monteiro (2010) referia que a família vivencia um conjunto de emoções e sentimentos quando um dos seus membros adoece gravemente e com a situação repentina de dependência física, podendo apresentar uma variabilidade de respostas que divergem de indivíduo para indivíduo. Também Carvalho (2013) afirmava que a dependência de um familiar remete automaticamente para o início de uma nova tarefa, que gera um misto de emoções e sentimentos.

Sentimentos Positivos:

Os sentimentos positivos que mais se evidenciaram nos depoimentos dos entrevistados foram a confiança e a preocupação.

“Nós aqui já tivemos utentes que têm uma excelente relação familiar, uma boa retaguarda e os sentimentos que estão nesta família é de confiança e interesse relativamente a todo processo desde o internamento, à preparação de alta se for o caso.” (AS02).

Percebe-se neste discurso que o estabelecimento de uma relação de confiança entre a família do utente e a equipa pode facilitar a identificação e perceção dos sentimentos e atitudes que contribuam para melhor alcançar a qualidade nos objetivos pretendidos. Os familiares que manifestam o sentimento de confiança, ao integrar o utente na RNCCI, apercebem-se que o mesmo terá, para além da assistência médica especializada, o apoio social de acordo com as suas necessidades.

Para Carvalho (2013) a relação de confiança entre o profissional de saúde e a família dos utentes é um elemento fundamental na eficácia da comunicação. Este sentimento está patente no discurso do entrevistado (AS02):

Martins et.al. (2016), referem que a confiança na relação profissional de saúde e do familiar cuidador, resulta da perceção de ganhos na autonomia da pessoa dependente, nomeadamente, no que diz respeito à realização dos primeiros passos ou nas iniciativas para a realização de algumas atividades de vida diária.

A preocupação manifestada pelas famílias dos utentes integrados na RNCCI, segundo a opinião dos participantes no estudo, está associada à inquietação relativa ao sentimento de tarefas acrescidas na sua rotina.

“O utente tem alta daqui. E agora? Quem vai cuidar dele? Para onde é que vai? Todas estas inquietações surgem neste momento, porque por norma os familiares trabalham, não conseguem dar resposta” (AS03).

“No momento de admissão, depois da reunião de acolhimento, já manifestam preocupação, porque sabem que depois de o utente atingir os objetivos, irá receber alta e regressar ao domicílio ou então ser integrado numa outra resposta”. (AS04 e AS05).

“(…) a partir do momento em que o utente estabiliza é proposta a alta. No entanto, quando esta alta acontece, muitas vezes o doente é dependente. Não anda, alimenta-se por sonda, precisa que lhe façam a higiene, mas já não há nada clínico e nenhum problema de maior que justifique que esteja na unidade. O que ele precisa? Precisa que lhe deem conforto, alimentação, cuidados de higiene, para que ele esteja bem e isto também causa alguma preocupação às famílias porque não sabem como é que vão fazer (pausa)...A preocupação reside em não saberem se o utente vai voltar a possuir as capacidades e competências anteriores (AS03).

Com estes discursos, percebe-se que a família encara com preocupação o momento em que o seu parente se encontra numa situação de dependência e ainda assim lhe é proposto a alta na ULDM, sem terem a garantia da sua recuperação e se irá voltar a ser independente. Esta preocupação, como já referimos tem a ver com as adaptações que a família tem que fazer para conciliar a tarefa do cuidar com outras obrigações que já possui, como a sua vida laboral e familiar.

Estes discursos, vão de encontro à abordagem de Carvalho (2013), ao referir que doença e a dependência trazem uma experiência associada aos sentimentos, emoções e preocupações em relação ao que vai ser ou que poderá acontecer.

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. Esta preocupação está patente no discurso apresentado por alguns dos entrevistados.

Sentimentos Negativos

A angústia foi expressa por quase todos dos entrevistados, conforme já referimos anteriormente, estando associada à incerteza, medo e insegurança relativamente ao futuro.

“É assim, na sua grande maioria (pausa), os familiares dos utentes quando vêm aqui para unidade, manifestam sentimentos de angústia, medo, insegurança, incerteza e negação do que poderá acontecer (...)” (AS05).

Percebe-se que esses sentimentos de angústia, medo, insegurança e tristeza manifestados pelos familiares dos utentes internados nas ULDM, segundo a opinião expressa pelos entrevistados, estão relacionados com o facto de saberem que o familiar que está doente corre o risco iminente de perda da autonomia, conforme explícito no discurso de um dos entrevistados: “o sentimento de insegurança reside em não saber se o utente vai recuperar, se vai conseguir fazer o seu dia- a -dia e se vai voltar a possuir as capacidades e competências anteriores” (AS03).

Este discurso é concordante com a perspetiva apresentada por Carvalho (2013), ao referir que a doença e a dependência trazem uma experiência associada aos sentimentos, emoções e preocupações em relação ao que vai ser ou que poderá acontecer. Na mesma linha de pensamento, Almeida, Aragão, Moura, Lima, Hora e Silva, (2009), ao referirem que a doença e a dependência trazem sentimentos de angústia, tristeza, medo e insegurança para a família.

Almeida, Colaço e Sanchas (1997, citado por Oliveira 2011, p. 30), afirmam que quando um elemento da família é hospitalizado, as reações de cada familiar são diferentes e as alterações que a doença provoca na família estão relacionadas com o papel social do indivíduo que adocece, com a idade, com o sexo e com a própria estrutura familiar.

Deste modo, Liberado (2004, citado por Oliveira, 2011, p. 30) refere que a doença de um dos membros vai converter-se em doença familiar e todos sentirão a influência negativa do sofrimento e da dor. Ou seja, o sentimento de insegurança manifestado pelas famílias, é no nosso entender, fruto da perceção das limitações que o familiar doente apresenta e o receio de o mesmo não vir a ter as capacidades de realizar parte das atividades que desenvolvia antes da doença que provocou a dependência.

“Alguns familiares manifestam sentimento de incerteza, porque apesar de a rede existir já há dez anos, para aquelas famílias que nunca tiveram alguém próximo

integrado numa Unidade de Cuidados Continuados, acaba sendo uma experiência nova e que gera sentimento de incerteza” (AS04).

A incerteza que também foi patente no discurso de alguns entrevistados, está relacionada com a imprevisibilidade do curso da doença, conforme afirma Rolland (2000, citado por Carvalho 2013, p.190), ao referir que em qualquer doença, quanto mais incerto é o curso e o desenlace da mesma, mais a família se vê obrigada a tomar decisões que incluam contingência na sua planificação.

Oliveira (2011), afirma que a doença e o internamento desencadeiam uma crise emocional, não só para o doente como também para a família que neste sentido, vive sentimentos de incerteza quanto ao presente e futuro do seu familiar. Assim, considerando o facto de o internamento em Cuidados Continuados Integrados, ser uma experiência nova por parte de alguns familiares, conforme foi expresso no discurso do (AS02) e de acordo com a literatura, pode-se perceber que é comum observar-se na família do doente sentimentos como a incerteza, sobretudo quando já se sabe que as possibilidades de melhoria são quase inexistentes. A família passa a viver uma fase de incertezas, face ao que poderá a vir a acontecer.

2.2. Vivências dos Familiares

As vivências dos familiares surgem das experiências anteriores, das crenças e das representações sobre a saúde e a doença. Estas podem desencadear vivências emocionais fortes relacionadas com perdas ou com danos pessoais, efetivos no presente ou previstos em relação ao futuro (Diogo 2000).

Oliveira (2011) refere que o internamento faz com que os familiares alterem as suas rotinas e estilo de vida e deste modo, na maioria das vezes, podem manifestar vivências negativas, pela disponibilização de tempo para as visitas, as dificuldades para se deslocarem às unidades que muitas vezes distam quilómetros da zona de residência.

Da análise dos discursos dos cinco técnicos de Serviço Social entrevistados, emergiram duas categorias de vivências: de estímulo positivo e de estímulo negativo. Entende-se por estímulo positivo a atitude proactiva da família e a disponibilidade de participar no processo terapêutico ou de reabilitação.

Foram consideradas vivências de estímulo positivo quando a família estava presente, interessada, colaborante e disposta em participar na elaboração do plano terapêutico (figura 3).

As vivências de estímulo negativo é toda a atitude passiva e de desinteresse que leva a família à fraca participação na tomada de decisões com a equipa ou com o utente. As assistentes sociais constataam que muitas famílias têm dificuldades para aceitar a doença e a dependência, o internamento e em confiar os técnicos da unidade (figura 3).

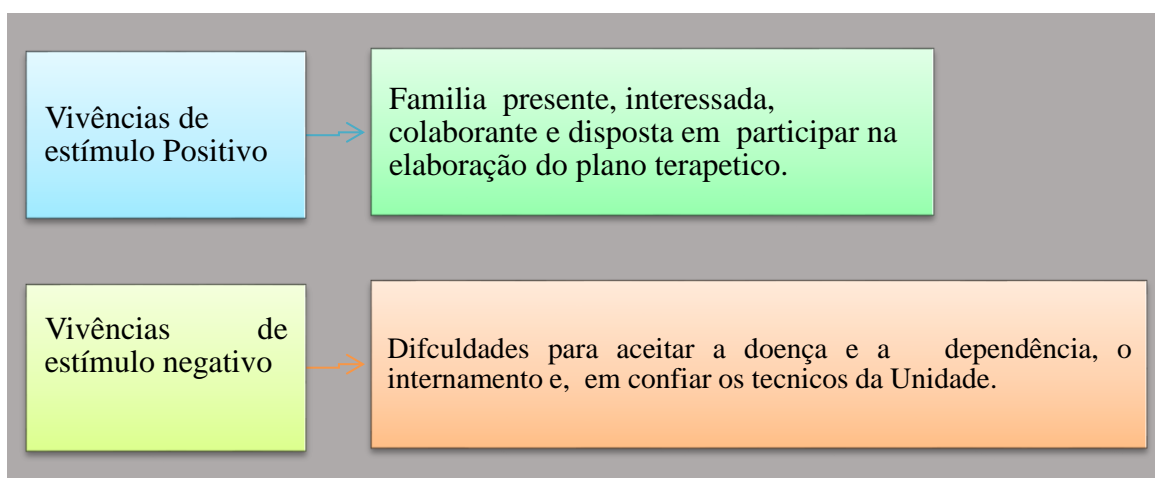


Figura 3- Representação esquemática das vivências dos familiares.

Fonte: Elaboração própria com base na leitura dos resultados obtidos no estudo.

Vivências de estímulo positivo

As vivências de estímulo positivo, segundo a opinião dos entrevistados, dependem da relação que existe ou existia entre a família e o utente antes do processo de agudização ou internamento na unidade e são consideradas como *força* para a equipa e para o utente e apontam-se como exemplo de vivências positivas, as seguintes:

“a atitude interessada da família em participar na tomada de decisões com a equipa” (AS04).

“Alguns familiares, (...), costumam ser uma força muito positiva para o utente (...), porque eles sabem e conhecem melhor o utente e facilitam bastante o processo de integração” (AS01).

“Uma família presente significa mais tranquilidade e mais incentivos para atingir os objetivos no processo de adaptação. Se a família for presente e colaborante, ajuda em muito para que a equipa tenha sucesso na intervenção” (AS02).

“(…) os familiares mais próximos do utente e que já prestavam cuidados antes do internamento, (…) facilitam o processo de integração do utente e colaboram com a equipa. (…) manifestam uma vivência mais positiva (..)” (AS04).

“Relativamente às vivências, (pausa). Aqui verificam-se duas situações: aquelas famílias que já acompanhavam os utentes anteriormente, de certa forma facilitam o processo de integração (pausa) são mais ativos e a vivência próxima que já trazem antes do internamento torna-se positiva para o utente” (AS05).

Dos discursos apresentados, pode deduzir-se que uma família envolvida no processo de cuidados é essencialmente uma família esclarecida e cooperante, uma família unida e certamente mais tranquila e menos ansiosa, uma família protegida e valorizada, uma família que não renunciou a um dos seus papéis principais, sentindo-se útil e importante no cuidar daqueles que são, na maioria das vezes, a sua razão de ser e existir (Martins, 2002; Santos, 2002; Hanson, 2005, citado por Louro, 2009, p.208).

Percebe-se ainda nesses discursos que uma família presente e que se mostra interessada em participar no processo de tratamento e na elaboração do plano terapêutico com a equipa, acaba por ser uma força positiva não só para o utente, mais também para os elementos da equipa multidisciplinar.

Vivência de Estímulo Negativo

As vivências de estímulo negativo, são aquelas consideradas como *ameaças*, tanto para o bom trabalho da equipa como para a integração do utente na RNCCI e segundo a opinião dos entrevistados, apontam-se como principais causas das vivências negativas, as seguintes:

“(…) desconhecimento ou perceção da real situação de saúde do utente (…)” (AS05), ou como refere outro entrevistado “a relação conflituosa ou de atrito entre a família e o utente, o sentimento de negação da doença e da dependência e dificuldades de adaptação ao internamento” (AS02).

“(...) Há famílias que têm dificuldades de aceitar que o pai ou a mãe ou a avó está naquele estado e é preciso ajudá-los um bocadinho nisso (...) primeira reação da família é a negação porque o familiar ficou assim (...)” (AS03).

“(...) aqueles familiares que não podem estar presentes ou não acompanham seja por motivos profissionais ou de outra natureza, estes sim dificultam um pouco a integração, bem como a aceitação do internamento. E aí eu percebo que esta atitude é fruto do desconhecimento ou percepção da real situação de saúde do utente (...)” (AS05).

“(...) um pai ou uma mãe aos cuidados de um filho ou filha, ou marido aos cuidados da esposa e que o seu estado de saúde se agravou e já não pode continuar no domicílio. Nestas situações, temos mais problemas, porque normalmente os familiares estavam acostumados a serem eles a prestar os cuidados ao utente e à sua maneira, conhecem o familiar melhor que ninguém e têm extrema dificuldade em confiar nos profissionais da unidade (...) porque são pessoas desconhecidas” (AS04).

A partir dos discursos do (AS03, AS05 e AS04), pode-se perceber que, apesar da família ter o conhecimento do diagnóstico, custa-lhes aceitar a realidade e cabe aos profissionais, trabalhar com a família no sentido de lhes fornecer o apoio necessário em cada uma das fases da doença.

Como refere Martins (2004, citado por Monteiro, 2010, p. 43) “a situação de doença pode ser vivida com mais ou menos dificuldade no seio da família, quer em relação a reorganização quer à gestão de emoções”. Para Moniz, (2003, citado por Monteiro, 2010) considera que,

...a hospitalização representa, particularmente para a pessoa, uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes fatores, como sejam a capacidade de adaptação, as experiências anteriores, as representações de saúde e de doença, entre outros, provocando desequilíbrio e instabilidade o que faz com que os outros membros sintam necessidade de se ajustarem à nova situação, sendo necessário uma reorganização social e familiar, de forma a permitir encontrar respostas, garantindo deste modo a continuidade dos cuidados (p.39).

Na perspetiva de Dominelli (2004, citado por Carvalho, 2013, p. 106), a relação de confiança, é um elemento fundamental na interação entre o Assistente social e a pessoa ou grupo de pessoas que procuram apoio. A mesma autora refere que a confiança é um aspeto que permite a expressão das necessidades e aspirações (...). A confiança confere estabilidade ou certeza em contexto de mudanças e permite que as pessoas cheguem mais longe através de partilha de recursos que garantam objetivos acordados.

2.3. Expetativas das famílias face ao internamento de um familiar numa ULDM

O termo expetativa vem do latim “*expectare*”, que significa estar na expetativa de, ou seja, expetativa é a esperança fundada em promessa ou probabilidades (Costa & Melo, 2009, p.617).

Segundo Pinto, Coutinho e Rezende (2009), as expetativas que os familiares dos utentes trazem, relacionam-se com fatores pessoais como: a perceção da doença do familiar e as experiências anteriores. A análise das informações obtidas no presente estudo permitiu identificar que alguns familiares, manifestam expetativas muito elevadas e outros manifestam expetativas moderadas, tal como se constata no quadro abaixo.

Quadro 3: Expetativas das famílias

Momento	Expetativas	Descrição das expetativas
Na admissão	Altas	Desajustadas/irrealistas, centradas na cura e/ou na melhoria total
Durante o internamento	Moderadas	Realistas, centradas na otimização da qualidade de vida.

Fonte: Elaboração própria a partir das informações recolhidas

Os cinco entrevistados, referiram a existência de expetativas elevadas, na maioria dos familiares, facto que está de acordo com Louro (2009), ao referir que apesar do estado crónico da doença e do grau de dependência que ela pode gerar, há sempre esperança nos familiares de que o utente recupere a autonomia, que a medicina consiga curar, ou que o tempo traga melhorias no futuro.

Expetativas Elevadas

As expetativas elevadas, conforme já referimos anteriormente, centram-se na obtenção de resultados, pouco prováveis. A opinião dos participantes no estudo, em relação as expetativas elevadas ou altas, foi a seguinte:

“Temos casos de utentes que chegam já com critérios de cuidados paliativos e com patologias muito complicadas e a família com as expetativas muito altas e com esperança de que pode haver melhorias significativas (...)” (AS01).

“Quando estamos a falar de familiar que cuida ou que vive mais próximo do utente, a expetativa inicial é sempre o regresso a casa. Depois estas expetativas iniciais vão sendo trabalhadas e geridas em função da situação clínica do utente. Quando os familiares apresentam expetativas irrealistas, trabalhamos de forma a adequar ou ajustar a realidade (...)” (AS04).

“A expetativa da família no momento da admissão é sempre a de ver o familiar melhorar ou recuperar (pausa) por exemplo uma das expetativas muito comum, quando o utente chega com sonda, a expectativa da família é que volte a comer por ele próprio e custa-lhes a aceitação de que efetivamente já não vai haver melhoras” (AS03).

Os participantes (AS01, AS04 e AS03), referem que nem sempre as expetativas dos familiares correspondem à realidade, sobretudo nos casos de utentes em que as possibilidades de uma recuperação total são reduzidas, como se pode depreender nos seus discursos.

Também Lopes (2007), afirmava que o encaminhamento para outras respostas de apoio é visto como um fator importante no aumento do suporte à pessoa dependente, pois existe uma interligação forte entre os cuidados de saúde e o apoio social essencial ao apoio global, às pessoas em situação de dependência e às suas famílias.

Expetativas Moderadas

Durante o internamento, as expetativas dos familiares dos utentes, vão sendo trabalhadas e ajustadas à realidade. Os discursos que seguem, demonstram a opinião dos AS sobre as expetativas moderadas:

“(...) nós aqui encontramos de tudo, temos famílias que a atitude é de desinteresse dizendo até encontramos uma boa resposta e não queremos tirá-los daqui (...)” (AS02).

“Na reunião muitas vezes dizem “Eu já não digo que ganhe a autonomia que tinha, mas pelo menos que consiga recuperar alguma” (AS05).

De acordo com estas afirmações, importa referir que nos discursos dos participantes, no estudo foi notória a tendência dos mesmos em afirmarem que as expetativas identificadas, nas famílias variam sempre em função do grau de evolução da doença.

As atitudes e comportamentos da família perante o grau incapacitante da doença varia com as expetativas que o doente e a família têm quer em relação à evolução da incapacidade, quer às suas consequências. Uma dessas consequências é o estigma social, muitas vezes negligenciado, mas com impacto profundo nas relações familiares, sociais e profissionais (Sousa, Relvas & Mendes 2007, citado por Louro 2009, p.76).

Relativamente ao tempo no qual as expetativas são identificadas, as opiniões dos entrevistados foram um tanto ou quanto divergentes, conforme se pode observar:

“Na reunião de acolhimento” (AS02; AS01; AS04; AS05).

“Ao longo do internamento” (AS02; AS01; AS04; AS03).

“Na conferência familiar” (AS02; AS01; AS04; AS05).

Com isto, percebe-se que, na opinião dos participantes no estudo, o tempo de identificação das expetativas, pode fazer-se logo na admissão, momento no qual o técnico questiona os familiares sobre quais as expetativas, para que se possa desde cedo começar a gerir, o tempo de internamento e a preparação da alta, ou ao longo do internamento, em qualquer momento de contacto, ou na conferência familiar, dado que, nesta altura, a família já têm mais contacto com a equipa e com plano terapêutico proposto.

2.4. Situações- Problemáticas mais frequentes no acompanhamento dos familiares

O processo de doença gera no indivíduo muito mais do que apenas um mal-estar físico, uma vez que o confronto com a situação de fragilidade é capaz de desencadear alterações a vários níveis (emocionais, afetivas, sociais, económicas, profissionais, entre outras). Assim, a doença deve ser encarada pelos profissionais de saúde como uma situação geradora de stress e ansiedade e que, por isso, exige do doente e família a mobilização de novos recursos (Gameiro, 2004, citado por Oliveira, 2016, p.63).



Figura 4- Representação das problemáticas comuns no acompanhamento das famílias, dos utentes integrados na RNCCI.

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados do estudo.

Tendo em consideração a figura acima representada, os participantes no estudo, apontaram como principais problemáticas no acompanhamento das famílias, a escassa informação ou informação deturpada sobre o funcionamento da RNCCI.

Muitos familiares mostraram-se surpresos quando são abordados pelos técnicos das unidades no momento da admissão. Outros, apesar de terem o conhecimento da situação do utente e das condições de funcionamento da RNCCI, mostraram uma atitude conformista e de desresponsabilização (não aparecem na unidade, não cumprem com as orientações da equipa ...).

A par destas situações há casos de índole social e que, por mais boa vontade que tenhamos, os recursos de que dispõem são insuficientes e nestes casos, os técnicos de serviço social costumam fazer a mediação junto da segurança social e outras entidades que prestam apoios às famílias, do ponto de vista económico.

Muitos familiares dos utentes, chegam com informação desadequada sobre o funcionamento da RNCCI, a par disto, os discursos dos participantes no estudo evidenciam esta situação.

“(...) por exemplo: um utente chega com uma úlcera de pressão e está totalmente dependente, mas o objetivo da sua integração é o tratamento das úlceras. A partir do momento em que as úlceras cicatrizam, o utente deixa de ter critérios para continuar na unidade embora continue ainda dependente e tem sido complicado para as famílias compreenderem” (AS04).

“Quando eu faço a reunião de acolhimento e lhes digo que tem que preparar a alta e ainda por cima, logo na reunião de acolhimento, isto causa confusão às famílias” (AS03).

Entende-se nos discursos do (AS04 e AS03), que o trabalho feito no acolhimento é muito importante para dissipar dúvidas e evitar o entendimento deturpado sobre o funcionamento da rede e sobre o processo de recuperação do utente e consequentemente sobre a alta.

A desinformação é um conceito usado nos últimos tempos, no campo das ciências de informação. Tem sido muitas vezes associada à ausência ou à existência de informação manipulada (Brito, 2015). A mesma autora, também faz referência à definição dada pelo dicionário Michaelis, onde se pode ler que a desinformação é o “estado de uma pessoa ou grupo de pessoas não informadas ou mal informadas a respeito de determinada coisa” (p. 25).

Para Carvalho (2013), a informação é um elemento processual comum e transversal à prática de mediação. Por exemplo, quando a família ou doente solicitam informações sobre os direitos sociais. Ao fornecer essa informação, o AS também está a participar num processo psicopedagógico de formação pessoal. Na mesma linha de pensamento, a autora refere que o acolhimento, permite identificar o problema, desdramatizar e prevenir a urgência, abrindo portas para o familiar analisar as adaptações que a situação de doença acarreta para a família. Nesta situação, pode contar com a ajuda do profissional de saúde o qual fornece as informações requeridas com clareza, de forma a facilitar a correta assimilação das informações, como é possível depreender dos discursos apresentados.

A desresponsabilização familiar, foi um aspeto também referido pelos participantes no estudo, conforme se observa nos discursos que seguem:

“(...) familiares que raramente vêm às visitas e quando é para preparar a alta nem sequer aparecem no momento de preparação da alta” (AS01).

“Ao longo do acompanhamento o mais comum é a questão de desresponsabilização familiar. Temos que estar sempre a tentar envolvê-los e responsabilizá-los (...)” (AS02).

“(...) na preparação da alta aí é que se desligam bastante porque eu é que tenho que andar sempre atrás deles. (...) tenho que ser eu a ir (...) e pergunto então como é que está a preparação da alta? Ham! Já?” (AS03).

Percebe-se nos discursos dos (AS01, AS02 e AS03), que as famílias reagem de forma inapropriada para o regresso a casa do seu familiar e dependendo do caso, os técnicos têm muitas vezes que ajudar a família na preparação desta fase, de forma a garantir a melhor resposta para o utente.

No entanto, tal nem sempre é visível pois, como afirmado pelos participantes do estudo têm-se registado nalgumas famílias uma atitude de desresponsabilização e os profissionais de saúde têm estado a trabalhar com as mesmas, no sentido de as sensibilizar e chamar atenção sobre a importância, do envolvimento da família, na preparação da alta e na recuperação do utente.

O envolvimento familiar no processo de recuperação do doente constitui uma mais-valia tanto para a pessoa portadora de doença crónica e/ou dependência, como para a instituição e para a própria família. Augusto e Rogério (2002), defendem que o envolvimento e a participação da família no planeamento da alta e no processo de cuidados são parte integrante de uma estratégia de promoção da Continuidade dos Cuidados Integrados, centrados na dignidade do indivíduo doente e com vista à sua recuperação máxima.

Para aquisição dos apoios económico e subsídios, os participantes no estudo, referiram o seguinte:

“Temos tido casos de famílias muito carenciadas e a viverem em condições muito desumanas. Por vezes nós equipa queremos apoiar, mas o apoio a que podemos recorrer acaba por ser ineficaz porque acaba por não cobrir o conjunto de necessidades que esta família ou que o agregado familiar enfrenta. (...) Estou a lembrar-me de um caso da esposa de um utente que tem quatro netos em casa e o único rendimento que têm é a reforma. Ao retirar uma parte para a comparticipação na unidade, o que resta acaba por ser muito pouco para todo o agregado” (AS01).

“(...) casos de cariz social em que não existe apoio de retaguarda, aqui temos que acionar outras alternativas ou respostas a nível das instituições existentes, na comunidade” (AS05).

“Aquela questão da parte económica, eu faço os encaminhamentos para eles irem fazer inscrições em lares, mas imediatamente dizem-me logo que não têm recursos económicos (...) (AS03).

Constata-se nestes discursos que, em função dos problemas económicos que algumas famílias atravessam, aos AS cumprem o papel de mediador entre a família do utente dependente e algumas entidades que prestam esse tipo de apoio, sobretudo para solicitação de subsídios e complementos de reforma ou pensões de sobrevivência.

De acordo com Azeredo (2003, citado por Monteiro 2010, p.108), as dificuldades financeiras constituem um problema importante vivenciado por um cuidador, especialmente quando comparado o valor da reforma com as necessidades da pessoa dependente.

Branco (2005, citado por Baptista, 2012, p. 57), refere que perante uma situação de doença de um dos membros da família, o equilíbrio familiar é alterado, originando assim mudanças que conduzem a situações de crise, devido a fatores diversos, tais como a perceção e gravidade da doença, bem como a existência ou não de fontes de suporte interno ou externo e recursos financeiros da família.

2.5. Apoios prestados às famílias dos utentes e/ou pessoas significativas

De acordo com Carvalho (2012), os AS têm o dever de acompanhar e dar apoio tanto aos doentes quanto aos seus familiares, devendo para tal, articular-se com os restantes profissionais por forma a garantirem uma melhor qualidade da prestação de cuidados.



Figura 5- Representação dos apoios prestados às famílias dos utentes integrados na RNCCI.

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados do estudo.

Como se pode observar na (figura 5), os principais apoios que os técnicos de Serviço Social prestam às famílias dos utentes, são essencialmente a nível de informação para facilitar a melhor integração do utente e família a nível psicossocial, visto que, como já foi referido, a doença e o internamento são acontecimentos que podem causar stress e preocupação na família. Estabelecem ainda a mediação quer a nível interno quer externo.

No que diz respeito, à informação e integração dos doentes e familiares na RNCCI, os participantes no estudo, referiram o seguinte:

“...eu trabalho de segunda a sexta e no período em que estou a trabalhar atendo as solicitações neste período, embora também tenhamos atendimentos programados. Procuramos adaptar os horários em função da disponibilidade e da condição dos familiares. Exemplo: se o familiar só pode vir ao fim de semana, nós adaptamo-nos a esta possibilidade para poder atender a família naquele momento” (AS02).

“ [a equipa multidisciplinar] nos casos em que os utentes manifestam a vontade de regressar ao domicílio e nós constatamos que há condições para isso, procuramos envolver a família e fazer aqueles ensinamentos de como fazer o levantar, o posicionamento, a transferência da cadeira para a cama e vice-versa para que possam orientar-se quando

o utente for para casa (...) Informação integração, isto é enquadrar as famílias na realidade dos Cuidados Continuados, visto que a RNCCI é uma reposta que ainda é nova apesar de existir há 10 anos ” (AS04).

“Quando há expetativas muito “elevadas” vamos falando com a família acerca da evolução do estado de saúde do utente e vamos fazendo a família perceber que se calhar o regresso ao domicílio, caso seja esta a pretensão inicial da família é algo que efetivamente não se poderá concretizar” (AS05).

“Apoio informacional sobre respostas sociais, ajudar as famílias a resolverem determinadas questões diretamente ligadas ao doente no âmbito social (...) (AS03).

Tal apoio está explícito nos seus discursos acima apresentados, percebe-se que os AS, apoiam à família dos utentes, fornecendo informação necessária no momento da admissão e/ou integração do utente na RNCCI, com vista a promover um atendimento personalizado e humanizado.

Segundo as orientações da DGS (2006), o apoio à integração do doente e/ou família nas unidades de internamento é prestado através do fornecimento de informações, nomeadamente sobre direitos e deveres e, é fundamental para à preparação da alta e continuidade dos cuidados.

A abordagem psicossocial é um dos procedimentos de intervenção dos AS, na saúde e nos Cuidados Continuados Integrados e os discursos dos participantes no estudo, confirmam esta perspetiva.

“Presto apoio psicossocial, onde procuro confortar relativamente ao estado em que o utente se encontra, ajudar as famílias a decidirem qual será o destino do utente no momento pós alta” (AS01).

“Na minha opinião o êxito dos cuidados prestados, a satisfação da família e do utente depende do tipo de apoio que os profissionais oferecem ou disponibilizam. Nós fazemos o apoio psicossocial, ou seja, toda a intervenção é baseada na teoria do apoio psicossocial onde trabalhamos, os fatores emocionais, económicos, sociais e religiosos” (AS02).

“No apoio psicossocial procuro trabalhar com a família os aspetos relacionados com a aceitação, da nova condição do utente (...) há famílias que se o utente era

autônomo no momento que antecede o internamento, apresentam uma “resistência” em aceitar o internamento e eventuais perdas que poderão ocorrer” (AS05).

“Acompanhamento psicossocial para eles gerirem todo este processo de internamento e todas as fases que eles passam (...) ouvi-los, conversar. Há muitas pessoas que numa reunião normal para saber se, por exemplo, fez alguma diligência acabam por desabafar, exprimir sentimentos, acabam por chorar e eu também acabo por criar um espaço, um ambiente onde eles possam libertar-se, dizer tudo que sentem porque é tudo uma alteração, não é fácil ter um familiar dependente (...) eu deixo que as pessoas libertem os seus sentimentos” (AS03).

Percebe-se nos discursos apresentado pelos participantes, que o apoio psicossocial, mais do que um procedimento técnico de intervenção, contribui para um diagnóstico multidisciplinar, isto é, privilegiando o trabalho em parceria e intersetorial. Nesta dimensão de intervenção, os técnicos de serviço social, procedem o levantamento sobre a realidade social do utente e da família, o que torna visível a “questão social”.

Na perspetiva de Gomes (2013), a intervenção psicossocial tem origem no método tradicional do trabalho social - método de “*caso individual*” ou serviço social de caso. A única diferença é que a intervenção psicossocial, embora seja dirigida às pessoas consideradas individualmente, tendo em conta seus aspetos psicológicos e sua inserção na sociedade, equaciona os problemas na perspetiva da sua causalidade social (...) e não apenas, (...), como se de problemas psicológicos se tratasse.

A autora acima referida, salienta que a intervenção psicossocial é um método de trabalho da profissão de AS, que se dirige aos problemas que as pessoas enfrentam no seu funcionamento social. São considerados “problemas que carecem de intervenção psicossocial, aqueles que afetam a vida da pessoa na sua relação com a realidade exterior e/ou interior” (p. 46).

...Em saúde o Serviço Social atua na dimensão psicossocial da doença com o intuito de promover a saúde, reportando-se “(...) a fatores de ordem económica, social, cultural e espiritual (por vezes formulados em termos sintéticos e abrangentes como fatores de ordem social) e aos aspetos de ordem psicológica que influenciam a situação de saúde e/ou interferem na

doença e no processo de cura, reabilitação, readaptação e reintegração sociofamiliar e profissional ou escolar do doente” (DGS,2006, citado por Carvalho, 2012, p. 95).

Para Silva (2001), na intervenção psicossocial o objetivo imediato é dirigido à resolução do problema (...) que condiciona as capacidades da pessoa-cliente a lidar com as situações-problema da vida em sociedade.

Silva et. al. (2009, citado por Baptista, 2012, p. 34) afirmam que “a assistência a família em todas as fases da doença e contextos de assistência, tem um grande potencial na manutenção e restauração da saúde do seu membro que se encontra doente (...)” os mesmos autores, apontam que é essencial conhecer como cada família cuida e identificar as suas forças, as suas dificuldades e os seus esforços para partilhar responsabilidades. O apoio psicossocial prestado às famílias dos utentes, segundo a opinião dos participantes no estudo, é direcionado nesta vertente da prestação da assistência não só ao utente mas também à família.

De acordo com Louro (2009), o apoio psicossocial, tem sido uma necessidade real para os cuidadores familiares, visto que disponibiliza um conjunto de intervenções no âmbito cognitivo, relacionados com a aprendizagem em termos de educação para saúde, visando ajudar as famílias a descobrir e a perceber formas de analisar e avaliar momentos críticos e encontrar as melhores soluções para cada problema.

Esta autora, entende que o apoio psicossocial, permite à família fazer uma correta adaptação às circunstâncias e condições de vida a que estão sujeitos, bem como à definição estratégica do seu novo quadro de vida, orientação esta que também é prevista no quadro legal da RNCCI (Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho, alínea e) do artigo 16º e alínea c) do artigo 28º).

Segundo as orientações que constam no guia da DGS para os AS na RNCCI, a intervenção psicossocial, consiste no aconselhamento e, adaptação à doença/perda, (...), visto que, centra-se na prestação do suporte emocional ao doente e/ou família, permitindo ou facilitando a expressão dos sentimentos e receios suscitados pela doença, pelo tratamento e suas consequências ou pela previsão da morte (DGS (2006).

Os discursos dos participantes, evidenciam que a prática da mediação, tem sido um meio que facilita em muitos casos, na aquisição e/ou solicitação dos apoios junto das instituições e entidades parceiras da RNCCI.

“Faço mediação para aquisição de ajudas técnicas seja para compra ou empréstimos, para prestação e encaminhamento para aquisição de complementos por dependência e complementos solidários” (AS04).

“(…) preparamos a família, vemos que necessidades, que problemas poderão aparecer no domicílio e ajudamos com (...), respostas sociais, ajudas técnicas, tentando criar as melhores condições no domicílio para a pessoa voltar” (AS03).

Este elo de ligação entre a família do utente e as entidades, evidenciado nos discursos dos participantes, permitem encontrar a melhor resposta para atender às necessidades da família e/ou do utente naquele momento, facto que está em concordância com a perspetiva de Pontes (1995), ao referir que o Assistente Social, trabalha com e nas mediações, contudo este “não é uma mediação ou um mediador no fazer do Serviço Social (...) mas sim um articulador e potencializador de mediações. Ou seja, ele atua nos sistemas de mediação que interferem nas refrações da “questão social” que origina as necessidades sociais sobre as quais a profissão é chama a intervir” (p. 177).

Almeida (2001, citado por Andrade 2009, p. 63), ao tecer a análise sobre o conceito da mediação, referindo que existe uma “proliferação” de práticas mediadoras, que surgem como resposta aos conflitos resultantes das relações “interpessoais” provocadas por mudanças sociais e que implicam a “intervenção de uma terceira pessoa” que promova a comunicação entre os intervenientes, de forma a que estes alcancem uma solução de comum acordo.

Neste sentido, o AS enquanto mediador entre as partes, intervém a um nível mais prático e trabalha com os indivíduos que de uma forma ou de outra, são excluídos das mínimas condições de sobrevivência. Almeida (2001, citado por Andrade 2009, p.68), salienta que a intervenção do AS na mediação tem como objetivo principal responder a uma inadaptação social dos indivíduos. Para Carvalho (2013), o AS é também um mediador e para desempenhar este papel, os profissionais precisam de, conhecer os recursos existentes na comunidade e organizar dossiês que permitam, orientar respostas adequadas aos problemas.

Segundo Cowles (2003), o principal argumento para os profissionais de serviço social exercerem um papel mais significativo nos cuidados de saúde reside, na mediação das estruturas que se apresentam como os maiores determinantes da saúde.

Articulação ou Contactos Formais

Quadro 4: Articulação com instituições parceiras da RNCCI

Instituições referidas	Discursos
Segurança social	“(…) contactos para requerer apoios sociais e complementos por dependência” (AS01). “(…) solicitar a integração do utente em vaga social” (AS05).
IPSS	“(…) contactamos as IPSS, lares e centros de dia, porque as unidades trabalham sempre em parceria com outras estruturas da rede formal existentes, na comunidade para garantir o melhor para o utente em todos os níveis” (AS04).
Centros de Saúde	“(…) assegurar que o utente já vai por exemplo com agendamento de uma consulta com o médico de família (...) se necessitar de uma ajuda técnica também é com Centro de Saúde” (AS02 e AS03). “(…) com os centros de saúde para marcação de consultas de especialidade, para o acompanhamento no pós alta” (AS04).
Câmaras Municipais	“(…) se precisar de alguns apoios para adaptação da habitação” (AS02).

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados do estudo.

Relativamente à articulação com instituições parceiras da RNCCI, na busca de apoios para minimizar os problemas apresentados pelas famílias dos utentes, os participantes no estudo referiram que para além do apoio psicossocial e do acolhimento feito no gabinete, estabelecem contactos com as entidades apresentadas no quadro anterior.

Os discursos relativos à articulação, demonstram e privilegiam o trabalho em equipa multidisciplinar e intersetorial, com a participação de vários atores da saúde e proteção social.

Dhooper (1997, citado por Carvalho, 2013, p. 11), ao tecer a análise da evolução dos serviços de saúde, refere que “a necessidade de prestação de serviços abrangentes em termos de cuidados de saúde de acordo com o modelo biopsicossocial e de modo a atender a outras necessidades do sujeito, que não são apenas as físicas, atribui ao AS, outros papéis”. Nesta perspetiva, a mobilização de recursos e advocacia em benefício dos utentes, tem como objetivo a resolução do problema.

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.

2.6. Perceção dos aspetos a melhorar no âmbito da intervenção do Serviço Social na RNCCI

No que diz respeito aos aspetos da intervenção do serviço social na RNCCI, a opinião dos participantes foi muito divergente, conforme se verifica nos discursos que se seguem:

“Penso que os Assistentes Sociais exercem funções bem específicas e muito bem padronizadas, no âmbito da RNCCI e atuam em muitos aspetos relacionados com os utentes e não só. Por isso acho que não há nada a melhorar por enquanto (...)” (AS01).

Neste discurso, o entrevistado apresenta uma perspetiva concordante com quadro atual do Serviço Social, ao afirmar que, por enquanto, toda a intervenção dos técnicos de Serviço Social responde de forma esperada às preocupações dos utentes.

“Eu acredito que a forma como os Cuidados Continuados estão implementados atualmente dão resposta eficaz às necessidades dos utentes. Claro que este é um trabalho em rede, em parceria. Sozinha não conseguiria fazer as intervenções que faço (pausa) apesar de a Misericórdia ser uma IPSS, há informações a que não consigo aceder, mas consigo trabalhar porque há parceria, se eu ligar para a segurança social consigo ter feedback sobre a informação referente às reformas ou complementos por dependência entre outros aspetos (...) penso que funciona muito bem e não há nada a melhorar na minha opinião” (AS02).

No discurso do (AS02), evidencia-se o trabalho em equipa multidisciplinar e intersetorial, como um dos aspetos da Rede, e relativamente à atuação do Serviço Social, não há nada a apontar.

“(....) a única coisa que eu acho que deveria ser repensada e refletida é a possibilidade da equipa interna de cada unidade poder ter a autonomia de instruir o processo de referenciação dos utentes (situações que conhecemos e com necessidade de integração) e não depender única e exclusivamente das equipas das unidades hospitalares e centros de saúde de referência” (AS04).

No discurso de (AS04), diferente dos anteriores, nota-se uma postura de autonomia em termos de desempenho de atividades e prestação de cuidados, ou seja, o (AS04), manifesta, a necessidade de haver mais independência técnica, no que diz respeito ao processo de admissão dos utentes.

“Não tenho nada a apontar. Eu penso que está tudo a funcionar bem, os instrumentos de avaliação que os Assistentes Sociais utilizam acho que são adequados. Ao longo da minha experiência (1 ano de trabalho na RNCCI), ainda não senti necessidade de manifestar ou sugerir alguma alteração” (AS05).

“(....) só tenho experiência da RNCCI na vertente de internamento, a rede é grande e tem muitas tipologias de respostas e penso que não há nada a melhorar na minha opinião” (AS03).

Os participantes (AS05 e AS03), foram unânimes nos seus discursos, ao referirem que não há nada a melhorar e apontaram as suas experiências de trabalho na RNCCI como referência.

Assim sendo, deduz-se a partir dos discursos dos participantes, que de uma forma geral, a emergência de novos problemas sociais, num contexto de patologias crónicas associadas ao envelhecimento e a dependência, torna fundamental a reflexão sobre as práticas dos profissionais dos técnicos de serviço social na área da RNCCI.

Em Cuidados Continuados Integrados, os Assistentes Sociais integram-se em unidades e equipas multidisciplinares e independentemente do contexto, do tipo de problemática identificada ou das necessidades individuais das pessoas ou grupos a que se destina a intervenção, estes profissionais orientam a sua ação com base na DGS (2006).

Face aos instrumentos de trabalho e avaliação social no Gestcare- Aplicativo de monitorização da RNCCI os participantes no estudo referiram, o seguinte:

“O gestcare eu acho que é uma ferramenta muito maçadora (riso). Temos que andar aí a registar, registar e basicamente cada dia temos uma nova avaliação. Mas tem que ser (...) nela conseguimos não só registar, mas também ter acesso às informações dos utentes feitos pelos restantes membros da equipa e isto facilita o trabalho em rede” (AS01).

“(...) acho que é uma plataforma que contempla os aspetos essenciais da intervenção da equipa embora algumas vezes as avaliações não sejam todas de igual qualidade, há técnicos que são mais exaustivos e exploram todas as variáveis possíveis de intervenção social e há outros muito sucintos, mas também isto não impede que façamos um bom acompanhamento, até porque ao longo do internamento também podemos ir colhendo a informação que necessitamos junto do utente e família” (AS02).

“Relativamente à plataforma informática, este é um mal menor (riso). Ela está bastante adequada e de fácil manuseio. A única coisa que tem que se fazer é cumprir com a periodicidade de registos das avaliações (sendo a avaliação inicial logo que o utente é admitido, uma avaliação depois de quinze dias de internamento e depois faz-se mensalmente). Só na fase inicial é que tivemos problemas sérios, porque para além de fazer os registos das avaliações sociais na plataforma, tínhamos que fazer também registos em papel para constar no processo físico do utente, o que era uma duplicação de informação e de trabalho. Atualmente já não trabalhamos desta forma porque os

registos que estão na plataforma servem também para as equipas externas que trabalham connosco para irem vendo e avaliando connosco a evolução dos utentes” (AS04).

“No que toca à área social, acho que devia ser melhorado e de mais fácil preenchimento apesar de ter campos abertos e nós nos campos abertos conseguimos fazer o que nós quisermos. Mas penso que devia ser um bocadinho melhor” (AS03).

A opinião dos participantes no estudo, em relação a plataforma de registo de informação, refere-se ao carácter burocrático, embora reconheçam a sua extrema importância, para a realização dos registos e avaliação dos utentes, o que privilegia em certa medida o trabalho em equipa e em rede.

Conclusões

Com este trabalho de investigação procurámos conhecer e compreender a experiência, sentimentos, vivências e expectativas manifestadas pelas famílias dos utentes da RNCCI, segundo a perspectiva dos AS que trabalham nas ULDM, do distrito de Bragança.

Adicionalmente procurámos ainda, conhecer os tipos de apoio que os AS prestam aos familiares ou pessoa significativa de utentes integrados na RNCCI, assim como identificar aspetos que possam ser melhorados, na intervenção dos AS relativamente ao seu trabalho na RNCCI.

Para a concretização destes objetivos, realizamos um estudo de natureza qualitativa que contou com a participação de cinco AS que desenvolvem a sua atividade profissional em ULDM do distrito de Bragança e cuja colheita de informação decorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2017.

Através da realização das entrevistas obtivemos os depoimentos dos participantes e os mesmos foram, posteriormente, agrupados em categorias. Assim, pela análise de conteúdo realizada aos depoimentos dos AS emergiram seis categorias: sentimentos percebidos, vivências das famílias, expectativas manifestas pelas famílias, situações problemáticas frequentes, principais apoios prestados e a opinião relativa aos aspetos a melhorar na prática profissional dos AS no âmbito da RNCCI.

Nos discursos dos participantes é visível a perceção de que, tanto existem famílias interessadas como as que não mostram qualquer interesse, prevalecendo assim, a ideia do pouco acompanhamento por parte dos familiares, quer por indisponibilidade, quer por conformismo ou por desinteresse.

Os AS, ao longo do acompanhamento das famílias dos utentes deparam-se com uma série de problemas, dentre eles: a insuficiência económica, a desresponsabilização e o conformismo e a desinformação. A questão da insuficiência económica tem muitas das vezes a ver com o valor da reforma que um determinado agregado familiar recebe e que é insuficiente para as restantes necessidades da família.

Na admissão e ao longo do internamento, as famílias vão ajustando as suas expectativas em função do quadro clínico e social do utente. E manifestam sentimentos como a confiança, preocupação, medo, insegurança e tristeza. Perante esta ambivalência de sentimentos, a angústia e a incerteza foram os mais referidos, pelos entrevistados.

Dentre os apoios prestados às famílias dos utentes, destaca-se o apoio informacional/integração, o atendimento psicossocial e a articulação com instituições parceiras da rede tais como (Segurança Social, IPSS, Centros de Saúde, Câmaras Municipais e Juntas de Freguesias).

Foi perceptível também que uma boa parte dos entrevistados manifestaram a vontade de ter autonomia para proceder à admissão dos utentes, a partir das unidades sem depender exclusivamente da ECL.

Consideramos que o estudo sobre as vivências e as expectativas dos familiares dos utentes integrados na RNCCI poderá contribuir para a identificação das necessidades, das famílias em termos de apoio e acompanhamento.

Os AS, no apoio às famílias dos utentes integrados na RNCCI e concretamente em ULDM, desempenham um papel fundamental na ajuda ao doente/família a adaptar-se à nova situação e na busca de apoios e/ou respostas sociais como medidas sustentáveis, que visam minimizar as necessidades naquele momento.

A mediação na resolução de situações burocráticas, é também um dos aspetos da intervenção dos AS com às famílias dos utentes. Para os utentes da RNCCI, esta mediação ocorre sobretudo na garantia dos direitos sociais nomeadamente a regularização de reformas quer a nível nacional ou no estrangeiro se for o caso.

O sucesso da intervenção dos AS no apoio às famílias dos utentes integrados na RNCCI, exige uma articulação entre respostas formais e informais de apoio, que visa a busca de recursos capazes de gerar competências para a continuidade de cuidados do utente no domicílio.

As dificuldades que se registam no processo de gestão das expectativas, é sobretudo nos casos em que a família perspetiva melhorias significativas, mesmo quando as possibilidades para o alcance desta melhoria são quase inexistentes.

Relativamente ao envolvimento da família no processo de cuidados, os técnicos de serviço social, apontam a *relação* entre o utente e a família como um fator fundamental. Sendo assim, uma boa relação, entre o utente e família é igual a manifestação do sentimento de interesse e participação ativa. Uma relação conflituosa, entre o utente e família é igual a participação passiva e toda a decisão que a equipa apresentar para a família é indiferente.

Apesar dos resultados obtidos, consideramos que o estudo apresenta limitações que, apesar disso, podem servir como linhas de orientação para futuras pesquisas. De

entre as principais limitações, destacamos o reduzido número de participantes pois, apesar de se ter solicitada autorização para entrevistar todos os Técnicos de Serviço Social que trabalham ou cooperam na RNCCI, apenas foi recebida resposta de cinco Santas Casas da Misericórdia do distrito de Bragança. As restantes entidades não responderam ao pedido.

Realçamos ainda como limitação o facto de o estudo ser circunscrito a um único distrito do país. Apesar de RNCCI ser de âmbito Nacional, a verdade é que é mais provável encontrar pessoas internadas oriundas dessa mesma região e como tal, com características próprias e que podem ser distintas das características pessoais, familiares ou sociais dos oriundos de regiões diferentes. Tais diferenças poderão também conduzir a respostas distintas dos técnicos envolvidos.

Às limitações referidas anteriormente acresce ainda:

- Dificuldades em conciliar o horário dos transportes públicos para as deslocações às unidades dos conselhos fora de Bragança, com a hora que os participantes se disponibilizaram para a realização das entrevistas;
- Interferências de fatores externos, visto que as entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho, muitas vezes tivemos que interromper a entrevista para o AS atender um telefonema importante ou solucionar uma situação urgente e ao retomar mais tarde notava-se que tinha perdido o rumo do assunto que estava a ser abordado, havendo necessidade de retomar a questão.

Referências Bibliográficas

Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.

Almeida, S., A.; Aragão, O., R., N. Moura, E., Lima, de C., G., Hora, C E.& Silva, S. M., A., L. (2009). Sentimentos dos Familiares em Relação ao Paciente Internado na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de enfermagem*. [online]. vol.62, (nº.6), [pp.844-849]. Acesso a 10 de março de 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600007>.

Andrade, L. (2009). *As práticas do serviço social nas IPSS no concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior Miguel Torga, Universidade de Coimbra, acesso a 9 de maio de 2017, disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/174/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20em%20Servi%C3%A7o%20Social.pdf>.

Apostolo, J., Cunha, S., Cristo, J., & Lacerda, R. (2004). A Vivência dos familiares de doentes com doença oncológica em fase terminal de vida numa unidade de cuidados paliativos. *Revista Investigação Em Enfermagem*: volume s/nº, nº (10), PP: 29-30.

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

ARS Norte I.P. (2017). *Ocupação das Unidades/Tipologias*. Portugal: RNCCI. Acesso a 24 de julho de 2017, disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt>.

Augusto, B. M., & Rogério, C. (2002). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no Cuidar*. Coimbra: Editora Formasau.

Baptista, J. (2012). *Dos cuidados continuados ao domicílio: dificuldades dos enfermeiros na preparação da alta do idoso dependente*. Dissertação de Mestrado em

Enfermagem Comunitária, Escola superior de enfermagem de Coimbra, Universidade de Coimbra. acesso a 05 de maio de 2017, disponível em: <https://www.google.pt/search?q=Dos+cuidados+continuados+ao+domicilio>.

Bardín, L. (1977). *Análises de conteúdo*. 1ª ed. Lisboa: Edições 70.

Brito, P. (2015). *Poder informacional e desinformação*. Tese de Doutorado em Ciência da Informação, Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2015, acesso a 30 de março de 2017, disponível em: <http://inseer.ibict.br/ancib/index.php/tpbci/article/view/203/268>.

Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 5ª Ed. Loures: Lusociência.

Carvalho, M. (2010). Serviço Social em Portugal: Percurso 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].

CCI. (2013). *Saúde e Apoio Social. Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (Relatório Final, março /2013). Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados.

Cerqueira, M. (2005). *O Cuidador e o Doente paliativo*. 12ª edição. Coimbra: Formasau.

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

Costa, J. & Melo, A. (2009). Dicionário de Língua Portuguesa. 5ª edição, Porto: Porto Editora.

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. 2ª edição. Coimbra: Almedina, S.A.

Cowles, F. (2003). *Social work in the health field- a care perspective*. Nova Iorque: The Haworth Social Work Practice Press.

D' Almeida, P. (2016). *Avaliação Diagnóstica na Prática do Serviço Social*. 1ª edição. Viseu-Portugal: Psicossoma.

Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho, (2006). Dispõe sobre a Criação da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República – Série A*. Lisboa. PDF[online], acesso a 23 de novembro de 2015, disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/38563865.pdf>.

Diogo, P. (2000). *Necessidades de Apoio dos Familiares que Acompanham a Criança com Doença Oncológica no Internamento*. *Revista Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 4, (n.º 1).

Direcção-Geral da Saúde, (2006). *Manual de Boas Práticas dos Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa, acesso a 23 de novembro de 2015, disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf.

Espaço do Assistente Social. (2003). Serviço Social. [online]. acesso a 16 fevereiro de 2017, disponível em: <http://www.eas.pt/servico-social>.

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.

Fook, J. (2003). *Social Work, Critical Theory and Practice*. Reprinted, London: Sage Publications.

Fortin, Marie-Fabiane (2003). *O processo de investigação da concepção à realização(s/nº)*. Loures: Lusociência. Tradução de Nídia Salgueiro.

Francisco, M. (2011). *Análise de conteúdo*. [online] *Metodologias de Investigação na Educação*. acessado a 8 abril de 2017, disponível em: <https://miemf.wordpress.com/a-analise-de-conteudo>.

Garnier, F. (1999). *Assistente Social : pour la Redefinition d'un Métier*. Paris: L'Harmattan.

Gil, A. (2009). *Metodologia e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª edição. São Paulo: Atlas.

Godoy, A. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, [online] (35/3). acessado a 26 junho de 2016. disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>.

Gomes, C., S. (2013). *O Planeamento das altas em unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção - Um Estudo De Caso Na Unidade "Naturidade Rio Maior"*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Universidade Lusófona de Humanos e Tecnologias. acesso a 9 de maio de 2017. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5482>.

Gondi, M. & Tamayo, Á. (1996). *Escala de Valores Organizacionais*. *Revista de Administração*. São Paulo, (versão nº 2), [online] [p.63]. Acessado a 3 março de 2017, disponível em: 200.232.30.99/download.asp?file=3102062.pdf.

Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em Rede: Serviço Social, sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa da Universidade.

Jaccoud, M., & Mayer, R. (2010). As *dimensões éticas*. In Poupart, J., Deslauriers, J., Groulx, I., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, À. (coord.). *A Pesquisa Qualitativa: Enfoques Epistemológicos e Metodológicos*, (2ª edição). (P.278). Rio de Janeiro: Vozes Editora. (Nasser C., A., Trad. *La Recherche Qualitative: Enjeux Epistémologiques Et Méthodologiques*, 2008, edição. Vozes Lda, Canada).

Lameira, A. (2015). *Diagnóstico Social / Serviço Social*. [online] *Serviço Social*. Acesso a 11 de março de 2016, disponível em: <http://servicosocial.pt/diagnostico-social>.

Lewgoy, A. & Silveira, E. (2007). *A entrevista nos Processos de Trabalho do Assistente Social, Textos & Contextos*, (nº 2), [online], Porto Alegre). [pp.233-251]. Acesso a 14 fevereiro de 2017, disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/2315/3245>.

Lopes, L. (2007). *Necessidades e Estratégias na Dependência: Uma Visão da Família*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* vol. 25, (n.º 1), [p. 39-46].

Louro, M., C., C., M. (2009). *Cuidados continuados no domicílio*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Acesso a 8 de março de 2017. disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26337/2/tese%20doutoramento%20revista.pdf>.

Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação*. 1ª edição. Coimbra: Quarteto.

Marques, E. & Mouro, H. (2004). *European social work*. 1ª edição. Roma: Carocci, pp.182-188.

Martins, A.M. de C. (2003). *Investigação em Serviço Social: perspetiva atuais*. In: Henríquez, A.; Farinha, M.A. (Orgs.). *Serviço Social: Unidade na Diversidade Encontro com a Identidade Profissional*. Lisboa: APSS.

Martins, J. & Bicudo, M. (1983). *Estudos sobre Existencialismo, Fenomenologia e educação*. 1ª edição. São Paulo: Moraes.

Martins, T., Araújo, M., Peixoto, M., & Machado, P. (org.). (2016). *A pessoa Dependente e o Familiar Cuidador*, (s/n ed.). Porto: Enfermagem. Porto.

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.* [online]. Acesso 30 de março de 2017. Disponível em: <http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/Trabalho%20com%20fam%EDias.pdf>.

Minayo, S. (2000). *Pesquisa social, teoria, métodos e Criatividade*. Ed. s/n. Petrópolis: Vozes.

Monteiro, D., C., M. (2010). *Vivências dos Cuidadores Familiares em Internamento Hospitalar- o inicio da Dependência*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do porto, acesso a 8 de março de 2017, disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria%20Clara%20Duarte%20Monteiro.pdf>.

Neto, I. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revi Port Clin Geral n°:(8)*, p. 69. Acesso a 24 de julho de 2017, disponível em: <http://file:///C:/Users/HP/Downloads/9906-9824-1-PB.pdf>.

Neves, L. (1996). *Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Caderno de Pesquisas em Administração*. São Paulo, v. 1, (n. 3-1996), acesso a 23 de junho de 2016. disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>.

Oliveira, D., A., P. (2011). *Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acesso a 9 de março de

2017, disponível em: repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24162&code.

Oliveira, G., L. (2016). *Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Universidade Fernando Pessoa, Porto. Acesso a 8 de março de 2017, disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5398/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Larissa_Gomes.pdf.

Organização das Nações Unidas, (1999). *Direitos humanos e Serviço Social: Manual Para Escolas e Profissionais de Serviço Social*. Lisboa: Organização das Nações Unidas.

Pinto, D., Coutinho, S., & Rezende, C. (2009). Cumprimento de expectativas e satisfação com a consulta de Medicina Geral e Familiar. *Rev. Port. Clin. Geral*, 405(17). Retrieved from <http://www.danielpinto.net/trabalhos/expectativas.pdf>.

Pontes, N. (1995). *Mediação e Serviço Social. Um Estudo Preliminar Sobre a Categoria Teórica e Sua Apropriação Pelo Serviço Social*.(s/ed), São Paulo, Cortez.

Poupart, J., Deslauriers, J., Groulx, I., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, À. (2010). *A Pesquisa Qualitativa: Enfoques Epistemológicos e Metodológicos*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes Editora. (Nasser C., A., Trad. *La Recherche Qualitative: Enjeux Épistémologiques Et Méthodologiques*, 2008, ed. Vozes Lda, Canada).

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. 12ª edição. Lisboa: Universidade Aberta.

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª edição. Porto: Legis Editora/LivPsic-Psicologia.

Rua, M., Santos, C., Melo, R. (2014). Necessidade do Cuidador familiar no Cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem*

Referência. Série IV - n.º 2 - mai./jun. 2014. Acesso a 23 de julho de 2017, disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a15.pdf>.

Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do idoso: Dificuldades dos familiares*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Seixo, C. & Louro, C. (2015). *Intervenção do Serviço Social com doentes terminais e familiares. Trabalho final para a disciplina de Espiritualidade e Fim de Vida*. Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança.

Seixo, P., P., da S., C. (2015). *Transmissão de Más notícias em contexto de Cuidados Continuados Integrados*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança. Acesso a 30 de novembro de 2016, disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/12693>.

Silva, F., P., A., da (2016). *O Regresso a Casa Estudo sobre as Vivências, Sentimentos e Expetativas dos familiares de utentes internados numa Unidade de Cuidados Continuados face à alta*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, acesso a 16 de outubro de 2016, disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/13121>.

Silva, L., F., da, (2001). *Intervenção Psicossocial*. (s/ed.). Lisboa, Universidade Aberta.

Souza, F., Costa, A., Moreira, A., Souza, D., & Freita, F. (2016). *WebQDA- Manual de utilização Rápida*. Edição s/nº, Aveiro: Universidade de Aveiro editora.

ANEXOS

Anexo I– Parecer dos Provedores da Santa Casa da Misericórdia

Recebido: IPB-20170125T102937-01497-131298137772609258



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DE
MIRANDA DO DOURO

Ex.ma Senhora:
**Directora do IPB – Instituto Politécnico
de Bragança**
Escola Superior de Saúde
Av. D. Afonso V

5300-121 BRAGANÇA

Sua referência
Proc. 7.01.06
000-445

Sua comunicação
16-11-2016

Nossa referência
021/01.04

Data
11/01/2017

ASSUNTO: "Autorização de aplicação de questionário"

Conforme o solicitado no ofício de V.Ex.^a, venho informar da autorização, para que a aluna do Curso de Mestrado em cuidados continuados, Georgina Penjombili Tobias, aplique um questionário nesta Instituição.

Mais se informa que deverá contactar o Técnico Dr. Sérgio Vaz para qualquer esclarecimento, no início do seu trabalho.

Com os melhores cumprimentos.

O Vice - Provedor,

H.C.

CONTRIBUINTE N.º 501 596 968

Largo da Misericórdia • Tel. 273 438260 • Fax 273 438261 • e-mail: scmmd@iol.pt • 5210-182 MIRANDA DO DOURO

Recebido: IPB-20161129T150940-21604-131249057807666053



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DE VILA FLOR

Instituto Politécnico de Bragança
Escola Superior de Saúde
Av. D. Afonso V
5300 - 121 Bragança
A/C Dr.ª Helena Pimentel

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	DATA.
	/ /	Of.º 271	2016/11/23

ASSUNTO: Questionário UCC - SCM de Vila Flor.

Venho por este meio informar V. Ex.ª, que a Aluna de Mestrado em Cuidados Continuados, Gorgina Penjombili Tobias está autorizada a aplicar o questionário, à TSSS da Unidade de Cuidados Continuados.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora

(Mónica Rute Moutinho Fernandes Dr.ª)

PROVEDORIA E SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS • LARGO DO ROSSIO N.º 11 • 5360-323 VILA FLOR
TELEFONE: 278 518 070 / FAX 278 518 078
www.misericordiavilafior.com • E-mail: scm-vila.flor@mail.telepac.pt

Recebido: IPB-20161215T112129-22712-131262744896798652



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MIRANDELA
Praça 05 de Outubro, n.º 16 e 17 * 5370-491 Mirandela * Tel: 278 201030 * Fax:: 278262977 *
Pessoa Colectiva n.º 501110860

Instituto Politécnico de Bragança
Escola Superior de Saúde
A/C da Profª Drª Helena Pimentel
Av. D. Afonso V
5300-121 Bragança

S/Referência
453
Proc. 7.01.06

S/Comunicação de

N/Referência
624

Data: 2016/12/12

ASSUNTO: Aplicação Questionários – TSS da UCC SCMMirandela

A Unidade de Cuidados Continuados – João Paulo II, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Mirandela, vem por este meio informar que foi autorizado a aplicação do Questionário destinado ao trabalho de mestrado da vossa aluna Georgina Penjombili Tobias, sob a orientação da Profª Drª Maria Augusta Pereira da Mata, a nossa Técnica de Serviço Social da Unidade de Cuidados Continuados João Paulo II.

Para mais informações é favor contactar a Direção Técnica, Dra. Raquel Alves, através do email: raquel@scmm.pt, ou presencialmente na Rua 25 de Maio, nº 119, 4º piso 5370-535 Mirandela.

Com os melhores cumprimentos,

O Provedor



Página 1 de 1

De: João Henriques [REDACTED]

Enviada: 9 de janeiro de 2017, 15:52

Assunto: Re: Documentos da Escola Superior de Saúde

Autorizados ambos os assuntos que foram solicitados.

Para combinar os assuntos em causa contactar Enfermeiro Luís Rodrigues na UCCILDM de Mogadouro.

Com os melhores cumprimentos

João Henriques

Enviado do meu iPad

No dia 05/01/2017, às 15:36, [REDACTED]

Boa tarde Dr. João Henriques

A Pedido da Professora Augusta Mata docente e provedora desta Instituição, envio em anexo dois documentos para resposta:

- Pedido de aplicação de questionário de uma aluna de Mestrado de Cuidados Continuados

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Serviço Social no apoio às famílias de utentes integrados na RNCCI: Experiências, Sentimentos, Vivências e Expetativas dos familiares na perspetiva dos Técnicos de Serviço Social

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Georgina Tobias, Assistente Social, aluna do Curso de Mestrado em Cuidados Continuados, na Escola Superior Saúde do Instituto Politécnico de Bragança- IPB, venho requerer, respeitosamente, a sua participação na entrevista e autorizar a utilização do conteúdo das mesmas.

Este estudo tem como objetivo: conhecer e compreender as experiências, sentimentos, vivências e expetativas manifestadas pelos utentes integrados na RNCCI; conhecer os tipos de Apoio que os Assistentes Sociais prestam aos familiares ou pessoa significativa de utentes integrados na RNCCI; identificar aspetos que possam ser melhorados na intervenção dos Assistentes Sociais relativamente ao trabalho na RNCCI.

A sua participação neste estudo é de extrema importância para que se possa conseguir alcançar os resultados preconizados. Por favor responda com clareza às questões do guião. A realização da entrevista obedece à condição de anonimato e reveste-se de primordial importância para a investigação.

Comprometemo-nos com o seguinte:

- ✓ As suas informações serão confidenciais;
- ✓ Todas as informações serão codificadas de forma a garantir o seu anonimato;
- ✓ A gravação da sua entrevista será destruída após o tratamento de dados. Caso se verifique incumprimento dos requisitos de participação, ou seja, da sua vontade poderá anular a sua colaboração.

Desde já apresento, os meus agradecimentos pela disponibilidade e colaboração prestada.

Bragança, aos ____/____/____

Assinatura da Mestranda

O (A) Entrevistado (a)

Apêndice II – Guião de Entrevistas

O Serviço Social no apoio às famílias de utentes integrados na RNCCI: Experiências, Sentimentos, Vivências e Expetativas dos familiares na perspetiva dos Técnicos de Serviço Social

O presente guião de entrevistas será aplicado aos Assistentes Sociais que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção - ULDM do distrito de Bragança.

1. Dados sobre a identificação

Idade _____ anos.
Estado civil _____
Género M ___ F ___ (coloque uma cruz)
Localidade _____
Grau académico (refira todos os graus que possui)
Licenciatura ___ Especialização ___ Pós-Graduação ___ Mestrado ___ Doutoramento ___
(coloque uma ou mais cruces, se for o seu caso)
Experiência de Serviço em Cuidados Continuados _____ (anos).

2. No âmbito da sua intervenção enquanto Assistente Social que trabalha com os familiares e/ou pessoa significativa dos utentes integrados na ULDM, responda às seguintes questões:
 - a. Que sentimentos identifica nas famílias dos utentes?
 - b. Quais as vivências dos familiares dos utentes e como estas influenciam a sua integração na RNCCI?
 - c. Que expetativas são manifestadas pelas famílias dos utentes na admissão, durante o internamento e no momento da alta?
3. De acordo com a sua experiência refira as principais problemáticas com que se depara no acompanhamento das famílias dos utentes integrados em ULDM e quais as estratégias que utiliza para a sua resolução?
4. Quais os apoios que presta aos familiares e/ ou pessoas significativas dos utentes?
5. Na sua opinião quais os aspetos da intervenção do Serviço Social no âmbito da RNCCI, que poderiam ser melhorados?

Tema: O Serviço Social no apoio às famílias de utentes integrados na RNCCI: Experiências, Sentimentos, Vivências e Expetativas dos familiares na perspetiva dos Assistentes Sociais.

Entrevistados: Assistentes Sociais

Local: Unidade de Longa Duração e Manutenção e Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Data __/__/__ **Hora** _____

Duração prevista: 25 a 30 Minutos

TABELA SÍNTESE PARA REFORÇO AO GUIÃO DE ENTREVISTAS				
Determinação dos blocos	Objetivos específicos	Formulação das questões	Observações	
<i>Bloco A-</i> Legitimação da entrevista.	Legitimar a entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar os entrevistados sobre os objetivos do trabalho; ✓ Garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato das entrevistas; ✓ Solicitar a autorização para a gravação áudio da entrevista; ✓ Informar sobre a duração do tempo médio da entrevista. 	Tempo médio: 2 minutos	

<p>Bloco B- Dados gerais sobre a identificação pessoal e profissional dos Assistentes Sociais.</p>	<p>Conhecer os dados de identificação pessoal dos Assistentes Sociais.</p> <p>Conhecer a situação profissional (tempo de serviço) dos Assistentes Sociais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar aos Assistentes Sociais os seus dados sociodemográficos: - Idade - Estado civil - Género - Grau académico - Percurso profissional <p><u>Questões de reforço</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Para além da licenciatura em serviço social possui outra formação? Qual? 	<p>Tempo medio: 3 minutos</p>
<p>Bloco C- Intervenção dos Assistentes Sociais com os familiares e/ou pessoa significativa dos utentes integrados na ULDM.</p>	<p>Pretende-se identificar os sentimentos, vivências dos familiares e/ ou pessoas significativas dos utentes integrados na ULDM, bem como as expetativas manifestadas na admissão, durante o internamento e no momento da alta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitar a opinião dos Assistentes Sociais relativamente aos sentimentos, vivências e as expetativas manifestado pelos familiares dos utentes. - Que sentimentos identifica nas famílias dos utentes? - Quais as vivências dos familiares dos utentes e como estas influenciam a sua integração na RNCCI? - Que expetativas são manifestadas pelas famílias dos utentes na <u>admissão, durante o internamento e no momento da alta?</u> <p><u>Questões de reforço</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Como faz o levantamento das expetativas dos familiares dos utentes? - Durante o seu percurso de trabalho na ULDM normalmente as expetativas manifestadas na admissão, coincidem com as expetativas pós a alta? - Qual tem sido a decisão da família relativamente à alta quando não são atingidos os objetivos? 	<p>Tempo médio: 5 minutos</p>

<p>Bloco D- Estratégias utilizadas para resolução dos problemas identificados no acompanhamento das famílias e /ou pessoas significativas</p>	<p>Pretende-se perceber quais as principais problemáticas com que os Assistentes Sociais se deparam no acompanhamento das famílias dos utentes integrados em ULDM e quais as estratégias que utilizam para a sua resolução.</p>	<p>✓ Solicitar a opinião dos Assistentes Sociais sobre as problemáticas, mais frequentes no acompanhamento das famílias e /ou pessoas significativas dos utentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De acordo com a sua experiência refira as principais problemáticas com que se depara no acompanhamento das famílias dos utentes integrados em ULDM e quais as estratégias que utiliza para a sua resolução? <p><u>Questões de reforço</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Como tem sido a participação da família no processo de reabilitação dos seus entes? 	<p>Tempo médio: 5 minutos</p>
<p>Bloco E- Tipos de apoio prestados às famílias dos utentes integrados na RNCCI segundo a perspetiva dos Assistentes Sociais que trabalham nas ULDM.</p>	<p>Conhecer as principais ações que os Assistentes Sociais desenvolvem com as famílias e/ou pessoas significativas dos utentes integrados na ULDM.</p>	<p>✓ Solicitar aos Assistentes Sociais que falem sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quais os apoios que presta aos familiares e/ ou pessoas significativas dos utentes? <p><u>Questões de reforço</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Que tipo de apoio presta às famílias de utentes? Quais? - Em que momento presta o apoio informacional? - Que aspetos aborda quando presta apoio psicossocial? <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tem um horário fixo para o atendimento psicossocial? Porque? -Estabelece articulação com outras entidades? Quais são? 	<p>Tempo médio: 5 minutos</p>

<p>Bloco F- Intervenção dos Assistentes Sociais no âmbito da RNCCI.</p>	<p>Perceber quais os aspetos da intervenção do Assistentes Sociais, no âmbito da RNCCI, que podem ser melhorados.</p>	<p>✓ Solicitar aos Assistentes Sociais que falem sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quais os aspetos da intervenção do Assistentes Sociais no âmbito da RNCCI, que podem ser melhorados? <p><u>Questões de reforço</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qual é a sua opinião sobre o gestcare- aplicativo de registo da informação da RNCCI? 	<p>Tempo médio: 5 minutos</p>
--	---	---	-------------------------------

Apêndice III – Transcrição das Entrevistas

Entrevista 1

ID: AS01 **Idade:** 35 anos **Género:** feminino **Estado civil:** solteira **Habilitações:** Lic. em Serviço Social **Nº de anos de serviço em cuidados continuados:** 3 anos.

Questões

Q. Que sentimentos identifica nas famílias dos utentes?

AS01- Logo que o utente é admitido na unidade, o sentimento que se identifica nas famílias de uma forma geral, é de conformismo, confiança, segurança, esperança e desresponsabilização, porque muitas famílias pensam que a ULDM é um lar e que o internamento é para toda a vida.

Q. Quais as vivências dos familiares dos utentes e como estas influenciam a sua integração na RNCCI?

AS01- Alguns familiares, sobretudo os que têm uma convivência próxima com o utente, mesmo tendo a noção do estado de saúde do utente, costumam ser uma força muito positiva para o utente e para equipa, porque eles sabem e conhecem melhor o utente e facilitam bastante o processo de integração. Agora os familiares que não acompanham por perto todas as fases, costumam normalmente ser passivos, no processo e normalmente limitam-se a visitas esporádicas.

Q. Que expetativas são manifestadas pelas famílias dos utentes na admissão, durante o internamento e no momento da alta?

AS01- É como já disse anteriormente. Na admissão deparamo-nos com muitas situações: Há aquelas famílias que quando o utente sai do hospital referenciado para RNCCI, já vêm cientes e sensibilizados e dizem “o que nós queremos é que tenham lhe proporcionar qualidade de vida”. Temos casos de utentes que chegam já com critérios de cuidados paliativos e com patologias muito complicadas e a família com as expetativas muito altas e com esperança de que pode haver melhorias significativas e isto torna o nosso trabalho um pouco difícil em termos de gestão das expetativas porque a família, mesmo sabendo que o estado de saúde do seu utente está a degradar-se dia após dia, nós não podemos ser muito diretos ao passar a informação. Temos que

ir dando a informação aos poucos, de forma gradual “é complicado” gerir estas situações em que efetivamente a família não vê ou não quer acreditar na real situação.

Q. Como faz o levantamento das expetativas?

AS01- Na reunião de acolhimento. Nós temos um guião onde fazemos registos das informações e à medida que os familiares vão falando nós apercebemo-nos das expetativas. Em ULDM, durante o período de internamento, quando as famílias têm expetativas irrealistas, com base no PII nós damos a conhecer à família a evolução ou estagnação do utente em termos de reabilitação e objetivos propostos. Na maior parte dos casos que já tivemos, independentemente de o utente cumprir ou não os objetivos, a família solicita sempre na preparação da alta para integração em ERPI. São poucos os casos que preferem o regresso ao domicílio mesmo sabendo que o utente está totalmente dependente.

Q. De acordo com a sua experiência refira as principais problemáticas com que se depara no acompanhamento das famílias, dos utentes integrados em ULDM e nas ECCI e quais as estratégias que utiliza para a sua resolução?

AS01- Temos tido casos de famílias muito carenciadas e a viverem em condições muito desumanas. Por vezes nós equipa queremos apoiar, mas o apoio a que podemos recorrer acaba por ser ineficaz porque acaba por não cobrir o “conjunto” de necessidades que esta família ou que o agregado familiar enfrenta. Sabemos que quando o utente está na unidade está apoiado e acompanhado, mas o outro lado? Estou a lembrar-me de um caso da esposa de um utente que tem quatro netos em casa que foram abandonados pela mãe, mas que não têm nada. E o único rendimento que têm é a reforma, ao retirar uma parte para a comparticipação na unidade, o que resta acaba por ser muito pouco para todo o agregado. E todos os problemas que já referi verificam-se mais nas famílias “problemáticas” porque numa família dita “normal” isto não se verifica.

Q. Como tem sido a participação da família no processo de reabilitação?

AS01- A maior parte dos familiares são muito presentes e colaborantes. Participam e querem saber e inteirar-se de todo processo. Mas, há também casos de outros que efetivamente raramente vêm às visitas e quando é para preparar a alta nem sequer aparecem no momento de preparação da mesma. Nos casos destas famílias, temos que entrar em contacto várias vezes, procurar no processo o contacto privilegiado que é a pessoa da família responsável, pelo utente e começamos a sensibilizá-la para a situação em si porque o utente que ficou internado precisa de apoio, é um ser humano e não é um objeto.

Q. Quais os apoios que presta aos familiares e /ou pessoas significativas dos utentes?

AS01- Presto apoio psicossocial, onde procuro confortar relativamente ao estado em o utente se encontra, ajudar as famílias a decidirem qual será o destino do utente no momento pós alta. Faço contactos formais com outras instituições, nomeadamente à segurança social para requerer apoios sociais e complementos por dependência e com a RLIS (rede local de inserção social), que apoia muitas famílias a nível económico, visto que hoje em dia as reformas são mínimas. Imagina por exemplo um agregado com um familiar doente e totalmente dependente nas AVD e a família não tem condições económicas para o utente depois ser reintegrado em lar se for o caso. Faço a instrução de processos para requerer vagas reservadas à segurança social, que são destinadas a utentes com insuficiência económica.

Q. Na sua opinião quais os aspetos da intervenção dos técnicos de serviço social no âmbito da RNCCI, que podem ser melhorados?

AS01- Não. Penso que os assistentes sociais exercem funções bem específicas e muito bem padronizadas no âmbito da RNCCI e atuam em muitos aspetos relacionados com os utentes e não só. Por isso, acho que não há nada a melhorar por enquanto. Relativamente ao gestcare eu acho que é uma ferramenta muito maçadora (**riso**). Temos que andar aí a registar, registar e basicamente cada dia temos uma nova avaliação. Mas, têm que ser. É a nossa ferramenta de trabalho e nela conseguimos não

só registar, mas também ter acesso às informações dos utentes feitos pelos restantes membros da equipa e isto facilita o trabalho em rede.

Entrevista 2

ID AS02 **Idade:**32 anos **Género:** feminino **Estado civil:** casada **Habilitações:** Lic. em Serviço Social **Formação continua:** Pós-graduação **Nº de anos de serviço em cuidados continuados:** 8 anos

Questões

Q. Que sentimentos identifica nas famílias dos utentes?

AS02- Os sentimentos são relativos e dependem de família para família, de utente para utente. Da relação que existe entre o utente e a família, nós aqui já identificamos utentes que têm uma excelente relação familiar, uma boa retaguarda e os sentimentos que estão nesta família são de interesse, preocupação e confiança, relativamente a todo processo, desde o internamento, à preparação de alta se for caso (**pausa**).

Como já tivemos famílias onde o suporte familiar é inferior ou quase nulo e em que os sentimentos não são fáceis de identificar porque vêm poucas vezes visitar o utente e somos nós enquanto parte do serviço social que tentamos de certa forma envolver e responsabilizar os familiares neste processo, tudo depende da relação que já existia antes do internamento.

Se for uma boa relação por norma o sentimento é de preocupação, de interesse e de entrega a tudo o que diz respeito ao internamento e preparação de alta. Quando na relação utente-família já existem atritos ou fricções entre eles, os familiares não manifestam assim tanto interesse, já não participam nas atividades que nós propomos. Os familiares tentam até incutir-nos a responsabilidade do internamento, dizendo *sic* “nós não teremos condições para o receber, façam o que entenderem”. Ou seja, nos casos em que não há uma boa relação utente-família, o sentimento que se nota é de desresponsabilização.

Q. Quais as vivências dos familiares dos utentes e como estas influenciam a sua integração na RNCCI?

AS02- É assim, uma família presente significa mais tranquilidade e mais incentivos para atingir os objetivos e no processo de adaptação, se a família for presente e colaborante, ajuda em muito para que a equipa tenha sucesso na intervenção.

Q. Que expetativas são manifestadas pelas famílias dos utentes na admissão, durante o internamento e no momento da alta?

AS02- Em relação às expetativas das famílias, nós aqui encontramos de tudo, temos famílias com expetativas modeladas dizendo até sic “encontramos uma boa resposta e não queremos tirá-los daqui” que. Mesmo os colegas da referenciação já tenham informado que o internamento é temporário, ainda assim muitos deles não absorvem. Logicamente porque sabem que outra resposta que a comunidade tem para oferecer não tem a mesma característica de uma unidade, onde a parte social e da saúde estão contempladas. Durante o internamento é desconstruído tudo isso e a família vai aos poucos enquadrar as suas expetativas dentro da realidade e do estado em que o utente se encontra. Por outra, quando o utente chega à nossa unidade, em princípio já temos uma informação prévia através da que está contida, no aplicativo de monitorização da RNCCI-gestcare.

Na admissão, normalmente já sabemos o diagnóstico e o possível prognóstico, há utentes que nós sabemos que vêm num estado já crítico, para cuidados de suporte e conforto com prognóstico bastante reservado.

Não vamos falar em alta, pois se vêm para um nível de manutenção, gestão terapêutica e controlo da dor, não vou logo na admissão falar em alta, que provavelmente não se vai concretizar e quando o utente sai, muita das vezes é por falecimento. Se for num processo normal é logo, na primeira abordagem que nós vamos avaliar as expetativas.

Perguntamos à família quando o utente estabilizar ou quando atingir os objetivos, qual será a resposta que tem em mente? Regressar ao domicílio, ou a uma instituição da rede formal? No entanto, não significa que a ideia que têm na admissão é a que se vai concretizar no fim, porque muitas vezes o utente pode até ter uma evolução fantástica e regressar ao domicílio. Outras vezes, a resposta que nós pretendíamos não se concretiza, pois, o utente piora e tem episódios de agudização.

As expetativas são geridas em função da informação que os familiares possuem acerca do diagnóstico do utente e depois ao longo do internamento mediante a evolução clínica, a parte social adapta-se ao quadro clínico do utente e muitas vezes é necessário fazermos sucessivos projetos de vida, estudos de casos diferentes, atendendo à situação clínica do utente. Nós já chegamos a ter uma alta preparada para regressar ao domicílio com suporte familiar e no dia da alta o utente teve episódio agudo e teve que ir para o hospital, algo

que não era expetável. As altas são trabalhadas de forma tripartida: utente - família – equipa, e nós sempre trabalhamos a alta em função dos gostos e da história de vida e das preferências do utente e da família e muitas vezes não estão em concordância e nós tentamos fazê-los chegar a um consenso e haver cedência e quando isso acontece é ótimo. Outras vezes não conseguimos e a vontade do utente é de regressar ao domicílio, mas não tem retaguarda de suporte e aí é muito complicado, fazemos outra avaliação, outro estudo social até encontrarmos uma resposta eficaz.

Q. Como tem feito o levantamento das expetativas?

AS02- Fazemos o levantamento das expetativas na admissão, ou numa das entrevistas, logo após as primeiras 48 ou 72 horas. E depois vamos fazendo a monitorização destas expetativas vamos ver se ainda se mantêm porque muitas vezes vemos que as expetativas que têm não correspondem à realidade e aí gerimo-las. Para concretizar as expetativas não alcançadas temos como estratégias: reunião familiar, consultas sociais, estudos sociais e ter uma conversa clara e objetiva com o utente e a família, mostrar quais as respostas sociais que a comunidade tem para oferecer ao utente e depois dentro destas nós vamos ver aquelas com que se sentiria melhor.

Por exemplo:

Podemos não ter uma família muito presente e o utente já é moderadamente independente e tem muita vontade de regressar ao domicílio. Com a contratação de uma empregada doméstica conseguimos que ele se mantenha no domicílio ou não conseguimos contratá-la porque os custos são elevados e opta-se por contratar o SAD ou envolver algumas pessoas significativas que não têm que ser necessariamente família, às vezes a rede de vizinhança já que estamos num meio, onde funciona bem e encontra-se envolvida e responsabilizada e comparece nas visitas como se fosse família.

Na preparação da alta damos formação a quem vai ser cuidador e com a ajuda de rede informal conseguimos satisfazer a vontade do utente.

Procuramos esgotar todas as possibilidades para encontrar a melhor resposta para o utente, pois é nele onde se centra a nossa intervenção como equipa. Quando não há família e não há rede de vizinhança, mesmo que o utente nos diga que está capacitado de estar só, mas se clinicamente não estiver, não é por sua vontade que lhe vamos assinar uma alta

social. Temos que avaliar os riscos todos, ajustar os planos e negociar com o utente uma institucionalização se tiverem sido esgotadas, as hipóteses para o regresso ao domicílio.

Q. Que estratégias de gestão de expetativas são utilizadas quando não for possível atingir os objetivos?

AS02- Quando não se conseguem atingir os objetivos, normalmente a família percebe e vê o que se está a passar, reconhece as limitações. Se os objetivos não forem atingidos, o utente continua a ter critérios para continuar na unidade. Os objetivos vão sendo adaptados ao longo do internamento, o objetivo nem sempre é melhorar, pode ser não perder o que se tem. Se os objetivos forem atingidos, tratamos da alta, atendendo às limitações que o utente tem. A família não fica por norma revoltada porque o utente não atingiu os objetivos. Também não tem acontecido altas a pedido só porque o utente não atingiu os objetivos. Altas a pedido por norma não costumamos ter. Porque a família se apercebe que o utente não conseguiu atingir os objetivos apesar do trabalho da equipa.

Q. De acordo com a sua experiência, refira as principais problemáticas com que se depara no acompanhamento das famílias dos utentes integrados nas ULDM e ECCI e quais as estratégias que utiliza para a sua resolução?

AS02- Ao longo do acompanhamento o mais comum é a questão de desresponsabilidade familiar. Mas, no caso dos utentes em que família é presente não se coloca este problema, pois encontra-se envolvida e responsabilizada em todo o processo. No caso daqueles utentes em que a família não colabora muito, temos que estar sempre a tentar envolvê-los e responsabilizá-los da melhor forma possível. Há casos de desresponsabilização familiar em que temos de partir para respostas da rede formal, porque no fim do internamento não aparecem.

Q. Quais as estratégias que utiliza para responder aos problemas que identifica ao longo do acompanhamento dos familiares dos utentes?

AS02- Primeiro agenda-se um atendimento presencial e quando não é possível fazemos abordagem telefónica. Tentamos explicar a importância e o papel da família no processo de internamento, quer a nível individual, quer a nível grupal englobando família e utente. O utente exterioriza a vontade de ser mais vezes visitado porque quando vê o colega de quarto a ter mais visitas dos familiares, duas a três vezes por semana, ele próprio faz referência que gostaria de ser visitado mais vezes.

Por vezes, tentamos perceber também a história de vida do familiar, o motivo da não comparência às visitas. Se alguma coisa surgiu e nós desconhecemos, **por exemplo**: se ficou sem o emprego ou sem o carro e não tem como deslocar-se, nós tentamos fazer entender ao utente que houve uma circunstância na vida do familiar que o impede de vir visitá-lo com regularidade. Agora se for por negligência familiar tentamos responsabilizá-los.

Q. Quais os apoios que presta aos familiares e/ ou pessoas significativas dos utentes?

AS02- Na minha opinião, o êxito dos cuidados prestados, a satisfação da família e do utente dependem do tipo de apoio que os profissionais oferecem ou disponibilizam. Nós fazemos o apoio psicossocial, ou seja, toda a intervenção é baseada na teoria do apoio psicossocial onde trabalhamos os fatores emocionais, económicos, sociais e religiosos. O atendimento normalmente é feito com base nas solicitações, que vão surgindo. Por exemplo, eu trabalho de segunda a sexta e no período em que estou a trabalhar atendo as solicitações, neste período embora também tenhamos atendimentos programados. Procuramos adaptar os horários em função da disponibilidade e da condição dos familiares. Exemplo: se o familiar só pode vir ao fim de semana, nós adaptamo-nos a esta possibilidade para poder atender e ver quais as preocupações e sentimentos que a família naquele momento tem.

Q. Como estabelece a articulação com outras entidades e quais são?

AS02- Quando se tem que preparar uma alta é obrigatório articular com os parceiros sociais que mais se adequem a determinada situação: se é necessário assegurar que o utente já vai por exemplo com agendamento de uma consulta com o médico de família (articulação com o Centro de Saúde), se necessitar de uma ajuda técnica também é com Centro de Saúde, se for uma resposta da rede formal é com a Segurança Social e se precisar de alguns apoios para adaptação da habitação articulamos com a Câmara Municipal.

Q. Na sua opinião quais os aspetos da intervenção dos técnicos de serviço social no âmbito da RNCCI, que podem ser melhorados?

AS02- Eu acredito que a forma como os cuidados continuados estão implementados atualmente dão respostas eficazes às necessidades dos utentes. Claro que este é um trabalho em rede, em parceria. Sozinha não conseguiria fazer as intervenções que faço.

Por exemplo: apesar da Misericórdia ser uma IPSS, há informações a que não consigo aceder, mas consigo trabalhar porque há parceria, se eu ligar para a segurança social consigo ter feedback sobre a informação referente às reformas ou complementos por dependência entre outros aspetos. A RNCCI já privilegia esta articulação e para já, penso que funciona muito bem e não há nada a melhorar na minha opinião.

Em relação ao aplicativo de monitorização da RNCCI - Gestcare acho que é uma plataforma que contempla os aspetos essenciais, da intervenção da equipa embora algumas vezes, as avaliações não sejam todas de igual qualidade, há técnicos que são mais exaustivos e exploram todas as variáveis possíveis de intervenção social e há outros muito sucintos, mas também isto não impede que façamos um bom acompanhamento, até porque ao longo do internamento também podemos ir colhendo a informação que necessitamos junto do utente e família.

Entrevista 3

ID:AS03 **Idade:** 33 anos **Género:** feminino **Estado civil:** casada **Habilitações:** Lic. em Serviço Social **Formação continua:** Pós-graduação em cuidados continuados **Nº de anos de serviço em cuidados continuados:** 8 anos

Questões

Q. Que sentimentos identifica nas famílias dos utentes?

AS03- Os sentimentos são vários e são identificados por várias fases. Numa primeira fase, os sentimentos que os familiares manifestam são:

- Preocupação;
- Angústia;
- Tristeza;
- Ansiedade.

Isto porque o seu familiar está numa situação de dependência. A preocupação reside em não saber se vai recuperar, se vai conseguir fazer o seu dia- a -dia e se vai voltar a possuir as capacidades e competências anteriores.

Durante o internamento nota-se algum conformismo por parte dos familiares porque começam a perceber que o utente vai ter esta ou aquela limitação e que não vai conseguir fazer a vida que fazia e que a partir de agora vão ter outras necessidades e que eles (familiares) vão ter que apoiá-los de outra forma. Isto depois traz também algumas angústias e especialmente na alta surgem as perguntas de como é que vou fazer/ como vou apoiar o meu familiar? Porque o internamento em ULDM não é definitivo. A pessoa fica enquanto tem necessidade de cuidados e a partir do momento em que estabiliza é proposta a alta. No entanto, quando esta alta acontece, muitas vezes o doente é dependente. Não anda, alimenta-se por sonda, precisa que lhe façam a higiene, mas já não há nada clínico e nenhum problema maior que justifique que esteja na unidade. O que ele precisa? Precisa que lhe deem conforto, alimentação, cuidados de higiene, que ele esteja bem e isto também causa alguma preocupação às famílias porque não sabem como é que vão fazer. Tem alta daqui. E agora? quem vai cuidar dele? Para onde é que vai? Todas estas inquietações porque por norma os familiares trabalham, não conseguem dar resposta porque depois os cuidados são cuidados específicos, são cuidados especializados, podem

aprendê-los aqui. Vamos imaginar que um familiar até recebe, novamente, o utente em casa nós efetuamos demonstrações de como virá-lo na cama, como fazer a higiene, como fazer os levantamentos para a cadeira e voltar a pô-lo na cama. Mas, isso tudo cria alguma ansiedade às famílias porque têm sempre receios. Será que eu vou conseguir tratar bem do meu familiar? Será que ele vai estar bem? Isso é que lhes provoca aqui alguma ansiedade sempre.

Q. Quais as vivências dos familiares dos utentes e como estas influenciam a sua integração na RNCCI?

AS03. Os familiares quando aceitam a integração do utente na RNCCI é sempre com o propósito de proporcionar ao doente o melhor. Quando o utente está hospitalizado ou tem de ir para casa ou ser encaminhado para RNCCI porque precisa de cuidados. Evidentemente que os familiares perante situações de dependência, de demência, preferem que venham para a unidade porque consideram que a unidade pode dar resposta às necessidades que o seu familiar tem naquele momento.

Q. Que expetativas são manifestadas pelas famílias dos utentes na admissão, durante o internamento e no momento da alta?

AS03 - A expetativa da família no momento da admissão é sempre ver o familiar (utente) melhorar ou recuperar. Ou seja, há sempre aquela esperança que eles fiquem bem, ainda que por vezes reconheçam que a recuperação não vai ser aquela que eles desejariam, mas no momento da entrada há sempre uma esperançazinha. Depois ao longo do internamento, dependendo de como a evolução do utente acontece, as expetativas vão variando um bocadinho. Se o utente começa a recuperar há sempre aquela esperança “ele vai conseguir” (embora nos utentes internados nas ULDM seja sempre um bocadinho difícil). Por exemplo: uma das expetativas muito comum, quando o utente chega com sonda, a expetativa da família é que volte a comer por ele próprio. E nisto há sempre aquela esperança, aquela ansiedade. E se a evolução não é favorável, a família começa o processo de aceitação e nós aí também temos que ajudar um bocadinho neste processo de fazer entender que realmente a situação não permite que o utente vá ter grandes melhoras. Há famílias que tem dificuldades em aceitar que o pai ou a mãe ou a avó está naquele estado e é preciso ajudá-los um bocadinho nisso.

No momento da alta é um pouco como já foi dito anteriormente: como é que vai ser agora?

Como eu disse, o doente de ULDM de modo geral, é um doente que precisa de muitos cuidados e há assim aquela angústia e aquela expetativa de encontrarmos um local adequado para ficar porque a família considera que não consegue cuidar dele e isso depois traz outras preocupações para a família. Se tem capacidade económica para encontrar um lar por exemplo: o que é que vai acontecer? É um pouco aquela ansiedade e agora é que eu faço? Eu trabalho e não tenho com quem deixar o meu pai ou a minha mãe, não tenho dinheiro para pagar um lar e ele tem que ter alta aqui.

Q. Como faz o levantamento das expetativas?

AS03- O levantamento das expetativas é feito no acompanhamento permanente da família (quando vêm à visita, procuro estar com eles, fazer pequenas reuniões, saber como é que estão). Antes de dar qualquer informação concreta, procuro junto dos meus colegas de equipa, (enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, entre outros) conhecer aprofundadamente a situação do utente e sempre que necessário reunimos em conjunto com as famílias,

apresentando eles a parte mais técnica e eu no apoio psicossocial, ajudo-os a conseguir lidar com isto. Fazemos reuniões formais ou sem formalidade. Às vezes até numa visita, eles estão no quarto, eu passo, converso com eles para não criar, assim aquele contexto tão formal para ser mais fácil lidar com a situação.

Q. Que estratégias de gestão de expectativas é utilizada quando não foi possível atingir os objetivos?

AS03- Normalmente, as famílias têm sempre esperança que recuperem alguma coisa mesmo nas ULDM. Por exemplo, veja o meu pai está com uma sonda, não se equilibra, vai passar por processo de reabilitação e chegamos ao fim ficou na mesma e por tanto desanima-se. Por outro lado, nem todos os doentes de ULDM são aqueles acamados sem competência e capacidade e todos os pequenos ganhos que possa haver são sempre muito bons para a família.

Outra situação frequente que temos é a pessoa por exemplo, vir para tratamento das feridas, até podemos conseguir fazer o tratamento das feridas, mas em termos de recuperação física não se consegue fazer nada.

Na ULDM, as famílias tentam usufruir o máximo de tempo possível “mais um mesito para ver”, “nestas condições não o podemos tirar daqui”.

Tentam sempre tirar o máximo possível porque o doente, na unidade está acompanhado por médico, enfermeiros, psicólogo, assistente social, nutricionista, entre outros elementos da equipa “ele aqui está tão bem”.

Quando eu digo à família é melhor procurar um lar, as primeiras reações é “aí! Mas, no lar o enfermeiro passa uma vez por dia ou duas vezes por mês”, ou seja, eles consideram que no lar não há acompanhamento permanente, não há um médico que ali esteja permanentemente, não há fisioterapia nem terapia da fala. A não ser que vá para um lar privado e tem que pagar isso tudo. E esse também é um problema. É que em termos de serviço-pagamento aqui é melhor porque não pagam tanto.

Dependendo da situação, cada doente paga de acordo com os seus rendimentos, mas se formos a ver enquanto que no lar tem aquela taxa fixa, muitas famílias não conseguem colocá-los no lar em termos de custos aqui até conseguem aguentar um bocadinho melhor com mais e melhores serviços. Então eles tentam metê-los aqui.

Uma alta social na ULDM é difícil. De acordo com a minha experiência são poucos os casos que passaram por mim e que foram para o domicílio novamente. A maior parte

deles vão para o lar e outros acabam por falecer porque a condição de saúde é bastante debilitada. Houve alguns transferidos para outras unidades por uma questão de proximidade da área de residência, mas não sei o que lhes aconteceu.

Mas também há aquelas famílias que pretendem apoiá-los no domicílio e aí preparamos a família, vemos que necessidades, que problemas poderão aparecer no domicílio e ajudamos com informação de apoios sociais, respostas sociais, ajudas técnicas, tentando criar as melhores condições no domicílio para a pessoa voltar.

Q. De acordo com a sua experiência refira as principais problemáticas com que se depara no acompanhamento das famílias dos utentes integrados em ULDM e nas ECCI e quais as estratégias que utiliza para a sua resolução?

AS03- As problemáticas mais comuns, surgem no momento da alta, porque enquanto o doente está aqui a situação está resolvida temporariamente. Aquela questão da parte económica, eu faço os encaminhamentos para eles irem fazer inscrições em lares, mas imediatamente dizem-me logo que não têm recursos económicos, vemos então quais são as possibilidades que temos, exploramos outras respostas sociais. Por exemplo, pedimos um complemento por dependência para complementar a reforma para poder fazer face a esses custos. Para além do acompanhamento psicossocial para eles gerirem todo este processo de internamento e todas as fases que eles passam, a primeira reação da família é a negação porque o familiar ficou assim, aquela tristeza, aquela angustia e depois é que é o processo de aceitação que efetivamente já não vai haver melhoras e depois aquele grande problema que é a alta.

Q. Quais as estratégias que utiliza para responder aos problemas que identifica, ao longo do acompanhamento?

AS03- É assim, há famílias e famílias. Há famílias muito interessadas e há famílias completamente desinteressadas. A família interessada procura desde o primeiro momento, estar presente, falar com os técnicos, saber qual é o nosso plano de intervenção, o que é que vamos fazer, se vamos por exemplo tirar a sonda, se vamos ver a questão da fralda, tirar a algália. Mas, no geral as famílias acomodam-se um bocadinho: o familiar (utente) está internado, está apoiado, vamos conversando diariamente para saber se está bem e se passou bem. Outros estão constantemente a perguntar e até perguntam de mais, querem sempre saber qual é o próximo passo e querem estar a par de tudo. Mas no geral,

o mais frequente é um bocado de comodismo, está na unidade, está a ser tratado, está acompanhado, está bem. Há sempre aquela família mais preocupada porque houve uma alteração e como é que vai ser, vai ficar melhor, o que é que vão fazer. Há um bocadinho de tudo. Agora na preparação da alta, aí é que se desligam bastante porque eu é que tenho que andar sempre atrás deles. Eu faço a reunião inicial e explico o funcionamento da unidade e o funcionamento da ULDM e explico que não é um internamento definitivo que terá que ter uma alta, terá que ter uma resposta para a alta e faço-lhes encaminhamento, peço-lhes que façam determinadas diligências e depois não tenho feedback mais nenhum. E tenho que ser eu a ir (...) e pergunto então como é que está a preparação da alta? Ham! Já? E eu digo têm que trazer os comprovativos e têm que fazer inscrição em mais sítios. O que acontece é que as pessoas se desligam um bocadinho, talvez porque não há um tempo limite. Se tivesse um tempo limite só vai estar aqui três ou quatro meses temos que resolver o problema da alta. Na minha opinião talvez ficassem um pouco mais ativos.

Q. Quais os apoios que presta aos familiares e/ ou pessoas significativas dos utentes?

AS03- Apoio psicossocial, ouvi-los conversar. Há muitas pessoas que numa reunião normal para saber se por exemplo fez alguma diligência acabam por desabafar, exprimir sentimentos, acabam por chorar e eu também acabo por criar um espaço, um ambiente onde eles possam libertar-se, dizer tudo que sentem porque é tudo uma alteração, não é fácil ter um familiar dependente, então chegamos a ter às vezes reuniões longas porque eu deixo que as pessoas libertem os seus sentimentos. Acho que a área social tem um bocadinho isto. Fazer com que eles vejam e pensem de outra forma (...) é um bocadinho mais real, efetivo, é um bocadinho menos emocional porque a pessoa está fragilizada, tem familiar doente e tenho que apoiar aqui um bocadinho. Para prestar o apoio psicossocial não tenho um horário fixo ou definido. Faço-o quando as famílias dos utentes vêm fazer visita. Eu vou e converso com eles, normalmente uma conversa informal, gosto mais de uma conversa num contexto mais descontraído, eu sou muito pouco formal, gosto pouco de gabinete. Às vezes há necessidade de se fazer uma reunião formal no gabinete. Quando há necessidade eu contacto as famílias, marcamos uma reunião ou conversamos por telefone algumas situações que podem ser resolvidas por telefone, mas não tenho propriamente um horário específico ou definido. As pessoas vêm, pedem para falar comigo e eu por norma atendo sempre, a não ser que não consiga mesmo.

Apoio informacional sobre respostas sociais, ajudar as famílias a resolverem determinadas questões diretamente ligadas ao doente no âmbito social, ou seja, servir de ponte ou estabelecer articulação com algumas instituições tais como: Segurança Social, Centros de Saúde, e outras IPSS que possam atender às necessidades dos utentes, Câmaras Municipais entre outras. Dependendo do problema a tratar, tentamos explorar todas as respostas sociais existentes na comunidade para resolver ou dar melhor resposta ao doente quando ele tiver alta.

Q. Na sua opinião quais os aspetos da intervenção do Técnico de Serviço Social poderiam ser melhorados?

AS03- Só tenho experiência da RNCCI na vertente de internamento, a rede é grande e tem muitas tipologias de respostas. Às vezes as famílias chegam aqui com expectativas em alta e que o doente vai ter resolvido o problema. Quando eu faço a reunião de acolhimento e lhes digo que tem que preparar a alta e ainda por cima, logo na reunião de acolhimento, isto causa confusão às famílias porque muitas vezes o utente está a entrar, está a ser admitido e já lhe estão a falar na alta. Eu agora optei por outra estratégia. O utente vem, faço uma pré-avaliação, depois de 2 ou 3 dias, com calma falo neste assunto de preparação da alta. Porque são tantas coisas que naquele momento a família está a atravessar, o doente acabou de entrar, a família está a ver o que é que vai ser, que cuidados é que ele vai receber e acho que não fica bem eu vir logo dizer: mas têm que preparar a alta. O doente acabou de se deitar na cama e têm que preparar a alta. Eu pessoalmente acho que não é fácil gerir tudo isso. Por isso, optei por fazer depois de alguns dias de internamento. Mas é preciso fazer a preparação da alta. se não as famílias acomodam-se.

Relativamente ao Gestcare- aplicativo de monitorização, dá-nos muito que fazer. É uma boa base de informação, onde todos nós fazemos as nossas avaliações. No que toca à área social, acho que devia ser melhorado e de mais fácil preenchimento apesar de ter campos abertos e nós nos campos abertos conseguimos fazer o que nós quisermos. Mas penso que devia ser um bocadinho melhor.

O aplicativo é bom porque nós conseguimos perceber o que é que já foi feito. O acompanhamento que o utente já teve. Às vezes acontece que um utente esteve a ser acompanhado pela ECCI e nós conseguimos ver o que é que se fez antes. Ou seja, possibilita-nos não ter que começar do zero ao fazer os registos das avaliações do utente.

Eu muitas vezes só pergunto aquilo que eu quero saber e que não esteja na avaliação já feita anteriormente. Não vou estar a perguntar então quantos filhos tem? Ou vive ali? Não, eu acredito que a avaliação feita pelo colega anterior representa a situação real do utente e vale. Normalmente para confrontar eu opto por dizer: então Dona Maria tem quatro filhos e se não for, a Dona Maria responde não, são três. E eu digo Ham! Então aconteceu aqui qualquer coisa, já vamos retificar. Não vou tratar aí num ambiente formal com perguntas esquematizadas porque isto cansa os utentes terem que dar a mesma informação sempre e muitas das vezes num curto espaço de tempo.

Entrevista 4

ID:AS04 **Idade:** 38 anos **Género:** masculino **Estado civil:** Solteiro **Habilitações:** Lic. em Trabalho Social **Formação contínua:** Mestrado em Serviço Social **Nº de anos de serviço em cuidados continuados:** 08 anos

Questões

Q. Que sentimentos identifica nas famílias dos utentes?

AS04. Normalmente, os familiares dos utentes acabam por manifestar um misto de sentimentos:

- Sentimento de culpa porque os familiares sentem-se incapazes de cuidar do familiar que se encontra numa situação de dependência, sobretudo no caso de casais em que viviam só os dois.

- Sentimento de auto-responsabilização, porque aqui no Norte e sobretudo nas zonas do interior, normalmente há uma forte tendência de pensar que cuidar do familiar doente e incapacitado é dever exclusivo da família. E entregar o familiar doente aos cuidados de uma instituição é uma prática que muitas famílias ainda não aceitam muito bem.

-Sentimentos de desconfiança e incerteza, porque apesar da RNCCI existir já há dez anos, para aquelas famílias que nunca tiveram alguém próximo integrado numa unidade de cuidados continuados, isto tudo acaba por ser uma experiência nova.

Ao longo do internamento, os sentimentos manifestados no início tornam-se positivos, porque as famílias acabam por perceber que as unidades de cuidados continuados oferecem cuidados específicos e especializados, têm condições físicas e ao nível de recursos humanos que muitos lares não têm.

Depois de serem informados que o internamento é temporário, aí manifestam alguma apreensão e preocupação, porque sabem que depois de o utente atingir os objetivos, irá receber alta e regressar ao domicílio ou então ser integrado numa outra resposta.

Q. Quais as vivências dos familiares dos utentes e como estas influenciam a sua integração na RNCCI?

AS04- Relativamente às vivências dos familiares, vamos destacar dois tipos de situações:

- A situação de utentes que eram autónomos antes do processo de agudização. Nestes casos as vivências dos familiares acabam por não influenciar negativamente a integração do utente na unidade porque como não eram eles que anteriormente prestavam os cuidados, interferem pouco e participam na tomada de decisões com a equipa.

- A segunda situação, normalmente é daqueles utentes que estavam doentes há muito tempo e sob os cuidados dos familiares. Por exemplo, um pai ou uma mãe aos cuidados de um filho ou filha, ou marido aos cuidados da esposa e que o seu estado de saúde se agravou e já não pode continuar no domicílio. Nestas situações, temos mais problemas, porque normalmente os familiares estavam acostumados a serem eles a prestar os cuidados ao utente e à sua maneira, conhecem o familiar melhor que ninguém e têm extrema dificuldade em confiar nos profissionais da unidade por desconfiança pelo menos na fase inicial, porque são pessoas desconhecidas. Fora estes casos, de forma geral, a família encaixa bem a resposta da RNCCI.

Q. Que expetativas são manifestadas pelas famílias dos utentes na admissão, durante o internamento e no momento da alta?

AS04. As expetativas manifestadas pelos familiares dos utentes dependem das situações. Se estivermos a falar de utentes que estavam sozinhos em casa por exemplo e os filhos a morar no Porto ou em Bragança ou em outras zonas mais longe, normalmente a expetativa destes familiares passa por um internamento definitivo. Quando estamos a falar de familiar que cuida ou que vive mais próximo do utente, a expetativa inicial é sempre o regresso a casa. Depois estas expetativas iniciais vão sendo trabalhadas e geridas em função da situação clínica do utente. Quando os familiares apresentam expetativas irrealistas, trabalhamos de forma a adequar ou ajustar a realidade. Como já referi, as expetativas variam de caso para caso e consoante a participação da família, na prestação de cuidados no período, antes do internamento. Quando os utentes são admitidos na RNCCI, a principio os familiares já vêm com objetivos iniciais definidos, antes do internamento e o utente deixa de ter critérios numa das seguintes situações:

- Utente atingiu os objetivos propostos e já tem critérios para alta.
- Utente não atingiu os objetivos propostos, não tem potencial para os atingir e por tanto deixa de ter necessidade de cuidados médicos, enfermagem e fisioterapia diário. E nestes casos, o utente é encaminhado para outras respostas que podem fornecer estes cuidados diários que não são específicos.

Q. Como faz o levantamento das expetativas?

AS04- O levantamento das expetativas nós cá na ULDM de Miranda, fazemos mediante o protocolo de admissão e acolhimento dos utentes, onde fazemos o registo e a avaliação inicial do utente, logo que é admitido na unidade. Nesta ficha para além do registo da informação do utente, regista-se também a expetativa dos familiares face ao processo do internamento e se a expetativa for irrealista ao longo do internamento será avaliada e ajustada à situação real do utente. Exemplo, temos utentes que tiveram um AVC isquémico e que a área afetada é muito extensa e a expetativa da família é que o utente recupere grande parte da autonomia que perdeu. Neste caso, mediante a extensão do AVC, vai ser difícil o utente recuperar uma pequena parte da autonomia, quanto mais recuperar a autonomia toda. Aí a equipa trabalha no sentido de envolver a família no processo de reabilitação e vão se ajustando as expetativas e leva-se a família a tomar consciência da situação real e a ir fazendo o “luto”, dado que têm que ir aprendendo a lidar com a situação de perda de autonomia do utente e reformular as expetativas iniciais e adaptar -se à situação do utente ou procurar apoio domiciliário se for necessário.

Q. Acompanhamento das famílias dos utentes integrados em ULDM e nas ECCI e quais as estratégias que utiliza para a sua resolução?

AS04- Um dos grandes problemas com que nos deparamos é a desinformação por parte dos familiares dos utentes. Porque acontece que nas unidades hospitalares as equipas de gestão de altas que são compostas por profissionais que fazem as referências a este nível, normalmente passam informações erronias às famílias, no momento da sinalização dos utentes para a RNCCI, algo que já não podia acontecer, dado o tempo que a RNCCI já existe a funcionar no nosso país. Devido a esta situação, as famílias e os utentes chegam às unidades com expetativas muito desajustadas da realidade e este tem sido, o problema maior que enfrentamos com as famílias, ter que explicar e enquadrar e desconstruir um conceito totalmente errado sobre os cuidados continuados que as famílias trazem no momento da admissão. Por exemplo: um utente chega com uma úlcera de pressão e está

totalmente dependente, mas o objetivo da sua integração é o tratamento das úlceras. A partir do momento em que as úlceras cicatrizam, o utente deixa de ter critérios para continuar na unidade embora continue ainda dependente e tem sido complicado para as famílias compreenderem isto, porque a informação que lhes passaram no momento da referenciação é contrária a esta.

Q. Como tem sido a participação da família no processo de reabilitação dos utentes?

AS04- Relativamente à participação das famílias temos duas situações:

Há aqueles familiares que nunca estiveram próximos do utente e não estão acostumados a prestar os cuidados diários, a participação destes familiares, limita-se às visitas como se faz no hospital de agudos e nada mais do que isto.

As famílias que já estavam com o utente em casa, são mais ativas e participam mais sobretudo na fase inicial do internamento. Mas, depois quando se apercebem que o utente está bem cuidado, acabam por se distanciar também e passam aquele regime de fazer só visitas esporádicas.

Nos casos em que os utentes manifestam a vontade de regressar ao domicílio e nós constatamos que há condições para isso, procuramos envolver a família e fazer demonstrações de como fazer o levante, o posicionamento, a transferência da cadeira para cama e vice-versa para que possam orientar – se quando o utente for para casa.

Q. Quais os apoios que presta aos familiares e /ou pessoas significativas dos utentes?

AS04- Ao nível de serviço social, basicamente na fase inicial do internamento os apoios prestados às famílias dos utentes são:

- Informação integração, isto é, enquadrar as famílias na realidade dos cuidados continuados, visto que a RNCCI é uma reposta que ainda é nova apesar de existir há 10 anos. Mas para aquelas famílias que nunca tiveram familiares ou alguém muito próximo nos cuidados continuados, acaba por ser uma coisa completamente nova.
- Gestão das expetativas dos familiares e preparação da alta, isto é, a partir do momento em que o utente é admitido na unidade o técnico de serviço social, começa logo a trabalhar com a família na preparação da alta, independentemente da expetativa manifestada ser o regresso para domicílio ou integração numa ERPI de acolhimento.

- Mediação, para aquisição de ajudas técnicas, seja para compra ou empréstimos, seja para prestação e encaminhamento para aquisição de complementos por dependência e complementos solidários.
- Os contactos formais (articulação), são feitos com a Segurança Social, para casos de necessidade de ajudas técnicas e complementos. Relativamente à saúde faz-se a articulação com os Centros de Saúde para marcação de consultas de especialidade, para o acompanhamento nos pós alta. Em relação ao suporte comunitário, contactamos as IPSS, lares e Centros de Dia, porque as unidades trabalham sempre em parceria com outras estruturas da rede formal existentes, na comunidade para garantir o melhor para o utente em todos os níveis.

Q. Na sua opinião quais os aspetos da intervenção dos técnicos de serviço social, no âmbito da RNCCI, que podem ser melhorados?

AS04- No âmbito de intervenção em si, a partir do momento em que o utente vem para a unidade, eu acho não há nada para se melhorar, porque a função do Assistente social, está definida e clara e está integrado numa equipa multidisciplinar e todos acabam por se complementarem e o funcionamento em equipa tem esta vantagem.

A única coisa que eu acho que deveria ser repensada e refletida é a possibilidade da equipa interna de cada unidade poder ter a autonomia de instruir o processo de referenciação dos utentes (situações que conhecemos e com necessidade de integração) e não depender única e exclusivamente das equipas das unidades hospitalares e centros de saúde. Nas unidades temos um problema sério quanto a esta questão. No período de outubro a junho, as referenciações funcionam perfeitamente e temos utentes em constante circulação com altas e entradas. No período de julho a setembro, se não tivermos cuidado podemos ficar sem utentes nas unidades porque é período de férias e as equipas referenciadoras ficam menos ativas nesta época.

Q. Qual é a sua opinião em relação ao gestcare?

AS04- Relativamente à plataforma informática, este é um mal menor (riso). Ela está bastante adequada e de fácil manuseio. Ao nível do trabalho do Assistente Social, principalmente nas ULDM, a única coisa que tem que fazer é cumprir com a periodicidade de registos das avaliações (sendo a avaliação inicial, logo que o utente é admitido, uma avaliação depois de quinze dias de internamento e depois faz-se mensalmente). Só na

fase inicial é que tivemos problemas sérios, porque para além de fazer os registos das avaliações sociais na plataforma, tínhamos que fazer também registos em papel para constar no processo físico do utente, o que era uma duplicação de informação e de trabalho. Atualmente, já não trabalhamos desta forma porque os registos que estão na plataforma servem também para as equipas externas que trabalham connosco para irem vendo e avaliando connosco a evolução dos utentes.

Entrevista 5

Id: AS05 **Idade:**41 anos **Género:** feminino **Estado civil:** união de facto
Habilitações: Lic. em Serviço Social **Nº de anos de serviço em cuidados continuados:**
1 anos

Questões

Q. Que sentimentos identifica nas famílias dos utentes?

AS05- É assim, na sua grande maioria (**pausa**), os familiares dos utentes quando vêm aqui para unidade, manifestam sentimentos de angústia, preocupação, medo, insegurança, face à adaptação e às dificuldades percebidas e vivenciadas pela família no apoio ao utente e incerteza e por vezes negação do que poderá acontecer.

Q. Quais as vivências dos familiares dos utentes e como estas influenciam a sua integração na RNCCI?

AS05. Relativamente às vivências, (**pausa**) aqui verificam-se duas situações: aquelas famílias que já acompanhavam os utentes anteriormente, de certa forma facilitam o processo de integração (**pausa**) são mais ativos e a vivência próxima que já trazem, antes do internamento torna-se positiva para o utente. Agora aqueles que não podem estar presentes ou não acompanham seja por motivos profissionais ou de outra natureza, estes sim dificultam um pouco a integração, bem como a aceitação do internamento. E aí, eu percebo que esta atitude é fruto do desconhecimento ou perceção da real situação de saúde do utente. De forma geral, os familiares mais próximos do utente e que já prestavam cuidados antes do internamento são mais participativos e facilitam o processo de integração do utente e colaboram com a equipa. Portanto, manifestam uma vivência mais positiva e realista.

Q. Que expetativas são manifestadas pelas famílias dos utentes na admissão, durante o internamento e no momento da alta?

AS05- No momento da admissão as expetativas dos familiares variam entre elevadas e moderadas. Isto porque pensam: o meu familiar veio para unidade e vai melhorar ou vai ganhar alguma autonomia. Na reunião muitas vezes dizem “*Eu já não digo que ganhe a autonomia que tinha mas, pelo menos que consiga recuperar alguma*”. ”. Porque é assim (pausa) a expetativa na admissão é que o utente obtenha ganhos consideráveis a nível funcional.

Mas aí a equipa vai trabalhando estas expetativas e ajusta-as ao quadro clínico e social do utente. Ao longo do internamento, vão percebendo que a condição do utente não permite que haja uma evolução de acordo com a expetativa inicialmente formada. Nós equipa, vamos trabalhando esta questão junto da família e aos poucos vão passando da fase de negação para a fase de aceitação da nova condição do utente. A alta é preparada, desde a admissão e ao longo do internamento. Quando há expectativas muito “elevadas” vamos falando com a família acerca da evolução do estado de saúde do utente e vamos fazendo a família perceber que se calhar o regresso ao domicílio, caso seja esta a pretensão inicial da família é algo que efetivamente não se poderá concretizar. E quando isto acontece, procuramos outras alternativas e vamos moldando estas alternativas que às vezes não coincidem com as expetativas iniciais.

Q. Como faz o levantamento das expetativas?

AS05- Faço o levantamento das expetativas, ao longo das 3 fases: admissão, internamento e na avaliação pré- alta.

Na admissão imediatamente eu questiono os familiares quais as expectativas? Isto porque no momento da admissão fazemos logo, uma coisa que se chama “*gestão do tempo de internamento, bem como da evolução do estado de saúde do utente, tendo em conta a preparação da alta*”.

Ao longo do internamento, vamos percebendo o que é que a família está a pensar, embora por vezes o desejo inicial manifestado pela família se altere ao longo do internamento, dependendo do caso em si.

Na preparação da alta quando não se concretizam os objetivos definidos no início, a estratégia de gestão da expectativa que utilizo é recorrer à informação que foi dada na admissão, sobre os eventuais ganhos que poderão ocorrer ou não e as possíveis soluções ou repostas. Eu penso que o trabalho de integração feito no momento da admissão é fundamental porque condiciona a expectativa futura da família.

Q. De acordo com a sua experiência refira as principais problemáticas com que se depara no acompanhamento das famílias dos utentes integrados em ULDM e nas ECCI e quais as estratégias que utiliza para a sua resolução?

AS05- Não tenho tido grandes constrangimentos a apontar. As famílias dum forma geral são muito interessados e participam, têm partilhado comigo as suas preocupações e ansiedades e dentro do possível oriento e encaminho para as respostas que se ajustam a cada caso. Excepcionalmente quando há casos de cariz social em que não existe apoio de retaguarda, aqui temos que acionar outras alternativas ou respostas, a nível das instituições existentes na comunidade.

Q. Quais os apoios que presta aos familiares e/ ou pessoas significativas dos utentes?

AS05- Desde o momento da admissão até a saída do utente na unidade, presto essencialmente apoio psicossocial e informativo. No apoio psicossocial procuro trabalhar com a família os aspetos relacionados com a aceitação da nova condição do utente. É assim: há famílias que se o utente era autónomo no momento que antecede o internamento, apresentam uma “resistência” em aceitar o internamento e eventuais perdas que poderão ocorrer. Nestes casos, a intervenção do serviço social tem sido basicamente promover a tomada de consciência ou aceitação da nova situação do utente. Faço articulação com entidades parceiras, nomeadamente com a Segurança Social, sobretudo para buscar resposta para os casos de utentes que no momento da admissão a família refere que não tem capacidade económica para no momento de alta integrar o utente numa ERPI. E nestas situações, a nível do serviço social, elabora-se um relatório social de estudo de caso e submeto à Segurança Social, para solicitar a integração do utente em vaga social. Faço contacto com a técnica de serviço social que trabalha na

Segurança Social no âmbito da parceria com a RNCCI, no sentido de encontrar ou acionar uma solução para o problema em causa. Com a Segurança Social, faço também contacto juntamente com a equipa para solicitar os pedidos de complemento por dependência e pensões por invalidez. Com as Juntas de Freguesia e Autarquias, dependendo de cada caso, faço encaminhamento e/ou solicitação de apoios para adaptações no domicílio se for necessário. Com os Centros de Saúde, faço contacto para marcação de consulta para o médico de família. Porque é assim (pausa), o utente recebe alta, deixa de ser utente da RNCCI, mas deve continuar o acompanhamento pelo seu médico.

Q. Na sua opinião quais os aspetos da intervenção do Técnico de Serviço Social no âmbito da RNCCI, que podem ser melhorados?

AS05- Não tenho nada a apontar. Eu penso que está tudo a funcionar bem, os instrumentos de avaliação que os AS utilizam acho que são adequados. Ao longo da minha experiência (1 ano de trabalho na RNCCI), ainda não senti necessidade de manifestar ou sugerir alguma alteração.

Q. Qual é sua opinião relativamente ao gestcare?

AS05- Relativamente ao gestcare eu penso que funciona bem e é importante. Permite registar o nosso trabalho. Fazemos o registo dos utentes logo, na entrada e ao longo do internamento vamos fazendo os registos quinzenais e mensais, de acordo com as avaliações ou diligências que efetuarmos.

Apêndice III– Grelha da Categorização das Entrevistas

C1-CATEGORIA- Sentimentos identificados nas famílias dos utentes integrados nas ULDM		
Subcategoria	Opinião dos entrevistados	Notas
C1.1. Sentimentos positivos	“(…) confiança relativamente a todo processo desde o internamento, à preparação de alta se for caso (pausa), nós aqui já identificamos utentes que têm uma excelente relação familiar, uma boa retaguarda e os sentimentos que estão nesta família são de interesse” (AS02).	
	“Preocupação, porque sabem que depois de o utente atingir os objetivos, irá receber alta e regressar ao domicílio ou então ser integrado em uma outra resposta”. (AS04 e AS05).	
	“(…) confiança, segurança, esperança (...) (AS01).	
	“(…) a partir do momento em que o utente estabiliza é proposta a alta. No entanto, quando esta alta acontece, muitas vezes o doente é dependente. Não anda, alimenta-se por sonda, precisa que lhe façam a higiene, mas já não há nada clínico e nenhum problema maior que justifique que esteja na unidade. O que ele precisa? Precisa que lhe deem conforto, alimentação, cuidados de higiene, que ele esteja bem e isto também causa alguma <i>preocupação</i> às famílias porque não sabem como é que vão fazer”. (AS03).	
C1.1. Sentimentos Negativos	“A insegurança reside em não saber se vai recuperar, se vai conseguir fazer o seu dia- a -dia e se vai voltar a possuir as capacidades e competências anteriores.” (AS03).	

	<p>“Sentimentos de incerteza, porque apesar da RNCCI existir já há dez anos, para aquelas famílias que nunca tiveram alguém próximo integrado numa unidade de cuidados continuados, isto tudo acaba por ser uma experiência nova” (AS04).</p>	
	<p>“Sentimento de culpa porque os familiares sentem-se incapazes de cuidar do familiar que se encontra numa situação de dependência, sobretudo no caso de casais em que vivem só os dois” (AS04).</p> <p>“É assim, na sua grande maioria (pausa), os familiares dos utentes quando vêm aqui para a unidade, manifestam sentimentos de angústia, medo, insegurança, incerteza e negação do que poderá acontecer...” (AS05).</p> <p>“...conformismo (...) desresponsabilização, porque muitas famílias pensam que a ULDM é um lar e que o internamento é para toda a vida. (AS01).</p>	
<p>C2- CATEGORIA -Vivências dos familiares sua influencia na integração dos utentes na RNCCI</p>		
Subcategoria	Opinião dos entrevistados	Notas
	<p>“Alguns familiares, (...), costumam ser uma força muito positiva para o utente (...), porque eles sabem e conhecem melhor o utente e facilitam bastante o processo de integração” (AS01).</p>	

	<p>“Uma família presente significa mais tranquilidade e mais incentivos para atingir os objetivos, e no processo de adaptação, se a família for presente e colaborante, ajuda em muito para que a equipa tenha sucesso na intervenção” (AS02).</p>	
<p>C2.1- Estimulo positivo para equipa e para utente</p>	<p>“(…) , vamos destacar dois tipos de situações: a situação de utentes que eram autónomos antes do processo de agudização. Nestes casos, as vivências dos familiares acabam por não influenciar negativamente a integração do utente na unidade, porque como não eram eles que anteriormente prestavam os cuidados, interferem pouco e participam na tomada de decisões com a equipa” (AS04).</p> <p>“(…) os familiares mais próximos do utente e que já prestavam cuidados antes do internamento, (...) facilitam o processo de integração do utente e colaboram com a equipa. (...) manifestam uma vivência mais positiva (..)” (AS04).</p>	
<p>C2.2. Dificuldades relativas a:</p> <p>C2.2.1. Aceitação da situação de dependência</p>	<p>“(…) os familiares perante situações de dependência, de demência, preferem que venham para a unidade porque consideram que a unidade pode dar resposta às necessidades que o seu familiar tem naquele momento”. (...) há famílias que tem dificuldades de aceitar que o pai ou a mãe ou a avó está naquele estado e é preciso ajudá-los um bocadinho nisso (...) a primeira reação da família é a negação</p>	

	porque o familiar ficou assim (...)” (AS03).	
C2.2.2. Internamento	“(…) aqueles que não podem estar presentes ou não acompanham seja por motivos profissionais ou de outra natureza, estes sim dificultam um pouco a integração, bem como a aceitação do internamento. E aí eu percebo que esta atitude é fruto do desconhecimento ou percepção da real situação de saúde do utente (...)” (AS05).	
C2.2.3- Confiança nos profissionais	(...) um pai ou uma mãe aos cuidados de um filho ou filha, ou marido aos cuidados da esposa e que o seu estado de saúde se agravou e já não pode continuar no domicílio. Nestas situações, temos mais problemas, porque normalmente os familiares estavam acostumados a serem eles a prestar os cuidados ao utente e à sua maneira, conhecem o familiar melhor que ninguém e têm extrema dificuldade em confiar nos profissionais da unidade (...) porque são pessoas desconhecidas”. (AS04).	
C3- CATEGORIA - Expetativas manifestadas pelas famílias dos utentes no momento de admissão, ao longo do internamento e no momento de preparação de alta		
Subcategoria	Opinião dos entrevistados	Levantamento das expetativas
	“Temos casos de utentes que chegam já com critérios de cuidados paliativos e com patologias muito complicadas e a família com as expetativas muito altas e com esperança de que pode haver	- Na reunião de acolhimento (AS02; AS01; AS04; AS05)

C3.1. Expetativas altas	melhorias significativas (...)” (AS01).	- Ao longo do internamento (AS02; AS01; AS04; AS03) - Na Conferência Familiar (AS02; AS01; AS04; AS05)
	“Quando estamos a falar de familiar que cuida ou que vive mais próximo do utente, a expetativa inicial é sempre o regresso a casa. Depois estas expetativas iniciais vão sendo trabalhadas e geridas em função da situação clínica do utente. Quando os familiares apresentam expetativas irrealistas, trabalhamos de forma a adequar ou ajustar a realidade (...)” (AS04).	
	“A expetativa da família no momento da admissão é sempre ver o familiar melhorar ou recuperar (pausa) por exemplo, uma das expetativas muito comum, quando o utente chega com sonda, a expetativa da família é que volte a comer por ele próprio e custa-lhes a aceitação de que efetivamente já não vai haver melhoras” (AS03).	
C3.2. Expetativas moderadas	“(…) nós aqui encontramos de tudo, temos famílias que a atitude é de desinteresse dizendo até encontramos uma boa resposta e não queremos tirá-los daqui (...)” (AS02).	
	“Na reunião muitas vezes dizem “eu já não digo que ganhe a autonomia que tinha, mas pelo menos que consiga recuperar alguma”. (AS05).	
C4- CATEGORIA - Problemáticas mais frequentes no acompanhamento dos familiares dos utentes e estratégias de resolução		
Subcategoria	Opinião dos entrevistados	Notas
4.1. Desinformação	“Um dos grandes problemas com que nos deparamos é a desinformação por parte dos familiares dos utentes (pausa) algo que já não podia acontecer dado o tempo que a RNCCI já existe a funcionar no nosso país. Devido a	

	<p>esta situação as famílias e os utentes chegam às unidades com expectativas muito desajustadas (...) com um conceito totalmente errado sobre os cuidados continuados (...) (AS04).</p> <p>Por exemplo: “um utente chega com uma úlcera de pressão e está totalmente dependente, mas o objetivo da sua integração é o tratamento das úlceras. A partir do momento em que as úlceras cicatrizam, o utente deixa de ter critérios para continuar na unidade, embora continue ainda dependente e tem sido complicado para as famílias compreenderem”.</p>	
	<p>“Às vezes as famílias chegam aqui com <i>expectativas em alta</i> e que o doente vai ter resolvido o problema. Quando eu faço a reunião de acolhimento e lhes digo que tem que preparar a alta e ainda por cima, logo na reunião de acolhimento, isto causa confusão às famílias” (AS03).</p>	
4.2. Desresponsabilização familiar	<p>“(…) familiares que raramente vêm às visitas, e quando é para preparar a alta nem sequer aparecem no momento de preparação da alta” (AS01).</p>	
	<p>“Ao longo do acompanhamento, o mais comum é a questão de desresponsabilidade familiar. Temos que estar sempre a tentar envolvê-los e responsabilizá-los (...)” (AS02).</p>	
	<p>“(…) na preparação da alta aí que se desligam bastante porque eu é que tenho que andar sempre atrás deles. (...) tenho que ser eu a ir (...) e pergunto então como é que está a preparação da alta? Ham! Já?” (AS03).</p>	

4.3. Insuficiência económica	<p>“Temos tido casos de famílias muito carenciadas e a viverem em condições muito desumanas. Por vezes nós equipa queremos apoiar, mas o apoio a que podemos recorrer acaba por ser ineficaz porque acaba por não cobrir o “conjunto “de necessidades que esta família ou que o agregado familiar enfrenta. (...) Estou a lembrar-me de um caso da esposa de um utente que tem quatro netos em casa (...) e o único rendimento que têm é a reforma, ao retirar uma parte para a participação na unidade, o que resta acaba por ser muito pouco para todo o agregado” (AS01).</p>	
	<p>“(...) casos de cariz social em que não existe apoio de retaguarda, aqui temos que acionar outras alternativas ou respostas a nível das instituições existentes na comunidade” (AS05).</p>	
	<p>“Aquela questão da parte económica, eu faço os encaminhamentos para eles irem fazer inscrições em lares, mas imediatamente dizem-me logo que não têm recursos económicos (...) (AS03).</p>	
C5. CATEGORIAS - Apoios prestado às famílias dos utentes e/ou pessoa significativa		
Subcategorias	Opinião dos entrevistados	Notas
5.1. Informação/integração	<p>“eu trabalho de segunda a sexta e no período em que estou a trabalhar, atendo as solicitações neste período, embora também tenhamos atendimentos programados. Procuramos adaptar os horários em função da disponibilidade e da condição dos familiares. Exemplo se o familiar só pode vir ao fim de semana, nós adaptamo-nos a esta possibilidade para poder atender e ver quais as preocupações e</p>	

	sentimentos que a família naquele momento tem” (AS02).	
	“ Nos casos em que os utentes manifestam a vontade de regressar ao domicílio e nós constatamos que há condições para isso, procuramos envolver a família e demonstrações de como fazer o levante, o posicionamento, a transferência da cadeira para cama e vice -versa para que possam orientar-se quando o utente for para casa (...) Informação integração, isto é, enquadrar as famílias na realidade dos cuidados continuados, visto que a RNCCI é uma reposta que ainda é nova apesar de existir há 10 anos ” (AS04).	
	“Quando há expetativas muito “elevadas” vamos falando com a família acerca da evolução do estado de saúde do utente e vamos fazendo a família perceber que se calhar o regresso ao domicílio, caso seja esta a pretensão inicial da família é algo que efetivamente não se poderá concretizar” (AS05).	
	“Apoio informacional sobre respostas sociais, ajudar as famílias a resolverem determinadas questões diretamente ligadas ao doente no âmbito social (...) (AS03).	
5.2. Apoio Psicossocial	“Presto apoio psicossocial, onde procuro confortar relativamente ao estado em o utente se encontra, ajudar as famílias a decidirem qual será o destino do utente no momento pós alta” (AS01).	

	<p>“Na minha opinião o êxito dos cuidados prestados, a satisfação da família e do utente depende do tipo de apoio que os profissionais oferecem ou disponibilizam. Nós fazemos o apoio psicossocial, ou seja, toda a intervenção é baseada na teoria do apoio psicossocial, onde trabalhamos os fatores emocionais, económicos, sociais e religiosos” (AS02).</p>	
	<p>“No apoio psicossocial procuro trabalhar com a família os aspetos relacionados com a aceitação da nova condição do utente (...) há famílias que se o utente era autónomo no momento que antecede o internamento, apresentam uma “resistência” em aceitar o internamento e eventuais perdas que poderão ocorrer.” (AS05).</p>	
	<p>“acompanhamento psicossocial para eles gerirem todo este processo de internamento e todas as fases que eles passam (...) ouvi-los conversar. Há muitas pessoas que numa reunião normal para saber se por exemplo fez alguma diligência acabam por desabafar, exprimir sentimentos, acabam por chorar e eu também acabo por criar um espaço, um ambiente onde eles possam libertar-se, dizer tudo que sentem porque é tudo uma alteração, não é fácil ter um familiar dependente (...) eu deixo que as pessoas libertem os seus sentimentos” (AS03).</p>	
<p>5.3. Mediação/encaminhamento</p>	<p>“Mediação, para aquisição de ajudas técnicas seja para compra ou empréstimos, seja para prestação e encaminhamento para aquisição de complementos por dependência e complementos solidários” (AS04).</p>	

	<p>“(...) preparamos a família, vemos que necessidades, que problemas poderão aparecer no domicílio e ajudamos com (...), respostas sociais, ajudas técnicas, tentando criar as melhores condições no domicílio para a pessoa voltar” (AS03).</p>	
<p>6- CATEGORIA - Contactos formais/ articulação com instituições parceiras a RNCCI</p>		
Subcategorias	Opinião dos Entrevistados	Notas
6.1. Segurança Social	<p>“(...) contactos para requerer apoios sociais e complementos por dependência” (AS01).</p>	
	<p>“(...) instrução de processos para requerer vagas reservadas a segurança social, que são destinadas a utentes com insuficiência económica” (AS01).</p>	
	<p>“(...) se for uma resposta da rede formal (...)” (AS02). “Contacto com a Segurança Social, para casos de necessidade de ajudas técnicas e complementos por dependência” (AS04).</p>	
	<p>“Faço articulação com entidades parceiras, nomeadamente com a Segurança Social, sobretudo para buscar resposta para os casos de utentes que no momento da admissão a família refere que não tem capacidade económica para no momento de alta integrar o utente numa ERPI. (...) elabora-se um relatório social de estudo de caso e submeto à Segurança Social, para solicitar a integração do utente em</p>	

	vaga social. Com a Segurança Social, faço também contacto para solicitar os complementos por dependência e pensões por invalidez” (AS05).	
	“Articulação com algumas instituições tais como: Segurança Social, (...) que possam atender às necessidades dos utentes, dependendo do problema a tratar, tentamos explorar todas as respostas sociais existentes na comunidade para dar melhor resposta ao doente quando ele tiver alta” (AS03).	
6.2 - IPSS	“(…) faço articulação com a RLIS (rede local de inserção social), que apoia muitas famílias a nível económico, visto que hoje em dia as reformas são mínimas. Imagina um agregado com um familiar doente e totalmente dependente nas AVD e a família não tem condições económicas para o utente depois ser reintegrado em lar por exemplo” (AS01).	
	(...) Em relação ao suporte comunitário, contactamos as IPSS, lares e centros de dia, porque as unidades trabalham sempre em parceria com outras estruturas da rede formal existentes na comunidade para garantir o melhor para o utente em todos os níveis” (AS04).	
6.3- Centros de Saúde	“(…) assegurar que o utente já vai por exemplo com agendamento de uma consulta com o médico de família referência (...) se necessitar de uma ajuda técnica também é com Centro de Saúde” (AS02).	
	“(…) articulação com Centros de Saúde, (...)” (AS03).	

	“(…) com os Centros de Saúde para marcação de consultas de especialidade, para o acompanhamento nos pós alta” (AS04).	
	“Com os Centros de Saúde, faço contacto para marcação de consulta para o médico de família. Porque é assim (pausa) o utente recebe alta deixa de ser utente da RNCCI, mas deve continuar o acompanhamento pelo seu médico” (AS05).	
6.4- Câmaras Municipais	“(…) se precisar de alguns apoios para adaptação da habitação” (AS02).	
	“Com as Juntas de Freguesia e Autarquias, dependendo de cada caso, faço encaminhamento e/ou solicitação de apoios para adaptações no domicílio se for necessário” (AS05).	
	“Articulação com algumas instituições (...) que possam atender às necessidades dos utentes, Camaras Municipais entre outras (...) tentamos explorar todas as respostas sociais existentes na comunidade (...)” (AS03).	
7. CATEGORIA - Opinião dos técnicos de serviço social relativamente aos aspetos a melhorar no âmbito da sua intervenção na RNCCI		
Subcategorias	Opinião dos entrevistados	Notas
7.1. Na intervenção dos Assistentes Sociais	“Penso que os assistentes sociais exercem funções bem específicas e muito bem padronizada no âmbito da RNCCI e atuam em muitos aspetos relacionados com os utentes e não só. Por isso acho que não há nada a melhorar por enquanto (...)”(AS01).	

	<p>“Eu acredito que a forma como os cuidados continuados estão implementados atualmente dão respostas eficazes às necessidades dos utentes. Claro que este é um trabalho em rede, em parceria. Sozinha não conseguiria fazer as intervenções que faço (pausa) apesar da Misericórdia ser uma IPSS, há informações a que não consigo aceder, mas consigo trabalhar porque há parceria, se eu ligar para a segurança social consigo ter feedback sobre a informação referente as reformas ou complementos por dependência entre outros aspetos (...) penso que funciona muito bem e não há nada a melhorar na minha opinião” (AS02).</p>	
	<p>“ (...) a única coisa que eu acho que deveria ser repensada e refletida é a possibilidade da equipa interna de cada unidade poder ter a autonomia de instruir processo de referenciação dos utentes (situações que conhecemos e com necessidade de integração) e não depender única e exclusivamente das equipas das unidades hospitalares e Centros de Saúde referência” (AS04).</p>	
	<p>“Não tenho nada a apontar. Eu penso que está tudo a funcionar bem, os instrumentos de avaliação que os Assistentes Sociais utilizam acho que são adequados. Ao longo da minha experiência (1 ano de trabalho na RNCCI), ainda não senti necessidade de manifestar ou sugerir alguma alteração” (AS05).</p>	
	<p>“(…) só tenho experiência da RNCCI na vertente de internamento, a rede é grande e tem muitas tipologias de respostas e penso que não há nada a melhorar na minha opinião” (AS03).</p>	

<p>7.2. Avaliação Social no Gestcare- Aplicativo de monitorização da RNCCI</p>	<p>“Relativamente ao gestcare eu acho que é uma ferramenta muito maçadora (riso). Temos que andar aí a registar, registar e basicamente cada dia temos uma nova avaliação. Mas têm que ser (...) nela conseguimos não só registar, mas também ter acesso às informações dos utentes feitos pelos restantes membros da equipa e isto facilita o trabalho em rede” (AS01).</p>	
	<p>“(...) acho que é uma plataforma que contempla os aspetos essenciais da intervenção da equipa embora algumas vezes as avaliações não sejam todas de igual qualidade, há técnicos que são mais exaustivos e exploram todas as variáveis possíveis de intervenção social e há outros muito sucintos, mas também isto não impede que façamos um bom acompanhamento, até porque ao longo do internamento também podemos ir colhendo a informação que necessitamos junto do utente e família” (AS02).</p>	
	<p>“Relativamente à plataforma informática, este é um mal menor (riso). Ela esta bastante adequada e de fácil manuseio. A única coisa que tem que fazer é cumprir com a periodicidade de registos das avaliações (sendo a avaliação inicial logo que o utente é admitido, uma avaliação depois de quinze dias de internamento e depois faz-se mensalmente). Só na fase inicial é que tivemos problemas sérios, porque para além de fazer os registos das avaliações sociais na plataforma, tínhamos que fazer também registos em papel para constar no processo físico do utente, o que era uma duplicação de informação e de trabalho. Atualmente já não trabalhamos desta forma porque os registos que estão na plataforma servem também</p>	

	<p>para as equipas externas que trabalham connosco para irem vendo e avaliando connosco a evolução dos utentes”.(AS04).</p> <p>“Relativamente ao gestcare eu penso que funciona bem e é importante. Permite registar o nosso trabalho. Fazemos o registo dos utentes logo na entrada e ao longo do internamento vamos fazendo os registos quinzenais e mensais, de acordo com as avaliações ou diligências que efetuarmos” (AS05).</p> <p>“No que toca à área social, acho que devia ser melhorado e de mais fácil preenchimento apesar de ter campos abertos e nós nos campos abertos conseguimos fazer o que nós quisermos. Mas penso que devia ser um bocadinho melhor” (AS03).</p>	
--	--	--

Apêndice IV- Relatório de Atividades Desenvolvidas durante o Estágio e o respectivo
Cronograma de Atividades



MESTRADO EM CUIDADOS CONTINUADOS

Georgina Penjombili Tobias

Relatório de atividades de estágio realizado na Unidade dos Cuidados Continuados da
Santa Casa da Misericórdia de Bragança e na Equipa de Cuidados Continuados
Integrados do Centro de Saúde de Bragança

Bragança, junho, 2017

MESTRADO EM CUIDADOS CONTINUADOS

Georgina Penjombili Tobias

Relatório de atividades de estágio apresentado a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados, com orientação de: Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata e Mestre Susete Maria Lucas Coelho Abrunhosa

Bragança, junho, 2017

Pensamento

“O momento que vivemos é um momento pleno de desafios (...) é necessário alimentar sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários”.

(Iamamoto, 1998, p. 17)

Lista de Siglas

RNCCI- Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados

UMCCI- Unidade de missão de cuidados continuados integrados

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

UCCSCMB- Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa de Misericórdia de Bragança

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

SNS- Sistema Nacional de Saúde

DGS- Direção Geral de Saúde

UCCC- Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade

ARS- Administração Regional de Saúde

ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção

AVD-Atividade de Vida Diária

PII- Plano Individual de Intervenção

ERPI- Estrutura Residencial para Idosos

UCCB- Unidade de Cuidados Continuados de Bragança

UMDR- Unidade de Longa Duração e Manutenção

CF- Conferência Familiar

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

ECR- Equipa de Coordenação Regional

ECL- Equipa de Coordenação Local

Índice

Introdução.....	16
1. Breve Contextualização sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado. 18	
2. Descrição do contexto onde decorreu o estágio.....	21
2.1. Unidade de Cuidados Continuados de Bragança.....	21
2.2. Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade do Centro de Saúde de Bragança	25
2.3. Justificação do contexto e objetivos do Estágio.....	27
2.4. Descrição das atividades desenvolvidas nos campos de Estágio.....	29
3. Reflexão decorrente da experiência obtida no Estágio.....	38
3.1. Experiência adquirida ao longo do estágio.....	38
3.2. Proposta e Sugestões.....	40
Considerações Finais.....	42
Referências Bibliográficas.....	44
Apêndice.....	46
Plano de Estágio.....	46

Índice de Imagens

Imagem 1- Estrutura Física da UCCSCMB (http://scm-braganca.pt/index.php?option=com_contact&view=contact&id=4&Itemid=1159	22
Imagem 2- Estrutura física do Centro de Saúde Santa Maria - Bragança (http://www.ulsnordeste.pt/joomla16/index.php/servicos-de-saude/cuidados-primarios/12-centrosaudesantamaria	25

Índice de Tabelas

Tabela 1- Levantamento das Expetativas dos Familiares e / ou Representantes	32
---	----

Introdução

As alterações demográficas, com maior peso na população idosa, assim como a alteração do tecido social, provocada pela ausência da mulher no domicílio, cuidadora tradicional, o aumento da esperança de vida, associada ao aumento das doenças crónicas, conduziram à emergente procura de novas respostas para a prestação dos cuidados de saúde e apoio social, a todas as pessoas em situação de dependência, independentemente da idade. Diante deste quadro, e fruto do desenvolvimento tecnológico da medicina, houve a necessidade de definir uma estratégia para o desenvolvimento progressivo de um conjunto de serviços adequados, nos âmbitos da Saúde e da Segurança Social, que respondessem à crescente procura de cuidados destes grupos da população, articulando com os serviços de saúde e sociais já existentes.

O acordo estabelecido entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde, possibilitou a criação de respostas multissetoriais, com o objetivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que se encontre em situação de dependência, sustentado por diversas entidades públicas (Hospitais, Centros de Saúde, Centros Distritais do Instituto da Segurança Social, I.P.) sociais e privadas (da Rede Solidária e da Rede Lucrativa). Desta forma, a RNCCI surgiu como uma resposta fundamental para atender as pessoas que independentemente da idade, necessitem de cuidados de saúde e apoio social.

Neste sentido, o curso de mestrado em Cuidados Continuados, lecionado na Escola Superior de Saúde do IPB, pretende dotar os estudantes com a capacidade de compreender e resolver problemas no âmbito da saúde e apoio social, resultante da avaliação conjunta ou multidisciplinar, refletindo entre outros aspetos, sobre a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência.

A elaboração deste relatório visa apresentar uma experiência de integração em tipologias de resposta - em contexto domiciliário e em internamento, permitindo o conhecimento de diversas dinâmicas e práticas institucionais, segundo o modelo de cuidados preconizado pela RNCCI. A aprendizagem e consolidação de tudo aquilo que aprendemos durante o período de estágio irá certamente contribuir para facilitar a nossa integração e desempenho, no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados. O estágio possibilitou-nos conhecer e compreender os procedimentos técnico-operacionais do Serviço Social, quer a nível de conceitos como de práticas de intervenção.

A metodologia utilizada para elaboração deste relatório, foi a pesquisa documental e a observação participante.

A pesquisa documental possibilitou-nos fazer o levantamento de informação, a partir dos relatórios, processos individuais, regulamentos internos, entre outros documentos existentes nos serviços.

A observação participante facilitou a nossa integração nas equipas multidisciplinares e de participação nas atividades realizadas pelas mesmas.

Este relatório está dividido em três partes: na primeira efetuamos a caracterização da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, na segunda parte a descrição e justificação do contexto e caracterização dos campos, onde decorreu o estágio. Na terceira parte apresentamos uma breve abordagem sobre a análise crítica e principais aprendizagens adquiridas. Por último, as conclusões e as referências bibliográficas.

1. Breve Contextualização sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados existe em Portugal, há mais de dez anos e surgiu como uma resposta conjunta entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social, para responder às necessidades da população ao nível das situações de dependência funcional, doenças crónicas em estado avançado ou terminal, entre outras e constituiu-se como o modelo organizativo e funcional (...), representando, (...) um processo reformador desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão (DGS, 2006).

De acordo com o Decreto-Lei nº 136/2015, de 28 de julho, os Cuidados Continuados Integrados são:

... “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, independentemente da idade, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (p. 5084).

Para a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade de vida, o funcionamento da RNCCI baseia-se nos seguintes princípios:

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços;
- Setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos, de funcionalidade e autonomia entre outros.

A coordenação da rede processa-se a nível nacional, regional e local, que de forma articulada asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação integrada das condições do seu funcionamento.

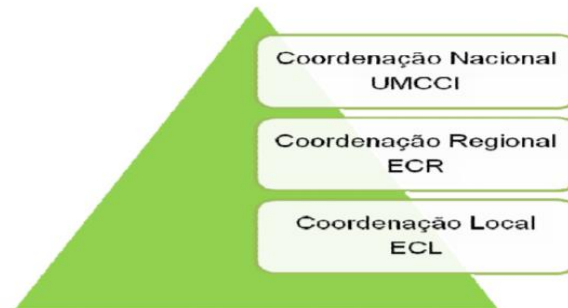


Figura 1 - Diagrama de representação dos principais intervenientes na coordenação da RNCCI, adaptado de Manual do prestador da UMCCI, (2011).

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de 4 tipos de respostas adequadas às necessidades das pessoas com perda temporária ou definitiva da autonomia funcional:



Figura 2 - Tipologias de resposta RNCCI: Adaptado de Manual do prestador da UMCCI (2011).

Os cuidados são da responsabilidade dos Hospitais, Centros de Saúde, Serviços da Segurança Social, organizações solidárias (instituições particulares de solidariedade social, ou outras) e das autarquias, formando uma rede integrada de cuidados composta por unidades que incluem internamento e ambulatório. O internamento compreende as unidades de convalescência, unidades de Longa Duração e Manutenção, unidades de Média Duração e Reabilitação, unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Dia. As

equipas dividem-se em dois níveis: Hospitalares – Equipas de Gestão de Alta e Equipas Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos e Equipas Domiciliárias- Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (Carvalho, 2012).

Durante o estágio estivemos integrados numa unidade de internamento – Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e numa equipa domiciliária- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Conforme enquadramento legal, uma unidade de longa duração e manutenção é uma unidade 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 cuidadas no domicílio. Tem 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.

Uma equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, às pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados assegura os seguintes serviços:

- Cuidados de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas, entre outros.

2. Descrição do contexto onde decorreu o estágio

De acordo com Buriolla (2011, p. 27), o estágio curricular é entendido como “eixo de articulação entre os conhecimentos teóricos com a prática. Baseia-se no princípio metodológico de que o desenvolvimento de competências profissionais implica “pôr em uso” conhecimentos adquiridos, quer na vida académica, quer na vida profissional e pessoal”. Segundo Martinelli (2003), o estágio é por excelência, o *locus* de aprendizagem do trabalho profissional. A atividade de estágio é trabalho e não mero treinamento (Joazeiro, 2002).

O estágio constitui para nós, um momento de consolidação dos conhecimentos teóricos na prática profissional.

A realização do estágio em duas estruturas da RNCCI existentes no concelho de Bragança - a Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde – que são contextos institucionais diferentes permitiu-nos diversificar aprendizagens e experiências de intervenção.

2.1. Unidade de Cuidados Continuados de Bragança

A unidade é um estabelecimento da RNCCI e exerce a sua atividade em articulação com outros serviços, setores e organismos que integram a Rede (artigo 1º do Regulamento Interno da Unidade dos Cuidados Continuados de Bragança, 2014). Constitui-se como uma valência da Santa Casa da Misericórdia de Bragança. A abertura desta unidade em setembro de 2014, veio colmatar uma lacuna na área da saúde, não só no concelho de Bragança como em toda a zona norte do distrito, proporcionando uma recuperação mais perto da área de residência aos doentes, que necessitam de cuidados de saúde especializados.

Em termos de estrutura física, trata-se de um edifício construído de raiz de arquitetura moderna, com amplos espaços e iluminação natural, que ocupa uma área bruta de construção total de 3657,00 m².



Imagem 1- Estrutura Física da UCCSCMB (http://scm-braganca.pt/index.php?option=com_contact&view=contact&id=4&Itemid=1159).

A unidade tem 4 pisos onde funcionam os seguintes serviços:

Piso -1 (cave) - Área de Medicina Física e de Reabilitação, Terapia da Fala, Sala Multidisciplinar, Sala de Reuniões, Vestiários e Morgue;

Piso 0- Unidade de Média Duração e Reabilitação (com 15 camas);

Piso 1- Unidade de Longa Duração e Manutenção (com 25 camas ocupadas; capacidade para 30 camas, distribuídas em 15 quartos, dos quais 5 quartos são individuais e 10 quartos duplos).

A unidade dispõe de 40 camas protocoladas, entre os Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e da Saúde (MS), distribuídas pelas duas tipologias de unidades de cuidados existentes.

Todos os quartos possuem camas articuladas com grades, mesas-de-cabeceira, roupeiros, cadeirão, telefone, casa de banho adaptada e TV. Na entrada dos quartos existe uma placa com a identificação dos utentes que estão nos respetivos quartos.

Esta unidade tem como missão, assegurar um conjunto de cuidados de saúde e/ou de apoio social e promover a autonomia e melhorar a funcionalidade dos utentes em situação de dependência, através de um processo de reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, pelo que disponibiliza todo um conjunto de meios técnicos e humanos que visam proporcionar o conforto e o bem-estar dos utentes durante a sua permanência

na unidade (Guia de Acolhimento da UCCSCMB 2014). Os valores que compõem a identidade da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança:

a) Humanização dos cuidados, garantindo o respeito pela dignidade humana, sobretudo no que concerne ao direito à privacidade, à confidencialidade da informação clínica, à preservação da identidade, à não discriminação e ao esclarecimento sobre a situação de saúde, para que os utentes possam decidir e participar de forma livre e consciente no processo de reabilitação que lhes é proposto;

b) Ética assistencial pela observância dos valores éticos e deontológicos que enquadram o exercício da atividade dos diferentes grupos profissionais que integram a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança;

c) Qualidade e eficiência visando a articulação do objetivo de elevado nível de qualidade e racionalidade técnica com a promoção da racionalidade económica e da eficiência;

d) Envolvimento da família facilitando, incentivando e apoiando a participação da família, tida como elemento determinante na relação humanizada, na definição e desenvolvimento do plano individual de cuidados prestados ao utente;

e) Continuidade e proximidade de cuidados, visando dar resposta às necessidades de cuidados numa perspetiva articulada de intervenção em rede, mantendo sempre que possível, os utentes dentro do seu enquadramento sociocomunitário;

f) Responsabilização através da promoção de uma cultura de responsabilização, comprometendo dirigentes, profissionais de saúde e demais colaboradores que desempenham funções na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança no sentido de um escrupuloso cumprimento das normas, regras e procedimentos definidos;

g) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade privilegiando o trabalho de equipa, considerado como um dos pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e obtenção de ganhos em saúde.

Para a concretização da missão, objetivo e valores acima referidos, a Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança engloba

um corpo multidisciplinar de profissionais, desenvolvendo os seguintes serviços, nomeadamente: Serviço Social, Enfermagem 24h, Medicina, Fisioterapia, Fisiatra, Animação Sociocultural, Psicologia, Terapia da Fala, Nutrição, Apoio Administrativo, Auxiliar de Ação Médica, Serviços Religiosos, Serviço de Cabeleireira, Serviço de Cozinha e Lavandaria, Vigilância (Guia de Acolhimento da Unidade dos Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, 2014).

Importa referir que durante o estágio, foi possível constatar que há uma forte preservação dos princípios que fundamentam a atuação da equipa multidisciplinar no âmbito do modelo da RNCCI. Os profissionais das mais distintas áreas procuram através do trabalho e dos valores que orientam as suas intervenções, encontrar alternativas para atender da melhor forma possível as necessidades, dos utentes e famílias.

A tipologia de Longa Duração e Manutenção da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, da Santa Casa da Misericórdia, destina-se a atender doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não podem ser atendidos no domicílio. Segundo disposto no n.º 2 e 5 do artigo 19º da portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro, são critérios de referenciação para unidade de longa duração e manutenção:

.... As situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos (p. 610).

Para além dos critérios de referenciação de utentes nesta tipologia, há que ter em consideração as situações de utentes que requeiram:

- cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
- Reabilitação funcional de manutenção;
- Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

2.2. Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade do Centro de Saúde de Bragança

A Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de Bragança (UCC Domus) visa prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, atua na educação para a saúde em grupos, especialmente pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (UCC-Domus, 2011).

A sua carteira de serviços assenta numa lógica de prestação de cuidados integrada e de proximidade às necessidades em cuidados de saúde e de integração de redes de apoio à população do concelho, em articulação com as outras unidades funcionais do CS, e em parceria com estruturas da comunidade local com intervenção direta ou indireta, na área da saúde e social, nomeadamente Autarquias, Segurança Social e IPSS.



Imagem 2- Estrutura física do Centro de Saúde Santa Maria - Bragança

<http://www.ulsnordeste.pt/joomla16/index.php/servicos-de-saude/cuidados-primarios/12-centrosaudesantamaria>.

Esta UCC é constituída por diversas equipas multidisciplinares que integram parcerias intersetoriais e desenvolvem projetos de intervenção social e de saúde, na comunidade como o Núcleo Apoio Crianças Jovens em Risco, a Comissão de Proteção

de Crianças Jovens, o Núcleo Local de Inserção do Rendimento Social de Inserção, a Rede Social, o Sistema de Intervenção Precoce na Infância e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados no âmbito da RNCCI.

Foi no contexto da equipa multidisciplinar da ECCI do Centro de Saúde de Bragança que também desenvolvemos atividades do estágio. Esta equipa garante a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma aos serviços de saúde.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados é constituída por seis enfermeiras, duas Assistentes Sociais, um médico, uma psicóloga, uma nutricionista, e funciona de segunda a domingo, de acordo com as necessidades de cuidados dos utentes (UCC-Domus, 2011).

Esta equipa assegura vários serviços:

- Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, tendo por base as necessidades de saúde detetadas;
- Cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

2.3. Justificação do contexto e objetivos do Estágio

A realização do presente estágio no curso de Mestrado em Cuidados Continuados e particularmente na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa de Misericórdia de Bragança e na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade do Centro de Saúde de Santa Maria em Bragança, enquadra-se no âmbito da cooperação entre o IPB e a Provedoria da Santa Casa de Misericórdia de Bragança e a Unidade Local de Saúde do Nordeste -*ULSNE* (Centro de Saúde de Bragança) que visa possibilitar aos estudantes um campo para o exercício prático de trabalho em Cuidados Continuados.

Assim, tendo em consideração que não somos naturais de Portugal e atendendo à formação de base (serviço social) e ao desejo de sedimentar competências, no âmbito dos cuidados continuados, tanto mais que se trata de uma área que ainda não existe no nosso país de origem, optámos por desenvolver esta componente de aprendizagem na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança e na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de Bragança.

A escolha dos locais de estágio acima referidos, também teve a ver com a questão da proximidade da nossa zona de residência.

Para a realização do estágio, delineamos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Conhecer os procedimentos de intervenção do Serviço Social, com familiares/representantes, do doente internado em Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa de Misericórdia de Bragança, e em acompanhamento pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Bragança.

Este objetivo foi alcançado através do estudo de instituição, feito com base na leitura de documentos (regulamentos internos, relatórios, guia de acolhimento dos utentes

entre outras fontes) e complementado com a nossa inserção na equipa multidisciplinar e com a participação direta das atividades desenvolvidas pelas AS em ambas as unidades.

Objetivos Específicos

– Compreender o funcionamento das unidades de cuidados continuados integrados da Santa Casa de Misericórdia e da Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Este objetivo foi cumprido logo no início do estágio, o que favoreceu uma boa integração em toda a dinâmica de trabalho. Em ambas as unidades, as técnicas de serviço social, tiveram a preocupação de nos introduzir na dinâmica de trabalho, passando a sua experiência e os diferentes modelos utilizados para a avaliação social dos utentes e suas famílias.

– Fazer o estudo do perfil sociodemográfico e clínico dos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança e em acompanhamento na Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Bragança.

Para o alcance deste objetivo, consultamos a informação dos utentes a partir dos processos individuais, para obter informação sobre o diagnóstico, situação social, entre outras informações constantes nos registos e planos de intervenção e de cuidados individuais. A análise dessa informação possibilitou não só conhecer os utentes, mas também permitiu-nos fazer uma abordagem adequada aos mesmos e suas famílias nos casos em que foi possível estabelecer um contacto direto para desenvolver o acompanhamento necessário das situações.

– Conhecer as funções e atribuições do serviço social no âmbito da RNCCI e sua intervenção com as famílias e/ou representante dos utentes.

A concretização deste objetivo, fez-se a partir da leitura do Regulamento Interno, Manual de Atuação do Serviço Social na RNCCI e com base na observação e participação ativa nas atividades diárias das Técnicas de Serviço Social.

– Identificar as formas de levantamento das expectativas manifestadas pelos familiares dos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção da Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança.

Este objetivo foi cumprido através da pesquisa e consulta desta informação constante nos Planos de Intervenção Individual ou da informação da utente contida nos processos físicos dos utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança.

- Aplicar as entrevistas aos AS das ULDM e ECCI do distrito de Bragança.

O nosso estágio contemplou duas dimensões (interventiva e investigativa). Relativamente a este objetivo, importa referir que não conseguimos cumpri-lo na totalidade, conforme prevíamos.

2.4. Descrição das atividades desenvolvidas nos campos de Estágio

Durante o estágio na Unidade de Longa Duração e Manutenção da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, desenvolvemos e participamos nas seguintes atividades:

- *Participação na Reunião Multidisciplinar*

A reunião multidisciplinar na Unidade de Longa Duração e Manutenção da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, realiza-se com a finalidade de permitir aos profissionais que compõem a equipa multidisciplinar, a partilha de informação entre si e pontos de vista relativos à informação clínica e social dos utentes, bem como à terapia a ministrar e às diligências a efetuar, para a preparação da alta e continuidade de cuidados (plano de intervenção adequado às necessidades de cada utente).

Estas reuniões, realizam-se com uma periodicidade semanal e nas mesmas os profissionais da equipa multidisciplinar procuram descrever a evolução do estado de saúde do utente em termos de reabilitação, analisar e decidir se algum utente necessita de prorrogação do tempo de internamento ou de transferência para outra tipologia de resposta da RNCCI.

Durante o estágio, participamos em duas reuniões multidisciplinares, que tinham como finalidade avaliar os objetivos terapêuticos, definidos para cada utente, assim como a situação clínica e planificação da alta.

– *Participação nas Reuniões de Acolhimento*

Esta reunião, realiza-se nas primeiras 48 horas de internamento do utente na unidade. Caso se verifique indisponibilidade da família¹, esta será agendada posteriormente, conforme disponibilidade e o agendamento da reunião de acolhimento é da responsabilidade da Técnica Superior de Serviço Social.

Durante o estágio, fruto da nossa participação nesta atividade, constatamos que a Técnica Superior de Serviço Social aborda os seguintes aspetos:

- Informação sobre o funcionamento da RNCCI (tipologias de respostas existentes);
- Informação sobre documentos a apresentar, para formalização do processo da admissão do utente na unidade;
- Informação sobre a questão de reserva de vaga, em caso de agudização do utente;
- Informação sobre a mobilidade dos utentes nas diferentes tipologias de resposta da RNCCI;
- Procede ao levantamento ou recolha de informações relevantes sobre o utente (contexto sociofamiliar, hábitos, preferências, rotinas);
- Informação sobre o tempo máximo de permanência previsto para cada tipologia de resposta da RNCCI;
- Levantamento e gestão das expetativas dos familiares dos utentes e preparação da alta;
- Preenchimento da Check-List com evidência escrita de tudo o que foi tratado na realização do acolhimento ao utente/família;
- Informação sobre o sistema de tratamento de roupa.

Verificamos que no final da reunião, a Técnica Superior de Serviço Social, entrega à família e/ou ao representante do utente uma cópia do guia de acolhimento, onde constam informações gerais da unidade (o funcionamento, tipos de serviços disponíveis, direitos

¹ No caso de haver impossibilidade de a família não comparecer à reunião de acolhimento, regista-se sempre o motivo da não comparência na ficha de registo do utente e procede-se ao agendamento de uma nova reunião.

e deveres dos utentes, a reserva de vaga, apresentação da equipa multidisciplinar, informação sobre os horários de visita, assistência espiritual, alimentação, entre outros aspetos) e uma cópia do regulamento interno da unidade.

– *Ocupação de Tempos Livres com utentes*

A ocupação de tempos livres dos utentes, visa a estimulação cognitiva e a motricidade fina, treino de memória e da atenção, concentração e comunicação com objetivo de potenciar o utente para a sua futura reintegração social.

No decorrer do estágio, participamos nesta atividade, em colaboração com a técnica de Animação Sociocultural, embora não constasse no plano de atividades programadas.

A participação e realização desta atividade, permitiu-nos ter um contacto mais próximo com os utentes e conhecer a situação clínica e social de cada um (isto é, a nível de capacidade de comunicação e interação, bem como a nível de dependência).

– *Participação na Conferência Familiar*

Na Conferência Familiar (CF), é apresentada a informação clínica ao doente à família e o plano de cuidados, procura-se obter um consenso entre o utente e a família e a equipa sobre a estratégia de abordagem dos problemas do doente e a preparação da alta.

Durante a nossa participação na referida atividade, constatamos que integram a CF os seguintes elementos: os familiares do utente que pretendem estar presentes, o próprio utente se consciente e orientado, a Diretora Técnica da Unidade, Psicóloga e Enfermeiro (a) responsável pelo utente, Assistente Social, Fisioterapeuta, Animadora Sociocultural, Nutricionista e a Terapeuta da Fala.

No início da CF, a Diretora Técnica ou Técnica Superior de Serviço Social, procede à apresentação da equipa multidisciplinar à família, informa os objetivos da reunião e faz o registo de todos os aspetos discutidos na reunião.

No fim da CF, a Técnica Superior de Serviço Social ou a Diretora Técnica da unidade, apresenta o resumo do plano de intervenção multidisciplinar que é assinado pelo doente/família e pela Diretora Técnica da Unidade.

– *Levantamento das Expetativas dos familiares dos utentes internados na ULDM durante o período de estágio*

Durante o estágio na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Bragança, interessou-nos saber as expetativas manifestadas pelos familiares ou representante dos utentes no momento da admissão e pós internamento. Para tal, recorremos ao registo que consta no processo individual dos utentes, que estiveram internados na ULDM, no período de abril a julho de 2016.

Tabela 1- Levantamento das Expetativas dos Familiares e / ou Representantes

<i>Na admissão</i>	<i>Na Alta</i>
“...integração numa ERPI de Acolhimento”	Faleceu
“...regresso ao domicilio com apoio das filhas”	Regressou ao domicílio com apoio das filhas
“...regresso ao domicilio”	Regressou ao domicílio com apoio da esposa
“...integração numa ERPI de Acolhimento”	Faleceu
“...obter a qualidade de vida e integração numa ERPI de acolhimento é o ideal para nós”	Foi integrado numa ERPI de Acolhimento
“...integração em ERPI de Acolhimento”	Faleceu
“...depende da evolução da situação clínica”	Faleceu
“...integração numa ERPI de Acolhimento”	Faleceu
“...integração numa ERPI de Acolhimento”	Foi integrado numa ERPI de Acolhimento
“...reabilitação cognitiva e regresso ao domicílio”	regressou ao domicílio de um dos filhos, com apoio de outros
obtenção de ganhos de autonomia para AVD e regresso ao domicilio	Foi integrado numa família de acolhimento
“...obtenção de ganhos de autonomia para AVD e regresso ao domicilio”	Faleceu
“...recuperar algumas faculdades perdidas e integração numa ERPI de acolhimento”	regressou ao domicílio com apoio da cuidadora principal (esposa). Mais com o apoio domiciliário da SAD da Santa Casa de Misericórdia de Bragança.
“...Integração numa ERPI de Acolhimento”	Faleceu

Fonte: Elaboração própria com base na informação da UCCSCMB no período de abril a julho de (2016).

De acordo com Costa e Melo (2009, p. 617), o termo expectativa vem do latim “*expectare*”, que significa estar na expectativa de, ou seja, expectativa é a esperança fundada em promessa ou probabilidades.

Depois de efetuarmos o levantamento das expectativas dos familiares dos utentes internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, constatamos que apesar de haver um número considerável de famílias/representantes que preferiram a integração do utente numa (ERPI), houve também alguns que manifestaram o desejo de ver o seu familiar (utentes) regressar para o seu domicílio com ou sem apoio da SAD- Serviço de Apoio Domiciliário, dependendo dos ganhos em saúde obtidos em termos de reabilitação.

Durante o estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Bragança, desenvolvemos e participamos nas seguintes atividades:

– *Levantamento Sociodemográfico dos utentes*

Esta atividade realizou-se com a finalidade de conhecermos a situação Clínica e Social dos utentes em acompanhamento na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, do Centro de Saúde de Bragança.

Durante o estágio, estavam em acompanhamento nesta equipa, um total de 16 utentes na sua maioria referenciados para tratamento de feridas, *Osteosclerose*, Neoplasia maligna da pele, edemas, doença cardíaca, deformidades adquiridas dos membros inferiores, cuidados de reabilitação, acompanhamento em consultas de Psicologia e pela Assistente Social.

Importa realçar, que para além dos problemas relacionados com o estado de dependência funcional, foi possível constatar que os utentes em acompanhamento por esta equipa foram referenciados, pelas seguintes razões:

- a. Necessidade de apoio técnico (suporte psicológico, formativo ou outro);
- b. Falta de disponibilidade de tempo ou de meios para se deslocar ao Centro num curto espaço tempo regular (mais de uma vez por semana);
- c. Agravamento do estado de saúde do familiar que se encontra doente;
- d. Gestão de regime terapêutico;
- e. Manutenção de dispositivos;

f. Tratamento de feridas/úlceras de pressão.

Atendendo à nossa formação de base (Serviço Social), estivemos mais concretamente inseridas na parte do apoio social e participamos, nas seguintes atividades:

– *Consulta do Plano Individual de Intervenção (PII)*

O Plano Individual de Intervenção é uma grelha elaborada pela equipa multidisciplinar que acompanha o utente, onde são registados os objetivos a atingir face às necessidades identificadas, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspetos clínicos como sociais” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

Durante o estágio, esta atividade foi muito constante, visto que tínhamos sempre que consultar os processos dos utentes bem como os respetivos PII, para nos inteirarmos dos procedimentos que estão a ser implementados para a reabilitação ou manutenção do utente.

A partir da consulta dos PII, conseguimos ter acesso à informação sobre a caracterização dos utentes nomeadamente: idade, género, estado civil, número de anos completos de estudos, situação profissional, diagnóstico clínico, data de admissão e tempo de internamento, diagnóstico social (com quem vive, de quem recebe apoio; que tipo de apoio recebe, tipo de habitação entre outros aspetos), bem como distribuição por zona de origem e tipologia de resposta. Importa referir que a informação social dos utentes resulta do diagnóstico social.

– *Participação na elaboração dos Registos de Informação Social no Gestcare*

Esta atividade faz parte das atribuições funcionais da AS da ECCI do Centro de Saúde Santa Maria. No decorrer do estágio participamos na elaboração e registos da informação social dos utentes, com a finalidade de conhecermos a situação social e clínica dos utentes em seguimento, assim como para podermos obter conhecimento de como se elabora um registo ou informação social no aplicativo da RNCCI e participamos na elaboração de um total em 84 registos. Importa referir que a elaboração da informação social inclui: elaboração e atualização dos planos de intervenção individual, registo dos

atendimentos, registo do tempo de prestação dos cuidados no domicílio, registo das diligências efetuadas quer com os utentes quer com os cuidadores, registos das visitas de constatação das condições sociais e de avaliação diagnóstica e registo de nota de alta.

A elaboração e/ou atualização da informação social dos utentes, faz-se com base nos dados de identificação do utente, situação clínica e social, condições de habitação, estado funcional, entre outros dados que se consideram necessários e pertinentes para cada utente. No exemplo que se segue, apresentamos um registo de utente com dados fictícios:

A Senhora I.C.F de 85 anos, viúva, pensionista por velhice e sobrevivência, que reside há mais de 4 anos em casa do filho em Bragança, avenida TY Lote 31. 7º Andar Direito. Diagnóstico de úlceras venosas em ambos os membros inferiores. Por esta razão a utente foi referenciada pela Equipa de Saúde Familiar para a ECCI, a fim de beneficiar dos cuidados 3 vezes por semana. A utente encontra-se consciente e com períodos de desorientação no espaço e tempo, pouco colaborante no processo de reabilitação. É totalmente dependente em todas atividades de vida diária e desloca-se com auxílio de Andarilho. Recebe apoio da nora e do filho em termos de alimentação, cuidados de higiene e gestão do regime terapêutico.

– *Participação nos atendimentos e/ou acolhimento dos utentes e familiares*

No decorrer do estágio, participamos nos atendimentos dos utentes que procuram o Serviço Social e constatamos que alguns fazem-no por iniciativa própria ou por orientação de outros profissionais ou entidades.

Foram efetuados no total 05 (cinco) atendimentos presenciais dos utentes acompanhando pela AS da ECCI do Centro de Saúde Santa Maria. Observamos que nos atendimentos em gabinete, os utentes recebem apoio informativo e acompanhamento psicossocial.

– *Observação e participação na realização dos contactos formais e/ou articulação com outras entidades*

A articulação com outros serviços ou parceiros sociais, consiste na busca de novas respostas para colmatar as necessidades apresentadas pelos utentes ou famílias. No decorrer do estágio participamos na realização de contactos/reuniões com diferentes

estruturas sociais de suporte, nomeadamente com a Segurança Social e IPSS locais (ERPI, s, apoio domiciliário), entre outros.

Relativamente à realização de diligências, a título de exemplo descrevemos a situação de uma utente que se encontra totalmente dependente em AVD, possui diagnóstico de demência, recebe apoio do marido (cuidador) e da empregada doméstica. Esta utente devido ao agravamento da sua situação de saúde e à necessidade de cuidados especializados, a pedido da família e da equipa de saúde familiar, decidiu-se fazer referenciação da mesma para uma unidade de internamento ou para uma ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas).

– *Participação nas visitas domiciliárias*

Amaro (2003, p. 13), define a visita domiciliária como “uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar”. No decorrer do estágio participamos em várias visitas domiciliárias com os técnicos da ECCI, tais como:

– *Visita domiciliária de avaliação das condições sociais e necessidades de prestação de cuidados:* esta visita domiciliária foi feita a utentes, acompanhada pela ECCI e que se encontram a receber apoio do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, para a realização de higiene pessoal, tratamento de roupa e orientação nutricional.

– *Visita domiciliária de Referenciação:* durante o estágio participamos em várias visitas domiciliárias para referenciação de utente que com necessidade e critérios para internamento em Unidade de Cuidados Paliativos e/ ou para as Unidades de Cuidados Continuados e ECCI. Constatamos que nestes tipos de visitas para além da avaliação das condições sociais e necessidades de prestação de cuidados, procede-se também à instrução ao cuidador, no que diz respeito à organização dos documentos necessários para proceder ao pedido de referenciação, se for necessário a AS marca com o cuidador uma reunião com o objetivo de dar orientações necessárias para se proceder à referenciação.

– *Visita Domiciliária para Prestação de Cuidados Diários:* este tipo de visita é uma atividade permanente na ECCI e é desenvolvida pela equipa multidisciplinar, visto que os utentes acompanhados nesta equipa, na sua maioria necessitam de cuidados de penso diário e outros em dias alternados. Importa referir que nas visitas domiciliárias

para a prestação de cuidados diários, além dos cuidados de pensos aos utentes com úlceras, a AS presta apoio psicossocial ao utente e ao familiar (cuidador). Fruto da nossa participação nesta atividade, verificamos que os utentes em acompanhamento domiciliário, apresentam variadíssimos problemas quer de âmbito clínico como social.

3. Reflexão decorrente da experiência obtida no Estágio

Em qualquer processo de ensino e aprendizagem, a avaliação é um elemento muito importante porque é através dela que se consegue fazer uma análise do cumprimento dos objetivos e dos resultados preconizados. Assim, nesta parte do relatório, vamos apresentar de forma resumida, a nossa apreciação no que diz respeito às principais aprendizagens, bem como a análise dos resultados alcançados em termos de concretização dos objetivos.

Segundo Samba (2012) a avaliação do estágio como processo de aprendizagem deve ser contínua, de modo a assegurar a participação dos diferentes intervenientes envolvidos no processo (estagiário e os respetivos supervisores).

A ênfase dessa reflexão, está centrada na avaliação das principais aprendizagens e no processo de integração nas equipas multidisciplinares das unidades, onde realizamos o estágio. Assim sendo, consideramos que o período de estágio foi proveitoso e possibilitou não só conhecermos a filosofia de trabalho nos cuidados continuados, mas também de conciliarmos na prática os conhecimentos aprendidos, na formação teórica durante os dois anos do curso de Mestrado.

3.1. Experiência adquirida ao longo do estágio

Durante o estágio, foi possível verificarmos que o serviço social nos Cuidados Continuados Integrados vai para além do atendimento individualizado do utente, da visita domiciliária, das reuniões interdisciplinares e das conferências familiares, visto que constatamos e participamos na realização de contacto com outras instituições parceiras (e não só), para viabilizar a melhor resposta para os utentes junto dos recursos disponíveis na comunidade.

Importa referir que durante o estágio tivemos uma participação ativa em todas as atividades desenvolvidas AS nos dois campos de estágio. No âmbito da ECCI por exemplo, participamos na realização de visitas domiciliárias na elaboração de processos para referência dos utentes, quer seja para a ECCI como para as restantes estruturas da RNCCI.

Participamos na elaboração de notas de alta e registo de informação social, no aplicativo Gestcare - aplicativo de monitorização da RNCCI e no Sclínico.

As visitas domiciliárias, permitiram-nos verificar que os profissionais das equipas desenvolvem ações de educação para autocuidado e a capacitação do cuidador para a gestão do regime terapêutico e controlo dos sinais vitais.

Importa destacar, que participamos e aprendemos a fazer o registo de informação social dos utentes para a formalização do processo de referenciação, assim como o registo das ocorrências durante o processo de acompanhamento dos utentes dentro da equipa.

Um outro aspeto que consideramos ser uma aprendizagem relevante e que vale a pena realçar é o facto, de termos constatado que as visitas domiciliárias permitem a recolha de informação no contexto domiciliário do utente, tais como:

- Informações gerais sobre o utente;
- Aspeto da interação entre os membros da família e a dinâmica sóciofamiliar;
- As condições de habitabilidade (número de compartimentos, condições de higiene e conforto, a existência de equipamentos domésticos e infraestruturas, existência ou não de barreiras arquitetónicas, entre outros aspetos);
- As condições económicas e/ou existência de insuficiência de redes de apoio social.

A nossa integração na Unidade dos Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, permitiu-nos conhecer na prática como se desenvolve uma reunião multidisciplinar, assim como as CF. Destacar também a participação nas atividades de ocupação dos tempos livres, que para nós foi um momento muito importante, visto que nos possibilitou não só estabelecer um contacto próximo com os utentes, mas também com os familiares no horário de visitas.

Aprendemos nesta atividade a fazer a transferência dos utentes da cadeira de rodas para o cadeirão e vice versa, embora não com muita profundidade.

Em ambas as unidades, onde realizamos o estágio, tivemos uma integração favorável e verificamos também que um dos procedimentos muito frequente, na área do serviço social é a organização dos processos administrativos, que passa pelo preenchimento das fichas de admissão, recolha de cópias de documentos de identificação e contactos familiares, entrega do guia de acolhimento, articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar.

Durante a realização de visitas domiciliárias com a Equipa dos Cuidados Continuados Integrados, constatamos que a maior parte dos utentes, se encontram totalmente dependentes nas atividades de vida diária (AVD), devido a diferentes causas das quais se destacam as úlceras varicosas, neoplasias, próteses da anca, tetraplegias, demências, doença de Parkinson, entre outras. Mas, apesar dos diferentes problemas que cada utente apresenta, foi possível verificarmos que os mesmos se mostram interessados e colaboram com os técnicos de saúde, cumprindo com as orientações e participando ativamente.

Nas Conferências Familiares, constatamos que dependendo do caso, por vezes os familiares manifestam vontade contrária à do utente, mas a equipa multidisciplinar procura sempre encontrar a resposta mais adequada, procurando consenso entre as partes, prestando informação sobre os possíveis ganhos ou riscos adjacentes a uma determinada decisão.

3.2. Proposta e Sugestões

À Escola Superior de Saúde do IPB, sugerimos que seja integrado no programa do mestrado em Cuidados Continuados o seguinte:

- Realização de seminários onde os estudantes apresentem a revisão bibliográfica que fará parte do trabalho final do curso;
- Apresentação do relatório de experiências do estágio pelos estudantes em plenário.

Para a Unidade dos Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, e a Equipa dos Cuidados Continuados Integrados dos Centros de Saúde de Bragança, sugerimos o seguinte:

- Que o processo de integração dos estagiários seja considerado como um período de ensino em todas as dimensões, de modo a permitir a participação ativa do estagiário;
- Que o supervisor de campo seja alguém com disponibilidade para ensinar, de modo a permitir ainda mais a aquisição de experiência prática para o estagiário.

Considerações Finais

Como referimos ao longo deste relatório, 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 no contexto dos cuidados continuados integrados, destaca-se sobretudo no planeamento e preparação da alta e na integração dos utentes na comunidade, na prestação do apoio psicossocial ao utente e família e no estabelecimento da ligação entre a RNCCI, família e outras instituições.

Relativamente ao estágio efetuado na Unidade de Cuidados Continuados e na Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Bragança a nossa preocupação, foi precisamente de podermos consolidar os conhecimentos teóricos apreendidos nas unidades curriculares do curso de Mestrado em Cuidados Continuados, bem como conhecermos os procedimentos de intervenção do Serviço Social com familiares /representante do doente.

Dando ênfase aos objetivos específicos, materializados por meio de ações práticas, apraz-nos tecer as seguintes conclusões:

O estágio contribui para a construção da identidade profissional e para o aperfeiçoamento em qualquer ciclo de formação. A intervenção dos técnicos de serviço social nos cuidados continuados contribui para a promoção do bem-estar dos utentes e famílias, dando informação, facilitando os contactos com outros elementos da equipa e com outras instituições existentes na comunidade.

A realização deste estágio permitiu-nos constatar a vantagem do trabalho em equipa e a importância da inserção da família, no processo de tomada de decisões, referentes ao processo de reabilitação dos utentes.

Referências Bibliográficas

Amaro, S. (2003). *Visita domiciliar: Guia para uma abordagem complexa*. (1ª Ed.). Porto Alegre: AGE Editora.

Buriolla, M. (2011). *Supervisão em Serviço Social: O Supervisor, sua relação e seus Papeis*. (6ª Ed.). São Paulo: Cortez Editora.

Carvalho, I. (2012), *Serviço Social na Saúde*, Fator edições, Lisboa.

Costa, J. & Melo, A. (2009). *Dicionário da Língua Portuguesa*. (5ª Ed.). Porto: Porto Editora.

Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho, (2006). Decreto-Lei nº101/2006. *Diário da República – Série A*. [online] disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/38563865.pdf> [acedido a 23 de novembro de 2015].

Diário da República, 1.ª série — N.º 24 — 2 de fevereiro de 2017. Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro

Diário da República, 1.ª série — N.º 38 — 22 de fevereiro de 2008, (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008*. Lisboa: RNCCI.

Direcção-Geral da Saúde, (2006). *Manual de boas práticas dos assistentes sociais da saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.

Gondi, M. & Tamayo, Á. (1996). *Escala de Valores Organizacionais*. Revista de Administração, São Paulo, versão 2, [online] 31(2), p.63. [acedido a 3 de março de 2017].

Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (N37 – v4.18). (2017). Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010. Acesso a 29 de abril de 2017.

Martinelli, M. (2003). *Serviço Social na Área da Saúde: Uma relação Histórica*. revista *Journal/ ISSN 0874-1611*, [online] (28(2003)). Disponível em: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/issue/view/67>. Acedido a 2 de abril de 2017.

RNCCI, (2011). *Unidade de Missão*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI).

Samba, S. (2012). *O Estágio e a supervisão na formação profissional do Assistente Social. Texto de apoio ao seminário de preparação para estágio*. ISUP_JPII da UCAN.

Santa Casa da Misericórdia de Bragança, (2014). *Guia de Acolhimento*. Bragança: Unidade de Cuidados Continuados.

UCC-Domus (2011), *Plano de Ação 2011/2013*. Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade, Bragança.

Apêndice
Plano/ Cronograma de Estágio

Atividades	CRONOGRAMA													
	ABRIL			MAIO				JUNHO				JULHO		
Apresentação ao Campo de Estágio <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação aos supervisores dos dois campos. • Definição dos horários de estágio. 														
Estudo da Instituição de Estágio <ul style="list-style-type: none"> • Leitura de documentos (Regulamento Interno e Guia de Acolhimento aos Utentes). • Leitura da informação Clínica e Social dos Utentes (a partir dos processos físicos). 														
Apresentação e discussão do Cronograma de estágio com as supervisoras de Campo.														
Elaboração do plano final de Estágio.														

Plano de atividades desenvolvidas durante o estágio				
Âmbito: estágio curricular do curso de cuidados continuados				
Objetivo Geral: conhecer os procedimentos de intervenção do Serviço Social com familiares/representantes do doente internado em Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa de Misericórdia de Bragança e em acompanhamento pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde Santa Maria.				
Objetivos específicos	Atividades	Metodologia	Recurso Humanos	Recursos Materiais
Compreender o funcionamento das unidades de cuidados continuados integrados da Santa Casa de Misericórdia e da Equipa de Cuidados Continuados Integrados;	Fazer o estudo da instituição	Pesquisa documental	Estagiária, Elementos da equipa multidisciplinar da ULDM e da ECCI	Regulamento interno, guia de acolhimento e manuais Diário de campo
Fazer o estudo do perfil sociodemográfico e clínico dos utentes internados na UCCISCMB e em acompanhamento na ECCI do Centro de Saúde Maria;	- Consulta do Plano Individual de Intervenção (PII) -Participação na Reunião Multidisciplinar -Participação nas Reuniões de Acolhimento	Pesquisa documental	Estagiária, Elementos da equipa multidisciplinar da ULDM e da ECCI	Diário de campo, processos físicos dos utentes
Conhecer as funções e atribuições do serviço social na RNCCI e com as famílias ou representante dos utentes	- Participação na elaboração dos Registos de Informação Social no Gestcare - Participação nos atendimentos e/ou acolhimento dos utentes e familiares - Participação nas Visitas Domiciliárias	Observação participativa		

	<ul style="list-style-type: none"> - Participação nas atividades de ocupação de Tempos Livres com utentes da UMDR e ULDM - Participação nas Conferências Familiares - Observação e participação na realização dos contactos formais e/ou articulação com outras entidades 			
Identificar as formas de levantamento das expetativas manifestadas pelos familiares;	- Realização do levantamento das expetativas dos familiares dos utentes	Pesquisa documental	Estagiária,	Processos físicos dos utentes, diário de campo, caneta.
Aplicar as entrevistas aos Assistentes Sociais das ULDM e ECCI do distrito de Bragança;	Realização das Entrevistas	Pesquisa de campo, observação	Técnicos de Serviço Social	Guião de entrevistas, diário de campo e gravador
Elaborado por:	Data /___/___/___	Supervisora de Campo		Páginas
Campo de estágio: Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança e Equipa dos Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Bragança		Assinatura:		1/2
Assinatura:				