

Larissa Gomes Oliveira

**Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e  
Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados  
Continuados Integrados**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016



Larissa Gomes Oliveira

**Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e  
Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados  
Continuados Integrados**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016

Larissa Gomes Oliveira

**Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e  
Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados  
Continuados Integrados**

Larissa Gomes Oliveira

---

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Fernando Pessoa como  
parte dos requisitos para a obtenção do  
grau de Mestre em Serviço Social sob a  
orientação do Professor Doutor Luís  
Santos.

## **Resumo**

A ideia central do presente trabalho consiste em compreender quais são os contributos do Serviço Social no acolhimento, acompanhamento, e preparação da alta de doentes internados em unidades de cuidados continuados integrados.

Utilizando uma metodologia qualitativa e de carácter exploratório, procurou-se responder aos objetivos definidos para esta investigação, com recurso a um guião de entrevista. Para tal, foram entrevistadas quatro Assistentes Sociais que trabalham nas unidades de convalescença; média duração e reabilitação; longa duração e manutenção e cuidados paliativos da RNCCI. O guião é composto por cinco unidades de análise, designadamente: a) caracterização sociodemográfica; b) na fase do acolhimento; c) no âmbito da elaboração de plano individual de cuidados; d) no âmbito e acompanhamento psicossocial; e) no âmbito da preparação da alta e da continuidade dos cuidados.

Em termos de resultados, destacam-se os contributos do/a Serviço Social em todas as fases do internamento do doente. A missão do/a Assistente Social, será sobretudo enfatizar a relevância dos fatores psicossociais, determinantes no tratamento, na reabilitação, na readaptação e na reintegração dos doentes/dependentes nos ambientes sociais, ajudando-os no desenvolvimento de todas as suas potencialidades. O Serviço Social tem ainda como objetivo de intervenção, estabelecer uma relação de entreajuda com o doente e/ou familiar cuidador, promovendo a minimização de dificuldades da situação de doença, de forma a proporcionar bem-estar e qualidade de vida.

**Palavras-Chave:** Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Contributos do Serviço Social.

## **Abstract**

The central idea of this work is to understand what are the contributions of a Social Work on reception, monitoring, and preparation in the discharge of patients integrated in continuous care units.

Using a qualitative and exploratory methodology, we tried to meet the goals set for this research, using an interview guide. For this, were interviewed four social workers working in convalescent units; medium term and rehabilitation; long-term, maintenance and palliative care in RNCCI. The script consists of five units analysis, namely: a) socio-demographic characteristics; b) in the reception phase; c) in the preparation of individual care plan; d) the scope and psychosocial support; e) as part of the high preparation and continuity of care.

In terms of results, we highlighted the contributions of Social Service at all stages of the patient's hospitalization in RNCCI. The mission of a Social Worker, is especially to emphasized the importance of psychosocial, determining factors in treatment, rehabilitation, readaptation and reintegration of patients/dependents in social environments, helping them to develop their full potential. The Social Services also has the goal of intervention, establishing a mutual relationship with the patient and/or family caregivers, minimizing the difficulties of the disease situation in order to provide well-being and quality of life.

**Keywords:** National Integrated Continuous Care Network; Contributions of Social Work.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Luís Santos, orientador desta dissertação, por todo o seu apoio, empenho, motivação, dedicação, disponibilidade e paciência na realização deste estudo. Obrigada por todos os momentos de reflexão.

À minha família, em especial aos meus avós maternos, que estiveram sempre presentes, obrigada por todo o apoio e suporte para alcançar este objetivo.

Aos meus amigos, que me motivaram e estiveram sempre presentes.

A todas as participantes que despenderam do seu tempo para participarem nesta investigação.

*“Adoramos a perfeição, porque não a podemos a ter; repugna-lá-íamos, se a tivéssemos.*

*O perfeito é desumano, porque o humano é imperfeito”*

**Fernando Pessoa**

## Índice Geral

Introdução .....	10
Parte I – Enquadramento Teórico .....	12
Capítulo I – Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados .....	13
1.1    Introdução.....	13
1.2    Cuidados Continuados e o Envelhecimento .....	13
1.3    Enquadramento da RNCCI.....	16
1.4    A Criação da RNCCI.....	18
1.5    Missão e Objetivos de RNCCI.....	20
1.6    Estrutura de Gestão e Coordenação da RNCCI.....	22
1.7    Tipologias de Resposta da RNCCI.....	25
1.7.1.    Unidades de Internamento.....	26
1.7.2.    Unidade de Ambulatório .....	29
1.7.3.    Equipa Hospitalar .....	29
1.7.4.    Equipas Domiciliárias .....	31
1.8    Acesso à RNCCI e o Processo de Sinalização e Admissão.....	32
1.9    O Assistente Social no Âmbito da Saúde .....	33
1.9.1.    O Assistente Social na RNCCI.....	35
1.9.2.    Desempenho nas Unidades de Internamento.....	36
Parte II – Estudo Empírico.....	40
Capítulo II – Metodologia .....	41
2.1    Introdução.....	41
2.2    Objetivos do Estudo .....	41
2.3    Instrumentos e Procedimentos.....	41
2.4    Caraterização Sócio-Demográfica das Participantes.....	45
Capítulo III – Apresentação e Discussão dos Resultados.....	48
3.1    Introdução.....	48
3.2    Fase de Acolhimento .....	48
3.2.1.    Suporte Emocional .....	48

3.2.2.	Apoio à Integração .....	49
3.2.3.	Gestão de Expectativas.....	50
3.2.4.	Apoio à Adaptação à Situação .....	50
3.2.5.	Recolha de Informação.....	51
3.2.6.	No Gabinete de Trabalho .....	52
3.3	No Âmbito da Elaboração do Plano Individual de Cuidados.....	53
3.3.1	Preparação com a Equipa .....	53
3.3.2	Elaboração como Doente e/ou Familiar Cuidador .....	54
3.4	No Âmbito e Acompanhamento Psicossocial .....	55
3.4.1	Junto ao Doente e/ou Familiar.....	55
3.4.2	No Gabinete.....	57
3.5	No Âmbito da Preparação da Alta e da Continuidade dos Cuidados .....	59
3.5.1	Planeamento da Alta com a Equipa, o Doente e/ou Familiar Cuidador .....	59
3.5.2	Com o Doente e/ou Familiar Cuidador .....	60
3.5.3	Relatório Social .....	62
3.6	Discussão.....	63
Conclusão.....		68
Referências Bibliográficas .....		71
Anexos.....		75
Anexo A – Guião de Entrevista .....		76
Anexo B – Termo de Consentimento Informado .....		81
Anexo C – Matriz Conceptual relativa à 2ª Unidade de Análise do Guião de Entrevista.....		82
Anexo D – Matriz Conceptual relativa à 3ª Unidade de Análise do Guião de Entrevista .....		91
Anexo E – Matriz Conceptual relativa à 4ª Unidade de Análise do Guião de Entrevista .....		96
Anexo F – Matriz Conceptual relativa à 5ª Unidade de Análise do Guião de Entrevista ....		104

## **Índice de Figuras**

FIGURA 1 - PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS DAS ECR .....	24
FIGURA 2 - PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS DAS ECL.....	25
FIGURA 3 – TIPOLOGIAS DE RESPOSTAS NA RNCCI.....	25
FIGURA 4 - DESEMPENHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE EM DIFERENTES NÍVEIS.....	34

## **Índice de Tabelas**

TABELA 1 – TAXA DE OCUPAÇÃO 2015 .....	19
TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES .....	46

## **Índice de Siglas e Abreviaturas**

AVD's – Atividades de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ARS – Administração Regional de Saúde

CP – Cuidados Paliativos

CS – Centro de Saúde

CGA – Caixa Geral de Aposentações

DGS – Direção Geral de Saúde

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ECR – Equipas de Coordenação Regional

ECL – Equipas de Coordenação Local

ECN – Equipas de Coordenação Nacional

MRNCCI – Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

UC – Unidade de Convalescença

USF – Unidade de Saúde Familiar

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM – Unidade de Longa Duração Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

## Introdução

O presente estudo tem como objetivo geral compreender quais os contributos do Serviço Social no acolhimento, acompanhamento e preparação da alta de doentes internados em unidades de cuidados continuados integrados.

Este trabalho surge no contexto da implementação do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho que enquadra normativamente a Rede Nacional de Cuidados Integrados em Portugal. Desta forma, entende-se que se trata de um momento oportuno para examinar esta questão numa perspetiva do Serviço Social na RNCCI.

O envelhecimento é, atualmente, uma questão de grande relevância social e científica. Várias são as abordagens e tendências. Neste trajeto existem alguns modelos explicativos para o envelhecimento saudável, bem-sucedido, produtivo e ativo (Carbonnelle, 2012, cit. in Carvalho 2013).

O serviço Social na saúde surge como um operador de criação de condições objetivas para a realização de todo o processo coletivo de trabalho em saúde. O/a Assistente Social viabiliza o acesso dos “excluídos” aos serviços existentes, apresentando-se com um elemento facilitador no acompanhamento de doentes internados em unidades de saúde (Costa, 2000).

No âmbito das fases 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 auto-cuidar. A família é, portanto, o maior suporte do doente que necessita de apoio e cuidados. Neste contexto, é necessário promover a colaboração do familiar cuidador como instituição fundamental na vida do doente (Augusto et al., 2002).

O presente estudo encontra-se organizado em três capítulos. No primeiro capítulo, intitulado *caracterização de rede nacional de cuidados integrados* começa-se por fazer um breve enquadramento teórico e normativo do estudo, para depois se contextualizar a temática desta dissertação. No segundo capítulo, designado por *metodologia* é realizado o estudo empírico e apresentam-se os objetivos, o instrumento e os procedimentos utilizados, bem como a caracterização sociodemográfica das participantes. No terceiro

capítulo, denominado a *apresentação e discussão dos resultados* apresentam-se os resultados e é feita uma discussão dos mesmos. Para finalizar, são apresentadas as conclusões da presente investigação, relevando-se os principais resultados, identificando algumas limitações do estudo e dando pistas para posteriores investigações.

# **Parte I – Enquadramento Teórico**

## **Capítulo I – Caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

### **1.1 Introdução**

No presente capítulo pretende-se expor as principais bases teóricas e normativas que têm relevo no contexto deste trabalho. O capítulo inicia-se com um breve enquadramento teórico referente aos cuidados continuados, ao envelhecimento e à família do doente. No final, é feito um enquadramento normativo sobre a criação da RNCCI e a participação do/a Assistente Social na mesma.

### **1.2 Cuidados Continuados e o Envelhecimento**

À medida que a população envelhece, as doenças crónicas aumentam e a necessidade de tratamentos e cuidados de saúde também. Na atualidade, paralelamente a essas necessidades, surgem as crises financeiras atuais que alcançam um novo relevo (OMS, 2010).

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

Em toda a história do Homem, muitas têm sido as dúvidas surgidas em volta do envelhecimento. Apesar de todas as pessoas envelhecerem, este processo ocorre em cada uma de maneiras diferentes, e em ritmos igualmente diferentes. O tempo e a qualidade de vida que cada um tem varia de pessoa para pessoa (Spirduso, 2005).

Em 2050 e segundo as previsões das Nações Unidas, poderá atingir-se um ganho de dois anos na esperança média de vida. Contudo, atualmente, os sinais de envelhecimento da população já são bem visíveis, assim como as situações daí decorrentes, tais como o aumento dos problemas de dependência, as consequentes necessidades e os custos da criação de respostas adequadas (Gomes, 2010).

Por dependência entende-se a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença

crónica, demência orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho).

*“Quando as pessoas se encontram em situação de doença ou incapacidade os seus direitos tomam mais acuidade, dada a vulnerabilidade bio-psico-social a que está sujeita, assumindo respeito pela dignidade humana vital importância na relação com o utente. Assim sendo ser garantido os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, sejam eles de natureza preventiva, curativa, de reabilitação ou terminais” (Augusto et al., 2002).*

Os cuidados continuados de saúde referem-se a todos os cuidados prestados pela saúde na área da dependência, de forma articulada, independentemente do número de dias de prestação, os cuidados continuados é um direito fundamental. Tal facto, exige uma resposta pronta e atempada dos diversos níveis de prestação de cuidados como a garantia e eficácia do atendimento ao utente que necessite dos cuidados (Augusto et al., 2002).

A criação de unidades de cuidados continuados com equipas multidisciplinares, além de ser uma determinante legal, tornou-se uma necessidade para as instituições, que procuram cada vez mais a humanização e a afirmação na comunidade que estão inseridas.

Segundo Stanhope & Lancaster (1999) os cuidados continuados são a componente de um continuidade cuidado de saúde global em que os cuidados de saúde são prestados aos doentes e/ou famílias com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência enquanto se minimiza os efeitos de dependência e doença. De acordo com os autores devem ser planeados, coordenados e disponibilizados os cuidados adequados às necessidades do doente e/ou da família.

Nesta perspetiva Eustáquio & Cardoso (2000) afirmam que os cuidados continuados são de natureza multidisciplinar e intersectorial com áreas específicas de articulação entre vários níveis de cuidados de saúde e de rede social de apoio, com projetos definidos de intervenção e gestão.

### **1.3 Importância da Família no Contexto da Continuidade dos Cuidados**

Segundo Marinheiro (2002) a definição de família tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos, devido as várias transformações que a estrutura familiar tem sofrido. Este facto deve-se sobretudo as alterações de papéis sociais, fundamentalmente de a mulher ter de trabalhar fora de casa. Com o surgimento da urbanização, o conceito de família passou a ser caracterizado por família nuclear, que constitui pai, mãe e filhos.

No sentido de manter o seu equilíbrio e integridade, as famílias procuram desenhar funções que possam responder às suas próprias necessidades enquanto célula global, às necessidades de cada membro individualmente, e em respostas às necessidades sociais (Augusto et al., 2002).

Cerqueira (2005, p 32), afirma que “(...) *considera-se família todas as pessoas que o doente reconheça como tal*”. Assim a família é considerada uma instituição natural porque possibilita ao Homem o exercício dos seus direitos essenciais como pessoa: o direito à vida, o direito à educação e o direito a completar o seu processo vital nas melhores condições.

Entende-se por cuidar, o prestar atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa situada num determinado tempo e espaço e inserida numa família, sociedade e cultura (Pacheco, 2014).

Para Cerqueira (2005), o cuidar é, antes de mais, um assumir de uma responsabilidade social, envolvente e humanizada. Nesta perspetiva o autor refere que os cuidados familiares desempenham um papel crucial porque os mesmos assumem a responsabilidade de cuidar do seu familiar.

Segundo Rebelo (1996) em Portugal é sobretudo a família o centro da tradição da responsabilidade da prestação dos cuidados, tendo de facto de prestar os cuidados aos seus familiares, devido à escassez de serviços organizados na comunidade.

A seleção da pessoa para assumir o papel de cuidador não é uma escolha fácil. Apesar das ligações pessoais terem um papel importante não explica satisfatoriamente a razão pela qual alguns membros da família assumem com maior frequência que outros o papel de cuidadores. Aparentemente a escolha da pessoa para desempenhar o papel de cuidador dependerá da experiência de vida e da estrutura familiar. O cuidador familiar é

uma pessoa da família que presta os cuidados de saúde, ao doente dependente em contexto domiciliário. Nesta realidade, quando se fala em cuidador familiar faz-se referência a uma pessoa adulta, que realiza, presta cuidados de saúde e apoio nas atividades da vida diária do doente que cuida, afim de minorar as dificuldades da pessoa em incapacidade funcional (Martíns, 2005).

### **1.3 Enquadramento da RNCCI**

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) tem como finalidade a implementação de um modelo específico de prestações de cuidados adaptados às necessidades do cidadão e centrados no doente. O mesmo tem o direito aos cuidados necessários, no tempo e locais definidos pelo prestador mais adequado à sua necessidade. Através do desenvolvimento da RNCCI pretende-se estimular a revisão do papel do hospital e ainda reforçar o papel dos cuidados primários de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Desta forma pretende-se, ainda, apoiar a modernização e adequação dos serviços às necessidades de saúde emergentes encontradas no país (UMCCI, 2011).

Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), a Rede pretende dar apoio à pessoa em situação de dependência que necessite de cuidados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e ainda, de equipas hospitalares e domiciliárias independentemente da idade.

As redes de cuidados continuados são modelo de prestação de cuidados de saúde. Esses mesmos modelos são criados no sentido de dar respostas às necessidades de cuidados continuados, em particular, de doentes que se encontram internados em serviços hospitalares após terem recebido alta clínica. No presente estudo, pretende-se descrever de forma mais detalhada a rede de cuidados continuados em Portugal (UMMC, 2011).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) surge na emergência de uma resposta política a uma necessidade social que deriva de múltiplos fatores. O aumento do envelhecimento progressivo, o aumento da esperança média de vida, a diminuição da taxa de mortalidade e natalidade, são alguns dos fatores relevantes para a implementação deste modelo.

O processo de intervenção sobre o problema social do envelhecimento tornou-se visível por parte da sociedade contemporânea sobre direito que todos os indivíduos têm de usufruir de um sistema de garantias sociais que lhes permite ter espaço na sociedade (Mouro cit. in Carvalho 2013).

Este problema sociodemográfico associa-se a novas condicionantes, tais como a emergência e persistência de situações de doença. Nos casos que não são fatais, são no entanto debilitantes e condicionantes da autonomia e qualidade de vida dos indivíduos que se encontram numa situação de dependência. Neste contexto, tornaram-se imprescindível encontrar-se uma resposta à situação de dependência e incapacidade, em situação de manutenção ou reabilitação, decorrentes das suas necessidades sociais e de doença (PNS, 2013).

Com o intuito de responder adequadamente a essas necessidades, foi importante desenvolver e implementar um modelo de prestação de cuidados sociais, e ainda de saúde integrada. Foi igualmente fundamental que este modelo considere as vertentes de reabilitação, manutenção, prevenção e necessidade paliativa (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

Independentemente das circunstâncias do seu ciclo de vida, este novo modelo de prestação de cuidados, deverá ser capaz de responder a diferentes grupos de indivíduos, que se encontrem em diferentes estágios da sua doença. A ideia da implementação de um modelo com estas características e objetivos, será de preencher o “*espaço*” entre os cuidados hospitalares, e os cuidados comunitários e primários. Torna-se portanto indispensável a criação de uma equipa multidisciplinar com capacidade e competência para avaliar e responder às necessidades encontradas em cada pessoa. Este modelo pretende também garantir a qualidade dos cuidados prestados em todas as tipologias de respostas existentes na RNCCI, de acordo com o grau de dependência, funcionalidade e carência social (UMCCI, 2011; OPSS, 2009).

O trabalho em equipa multidisciplinar pretende assegurar uma melhor qualidade dos serviços prestados ao doente, mas sobretudo melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias. A articulação da equipa multidisciplinar pretende transformar o atendimento automático num atendimento acolhedor e humanizado (Lopes et al., 2012).

O Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho, que institui a RNCCI, tem como finalidade política de saúde e social, permitindo desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência. Pretende-se investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial, qualificar e humanizar também a prestação de cuidados e ainda potenciar os recursos locais existentes, criando serviços comunitários de proximidade.

Consequentemente, a implementação da RNCCI pretende conseguir responder às lacunas acima identificadas com o propósito da promoção em defesa, prevenção e redução das situações de dependência de carácter social e de saúde, promovendo também a reabilitação da funcionalidade de cada indivíduo. Deste modo tornou-se emergente a criação e implementação da RNCCI (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

#### **1.4 A Criação da RNCCI**

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, constitui-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento de estratégias, tendo como objetivo a prestação de cuidados integrados a pessoas que se encontram em situação de dependência. A Rede representa um processo reformador, desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: O Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social.

*“As alterações demográficas, com cada vez maior peso da população idosa, assim como a alteração do tecido social, provocada pela ausência do domicílio da mulher, cuidadora tradicional, levaram à necessidade de encontrar respostas para apoio de pessoas em situação de dependência. Reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento ativo, são os desafios no momento, a nível global. Houve, assim, 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, articulando com os serviços de saúde e sociais já existentes. A parceria estabelecida entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde possibilitou as dinâmicas de criação e fomento de respostas multissetoriais, com o objetivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal, sustentado por diversos stakeholders, como 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), tendo o Estado por principal incentivador” (UMCCI, 2011, p. 7).*

A RNCCI, de acordo com o Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho, é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde devidamente preparadas para a intervenção de necessidade de cuidados paliativos, ou de intervenção social. A intervenção poderá ocorrer em diversos serviços, tais como: os serviços comunitários de proximidade, os hospitais, os cuidados de saúde primários e serviços sociais que podem ser acionados através da rede solidária e autarquias locais.

A RNCCI iniciou-se com um período de experiências piloto que decorreram entre outubro 2006 a abril de 2007. Para a implementação e desenvolvimento, foi realizado um estudo de análise diagnóstico da situação e planeamento de necessidades, para a definição do modelo de Cuidados Continuados Integrados (MRNCCI, 2015).

A Tabela 1 diz respeito à taxa de ocupação nas unidades UC, UCP, UMDR, ULDM e ECCI a nível nacional. Salienta-se, de acordo com a Tabela 1, que as unidades de internamento contêm uma taxa de ocupação elevada, onde se destaca a tipologia de longa duração e manutenção com 96% (95% em 2013).

As unidades de cuidados paliativos possuem 90% da taxa de ocupação, sendo que em 2013 ocupavam 86%. O Algarve representa a taxa de ocupação mais elevada para a unidade de convalescença, com 95%, igual a 2013. Já as unidades de média duração e reabilitação, a taxa de ocupação por região são superiores a 90%.

**Tabela 1 – Taxa de Ocupação 2015**

	<b>Norte</b>	<b>Centro</b>	<b>LVT</b>	<b>Alentejo</b>	<b>Algarve</b>	<b>Nacional</b>
<b>UC</b>	88%	93%	89%	85%	95%	90%
<b>UCP</b>	86%	87%	92%	89%	95%	90%
<b>UMDR</b>	94%	94%	92%	95%	95%	94%
<b>ULDM</b>	95%	96%	97%	97%	97%	96%
<b>ECCI</b>	<b>65%</b>	<b>53%</b>	68%	79%	68%	<b>66%</b>

(Adaptado da Monitorização da RNCCI, 2015)

## 1.5 Missão e Objetivos de RNCCI

Como já foi referido, segundo a UMCCI, a Rede tem por missão prestar os cuidados adequados de saúde, e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. No entanto essa missão concretiza-se através dos seguintes objetivos:

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

A UMCCI (2011), define também como objetivos estratégicos, fundamentais para a prossecução da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, como garantia de acesso aos cuidados de saúde por parte das populações mais vulneráveis e estruturante para a reorganização de serviços e cuidados de saúde, os seguintes:

- a) Diminuição da demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos;

- b) Diminuição da taxa média de ocupação de camas hospitalares;
- c) Redução do número de internamentos, e reinternamentos, de pessoas em situação de dependência;
- d) Redução dos custos das unidades hospitalares de agudos.

A missão da RNCCI vem assim dar resposta ao conjunto de pressupostos internacionais definidos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados, que são:

- a) Necessidade de diminuir internamentos desnecessários, e o recurso às urgências por falta de acompanhamento continuado;
- b) Redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos;
- c) Redução do número de altas hospitalares tardias (i.e. acima da média de internamento definida);
- d) Aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação integral e promoção da autonomia;
- e) Disponibilização de melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica;
- f) Disponibilização de melhores serviços de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar;
- g) Flexibilização da organização e do planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde, através da identificação, pormenorizada, das necessidades de cuidados da população, a nível regional;
- h) Maior eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares.

Será igualmente importante refletir nos restantes objetivos porque, considerando o âmbito de execução da RNCCI, é expectável que haja ganhos em saúde para a população de forma geral. Por conseguinte, a criação de respostas de saúde e sociais, ajustadas às necessidades em situação de dependência, permitirá o aumento da cobertura de prestação de cuidados continuados integrados a nível social. Produzindo igualmente

um reforço da articulação entre os serviços de saúde e de apoio social, com vista à manutenção e/ou reabilitação, sempre que possível e adequado, das pessoas com dependência no seu domicílio. Por outro lado, este aspeto permite potenciar a redução da procura de serviços hospitalares de agudos, por indivíduos em situação de dependência, uma vez que os cuidados a estes são privilegiados em contexto comunitário, evitando situações de internamento desnecessárias e garantindo uma melhoria da sua condição de vida e bem-estar (UMCCI, 2011; Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho; PNS, 2013).

## **1.6 Estrutura de Gestão e Coordenação da RNCCI**

Segundo a UMCCI (2011) a estrutura e coordenação da RNCCI estabelecem-se num modelo descentralizado, de modo a garantir a flexibilidade, o acompanhamento e monitorização, e ainda, assegurar a gestão dos utentes. Existem três níveis de coordenação:

- i. Nacional – Coordenação Estratégica (UMCCI);
- ii. Regional – Coordenação Operativa (ECR);
- iii. Local – Coordenação Operativa (ECL).

A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) é uma estrutura de missão criada para conduzir e operacionalizar a implementação efetiva de um nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, através de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador (UMCCI, 2011).

A nível nacional, compete à Equipa de Coordenação Nacional (ECN) da RNCCI coordenar e implementar as políticas de saúde definidas para a RNCCI de acordo com os Ministérios da Saúde e Segurança Social, competindo-lhe também a articulação entre a RNCCI, e as demais instituições dos sistemas sociais e de saúde.

Nas Equipas de Coordenação Regional (ECR), a coordenação da Rede é assegurada por cinco equipas, constituídas de modo multidisciplinar, por representantes das administrações regionais de saúde (ARS) e dos centros distritais de segurança social,

nos termos definidos no Despacho Conjunto n.º 19040/2006, dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

A Equipa Coordenadora Regional, é dimensionada em função das necessidades e dos recursos existentes, e constituída por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação.

Os principais objetivos são a garantia da articulação e divulgação da informação, promoção da monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados prestados, promoção da formação dos profissionais, o acompanhamento, a avaliação e controlo da execução dos contratos, a contratualização, o diagnóstico de necessidades e planeamento das respostas, e por fim assegurar o planeamento, a gestão, o controlo e avaliação da RNCCI a nível regional.

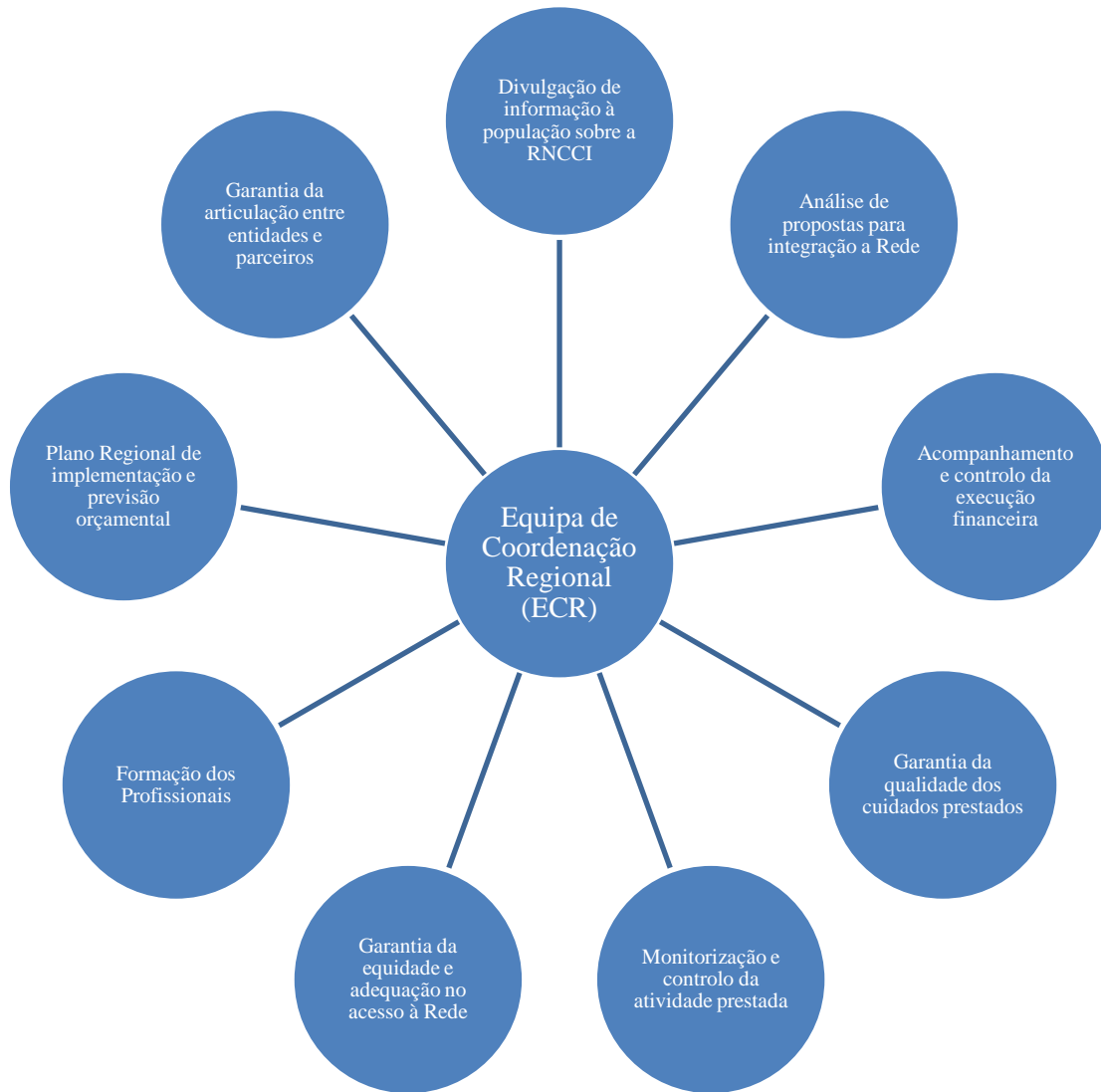
Como já foi dito anteriormente, compete a cada Equipa Coordenadora Local (ECL) determinar a admissão em Unidade ou Equipa de RNCCI, cada ECL é responsável pela apreciação da avaliação da situação da saúde e social do doente, e pela verificação do cumprimento dos critérios da referenciação.

O Despacho Conjunto n.º 19 040/2006, de 19 de setembro, define também a constituição, organização e as condições de funcionamento das equipas que asseguram a coordenação da Rede a nível local.

As ECL articulam com a ECR da respetiva região, asseguram o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, tendo como principais objetivos, promover parcerias para a prestação de CCI, apoiar e acompanhar a utilização dos recursos da RNCCI, assegurar a prestação de altas, atualizar o sistema de informação da RNCCI, assumir os fluxos de referências dos utentes da RNCCI, apoiar e acompanhar o cumprimento dos contractos, e assegurar a articulação das unidades, e equipas, ao nível local.

Nas figuras seguintes, Figura 1 e Figura 2, podemos observar de forma resumida, as principais competências atribuídas a cada uma das equipas coordenadoras mencionadas anteriormente, ECR e ECL.

Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados



**Figura 1 - Principais Competências das ECR (Adaptado da UMCCI, 2011)**



Figura 2 - Principais Competências das ECL (Adaptado da UMCCI, 2011)

### 1.7 Tipologias de Resposta da RNCCI

A RNCCI determina a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de acordo com quatro unidades distintas, que se dividem em unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias que na Figura 3, se apresentam de forma esquemática.

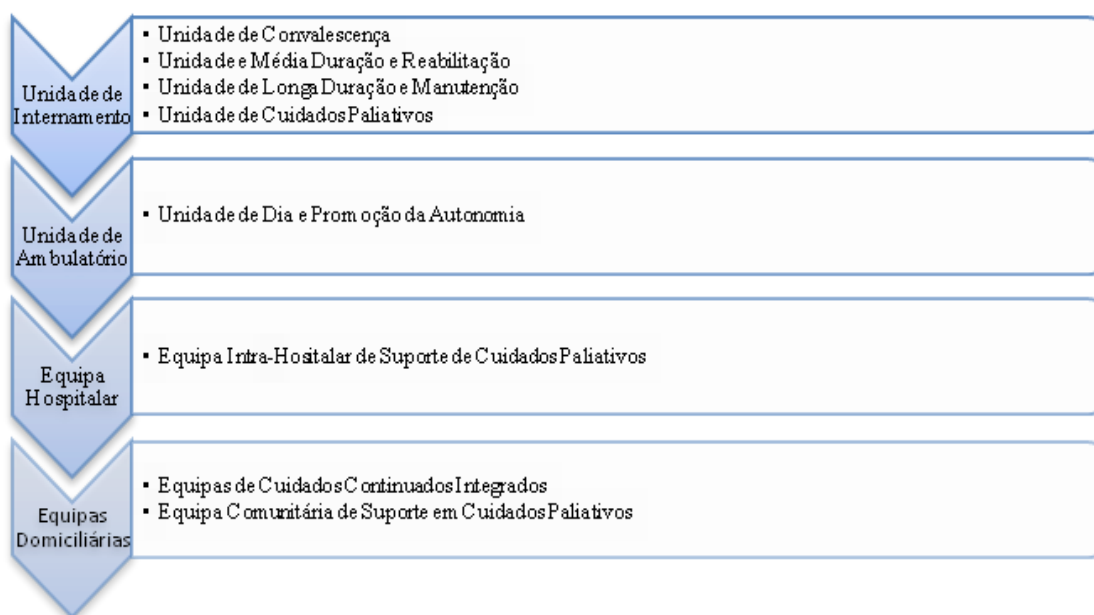


Figura 3 – Tipologias de Respostas na RNCCI (Adaptado de UMCCI, 2011)

Conforme se pode observar, as unidades de internamento estão divididas em quatro principais unidades distintas, que são: as Unidades de Convalescença (UC), as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e ainda as Unidades de Cuidados Paliativos (CP). Em seguida temos as Equipas Hospitalares que são constituídas pelas Equipas Intra-hospitalares em cuidados Paliativos.

Seguidamente encontramos a Unidade de Ambulatório, onde estão inseridas as Unidades de Dia e Promoção de Autonomia e, por fim, temos as Equipas Domiciliárias que divide-se em duas Equipas, as Equipas de Cuidados continuados Integrados e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (UMCCI, 2011).

### **1.7.1. Unidades de Internamento**

A Unidade de Convalescença (UC), tem como finalidade clínica a recuperação funcional, avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia, com potencial de recuperação e que não exige cuidados hospitalares agudos, tendo possibilidade do tempo de internamento, até 30 dias consecutivos por cada admissão.

A unidade é gerida por um médico, tendo como objetivo assegurar os cuidados médicos, de enfermagem (49h/semana), cuidados de fisioterapia, exames complementares de diagnóstico, laboratorial e radiológicos, próprios ou contratados, o apoio psicossocial, a administração e prescrição de fármacos, higiene, conforto e alimentação, convívio e o lazer.

Consideram-se critérios de referenciação específicos para a admissão nesta unidade, a situação de dependência recente na sequência de episódio agudo, suscetível de melhoria, doentes que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem permanentes de, reabilitação por sonda nasogástrica, terapêutica parentérica, alimentação por sonda nasogástrica, tratamento de úlceras de pressão e ou feridas e ainda medidas de suporte respiratório.

**A Unidade de Convalescença (UC)** é *“uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento*

*hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico” (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).*

Só ingressam na UC os doentes com indicação para programas de reabilitação com duração previsível igual ou menor que 30 dias.

**A Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)** tem como finalidade a estabilização clínica, avaliação, e reabilitação integral da pessoa que se encontra na situação prevista anteriormente, tendo possibilidade do tempo de internamento até 30 dias consecutivos por cada admissão.

Esta unidade de internamento é vocacionada para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação, e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo patológico crónico.

Os principais objetivos da UMDR, são assegurar os cuidados ao doente com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Pretende-se também, assegurar os cuidados médicos diários (24h/semana), os cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e de tratamento ocupacional, apoio psicossocial, administração e prescrição de fármacos, higiene, conforto e alimentação, convívio e o lazer.

Consideram-se critérios para o ingresso nesta UMDR os doentes com necessidades de cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes para a reabilitação intensiva, prevenção ou tratamento de úlceras. As medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia, e aspiração de secreções e ventilação não invasiva, manutenção e tratamento do estômago, também são alguns dos critérios de admissão.

**A Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)** tem como finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, tendo possibilidade de tempo de internamento superior a 90 dias consecutivos. Esta pode proporcionar o internamento, por períodos inferiores a 90 dias em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar à necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

Os principais objetivos da ULDM são assegurar atividades de manutenção, e de estimulação, cuidados de enfermagem diários, cuidados médicos (7h/semana),

administração e prescrição de fármacos, apoio psicossocial, animação sócio-cultural, higiene, conforto e alimentação, cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional, controlo fisiátrico periódico e apoio no empenho das AVD's.

Consideram-se critérios para a admissão nesta ULDM, os doentes que requeiram cuidados médicos e de enfermagem. Os doentes com patologia aguda e/ou crónica estabilizada, que necessitem de cuidados de saúde, e presente défice de autonomia nas atividades da vida diária. Também são considerados critérios de admissão para aqueles doentes que se encontram com algum síndrome, como a depressão, confusão, desnutrição, problema na deglutição, deteriorização sensorial ou comportamento de eficiência e ou segurança da locomoção.

Os doentes sem potencial de recuperação a curto e médio prazo, e ainda os doentes com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassas melhorias clínicas e funcionais também são admitidos nas ULDM.

As ULDM podem também proporcionar o internamento a doentes com dificuldades de apoio familiar, e se o cuidador precisar de descanso, que é chamado o Descanso do Cuidador. O internamento do doente pode ter a duração do limite máximo de 90 dias por ano.

**As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)** são destinadas a doentes com doenças complexas com estado avançado, com evidência de falha de terapêutica dirigida à doença de base, ou em fase terminal, que requeiram cuidados continuados em regime de internamento para orientação, ou aplicação do plano terapêutico paliativo.

Consideram-se critérios admissão aos doentes que possuam doenças graves, e/ou avançada em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida a patologia de bases. As unidades podem também proporcionar o internamento a doentes que se encontram nas condições que foram referidas anteriormente com o objetivo do descanso do cuidador.

A unidade internamento, está normalmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a utentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrente de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano de Saúde.

A unidade de cuidados paliativos é gerida também por um médico, e assegura os cuidados médicos diários (70h/semana), cuidados de enfermagem permanentes, os exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, consulta, acompanhamento e avaliação de utentes internados com outros serviços ou unidades, cuidados de fisioterapia, acompanhamento psicossocial e espiritual, prescrição e administração de fármacos, atividades e manutenção, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer.

### **1.7.2. Unidade de Ambulatório**

Esta unidade pretende promover a autonomia de doentes que requerem cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social a pessoas, e, que ainda assim, não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

A Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia tem como objetivo assegurar as atividades de manutenção e de estimulação, os cuidados médicos e os cuidados de enfermagem periódicos, animação sociocultural, alimentação, higiene pessoal, quando necessária, apoio psicossocial e controle fisiátrico periódicos.

Consideram-se critérios de referenciação específicos para admissão nesta unidade, a situação de dependência em que o doente reúne condições para lhe serem prestados os cuidados necessários em regime ambulatório.

### **1.7.3. Equipa Hospitalar**

A Equipa de Gestão de Alta faz a articulação dos recursos intra e extra hospitalares. Deverá ser constituída por, no mínimo, 3 elementos, um médico, um enfermeiro e um assistente social.

O plano de alta hospitalar pretende garantir a continuidade dos cuidados de saúde e o uso dos recursos hospitalares e da comunidade, a partir da identificação, e avaliação das necessidades dos doentes, de acordo com os parâmetros previamente estabelecidos.

As equipas de gestão de altas dos hospitais devem planear a alta dos doentes em colaboração com os serviços de internamento do hospital, com os próprios doentes e famílias. O processo de planeamento da alta deverá aplica-se a todos os doentes que previsivelmente, irão necessitar de cuidados de reabilitação e manutenção.

A equipa hospitalar multidisciplinar tem como objetivo preparar e gerir a alta dos utentes em articulação com os serviços de internamento de modo a que seja assegurada a continuidade de cuidados ao longo do processo de reabilitação e manutenção, que são acrescidos a todos os doentes que apresentem um grau de dependência, que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança.

A transferência da responsabilidade de prestação de cuidados ao doente, em resultado da alta do internamento, ou da sua transferência para uma outra unidade dentro de RNCCI, implica decisões e procedimentos que devem ser bem definidos, explicitados e devidamente registados, de forma a assegurar a qualidade e a continuidade de cuidados ao longo de todo o processo.

A decisão de dar alta clínica a um doente é da competência e responsabilidade do médico do doente, e a alta deve ser preparada desde a data do internamento, para garantir os melhores resultados para o doente.

No contexto da RNCCI, o planeamento da alta deverá aplicar-se a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após um internamento hospitalar, a todos os doentes que apresentem um grau de deficiência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança, ou aqueles em que seja necessário uma avaliação mais precisa do grau de dependência.

No momento da alta hospitalar para uma unidade de Rede, o doente deverá ser acompanhado da sua nota de alta. Deve então acompanhar a nota de alta médica, que inclui a situação clínica, bem como a medicação a fazer nessa data, a nota de alta da enfermagem, que deve incluir a avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem, notas do/a Assistente Social, notas do nutricionista, psicólogo clínico. A nota da alta de apresentar também, registos do treino e educação do doente e familiares ou cuidadores, cópia dos exames complementares de diagnóstico e informação sobre o programa de follow-up e sobre a marcação já feita das próximas consultas aos exames complementares, com identificação do responsável pelo doente.

As equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, são as equipas hospitalares multidisciplinares com formação em cuidados paliativos, com espaço físico para a sua coordenação, tendo como finalidade prestar aconselhamento diferenciado em CP aos serviços hospitalares, podendo prestar cuidados diretos e orientados ao Plano

Individual de Intervenção dos utentes internados, para os quais seja solicitada a sua intervenção.

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos assegura a formação em cuidados paliativos dirigidos às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados, cuidados médicos e de enfermagem continuados, tratamento paliativos complexos, consulta e acompanhamento do utente internado, assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares, cuidados de fisioterapia, apoio psico-emocional a utentes e familiares ou cuidadores, incluindo no período do luto.

#### **1.7.4. Equipas Domiciliárias**

As equipas de cuidados continuados integrados são equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social que prestam apoio domiciliário a pessoas em situação de dependência funcional, em caso de doença terminal, ou em processo de convalescença cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio.

Tem como objetivos assegurar o apoio na satisfação das necessidades básicas, nas atividades instrumentais da vida diária, no desenho das atividades da vida diária, na coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais, no apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados.

Deve assegurar os cuidados de fisioterapia e a formação em cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, as visitas dos clínicos devem ser programadas e regulares, tendo por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa.

As equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos têm como finalidade prestar assessoria diferenciada em cuidados continuados paliativos às equipas prestadoras de cuidados no domicílio dos CS/UFS, unidade de internamento de média e longa duração.

Desta forma, pretende-se assegurar a avaliação interna do utente, os tratamentos e intervenção paliativas a utentes complexos, a assessoria aos familiares e ou cuidadores, a assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados, à gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais, à

formação em cuidados continuados paliativos dirigidos às equipas de saúde familiares do CS, e os profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários (UMCCI 2011).

### **1.8 Acesso à RNCCI e o Processo de Sinalização e Admissão**

No caso do doente se encontrar internado num hospital do serviço nacional de saúde, este deve contactar o serviço onde está internado ou a Equipa de Gestão de Altas (EGA) desse hospital. A EGA do hospital onde o doente está internado, é quem faz a referenciação para a RNCCI. A avaliação da necessidade de cuidados continuados é realizada, de preferência, logo no início do internamento, porque é preciso preparar, com tempo, a etapa que se segue à alta clínica (UMCCI, 2011).

No caso do doente se encontrar no domicílio, lar ou outra situação, este deve contactar o Centro de Saúde através do médico de família, enfermeiro, ou Assistente Social. A proposta de ingresso na RNCCI é apresentada por estes profissionais do centro de saúde à Equipa de Coordenação Local (ECL). Em caso de dificuldade pode contactar diretamente a ECL sediada no Centro de Saúde da respetiva área de residência.

A equipa de gestão de alta do hospital tem por objetivo preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

A equipa de Gestão de Alta, de acordo com Manual e Planeamento e Gestão de Altas, tem como objetivos:

- a) Garantir a existência de um programa atempado e integrador dos cuidados necessários no local adequado, para assegurar a máxima independência do doente;
- b) Assegurar a continuidade dos cuidados ao doente;
- c) Criar registos adequados, referentes a todas as fases do processo de transferência, como a identificação das ações, dos intervenientes, da situação do doente, e eventuais incidentes críticos;
- d) Garantir que o doente só fique no hospital o tempo necessário aos procedimentos de avaliação, ou tratamento da sua situação clínica, que não possam ser feitos em ambulatório ou outras unidades de internamento;

e) Implementar o planeamento de alta.

Todo o processo de referenciação prevê a existência de uma uniformidade de procedimentos, cuja finalidade será garantir o fácil acesso dos indivíduos aos serviços da rede, de forma adequada e atempada.

### **1.9 O Assistente Social no Âmbito da Saúde**

A Organização Mundial de Saúde (1948) define a saúde como o estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou incapacidade. Em 1984 – 1994 a OMS afirma que a qualidade de vida será um conjunto de recursos sociais, individuais, e físicos, necessários para a realização dos objetivos de cada indivíduo.

Ramos (2004) acrescenta que a saúde envolve várias dimensões, as quais incluem diferentes áreas que deverão coexistir de forma equilibrada, e que agrupam a saúde emocional, a saúde intelectual, a saúde social, a saúde espiritual e a saúde física.

Vasconcelos (2006, cit. in Branco & Farçadas 2012, p. 8) afirma 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 (...)*”.

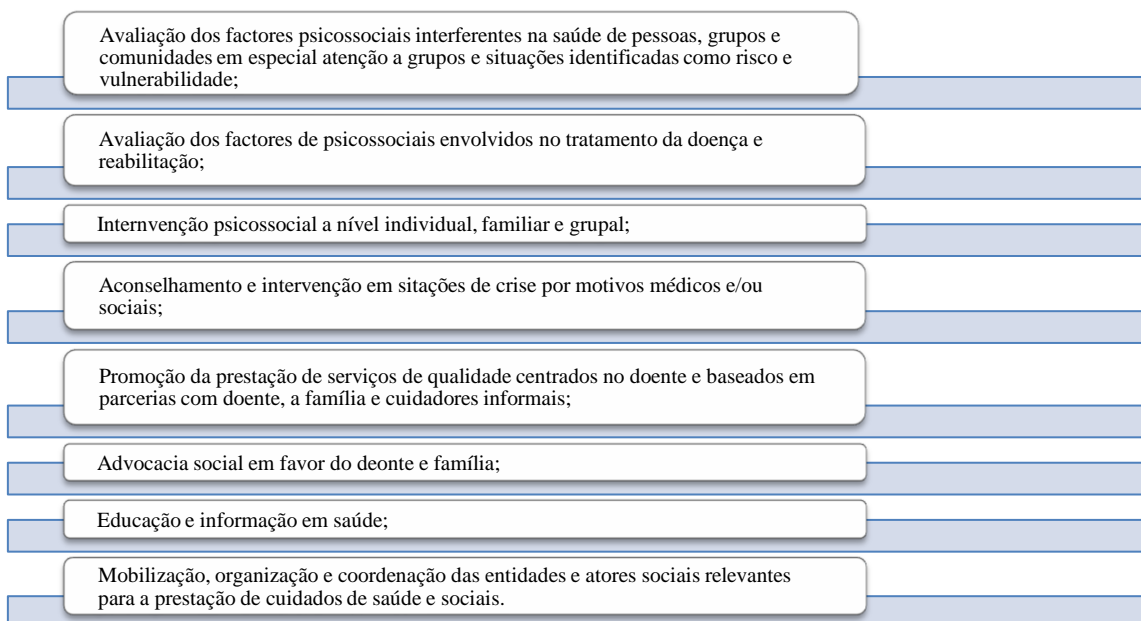
A institucionalização de Serviço Social em Portugal surge após a Lei de organização hospitalar (Lei nº 2011, de abril de 1946), que estabelece a primeira consagração da jurisdição profissional do Serviço Social no âmbito hospitalar. A mesma foi desenvolvida pelo regulamento geral dos hospitais (Decreto-Lei nº 48358/68, de 27 de abril de 1968), a qual o Serviço Social coordena o trabalho voluntário e participa no conselho técnico dos hospitais (Branco & Farçadas, 2012).

Segundo o Código Deontológico Internacional do Assistente Social, a consciência ética é imprescindível na prática profissional do/a Assistente Social. Os objetivos da Declaração Internacional dos princípios éticos passam pela formulação de um conjunto de princípios básicos de Serviço Social, os quais devem ser adaptados consoante as diferentes realidades socioculturais. A declaração internacional também prevê a identificação de problemas éticos na prática social, e ainda a elaboração de um guia metodológico para lidar com as questões e problemas éticos.

A intervenção dos Assistentes Sociais desenvolve-se por referência ao código de ética adotado pela Federação Internacional dos Assistentes Sociais, o qual estabelece os direitos humanos, e a justiça social, como princípios fundamentais da atuação destes profissionais (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 1994).

A DGS (2006) considera que, em termos gerais, o Serviço Social na Saúde atua: *“Na avaliação dos factores psicossociais que interferem na saúde de pessoas, grupos e comunidades com especial atenção para situações identificadas como de risco e vulnerabilidade; na avaliação dos factores 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.”*

Segundo a DGS (2006) Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI, o desempenho dos Assistentes Sociais na saúde passam por diferentes níveis:



**Figura 4 - Desempenho do Assistente Social na Saúde em Diferentes Níveis (Adaptado de DGS, 2006)**

### **1.9.1. O Assistente Social na RNCCI**

Desde o início do século XX, os Assistentes Sociais passaram a integrar as equipas dos serviços de saúde. Com o aparecimento da RNCCI, surge um novo modelo que exige-lhes que se vocacionem especificamente para Cuidados Continuados Integrados.

Dentro do modelo de cuidados continuados integrados, a missão essencial destes profissionais passa, em grande, parte por enfatizar a relevância e a centralidade dos fatores psicossociais, enquanto determinantes ou favorecedores do tratamento, da reabilitação, da readaptação e da reintegração dos doentes nos ambientes sociais, que mais se lhes adequam, e favorecem o desenvolvimento de todas as suas potencialidades.

O seu perfil é orientado para a prestação de cuidados, a gestão personalizada da situação, e necessidades globais do cidadão doente, bem como para o trabalho de organização e educação de pessoas com interesses afins em matérias de saúde e doença. Como gestor de caso e monitor da continuidade, integralidade e qualidade dos cuidados, visa promover a manutenção, o reforço ou o restabelecimento das relações interpessoais do doente com a equipa, a família e as redes de sociabilidades (DGS, 2006).

Como mediador e fomentador das redes de suporte social, o/a Assistente Social visa assegurar o apoio material e o suporte emocional à família. Como provedor e conselheiro da família, visa potenciar a reinserção social do doente no seu meio habitual de vida, com qualidade, e suporte adequados. Como mediador da prestação de bens e serviços ao doente e família, visa contribuir para a efetividade dos cuidados, e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SNS. Como promotor da qualidade e humanização dos cuidados e serviços, visa motivar ou incentivar doentes, ex-doentes, familiares ou outros para a organização de ações de autoajuda e/ou voluntariado. Como dinamizador de indivíduos, e organizador de grupos, potenciar a consciencialização dos cidadãos sobre as necessidades e as responsabilidades na saúde, e na doença, e fomentar a sua capacitação para uma participação ativa na melhoria dos serviços, e dos cuidados.

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

*rentabilização dos recursos de saúde e sociais próprios de cada Unidade de Internamento*” (DGS 2006, p. 9).

### **1.9.2. Desempenho nas Unidades de Internamento**

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

Segundo o Manual, a intervenção dos assistentes sociais nos serviços de internamento centram-se na dimensão psicossocial do adoecer e do estar doente, por isso visa, essencialmente, a humanização e a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e famílias, e ainda a rentabilização dos recursos de saúde e sociais, próprios a cada unidade de internamento.

Mais especificamente, os técnicos trabalham diretamente em quatro momentos metodológicos durante o internamento dos doentes. São eles o acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados.

No Acolhimento, junto ao doente e/ou família, o/a Assistente Social funciona como suporte emocional, destes mesmos doente e familiares. Tem como intuito à identificação e interpretação das perdas sofridas, facilitar a aceitação e capacitação para a superação. O/a Assistente Social, relativamente ao Apoio à Integração do doente e/ou família nas unidades de internamento, pretende facultar ainda informações acerca de direitos e deveres. Na Gestão de Expetativas será importante, nomeadamente durante todo o período internamento do doente, benefícios disponíveis, condições de vida após o internamento, visando a preparação da alta. No Apoio à Adaptação ao contexto da doença e/ou dependência do doente, será importante esclarecer, e disponibilizar informações sobre direitos sociais: subsídios na doença; isenções; acompanhamentos; transportes; alimentação; serviços voluntários; vida profissional/escolar. Já na Recolha de Informação, será pertinente para a preparação da alta e continuidade dos cuidados, por exemplo: a profissão, nacionalidade, os tipos de apoios que já beneficiavam antes do internamento, cultura, escolaridade, habitação, entre outros (DGS, 2006).

Seguidamente ao acolhimento deve-se fazer uma análise preliminar da situação e dos fatores de risco existentes, podendo posteriormente fazer uma recolha de referências junto de todos os outros elementos da equipa, e da rede de apoio.

No Plano Individual de Cuidados, o/a Assistente Social esclarece dúvidas, e reforça a informação sobre os direitos e deveres do doente e familiares, e acesso a serviços e bens, informa sobre os tratamentos previstos para o doente. O/a Assistente Social elabora também um esquema do plano individual de cuidados, com tempos previstos e metas a atingir, orienta os doentes e familiares para os serviços de apoio existentes na comunidade, nomeadamente aos centros de dia, lares, apoio domiciliário, entre outros (DGS, 2006).

No Acompanhamento Psicossocial, cabe ao Assistente Social prestar atenção e acompanhamento junto do doente e da sua família, no processo de tratamento, reabilitação, readaptação e reintegração social, prestando para isso.

Serve de suporte emocional ao doente e/ou família, permitindo ou facilitando a expressão dos sentimentos e receios suscitados pela doença, pelo tratamento e as suas consequências, ou pela previsão da morte. Suporte ao próprio doente e/ou família, ajudando a enfrentar as mudanças provocadas pela doença e/ou tratamento nos diversos níveis da vida do doente, e daqueles que se envolvem diretamente nos seus cuidados. Suporte ao doente e familiar na coesão familiar, ou seja, na gestão de conflitos, redistribuições de papéis, seleção de estratégias na melhoria da comunicação, e ainda na prevenção da exclusão do doente do seio familiar. Incentivo e estímulo à adesão ao ensino/aprendizagem, tanto do doente como da família, tendo em conta a continuidade dos cuidados. Pretende-se nesta etapa: Orientar, informar e habilitar os doentes e familiares em contexto de proteção social na doença, na readaptação reabilitação e reinserção familiar, social e laboral. Capacitação do doente e/ou família para a gestão eficaz da doença, nomeadamente na maximização dos recursos pessoais e comunitários, e na integração dos cuidados. Exercício de advocacia em favor do doente e família relativamente ao acesso a prestações sociais e/ou serviços, pretende-se o fornecimento dos meios necessários ao contato, regresso ou ingresso na unidade de saúde em situações programadas ou de urgência. O incentivo à reinserção profissional ou escolar do doente e/ou à promoção da sua participação em atividades ocupacionais adaptadas ao seu estado de saúde, a orientação dos doentes e familiares para serviços de apoio

especializado, nomeadamente jurídico, psiquiátrico e ainda, Preparação para a morte e apoio no luto, quando apropriado, passam pela responsabilidade do/a Assistente Social (DGS, 2006).

Na preparação da continuidade dos cuidados, sobretudo no planeamento da alta e da continuidade dos cuidados, este planeamento é feito sempre entre toda a equipa multidisciplinar, e/o doente e familiar cuidador.

O principal objetivo é a preparação/capacitação do doente e/ou familiar cuidador para o pós alta. Pretende-se garantir uma alta com as melhores condições possíveis. O planeamento feito entre a equipa, o doente e/ou cuidador, visa, essencialmente, alguns aspetos importantes.

Identificação em equipa da necessidades de ordem médica, de enfermagem, de nutrição, de reabilitação, de realização de AVD's e outras, bem como das dimensões psicossociais individuais e familiares existentes (económicas, emocionais, profissionais, etc.) decorrentes da situação de doença e/ou dependência, e da necessidade de continuidade dos cuidados.

Negociar com o doente e com o familiar cuidador, para a elaboração do plano individual de cuidados, e a organização da prestação dos mesmos, passa por estabelecer metas e identificar atores profissionais e institucionais da prestação dos cuidados ou serviços. E ainda identificar o elemento da equipa que será referenciado como o elemento de ligação entre doente/familiar cuidador, e a equipa terapêutica, se necessário.

No que respeita ao planeamento feito entre o/a Assistente Social e o doente/familiar cuidador, aquilo que se pretende passa por, verificar a existência dos equipamentos necessários à transferência segura do doente, e quando necessário, a capacitação ou treino para o seu uso.

Por outro lado, verificar o entendimento feito pelo doente e/ou familiar cuidador do plano de cuidados, principalmente se estiverem presentes serviços médicos, prestados por distintas especialidades médicas ou instituições.

Facilitar ao doente e/ou cuidador a elaboração de notas escritas sobre o plano, nomeadamente sobre os vários profissionais, equipas, instituições, ou materiais que vai ter de ir contactando ou procurando durante o percurso de prestação de cuidados.

Lembrar o doente e/ou o cuidador que o plano não é rígido, mas flexível, e que mudará com o evoluir das condições do doente e do funcionamento dos serviços, tendo por isso de ir sendo atualizado, lembrar ainda, que podem sempre pedir esclarecimentos, ou outros apoios.

Para além deste planeamento da alta, é função do/a Assistente Social elaborar o relatório social, que posteriormente constará no processo de saída do utente. Importa ainda referir que a entrega personalizada do caso ao Assistente Social, da equipa que continuará a prestação de cuidados, é o procedimento que melhor potencia o trabalho já realizado, e que garante uma continuidade mais eficaz dos cuidados (DGS, 2006).

## **Parte II – Estudo Empírico**

## Capítulo II – Metodologia

### 2.1 Introdução

Neste capítulo pretende-se apresentar a metodologia realizada nesta investigação. Para tal, identificam-se os objetivos do estudo, o objetivo geral e objetivos específicos. Serão demonstrados também o instrumento de recolha de dados utilizado, assim como, os instrumentos utilizados e procedimentos efectuados, caracterizando ainda sócio demograficamente os participantes.

### 2.2 Objetivos do Estudo

O presente estudo, tem como principal objetivo geral e propósito Compreender quais são os Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterizar os contributos do Serviço Social a nível do Acolhimento de doentes internados em unidades de cuidados continuados integrados;
- b) Caracterizar os procedimentos associados à elaboração do Plano Individual de Cuidados, justificando a sua importância;
- c) Mapear o processo de Acompanhamento Psicossocial desenvolvido pelo Assistente Social em doentes internados em unidades de cuidados continuados integrados;
- d) Explorar os procedimentos associados do planeamento da alta e preparação da continuidade dos cuidados dos mesmos na comunidade.

### 2.3 Instrumentos e Procedimentos

O nosso estudo, de natureza qualitativa e de carácter exploratório, como já referimos foi projetado para compreender quais serão os Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados, a partir da perspectiva de algumas Assistentes Sociais entrevistadas.

Godoy (1995, p. 29) refere que a pesquisa qualitativa “*busca compreender os significados que as pessoas constroem sobre o seu mundo e as experiências nelas*”

*vividas, tendo o pesquisador como principal instrumento de obtenção e análise de dados”.*

No âmbito da recolha de informação foram realizadas quatro entrevistas com o objetivo de reunir toda a informação acerca dos conceitos sobre os quais este estudo se pretende debruçar.

Dentro deste mesmo contexto usou-se a entrevista semi-estruturada, aplicada de forma semi-diretiva, pois considerou-se a mais adequada ao estudo realizado, uma vez que é permitido ao entrevistador alguma liberdade para desenvolver em cada situação mediante ao direcionamento pretendido, apesar de possuir os tópicos previamente definidos. O tipo de entrevista selecionado permite explorar as questões com mais amplitude.

Concebemos, para tal, um guião de entrevista, tendo por base (Anexo A), o “Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, da Direção Geral de Saúde.

O guião utilizado é constituído por cinco unidades de análise, a saber:

- 1) Caracterização Sócio-Demográfica das Participantes;
- 2) Acolhimento;
- 3) Plano Individual de Cuidados;
- 4) Acompanhamento Psicossocial;
- 5) Preparação e Continuidade dos Cuidados.

A primeira unidade de análise, denominada *caracterização sócio-demográfica dos participantes*, visou a recolha de dados sociodemográficos das participantes, nomeadamente a idade, o sexo, estado civil, habilitações académicas/profissionais, experiência profissional e experiência profissional na área da RNCCI.

A segunda unidade de análise, denominada *Na fase do acolhimento*, teve como objetivo identificar todo o processo de acolhimento junto ao doente e/ou familiar, o suporte emocional, o apoio à integração, a gestão de expectativas, o apoio à adaptação à situação, a recolha de informação e por fim o trabalho em gabinete.

A terceira unidade de análise, denominada *No âmbito da elaboração do plano individual de cuidados*, pretendeu explorar a elaboração do mesmo plano com a equipa, com o doente e/ou familiar cuidador.

No que se refere à quarta unidade de análise, denominada *No âmbito e acompanhamento psicossocial*, temos como objetivo indagar os tipos e as formas de acompanhamento junto ao doente e/ou familiar cuidador e a avaliação da situação em gabinete.

A quinta unidade de análise, denominada *No âmbito da preparação da alta e da continuidade dos cuidados*, procuramos recolher informações sobre o planeamento da alta com a equipa, com o doente e/ou familiar cuidador e por fim o relatório social.

As participantes foram contactadas por telefone e *e-mail* pela investigadora. Posteriormente as respostas afirmativas à participação das mesmas na investigação, teve como objetivo explicar o nosso estudo e verificar a possibilidade destas participarem do mesmo. Será importante referir que o pedido foi levado às comissões de ética e que as mesmas autorizaram. Estas entrevistas foram realizadas em quatro momentos diferentes no local de trabalho de cada participante.

Aquando da entrevista, começámos por explicar mais detalhadamente os objetivos do estudo, tendo, seguidamente, facultado a cada participante a declaração de consentimento informado (Anexo B). Iniciamos com um pedido de um breve resumo sobre o percurso académico e profissional de cada participante, a fim de podermos proceder a uma caracterização sociodemográfica mais completa de todas as participantes, recolhendo, dessa forma, toda a informação necessária às questões colocadas na primeira unidade de análise do guião de entrevista. Seguidamente, avançamos para as questões relativas ao acolhimento, plano individual de cuidados, acompanhamento psicossocial e, por fim a preparação e continuidade dos cuidados.

Com a primeira participante, criou-se uma empatia imediata que levou um à-vontade e uma entrevista com um ambiente bastante agradável e fluída. Com uma outra participante voltou-se a criar-se uma empatia entre entrevistadora-entrevista, as questões foram respondidas de forma fluída. Com outra participante este ambiente não se formou de forma natural, mas foi-se desenvolvendo ao longo da entrevista. Por fim, com a quarta participante a entrevista desenvolveu-se de forma natural, sendo necessário

colocar mais que uma vez às questões previstas no guião que foram respondidas de forma voluntária pela entrevistada.

Interessa referir que a duração de cada entrevista, gravada com a devida autorização das partes, oscilou entre 35 minutos a 1 hora e 3 minutos. As gravações foram transcritas de forma integral, constituindo, deste modo, o nosso *corpus* de análise. No que toca a duração aproximada da transcrição das entrevistas para o papel, a mais rápida teve uma duração aproximada de 2 horas e a mais extensa durou cerca de 4 horas.

A análise das entrevistas realizadas, foi através do método qualitativo, seguindo o modelo interativo da análise dos dados, proposto por Miles & Huberman (1984, cit. in Lessard-Hérbert et al., 1990). Este modelo baseia-se em três componentes:

- i. A redução de dados;
- ii. A apresentação de dados;
- iii. A interpretação/verificação das conclusões.

No que toca à redução de dados, os autores explicam que a redução de dados compreende a seleção, contração, simplificação, abstração e transformação do material compilado, que poderá ser efetuado em três fases distintas da investigação, como: Antes, durante e após a recolha dos dados. Já a organização e apresentação dos dados, corresponde à fase de tratamento dos dados como: “*a estrutura de um conjunto de informações que vai permitir tirar conclusões e tomar decisões*” (Miles & Huberman, 1984, cit. in Lessard-Hérbert et al., 1990, p. 118).

Seguindo a linha orientadora dos autores referidos acima, nesta fase permite-se ao investigador uma melhor visualização dos dados num espaço reduzido, facilitando a sua comparação, assiste na planificação de outras análises, e garante ainda a utilização direta dos dados no relatório final. Existem vários modelos de proceder à apresentação dos dados. Neste estudo utilizaram-se matrizes conceptuais, agrupando as variáveis de acordo com as suas ligações teóricas, as unidades de análise do guião de entrevista, como apresentadas em anexo.

As matrizes conceptuais são constituídas por unidades de registo (formal e semântica) e unidades de contexto (Vala, 2003). No presente estudo, a unidade formal é composta por uma frase, palavra ou expressão pronunciada pela participante durante a entrevista, embora, por outro lado, a unidade semântica contém a nossa interpretação a

partir do discurso do entrevistado(a). Já a unidade de contexto, abrange expressões ou frases ditas pelo entrevistado(a) durante a entrevista (Vale, 2003).

Aquando da interpretação e verificação das conclusões, a componente de análise entende-se como a fase da atribuição de significado, no caso do nosso estudo, através da análise de conteúdo, formulação de ralações ou de configurações expressas em proposições aos modelos (Bardin, 2014).

Será importante referir, que esta fase, assim como a anterior podem ser elaboradas durante e após *corpus* de análise e recolha dos dados (Lessard-Hérbert et al., 1990).

Para Bardin (2014, p. 11), a análise de conteúdo é “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplica a «discussão» (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”.

A análise de conteúdo segundo a autora, insere em três fases distintas:

- i. Pré-análise;
- ii. Exploração do material recolhido;
- iii. Tratamento de resultados, a inferência e a interpretação dos resultados.

Após a transcrição dos conteúdos das entrevistas, começou-se por efetuar uma pré-análise das entrevistas executadas, tendo como objetivo a organização sistemática das ideias para o esquema de um plano de análise. Relativamente a segunda etapa, é considerada a etapa mais longa e consiste na codificação dos dados de acordo com as decisões prévias tomadas. Por fim, no que toca a terceira etapa, esta ocorre no tratamento dos resultados de forma a que lhes sejam significativos e válidos (Bardin, 2014).

## **2.4 Caracterização Sócio-Demográfica das Participantes**

O grupo estudado é constituído por 4 Assistentes Sociais, todas do sexo feminino. As Assistentes Sociais são provenientes de Hospitais e Residências que consideraram autorização para a realização das entrevistas.

A tabela que se segue pretende caracterizar cada uma das participantes, tendo por base, como já referimos anteriormente, a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações

académicas/profissionais, a experiência profissional e a experiência na área da RNCCI de cada uma das participantes.

**Tabela 2 – Caracterização Sociodemográfica das Participantes**

<b>Entrevista</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Habilitações Académicas / Profissionais</b>	<b>Experiência Profissional</b>	<b>Experiência na área da RNCCI</b>
<b>1</b>	27	F	Solteira	Licenciatura em Serviço Social  Pós Graduação em Intervenção Social com População Sénior.	UC, ULDM  E UCP	6 Anos
<b>2</b>	27	F	Solteira	Licenciatura em Serviço Social	CP E  ULDM	4 ANOS
<b>3</b>	31	F	Solteira	Licenciatura em Serviço Social	EC CI,  UMDR E  ULDM	3 ANOS
<b>4</b>	50	F	Casada	Licenciatura em Serviço Social	Área de Saúde Mental,  Hospitalar e  UC	8 ANOS

De referir que as participantes são todas de nacionalidade portuguesa, 100% do sexo feminino, com idades compreendidas dos 27 aos 50 anos. Todas participaram por livre iniciativa e concordância no âmbito da sua participação.

As quatro participantes foram escolhidas por conveniência para participarem nesta investigação, dada a sua formação académica de base em Serviço Social e por trabalharem em Hospitais e Residências que possuem algumas das tipologias da RNCCI.

## Capítulo III – Apresentação e Discussão dos Resultados

### 3.1 Introdução

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados obtidos através das entrevistas realizadas às participantes do nosso estudo, tendo em conta os objetivos definidos para esta investigação. Assim, optámos por, em primeiro lugar, apresentar os resultados obtidos, mediante o recurso a diferentes unidades de contexto exemplificativas, a fim de, num segundo momento, procedermos a uma análise dos mesmos, tendo por base o nosso referencial teórico e normativo.

### 3.2 Fase de Acolhimento

#### 3.2.1. Suporte Emocional

Começámos a nossa entrevista por perguntar às participantes do nosso estudo como é feito a acolhimento dos doentes internados nas unidades, sendo que obtivemos as seguintes respostas:

“[Na fase de acolhimento] é realmente muito importante a presença do Assistente Social para de certa forma mediar a linguagem técnica do Enfermeiro e Médico, e também, para dar algum suporte, algum apoio, e explicar realmente que a equipa está disposta a ajudar, em todos os âmbitos”. E1

“(…) O Assistente Social é quem vai fazer o acolhimento da integração na unidade, e em todas as dinâmicas da unidade, ou seja, vai apresentar, vai explicar que unidade é esta, para que serve, quais são os nossos objetivos do internamento, vai falar dos prazos, vai falar das possibilidades de prorrogação, ou não, vai explicar quais são os nossos objetivos do internamento”. E3

“A minha maior preocupação, logo desde o início, é mostrar disponibilidade para acompanhar o utente e o familiar, e procurar que ele se sinta bem e seja bem acolhido, que se integre bem (...)”. E4

É possível observar que existe, por parte das participantes, uma ressalva quanto à necessidade e importância do acolhimento, e a presença de um/a Assistente Social no mesmo. No que respeita à forma com o/a Assistente Social pode assegurar esse apoio emocional ao doente e/ou familiar cuidador, a participante E1 referiu que:

“O suporte emocional vai durar desde o momento do acolhimento, vai passar pelo internamento até a preparação da alta, e depois da alta”. E1

Já a participante E3 entende, a propósito da mesma questão, ser o/a Assistente Social, o profissional com quem o utente e/ou família se vai reunir e vai perceber quais são as suas necessidades.

“É com o Assistente Social que o utente ou família que se vai reunir periodicamente, ou quinzenalmente, ou semanalmente, ou mensalmente. Conforme as necessidades é que vamos perceber o que o utente precisa (...) O Assistente Social, mais que o doente, trabalha com a família que ficou tão afetada com a doença, ou mais do que o próprio doente, que por vezes nem se apercebe do que está à sua volta”. E3

### **3.2.2. Apoio à Integração**

Para além do suporte emocional, verificámos, outra dimensão importante para o acolhimento no através dos discursos das participantes. A necessidade do apoio à integração e suporte emocional, a partir da entrada do doente na unidade, como afirma a participante E1.

“No acolhimento é agendada uma conferência familiar inicial com os elementos todos da equipa. É agendado um atendimento social para começarmos a explorar a situação vivenciada anteriormente pelo utente, e pela família. A partir do momento em que o doente entra, já estamos de certa forma a facultar algum apoio emocional, mas primeiro antes deste apoio emocional ser efetivo, temos que criar e construir uma relação empática, e digamos assim, temos que perceber primeiro esta situação. Só aí é que vamos então entrar no suporte emocional”. E1

As participantes E2 e E4 ressaltam que, durante o acolhimento, são esclarecidas todas as dúvidas do doente e/ou familiar.

“No acolhimento sim, são esclarecidas todas as dúvidas, óbvio que há dúvidas que vão surgindo ao longo do internamento. As famílias têm sempre abertura para colocarem todas as dúvidas que têm, e essas dúvidas, vão sendo sempre esclarecidas com todos os profissionais”. E2

“Há uma preocupação de clarificar tudo o que se está a passar, e é essa a principal preocupação (...)”. E4

### 3.2.3. Gestão de Expectativas

Nesta dimensão, as participantes E1 e E2 referem que nem sempre as expectativas correspondem à realidade, sendo que, por vezes, existe a necessidade de serem mais diretivas com o doentes e/ou seus familiares ao dizer-lhes que as possibilidades de uma recuperação total são diminutas.

“A gestão das expectativas é das coisas que mais consomem o nosso tempo, a nos Assistente Sociais, e à equipa. As famílias olham para o seu familiar e acham que podem sempre mais; nós temos situações de utentes que estão acamados sem vida de relação, e o familiar acha que ele vai voltar a andar. E isto, como dizer a um familiar que aquela pessoa não vai mais voltar a andar? (...) Nós temos que ser muito sensíveis da forma como transmitimos essas palavras aos familiares, e temos que apelar a emoção desse familiar, ou seja, quando tentamos criar e gerir as expectativas, e tentarmos colocar essas expectativas ajustadas à situação. (...) E muitas das vezes a emoção não chega lá, e então temos que ser mais práticos, e dizer que não dá, que não vai conseguir. Não porque não quer, mas porque não pode. (...) Todos os ganhos pequeninos devem ser incentivados, e devem ser elogiados para o utente, para ele se sentir realmente confortável porque, para eles, estando em situação de dependência, é muito complicado esta batalha. Então nos temos que fazer perceber a família que tudo que os utentes estão a fazer, o mínimo que seja, é um esforço enorme para eles”. E1

“Nós deparamos com muitas situações em que as expectativas são completamente irrealistas face ao internamento. Até mesmo face à condição do utente, há pessoas que acham que os utentes vêm para cá e que vão recuperar totalmente, e que vão voltar a estar totalmente independentes, e nós vamos trabalhando essas expectativas, e dizendo que se calhar vão até uma certa parte, e que depois não há uma recuperação possível”. E2

### 3.2.4. Apoio à Adaptação à Situação

No âmbito do apoio à adaptação à situação, relativamente ao acolhimento, a participante E1 relata que a articulação e informação dos serviços de apoio com a comunidade, é feita através de *e-mail*, através de contactos telefónicos, e por vezes através da deslocação às instituições. Será importante referir que a alta começa a ser preparada no início do internamento, a participante menciona ainda que o trabalho deverá ser feito em parceria com todos.

“É feita através de *e-mail*, através de contactos telefónicos, é feito também através da deslocação muitas das vezes à instituição. Nos fazemos, e deveria de ser uma prática ainda mais vincada, porque nem sempre é possível, mas nas situações que eu considero mais problemáticas, são feitos sempre atendimentos integrados. E isto, o que significa? São atendimentos integrados com a Segurança Social, ou com as IPSS, ou com a Câmara, de forma

a que as famílias também vejam que estamos a fazer um trabalho em parceria, mas em parceria com todos, e não um trabalho individualizado. Só assim é que faz sentido porque eu conheço uma parte, e a colega da comunidade conhece outra”. E1

Já a participante E2 fala também da articulação com serviços de apoio domiciliário, centro de dia, lares e outras respostas que possam ajudar.

“Articulamos sempre com serviços de apoio domiciliário, centros de dia, lares e outras respostas que achamos que possam ir de encontro com as necessidades dos utentes, na angariação das técnicas, benefícios sociais”. E2

### **3.2.5. Recolha de Informação**

No que refere à recolha de informação surge uma gestão importante. Qual a importância da recolha de informação, e o que será da competência do/a Assistente Social? A participante E1 aponta que o diagnóstico social é uma história sempre em construção e que para a elaboração do diagnóstico serão necessários vários atendimentos, e que, por vezes, é a comunidade que detém a maior informação sobre o doente, e a família.

“O diagnóstico social nunca está feito, é uma história que está sempre em construção. Nós nunca vamos saber tudo, e isto é importante. Nós temos que nos focar e temos que ver. Às vezes para eu fazer um diagnóstico social, tenho que fazer vários atendimentos, porque a fragilidade dos familiares é tão grande que no momento, é impossível fazer um diagnóstico social. Porque temos que trabalhar primeiro esta questão emocional, temos que ouvi-los e perceber realmente a situação, e só depois é que vamos começar a construir. Mas esta informação, geralmente é recolhida junto dos familiares. E recolhida numa situação em que está sendo acompanhada pelo ministério público, é feita a articulação para recolher mais informações. Se eles estiverem a ser acompanhados pela comunidade é feita uma articulação com a comunidade. E só assim é que vamos poder ir buscar um bocadinho da pessoa a cada sítio porque nós estamos com ele breve, é um momento breve. A comunidade é que detém grande parte desta informação porque está a acompanhar esta situação há bastante tempo, e eu tenho situações cá e já tive, em que este apoio da comunidade foi importantíssimo. Eu e as colegas da comunidade trabalhávamos como um só”. E1

As participantes E2, E3 e E4 referem que será da competência do/a Assistente Social, a recolha de informação sobre o seu histórico familiar e sócio-demográfico no domicílio.

“Em relação ao acolhimento, eu tenho um processo social. Há um processo social em cada processo do utente que eu recolho informação relativamente à habitação, relativamente às

habilitações, à profissão, aos rendimentos, às ajudas técnicas e apoios que tinham antes do internamento, e que poderão precisar depois do internamento. Adaptações do domicílio, que sejam precisas fazer depois. Isso é mais da minha competência, são mais essas áreas que nos abrangemos”. E2

“O que será da competência do Assistente Social é perceber todo o historial até este ponto, mas principalmente historial familiar e sociodemográfico no domicílio para poder iniciar a preparação da alta, que é logo iniciada na admissão. Portanto, o Assistente Social é quem faz toda a recolha de informação. Dados referentes ao estado de saúde e antecedentes a isso é feito pelas pessoas que têm competência para isso, neste caso o Enfermeiro que faz isso no acolhimento, logo no primeiro dia que o doente chega. Também é importante o Assistente Social perceber um bocadinho qual é o seu diagnóstico e qual é o seu prognóstico, para perceber de que forma isso nos vai limitar na preparação da alta ou não”. E3

“(…) Conhecer as condições habitacionais, a forma como o utente se organiza com a sua família, como se relaciona com a comunidade e as pessoas que são mais próximas. Há utentes que vivem isolados, mas têm referências em termos de pessoas significativas, que possam colaborar no processo de recuperação e reintegração”. E4

### **3.2.6. No Gabinete de Trabalho**

No que diz respeito ao gabinete de trabalho, a análise preliminar da situação de identificação de fatores de risco segundo a participante E3, é feita através da elaboração de um diagnóstico social elaborado pela mesma. Posteriormente, através dos atendimentos ao doente, familiar cuidador e das informações da comunidade, a participante conseguirá identificar os fatores de risco do doente e/ou família.

“(…) Eu raramente recorro aos registos anteriores das minhas colegas, a não ser que seja uma nota de alta muito boa, muito completa, porque o que verifico muitas vezes, quando eu estou perante o doente ou a família eles dão-me informações completamente novas, que podem ser verdadeiras ou não, mas isso depois parte de mim muitas das vezes, também tenho que confirmar com a colega relativamente ao que ele me diz, se é o mesmo que está registado. Esta é a minha forma de trabalhar, eu faço sempre um diagnóstico novo, um diagnóstico completo. Posso recorrer a algumas informações anteriores ou não, posso recorrer às minhas colegas tanto da unidade anterior, que veio como da comunidade, e a partir daí faço a definição dos fatores de risco que possam vir para o doente ou para a família”. E3

Deste modo, a participante E2 refere que a recolha de referências junto de todos elementos da equipa é realizada nas reuniões de equipa.

“Nos temos uma reunião de equipa semanal onde falamos de todos os doentes internados na unidade, e onde são postos em cima da mesa todos esses fatores, que os doentes vão falando ao longo do internamento”. E2

No entanto, a participante E3 refere também que a atribuição das respostas face às necessidades do doente será consoante as necessidades de cada um.

“Depende muito de cada necessidade. Nós tentamos sempre responder às necessidades dos doentes e depois das famílias obviamente, e só depois dos profissionais. Isto precisava de um exemplo muito prático, e agora não me recordo de nenhum. Muitas coisas passam pela Assistente Social, é um facto, a não ser que sejam coisas ligadas diretamente à saúde, o controle de dor, um ajuste qualquer na terapêutica. Isso sim, é com o Médico, é o Médico que toma essa decisão. Todas as outras necessidades, por exemplo, um exemplo muito concreto: um utente que o familiar leva a roupa para lavar em casa, mas o familiar não está a levar e a roupa suja está a acumular. É a mim que recorrem para resolver essa situação porque, por exemplo, é uma necessidade aqui dentro que é importante e sou eu que dou a indicação, e contato a família imediatamente, que pode resolver ou não. Depois sou eu quem dou a indicação, e a roupa vai para a lavandaria, e vamos buscar roupa para o doente que já não têm, por exemplo”. E3

### **3.3 No Âmbito da Elaboração do Plano Individual de Cuidados**

#### **3.3.1 Preparação com a Equipa**

No que diz respeito à elaboração do plano individual de cuidados, a participante E1 refere a importância das reuniões de equipa para elaboração do plano individual de cuidados.

“As reuniões multidisciplinares são feitas de quinze em quinze dias, em que passamos os utentes individualmente, e falamos como está em termos de cuidados de enfermagem, médicos, nutricionais, psicológicos, terapêuticos no sentido da fisioterapia, terapia ocupacional, e ainda sociais. Nestas reuniões, todos nós conhecemos a intervenção que cada elemento está a prestar para o utente e para a família. E só assim que nós conhecemos o utente e a família como um ser biopsicossocial. Nós delineamos, isto é muito importante, na reunião de equipa. Delineamos o plano individual de intervenção. Este plano individual de intervenção é onde tem todas as ações multidisciplinares (...). E nós, só assim, trabalhando em equipa é que realmente vamos conseguir chegar a todas as necessidades do utente, de outra forma seria impossível. Estas reuniões têm muita importância porque, assim no internamento, nós sabemos de tudo o que se passa acerca de todos os utentes e todas as famílias, e não fazemos intervenções isoladas”. E1

Já as participantes E2 e E1 relatam como é que na prática essas fases se operam:

“(…) É avaliado mensalmente pela equipa, até para ver qual a evolução do utente ao longo do internamento, é comunicado à família numa primeira reunião. A família tem conhecimento desse plano e depois ao longo do internamento vamos avaliando com a família esse plano. Até para a família ter conhecimento também da evolução, e se os objetivos estão a ser atingidos ou não”. E2

“Fazemos uma intervenção, ajustamos a intervenção porque sabemos ou temos conhecimento de mais qualquer coisa. Como por exemplo, da parte da enfermagem, o que eles já conseguem e o que não conseguem fazer, e nestas reuniões realmente são muito importantes para estar a par de tudo o que se passa. Só assim é que faz sentido trabalhar em equipa porque todos temos o mesmo objetivo, que é o bem-estar do utente e da família. E só assim é que chegamos a ter um bom trabalho, um bom desempenho junto do utente”. E1

### **3.3.2 Elaboração como Doente e/ou Familiar Cuidador**

No que concerne à elaboração do plano individual de cuidados com o doente e/ou familiar cuidador, as participantes E1 e E4 referem as dificuldades face à aceitação dos cuidados e tratamentos previstos.

“Quanto as dificuldades face à aceitação dos cuidados e tratamentos, isto varia muito de utente para utente, de família para família. Nem sempre as situações são iguais, temos que tratar as situações como únicas porque cada pessoa é um ser único. E temos que tentar sempre ao máximo personalizar os nossos cuidados, personalizar os nossos serviços de forma que seja mais fácil, que estes aceitem. Agora, e como já vinha a referir, esta aceitação também passa por uma boa gestão das expectativas, e se realmente essa gestão de expectativas for bem conseguida, então eles aceitam obviamente os tratamentos, e os cuidados”. E1

“Às vezes há dificuldades de colaboração, porque estão deprimidos ou porque não se estão a adaptar, não percebem muito bem o que se está a passar com eles, o facto de estarem afastados da família, são problemas que surgem e tem impacto nos tratamentos”. E4

Em relação às principais dificuldades e dúvidas relativamente aos direitos e deveres do doente, as participantes E1, E2 e E4 consideram que ainda existem alguns constrangimentos acerca dos seus direitos e deveres.

“Nós tentamos dar o máximo de apoio para tentar desmitificar algumas destas dúvidas e apoiar neste caminho, que não é fácil para eles. Tentamos sempre ao máximo facultar o apoio, neste caso, económico durante o internamento, porque sabemos acarretar com mais despesas, e quando forem para a comunidade, tentamos então garantir o máximo de apoio e retaguarda. Agora relativamente às dificuldades e dúvidas, eles vão ter sempre porque não é uma situação fácil, porque estamos a falar de pessoas que tinham uma história, que tinham um papel, e uma função dentro do seio familiar. Por causa de um, digamos assim, um imprevisto, uma

complicação de saúde, ou muitas das vezes sem ser complicação de saúde, porque existem casos que não tem a ver com questões de saúde de antecedentes pessoais, mas obstáculos da vida e sabemos que não é fácil para eles lidarem com isto tudo”. E1

“Há sempre aqueles doentes que estão habituados a uma determinada rotina, e a chegada a uma unidade custa-lhes porque têm que se sujeitar a determinadas regras. Mas nós tentamos sempre explicar, numa primeira fase pode ser mais complicado, mas vamos sempre gerindo essas dificuldades, até que eles fiquem bem adaptados à unidade. Essas dificuldades surgem mais no início do internamento”. E2

“As pessoas ainda têm dificuldade em perceber que tem direitos, e deviam ser esclarecidos. Fazem poucas perguntas, são pouco participativos. O utente fica constrangido e ainda tem muita dificuldade em pedir informação, em clarificar as coisas, em perguntar, saber o que se passa, saber resultados de exames (...)”. E4

Relativamente à forma como é elaborado o esquema de cuidados, com tempos e metas a atingir, a participante E2 relata que:

“ (...) O plano é elaborado no início do internamento e, dependendo de cada necessidade do utente, nós estabelecemos um prazo. Dependendo da evolução, nós vamos gerindo esse tempo e depois temos sempre objetivos que queremos cumprir e, normalmente, esses doentes só têm alta quando esses objetivos são cumpridos. Óbvio, se nós temos aqui um doente que entra totalmente dependente e tudo mais, então se nós vemos que não há recuperação possível, o nosso objetivo não vai ser que o doente saia daqui a andar, adaptamos a condição do doente. Quando achamos que ele mantém aquele estado, e que não há mais recuperação possível, então aí planeamos uma alta de acordo também com a possibilidade”. E2

### **3.4 No Âmbito e Acompanhamento Psicossocial**

#### **3.4.1 Junto ao Doente e/ou Familiar**

No que se refere ao acompanhamento psicossocial junto ao doente e/ou familiar, as participantes E1, E2, E3 e E4 ressaltam a importância do/a Assistente Social na RNCCI:

“Relativamente ao apoio psicossocial esta é a função que eu considero mais importante no internamento, por tudo que já foi referido anteriormente. Por estarem numa situação muito vulnerável, por ser uma questão de doença e dependência dos utentes, mesmo estes utentes estão a passar por uma fase bastante complicada (...). Muitas das vezes, uma vez que o Assistente Social tem uma maior proximidade dos utentes e familiares, sou eu que sinalizo essa situação (...)”. E1

“(…) o papel do Assistente Social pretende garantir o bem-estar do doente durante o internamento, em identificar quais as necessidades que família tem, e que o doente precisa (...). Tentar satisfazer algumas vontades e desejos (...), tentar proporcionar essas vontades e garantir todo o apoio após uma alta da unidade, garantir todo o apoio social lá fora para que eles tenham um sítio com qualidade para onde ir. Quer para o domicílio arranjar respostas sociais, benefícios sociais, ajudas técnicas. Prende-se por aí principalmente”. E2

“Para mim é um dos profissionais mais importantes, eu não quero que me percebam mal (...) É o Assistente Social que tem que fazer o acolhimento, tem que fazer a integração do doente e da família na unidade, porque os outros profissionais, não só porque não têm essa função, mas devido aos conhecimentos académicos não estão predispostos a isso. Até podem ter capacidade de integrar um doente, mas não têm capacidade para o fazerem com uma família”. E3

“O nosso papel é muito importante junto da família no sentido de potenciar toda habilitação dos familiares e do doente no processo. Quer em relação às respostas e à procura que queremos que eles façam, que consigam as estruturas de apoio, à organização da rede de apoio, quer em relação a que o utente e a família tirem o maior proveito e maior partilha de estar cá. No sentido de aprender e treinar competência de cuidados, e desenvolver competências em termos de cuidado, e ter uma informação que nos seja útil no domicílio ou nas decisões que venham a tomarem. Muitas vezes o utente vai para outra unidade, e temos que ajudar o utente e a família”. E4

No que toca à forma como é realizado o processo de acompanhamento psicossocial, desenvolvido pelo Assistente Social, em doentes internados em unidades de cuidados continuados, as participantes E1 e E3 descrevem que esse é um processo de apoio permanente e contínuo.

“Em todos os momentos que estamos com o utente e a família, nós estamos a prestar um apoio psicossocial. Só o facto de lhes perguntar em conversa, por exemplo, no quarto quando nós fazemos a visita aos utentes, perguntamos ao utente ou familiar, como está a correr, o que está a espera, como é que está prever sair daqui, ou com está de momento, se tem alguma preocupação, se podemos ajudar em alguma coisa. Isto já é o trabalho psicossocial e de preocupação com o utente e a família. Nós temos uma função muito importante, que é proporcionar o bem-estar no internamento, e realmente temos que assumir mesmo esse papel”. E1

“Tem que ser um apoio permanente, que pode ser ao doente, caso esteja consciente e orientado, se não for ao doente, tem que ser à família. O Assistente Social é o profissional com que a família mais fala. Fala com enfermeiro, é verdade, mas o enfermeiro hoje é um, amanhã é outro. E o que falar com eles é: a minha mãe dormiu bem? Tomou a medicação? Agora com o Assistente Social é com quem vai marcar reuniões periódicas, o Assistente Social é o profissional de referência a que vai, se tiver alguma dúvida, se tiver acontecido alguma coisa,

se tiver alguma reclamação. É com o Assistente Social que ele vai ter, digamos que é o interlocutor entre a unidade, a família, ou o doente”. E3

Para além do processo de acompanhamento psicossocial, será importante identificar, as questões que se levantam no processo de tratamento, reabilitação, readaptação e reintegração social destes mesmos doentes. A participante E2 refere que, por vezes, as famílias não têm noção do que é cuidar de alguém dependente.

“Muitas vezes as famílias não tem noção do que é cuidar de alguém dependente, e quais as necessidades que eles vão precisar quando saírem da unidade. Há muitas questões que se levantam, nomeadamente dos apoios na comunidade. Nós articulamos sempre esse apoio com as famílias”. E2

Já a participante E1, a propósito da mesma questão, compreende que esta é uma questão complexa, porque existem alguns doentes que não se encontram orientados no espaço e no tempo; contudo, há sempre uma responsabilidade de garantir a continuidade dos cuidados e a integração social.

“Isto é uma questão bastante complexa porque nós sabemos que muitos utentes que temos cá, não estão orientados no tempo e espaço, por isso sabemos que a readaptação e reintegração social nem sempre é feita porque alguns deles não têm vida de relação. Quanto aos outros utentes que estão até orientados ou não, mas que estão mais conscientes e com breves momentos de interação social, nós tentamos obviamente garantir uma continuidade de cuidados. Quando eles saem de cá têm que ter uma continuidade de cuidados no centro de saúde, dependendo da situação sinalizada para a Assistente Social da área de residência e, tentamos que ele continue, por exemplo, a fisioterapia, caso seja necessário. Quanto à readaptação, tentamos, digamos assim, construir um papel e uma função dentro do agregado familiar (...)”. E1

### **3.4.2 No Gabinete**

No que diz respeito ao acompanhamento psicossocial no gabinete, pretendemos compreender como é feita a avaliação na perspetiva da alta, e da continuidade dos cuidados. A participante E2 refere que a avaliação, perspetiva da alta, e continuidade de cuidados, passa pela primeira reunião de atendimento, e pelas reuniões da equipa multidisciplinar.

“Nas reuniões de equipa abordamos sempre essa questão da alta, é sobretudo, fundamental, abordar essa questão. Falamos sempre dos cuidados que os doentes vão precisar, e depois com a família acionamos os apoios necessários, mas sobretudo em equipa multidisciplinar é que

esse trabalho é feito. Depois mais naquilo que me compete, sou eu quem faço os contactos com lares, centros de dia, apoios domiciliários. Esse contacto passa mais por mim”. E2

No entanto, as participantes E1 e E4 consideram importante dar a conhecer às famílias e aos doentes, quando se encontram orientados, as respostas existentes na comunidade. Considera-se importante o desejo da família e/ou doente.

“Esta avaliação de perspectiva da alta, nós apenas damos a conhecer à família quais são as respostas na comunidade, e ao utente, obviamente, quando é capaz para o fazer. Não somos nós que delineamos a perspectiva da alta se existir um membro da família, ou se o utente estiver consciente e orientado. Nós não vamos colocar ninguém numa situação se ele não o quiser, nós apenas apresentamos as propostas e a família ou o utente decide qual é que se ajusta melhor a sua situação, e aquilo que ele quer”. E1

“A avaliação é feita tendo em conta as manifestações dos utentes, os desejos deles, e a capacidade da família. Muitas vezes o que os utentes querem, a família não pode assegurar (...)”. E4

Quanto à realização e identificação das necessidades e dificuldades, bem como de recursos e potencialidades (socioeconómicas, culturais, de vizinhança ou outros), pretendemos clarificar, como é feita a identificação dos cuidados necessários ao doente. As participantes E2 e E4 explicam que a identificação das necessidades e dificuldades são identificadas ao longo do internamento, mas sobretudo nos atendimentos.

“Vamos identificando essas necessidades ao longo do internamento, e sobretudo no atendimento, é feito com as famílias e as conferências familiares, em que a família expõe as expectativas deles e o que precisam, que ajudas que eles precisam para garantir um após a alta da unidade com toda segurança”. E2

“Pelo contacto, pelas entrevistas que fazemos, pelos contactos de acompanhamento, e por alguma recolha que fazemos das estruturas locais de apoio. É um processo contínuo que se tem que ir avaliando, e tem que se ir verificando (...)”. E4

Em caso de doentes que não possuem retaguarda familiar ou outra pessoa com competência para ser cuidador, a entrevistada E1 refere que:

“Cada vez mais e aqui nesta zona verifico mais por causa desses laços sociais tão tenos que existem no ambiente mais citadino. São relações mais individualizadas, não existe tanta interação social como existe por exemplo nas aldeias. Verifico realmente que existem muitas situações em que não existe se quer retaguarda familiar, nem vizinhos, nem amigos, são pessoas que estão sozinhas, umas por opção e outras porque foi assim que a vida lhe permitiu.

(...) quando não existe ninguém tentamos sinalizar esta situação. O que tentamos fazer primeiro junto da comunidade é saber primeiro se existe ou não familiares, se existirem nós entremos em contato e perguntamos se querem assumir de alguma forma essa responsabilidade, se não quiserem assumir essa responsabilidade também não podemos obrigar porque não existe nenhum tipo de lei que obriga a família a cuidar do utente mesmo em situações de descendência ou ascendência familiar, não existe nada no código civil que obrigue a família a cuidar deles. Temos que respeitar, é muito importante, temos que respeitar a história social de cada um, não podemos obrigar um filho a tomar conta de um pai porque não soubemos o que se passou. Temos que passar então para a etapa seguinte que é sinalizar essa situação ao ministério público e o ministério público delega alguém, um conselho de família um tutor ou um representante legal que vá ficar com essas situações”. E1

### **3.5 No Âmbito da Preparação da Alta e da Continuidade dos Cuidados**

#### **3.5.1 Planeamento da Alta com a Equipa, o Doente e/ou Familiar Cuidador**

Em relação à preparação da alta e da continuidade dos cuidados, no que toca ao planeamento da alta com a equipa, o doente e/ou familiar cuidador, as participantes E1 e E3 referem que a preparação começa no acolhimento e que, por vezes, até existem critérios para regressarem ao domicílio, mas que não existe um cuidador presente.

“A avaliação de identificação para o processo da alta é feita logo no acolhimento e ao longo do internamento, vamos vendo qual a resposta juntamente com a família, qual a resposta que se adequará melhor. Às vezes temos situações de utentes que até tinham bons critérios para ir para casa, mas a família não pode tomar conta dele, então vai ter que ir para um lar. Nós realmente avaliamos que aquele utente tem bons critérios para ir para casa, mas se a família não dá este apoio, nós não podemos impor isto à família”. E1

“Isto é logo a primeira coisa, é muito importante depois temos que perceber o que a família pode, o que é viável e o que, que ele é capaz. Muitas vezes a preparação da alta também consiste em estarmos esses meses todos a tentar capacitar o doente que ele não pode voltar para casa naquelas condições, às vezes de facto existem condições, até existe uma boa casa, mas não existe um cuidador por exemplo presente. E a maior parte das vezes, até as minhas próprias reuniões sociais com os utentes a as famílias consistem nisso”. E3

No entanto, em relação à forma que é realizada a negociação como o doente e o familiar cuidador para a elaboração do plano individual de cuidados, e a organização da prestação dos mesmos cuidados, os critérios avaliados para o planeamento da alta, segundo a participante E3, para além de existir estabilidade do ponto de vista clínico, é necessário existir estabilidade e critérios sociais para se possível começar a trabalhar o planeamento alta, e o processo de negociação.

“A partir do momento que eles estejam estabilizados do ponto de vista clínico, temos que ver se existe estabilidade social, se existem critérios sociais para ele ter alta, é a partir daqui que se começa a trabalhar a alta e o processo de negociação. Temos casa ou não temos casa para o doente regressar? Se sim, temos cuidador? O cuidador é capaz? Não sabemos, vamos fazer os ensinamentos aqui. Primeiro temos que ver se a pessoa vem fazer os ensinamentos, só aí é uma forma de avaliação, se a pessoa está predisposta para aprender ou não. Se não vier, já muito podemos avaliar por aí, se vêm, se calhar temos que fazer um, duas, três, quatro vezes ensinamentos para perceber se aquela pessoa vai ser um bom cuidador ou não. Nós já evitamos altas, já houve altas que eu não dei por avaliarmos que aquela pessoa não iria ser um bom cuidador, que iria ser um risco muito grande para aquele doente dar alta. E já adiaram altas assim com base nisso, mais que a alta clínica aqui é ter critérios sociais para ter alta porque, se não tiverem quer dizer que em pouco tempo regressará ao hospital, regressará aos cuidados continuados. Quer dizer que foi uma alta mal preparada”. E3

### **3.5.2 Com o Doente e/ou Familiar Cuidador**

No que concerne à que forma como é assegurada a existência de todo o equipamento necessário à transferência segura do doente, principalmente se estiverem presentes serviços médicos prestados por distintas especialidades médicas ou instituições, a participante E1 começa por referir que quando a alta implica a transferência do doente para um lar:

“Esta alta quando é preparada, quando é para um lar, apenas se faz um, digamos assim, uma nota de alta, e segue esta nota de alta para o lar e para o médico de família. Antes do utente ser transferido, articulo com a colega da instituição, isto numa situação de lar. Articulo com a colega da instituição e forneço todas as informações, neste caso sociais, e envio uma nota de pré alta para ela ter conhecimento daquilo que vai receber e, aí sim, é feita a ponte. Mesmo quando o utente sai, eu tenho o cuidado de contactar a colega, para saber como está o utente a ser adaptado lá na instituição”. E1

Seguidamente, a mesma participante E1 refere também, que em situação de alta para o domicílio, para além dos ensinamentos ao cuidador, é feita uma visita domiciliária para verificar as condições habitacionais, e que existe uma comunicação do/a Assistente Social com a comunidade para garantir todo o apoio ao doente e/ou cuidador.

“Numa situação que ele vai para o domicílio, cá na nossa unidade para além dos ensinamentos que os enfermeiros fazem ao cuidador, neste caso pode ser formal ou informal, são feitos ensinamentos de cuidados de higiene, de alimentação, transferências e posicionamentos, e paralelamente, nós fazemos uma visita domiciliária em que vamos verificar as condições da habitação para ver se coincide, ou não, com a informação que foi anteriormente recolhida no diagnóstico, pelo preenchimento do processo social (...). Articulamos então as instituições, seja centro de dia, seja

apoio domiciliário. A família desloca-se para fazer uma inscrição, nós ajudamos a completar o processo de inscrição, articulamos novamente, damos as informações todas novamente, uma nota de pré alta para eles terem conhecimento e mais uma vez novamente é feita uma visita domiciliária para ver com os produtos de apoio já no domicílio, se está tudo preparado para receber o utente, e se falta alguma coisa, e o utente vai para casa”. E1

Já a participante E2 revela que as visitas domiciliárias não estão programadas, e que a sua realização depende de cada unidade.

“As vistas domiciliárias não estão programadas. É assim, isso depende de cada unidade, aqui até já foi abordada esta questão. No caso de se prever uma alta para o domicílio fazer então uma visita domiciliária para ver de perto quais são as necessidades, ou adaptações que são necessárias fazer no domicílio”. E2

No que toca, de que forma é facilitada toda a informação ao doente e familiar cuidador sobre o plano, nomeadamente sobre os vários profissionais, equipas, instituições ou materiais que vão ter de ir contactando ou procurando durante o percurso da prestação dos cuidados de tratamento, reabilitação, readaptação ou reinserção, a participante E1 afirma que toda a informação é facilitada aos familiares e intervenientes.

“Toda a informação é facilitada, aliás, esta informação da nota de alta e da pré alta, isto é um triplicado. Uma fica connosco, uma vai para o médico de família, e outra para a família. Depois se for para alguma instituição vai novamente uma nota de alta, para que a instituição tenha conhecimento do que se passou cá no internamento, como é que ele entrou e como ele saiu. É muito importante que a comunidade e outras unidades tenham conhecimento do que foi conseguido com o internamento”. E1

No que se refere, à forma como é realizado o trabalho de mediação e articulação com as redes de suporte que estão inseridas na comunidade, as participantes E3 e E4, salientam que o contacto é feito sobretudo através do telefone e *e-mail*.

É através de mim. Normalmente, eu faço o contacto prévio com as instituições da comunidade que vão ser necessárias para continuar o acompanhamento a esta família ou a este utente. Faço o contacto prévio telefónico e depois, dependendo da capacitação da família, dependendo da capacidade deles, ou eu lhes atribuo essa responsabilidade porque também têm que ter a noção que eles também são responsáveis pelo utente a partir de agora. Depende muito das necessidades de cada família. E3

Tento contactar instituições e serviços de apoio, pelo telefone ou por *e-mail*. É assim que consigo fazer a mediação e articulações com a comunidade, sobretudo dessa por telefone e *e-mail*. E4

Relativamente à saída do doente da unidade, queremos de perceber se existe algum acompanhamento por parte do/a Assistente Social ao doente. Segundo as participantes E2 e E3, estas encontram-se disponíveis para alguma questão ou dúvida, mas que o contacto é sobretudo por telefone, para se certificarem que o trabalho realizado anteriormente está a ser continuado.

“(…) Eu digo sempre que se for necessário alguma coisa, alguma questão ou dúvida que nos podem sempre contactar, mas ficamos por aqui. Faço um contacto telefónico para me certificar que o trabalho está a ser continuado”. E2

“Passado algum tempo é o Assistente Social que efetua um contacto à família ou ao utente para ver como está, que dificuldades está a sentir, se precisa de alguma coisa. Este contacto é um contacto por telefone (...), o nosso trabalho acaba a partir do momento em eles têm a alta, nós contactamos para ter a certeza que o nosso trabalho está a continuar do lado de lá”. E3

### **3.5.3 Relatório Social**

No âmbito do relatório social a participante E2 explica que este é que atesta a alta do doente da unidade, e que o mesmo passa por várias fases:

“Como é elaborado? O relatório possui os dados do doente e motivo da alta em primeiro lugar, qual era a situação antes do internamento. Depois no diagnóstico social, identificação base, idade, estado civil, situação perante o emprego. Depois quais os motivos de ingresso na rede, qual o diagnóstico antecedente, no caso de haver antecedentes significativos e necessidades, estado do doente na altura da admissão e estado atual. Depois caracterização do contexto sócio-familiar, familiares significativos, pessoas de referência, famílias com obrigação legal de alimentos que estão presentes ou não, tem que os identificar também. Qual o tipo de suporte, implicação e vínculo afetivo que existe entre eles, qual o tipo de suporte que lhes foi garantido durante o internamento. Se foram presentes, se não foram presentes, se não presentes porque não foram presentes”. E3

No que diz respeito, de que forma o relatório é partilhado com os outros elementos da equipa, doente e familiar cuidador, as participantes E1 e E2 revelam que o relatório é elaborado e partilhado entre todos os elementos da equipa multidisciplinar e também com o doente e a família.

Sim, este relatório, a nota de alta, e a nota de pré alta é um documento multidisciplinar, é um documento onde o doente tem as informações médicas, de enfermagem, de fisioterapia, de psicologia, do nutricionista, do serviço social e da terapia ocupacional (...). Todas as intervenções que foram feitas cá no internamento vão lá identificadas, isto é, uma nota vai para a família, uma para instituições e outra para o médico de família. E1

“Sim, o relatório é elaborado por toda a equipa multidisciplinar e depois é partilhado com o doente e a família. Ficam com uma cópia, e por isso, têm acesso a esse relatório na nota da alta”. E2

### **3.6 Discussão**

O serviço social devido ao seu estatuto e ao seu papel está mandatado para levar a ajuda profissional necessária à pessoa. Sobretudo, são os Assistentes Sociais que convergem as expectativas das pessoas. Pretende-se que o/a Assistente Social acarrete a responsabilidade de controlar, tanto quanto possível, as influências que exerce, e, em todo o caso, possa analisar, explicar e escolher os intervenientes que põe em campo (Robertis, 2011). Segundo a autora, o acolhimento tem como principal objetivo em serviço social, facilitar à pessoa o contacto com o serviço de ação social e torná-lo acessível. O acolhimento denomina a maneira de receber alguém, sendo que, a disponibilidade, a acessibilidade e a clareza das informações devem ser asseguradas pelo acolhimento e por uma qualidade exemplar dos serviços. A autora considera também que, a atitude pessoal que está presente no momento do acolhimento é fundamental. A postura calorosa, disponível, aberta ao outro, será um ponto de partida para garantir um bom início de relação.

No que diz respeito ao suporte emocional no acolhimento, o objetivo do suporte é diminuir toda a ansiedade das pessoas e aumentar o seu sentimento de confiança. Conforme as participantes explicam nos resultados, o acesso aos direitos tornou-se uma verdadeira missão do serviço social. Daí a importância da presença do/a Assistente Social como profissional qualificado para prestar informação, explicar, ajudar a conhecer e de acompanhar as pessoas no acesso aos seus direitos (Robertis, 2011).

O processo de doença gera no indivíduo muito mais do que apenas um mal-estar físico. De facto, o confronto com a sua própria fragilidade, por si só, é capaz de despoletar alterações a vários níveis, como as emocionais afetivas, sociais, económicas, profissionais, entre outras. A doença deve ser encarada pelos profissionais de saúde como uma situação geradora de stresse e ansiedade e que por isso exige do doente a mobilização de novos recursos (Gameiro, 2004).

Tal como Chamone (1999) preconiza, a gestão das expectativas acarreta ao profissional de saúde a necessidade de perceber e compreender as diferentes visões de doença e saúde. O profissional deverá mostrar compreensão e espírito crítico. Deve

confrontar com aquilo que escuta, pensa e sabe. Além disso, deverá ter o cuidado com as precipitações, nomeadamente, em concordar ou discordar e em aceitar ou rejeitar as ideias do doente e da família.

Quanto ao apoio à adaptação à situação, o/a Assistente Social é considerado como mediador da mobilização e articulação de recursos, envolvendo assim, atividades relacionadas com as necessidades e recursos. Para que o/a Assistente Social possa desempenhar esse papel, é necessário que o mesmo conheça todos os recursos relevantes às necessidades de cada utente, dispondo de um conhecimento dos recursos que permitem, depois, orientar respostas adequadas aos problemas pelas vias necessárias de comunicação com a comunidade (Branco & Farçadas, 2012).

Na mesma linha de pensamento, os autores defendem que o Serviço Social de intervenção no processo de saúde e da doença contribui para um diagnóstico social multidisciplinar. O/a Assistente Social na saúde poderá assumir-se como um elemento privilegiado no trabalho de levantamento de informações sobre a realidade social de cada pessoa.

Para Robertis (2011) e conforme as participantes referiram nos resultados, o diagnóstico é um processo em constante construção, à luz de cada novo facto. O diagnóstico é construído e centrado na pessoa, problema e situação, procurando recursos que possam influenciar uma solução para os fatores de risco. Tão importante como a fase do acolhimento prestado pelo Assistente Social, a elaboração do plano individual de cuidados é fundamental e deverá ser feito por uma equipa multidisciplinar, havendo sempre a partilha de informação entre todos os elementos da equipa, no âmbito clínico e psicossocial. Os profissionais de saúde deverão ter em consideração as especialidades psicossociais, espirituais e religiosas do utente e/ou do familiar cuidador na gestão da elaboração do plano de cuidados ajustado a cada necessidade (Lopes et al., 2012).

Relativamente ao processo da doença, este afeta o indivíduo na sua dimensão holística, levando, muitas vezes, a uma situação de crise e dificuldades na aceitação da doença. A intensidade desta crise está relacionada, por vezes, com sentimentos de isolamento social, redução do rendimento económico, conflitos familiares, perdas de aparências, angústia e irritabilidade (Augusto et al., 2002).

No que diz respeito ao planeamento da alta, esta depende dos objetivos terapêuticos e sociais traçados inicialmente e da evolução do utente ao longo dos diversos atendimentos. O Serviço Social na saúde, dada a sua natureza e finalidade, será o mais indicado para liderar a gestão da alta de acordo com as necessidades individuais de cada doente (Masfret, 2012).

Uma outra temática que não deve ser negligenciada é o acompanhamento psicossocial. Segundo Lopes et al. (2012), o acompanhamento psicossocial deverá ser prestado junto do doente e/ou familiar cuidador. Nesta fase, as participantes referiram que o/a Assistente Social deverá avaliar a situação global do doente e/ou familiar cuidador, numa perspetiva de alta e de continuidade dos cuidados, através da identificação de necessidades, dificuldades, constrangimentos, bem como de recursos e potencialidades para a prestação de cuidados necessários ao doente. O/a Assistente Social deverá ter sempre especial atenção quanto à situação específica do doente, nomeadamente no que diz respeito à sua doença, dependência, reabilitação e/ou reinserção possível, através da avaliação da existência, ou não, de familiares ou outra pessoa com competências para ser cuidador deste doente. Os mesmos autores declaram ainda a importância do/a Assistente Social como suporte à família e ao doente, sendo que este último, nem sempre se encontra orientado no espaço e no tempo. Há uma responsabilidade de garantir a continuidade dos cuidados e a integração do doente e/ou familiar cuidador, ajudando-o a enfrentar as mudanças provocadas pela doença/tratamentos, nomeadamente, promover a integridade física, psíquica e emocional. Será também da competência do/a Assistente Social, no que diz respeito ao acompanhamento psicossocial, fornecer-lhes toda a informação, orientação e capacitação dos doentes e/ou familiares cuidadores no âmbito da proteção social na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral. A preparação para a morte e apoio ao luto, também será de grande importância, quando apropriado.

Peloquin (2002) acrescenta que para uma relação entre profissional de saúde e doente, torna-se indispensável conhecer as motivações humanas, isto é, as forças que ativam, mantêm e dirigem o comportamento. O sucesso dessa relação depende muito da capacidade do profissional em dar atenção, em cada momento, às necessidades concretas do doente.

Consequentemente, Rogers (2010) afirma que o profissional de saúde deverá respeitar a vontade do doente mas se este apresentar alguma dificuldade para tal, é dado ao familiar cuidador o papel de orientá-lo na escolha. Pressupõe-se que o profissional elabore com o doente e/ou familiar cuidador o plano deste e que nunca decida por ele.

No concerne à preparação da alta e à continuidade dos cuidados, Bernardo (1988, Augusto et al., 2002) refere que o plano da alta constitui muito mais do que uma simples transferência de um doente para uma qualquer outra instituição ou domicílio. Neste âmbito, a preparação da alta será mais uma parte importante da dinâmica do plano de cuidados. Santos (2002, Augusto et al., 2002) reforça também a relevância da continuidade dos cuidados e a utilização apropriada dos recursos. Conforme foi possível verificar nos resultados, os autores defendem que as equipas responsáveis pelo referido planeamento devem identificar, o mais cedo possível as necessidades dos cuidados após a alta de cada doente, desenvolvendo a participação do doente e/ou familiar cuidador na elaboração do plano de cuidados apropriado, com o objetivo de minimizar os riscos de readmissões ou de complicações, promovendo ações de ensino, de informação, demonstração e treino, envolvendo-os assim, desde o início no processo de cuidados. Assim, é essencial assegurar todos os recursos necessários disponíveis para o momento da alta, de forma a evitar situações de prolongamento do internamento.

Branco & Farçadas (2012) considera que a preparação da continuidade dos cuidados, consiste na identificação, em equipa com o doente e/ou familiar cuidador, das necessidades diversas decorrentes da situação de doença, bem como das dimensões psicossociais individuais e familiares presentes, como as questões económicas, emocionais, culturais/religiosas, profissionais e/ou ocupacionais, habitacionais, entre outras. Consoante cada situação de doença e/ou dependência e da necessidade da continuidade de cuidados, será fundamental existir uma negociação com o doente e/ou familiar cuidador relativamente à organização dos mesmos cuidados após a alta.

Para Masfret (2012), o programa de alta é interdisciplinar, o que confere à alta uma visão pluralista. O autor considera que é através dessa interdisciplinaridade que reside uma eficácia, que assume as três perspetivas essenciais, como a médica, a de enfermagem e o serviço social. A intervenção que envolve o Serviço Social na saúde, confere o papel essencial no acompanhamento do doente e/ou da família no regresso a casa. O autor refere ainda que o programa de planeamento da alta dos cuidados de saúde

para a continuidade dos cuidados na comunidade, deve basear-se nas informações próprias do estabelecimento que o implementa e na demografia da zona. Nasce então a necessidade de estabelecer o diagnóstico baseado nas necessidades de favorecer a tomada de decisão, ao mesmo tempo, estabelecer prioridades sobre a cronologia do comissionamento. Esta pesquisa permitirá, também, projetar cenários de atuação consoante os recursos humanos disponíveis e necessários, sempre a partir dos objetivos previamente delineados.

Para finalizar, citando os autores Mondragón & Trigueros (1999, cit. in Guadalupe 2012, p. 204) *“numa perspetiva holística, as doenças são o resultado da interação de múltiplos fatores, sendo que, quando falamos de fatores sociais desencadeantes de problemas de saúde, falamos, fundamentalmente, em fatores ambientais ou exógenos. Os fatores de ordem ambiental ou contextual pesam muito no desenvolvimento do bem-estar individual”*.

## Conclusão

No presente estudo foi possível compreender quais são os contributos do Serviço Social nas fases do acolhimento, acompanhamento e preparação da alta de doentes internados em unidades de cuidados continuados integrados através dos discursos das participantes com formação em Serviço Social e que trabalham nas diferentes Unidades da RNCCI.

Os resultados obtidos apontam, em resposta ao primeiro objetivo específico definido, a) *Caracterizar os contributos do Serviço Social a nível do acolhimento de doentes internados em unidades de cuidados continuados integrados*, as participantes entendem que durante o acolhimento é muito importante a presença do/a Assistente Social. Para além do suporte emocional prestado ao doente e/ou familiar cuidador, será o/a Assistente Social quem vai apoiar o doente na sua integração, gestão de expectativas e apoio à adaptação à situação após a alta do doente. As participantes afirmam também que será da competência do/a Assistente Social recolher toda a informação necessária para a construção do diagnóstico social, nomeadamente, histórico familiar, condições socioeconómicas, habitacionais, ajudas técnicas e apoios que possuíam antes do internamento, entre outras.

No que se refere ao segundo objetivo específico, b) *Caracterizar os procedimentos associados à elaboração do plano individual de cuidados*, justificando a sua importância, os resultados apontam a relevância da elaboração do respetivo plano individual de cuidados com a equipa multidisciplinar e da sua avaliação contínua. Este plano passa por uma validação periódica sobre a evolução do doente ao longo do seu internamento.

As participantes relatam que existem algumas dificuldades por vezes de aceitação e adaptação ao plano individual de cuidados com tempos e metas a atingir mas que são esclarecidos todos os direitos e deveres dos doentes.

Em resposta ao terceiro objetivo específico, c) *Mapear o processo de acompanhamento psicossocial desenvolvido pelo Assistente Social em doentes internados em unidades de cuidados continuados integrados*, os resultados indicam como sendo fundamental o papel do/a Assistente Social no acompanhamento psicossocial como um processo contínuo e de apoio permanente para o doente e/ou

familiar cuidador. Existe uma responsabilidade do/a Assistente Social em garantir a continuidade dos cuidados ao doente e a integração social do mesmo. Será importante dar a conhecer as respostas existentes na comunidade (como por exemplo: lar, apoio domiciliário, centro de dia, entre outros) ao doente e/ou familiar cuidador, para além de identificar as necessidades e dificuldades de cada um.

Finalmente, em relação ao último objetivo, d) *Explorar os procedimentos associados do planeamento da alta e preparação da continuidade dos cuidados dos mesmos na comunidade*, os resultados reforçam a necessidade da presença do/a Assistente Social nesta fase do internamento. As participantes referem que esta preparação inicia-se no acolhimento e que por vezes existem critérios sociais para regressarem ao domicílio mas nem sempre existe um cuidador presente. As participantes afirmam que é facilitada toda a informação necessária ao doente e/ou familiar cuidador e que o trabalho de mediação com a comunidade é feita através de *e-mail* e contacto telefónico. Será oportuno referir que o relatório social é partilhado com a equipa multidisciplinar, com o doente e/ou familiar cuidador, estando o/a Assistente Social disponível para responder a questões ou dúvidas, sempre que necessário, porém o trabalho que compete ao Assistente Social, acaba sobretudo no momento da alta do doente.

Gostaríamos de ter garantido o envolvimento de mais Assistentes Sociais com experiencia nas diferentes unidades da RNCCI. Era nossa ambição ter um grupo alvo de estudo constituído por mais profissionais, no entanto, dado o tempo disponível e os constrangimentos levantados, tal não foi possível de atingir. Acreditamos que a envolvimento de mais unidades e a recolha de mais testemunhos enriqueceria o estudo agora findado, dando-lhe maior abrangência e amplitude.

Um outro aspeto que consideramos interessante numa perspetiva de evolução do presente estudo pressupõe a utilização de métodos quantitativos, aliando a sua maior objetividade com a subjetividade intrínseca dos métodos qualitativos. Tal como Neves (1996) indica, métodos quantitativos e qualitativos apresentam características contrastantes quanto à sua forma e ênfase, todavia não são excludentes. Esta classificação não significa que se deva optar por um por outro. Ao utilizarem-se os dois métodos de investigação, usufrui-se, por um lado, da vantagem de poder explicitar todos os passos da pesquisa e, por outro, da oportunidade de prevenir a interferência da

subjetividade nas conclusões obtidas. Utilizando os dois métodos, seria depois interessante cruzar e comparar os dados e as conclusões obtidas.

## Referências Bibliográficas

Augusto, B. M. J. et al. (2002). *Cuidados Continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros de cuidar* (1. ed). Coimbra, Edições Formasau.

Associação dos Profissionais de Serviço Social. (1994). A Ética no Serviço Social: Princípios e Valores. [Em Linha]. Disponível em [http://cdn.ifsw.org/assets/Portugal\\_Etica.pdf](http://cdn.ifsw.org/assets/Portugal_Etica.pdf). [Consultado em 07/01/2016].

Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, Lda, pp.11.

Branco, B; Farçadas, M. (2012). O Serviço nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspetivas e Desafios. In: Carvalho, M. I. (Coord). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa, Editora de Informática, Lda, pp. 1-23.

Carvalho, M. I. (2013). Um Percurso Heurístico pelo Envelhecimento. In: Carvalho, M. I. (coord.). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa, Editora de Informática, Lda, pp. 1-12.

Chamone, J. R. (1999). *A Relação Terapeuta-Paciente*. (2. Ed). Belo Horizonte, Ges. To.

Cerqueira, M. (2005). *O Cuidador e o Doente Paliativo*. Coimbra, Formasau, pp 32, 58.

Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). (2014-2015). [Em Linha]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20de%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20Anual%20da%20RNCCI%202014.pdf>. [Consultado 11/12/2015].

Direcção-Geral da Saúde. (2006). Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. [Em Linha]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008206.pdf>. [Consultado em 09/10/2015]. pp. 9.

Diário da República – Série A (2006). Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho. [Em Linha]. <<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/38563865.pdf>>. [Consultado em 23/11/2015].

Diário da Republica, 2º Serie, nº 181. (2006). Despacho Conjunto n.º 19/040, de 19 de setembro. [Em Linha]. Disponível em <https://servicosociaisauade.wordpress.com/cuidados-de-saude-continuados/>.

[Consultado 25/11/2015].

Eustáquio, F; Cardoso, V. (2000). *Relatório de actividades relativo aos cuidados continuados*. Santarém, Sub-região de Saúde de Santarém.

Guadalupe, S. (2012). A Intervenção do Serviço Social na Saúde com Famílias e em Redes de Suporte Social. In: Carvalho, M. I. (Coord). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa, Editora de Informática, Lda, pp. 183-214.

Godoy, A. S. *Pesquisa qualitativa*. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 3, pp. 29.

Gameiro, M. (2004). “Estar doente”: atribuição pessoal de significações. Rev. Referência, nº 12, pp. 35-43.

Gomes, Catarina. (2010). Em 2050, Os Idosos Viverão Mais Tempo com Saúde e Autonomia. [Em linha]. Disponível em <<http://www.publico.pt/destaque/jornal/em-2050-os-idosos--viverao-mais-tempo-com-saude-e-autonomia-18943784>>. [Consultado em 10/11/2015].

Lopes, M. A. et al., (2012). Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar. Carvalho, M. I. (Coord). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa, Editora de Informática, Lda, pp. 25-52.

Mouro, H. (2013). Envelhecimento, Políticas de Intervenção e Serviço Social. In: Carvalho, M. I. (Coord). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa, Editora de Informática, Lda, pp. 17-33.

Martíns, I. (2005). Cuidado Informal no Âmbito Social. In: Fonseca A. e Paul C. *Envelhecimento em Portugal*. Lisboa, Climepsi, pp 180-202.

Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação*. Coimbra, quarteto, pp 32.

Masfret, D. C. (2012). O Serviço Social e o Planeamento da Alta para a Continuidade de Cuidados na Comunidade. Carvalho, M. I. (Ed.). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa, Editora de Informática, Lda, pp. 55-80.

Ministério da Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016: versão resumo. [Em Linha]. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>. [Consultado em 22/10/2015].

Neves, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Cadernos de Pesquisas em Administração, v. 1, n.3, 2º sem., 1996.

OPSS, (2009). Relatório de primavera: razões para continuar. [Em linha]. Disponível em [http://www.esesjd.uevora.pt/content/download/198/921/version/2/file/RelatorioPrimavera2009\\_OPSS.pdf](http://www.esesjd.uevora.pt/content/download/198/921/version/2/file/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf). [Consultado em 19/10/2015].

Organização Mundial de Saúde. (1948). [Em Linha]. Disponível em <http://www.who.int/about/en/>. [Consultado em 15/10/2015].

Peloquin, S. M. (2002). A relação terapêutica. In: Neistadt, M; Crepeau, E. B; Willard & Spackman. *Terapia Ocupacional* (9. ed.). Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 94-97.

Pacheco, S. (2014). Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética (Ed. 3). Loures, Lusodidacta.

Robertins, C. (2011). *Metodologia da Intervenção em Trabalho Social*. Porto, Porto Editora, Lda.

Rogers, C. (2010). *Teoria do Vínculo* (1. ed). Lisboa, Padrões Culturais. (Originalidade publicado em 1961).

Rebelo, A. M. (1996). Prestadores de Cuidados Informais: a Idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia. *Geriatrics*. Nº 81, pp. 22-28.

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa, Universidade Aberta.

Spiriduso, W. W. (2005), *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Trad. de Paula Bernardi. São Paulo: Manol.

Stanhope, M; Lancaster, J. (2011). *Enfermagem em Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (Ed. 7.). Loures, Lusodidacta.

Shanhope, M; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde e de grupos, famílias e indivíduos* (Ed. 4). Loures, Losociência.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua. [Em Linha]. Disponível em <[http://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man\\_Prestador\\_UMCCIRNCCI/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5](http://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCIRNCCI/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5)>. [Consultado em 10/10/2015]. pp. 7.

Vala, J. (2003). Análise de Conteúdo. In: Silva, A. S; Pinto, J. M. *Metodologia das Ciências Sociais* (ed. 12). Santa Maria da Feira, Afrontamento.

# **Anexos**

## **Anexo A – Guião de Entrevista**

### **Guião de Entrevista**

#### **Tema**

Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Planeamento da Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

#### **Unidades de análise**

##### **1. Caracterização Sócio-Demográfica dos Participantes**

1.1 Idade

1.2 Sexo

1.3 Estado civil

1.4 Habilitações Académicas/ Profissionais

1.5 Experiência Profissional

1.5.1 Experiência Profissional na área da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

##### **2. Na Fase do Acolhimento**

2.1 Junto ao Doente e/ou Família

2.1.1 Suporte Emocional

2.1.2 Apoio à Integração

2.1.3 Gestão de Expectativas

2.1.4 Apoio à Adaptação à Situação

2.1.5 Recolha de Informação

2.2 No Gabinete de Trabalho

2.2.1 Análise Preliminar

2.2.2 Recolha de Referências

**3. No âmbito da elaboração do Plano Individual de Cuidados**

3.1 Preparação com a Equipa

3.2 Elaboração com o Doente e/ou Familiar Cuidador

**4. No Âmbito e Acompanhamento Psicossocial**

4.1 Junto ao Doente e/ou Familiar

4.1.1 Atenção e Acompanhamento

4.2 Em Gabinete

4.2 Avaliação da Situação

**5. No Âmbito da Preparação da Alta e da Continuidade dos cuidados**

5.1 Com a Equipa, o Doente e/ou Familiar Cuidador

5.1.1 Identificação

5.1.2 Negociação

5.2 Com o Doente e/ou com o Familiar Cuidador

5.2.1 Verificar

5.2.2 Facilitar

5.2.3 Lembrar

5.3 Relatório Social

**Questões**

***Acolhimento***

**Suporte Emocional**

- Como é feito o acolhimento do doente na unidade?

- De que forma o Assistente Social pode assegurar o apoio emocional ao doente e/ou familiar cuidador?

#### Apoio à Integração

- Nesta etapa são esclarecidas todas as dúvidas do doente e/ou familiar cuidador?

#### Gestão de Expectativas

- Como é trabalhada a gestão das expectativas? Como dizer ao doente e/ou familiar cuidador, que é importante pensar nos aspetos mais práticos?

#### Apoio à Adaptação à Situação

- De que forma é feita a articulação e informação dos serviços de apoio com a comunidade?

#### Recolha de Informação

- Qual a importância da recolha de informação e o que será da competência do Assistente Social?

#### No Gabinete de Trabalho

- Como é feita a análise preliminar da situação de identificação de fatores de risco?
- Como é realizada a recolha de referências junto de todos os outros elementos da equipa? Como é atribuída uma resposta face à necessidade do doente?

### **Plano Individual de Cuidados**

#### Preparação com a Equipa

- Que importância tem as reuniões de equipa?
- Como é que na prática essas fases se operam?

#### Elaboração com o Doente e/ou Familiar Cuidador

- Quais são as dificuldades face a aceitação dos cuidados e tratamentos que têm previsto para doente?

- Quais são as principais dificuldades e dúvidas relativamente aos direitos e deveres do doente?
- De que forma é feita a elaboração do esquema de plano de cuidados, com tempos previstos e metas a atingir?

### **Acompanhamento Psicossocial**

#### *Junto ao Doente e/ou Familiar*

- Em função ao que está definido, qual a importância do Assistente Social na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?
- Como é realizado o processo de acompanhamento psicossocial desenvolvido pelo Assistente Social em doentes internados em unidades de cuidados continuados?
- Que questões se levantam no processo de tratamento, reabilitação, readaptação e reintegração social destes doentes?

#### *Em Gabinete*

- Como é feita a avaliação na perspetiva da alta e da continuidade dos cuidados?
- Como é realizada a identificação das necessidades e dificuldades, bem como de recursos e potencialidades (socioeconómicas, culturais, de vizinhança ou outras) para a prestação dos cuidados necessários ao doente?
- Qual o procedimento realizado em casos de doentes que não possuem retaguarda familiar ou outra pessoa com competências para ser cuidador?

### **Preparação da Continuidade dos Cuidados**

#### *Planeamento da Alta com a Equipa, o Doente e/ou Familiar Cuidador*

- Como é feita a avaliação de identificação para o processo da alta?
- Como é realizada a negociação com o doente e familiar cuidador para a elaboração do plano individual de cuidados e a organização da prestação dos mesmos cuidados?
- Quais são os critérios avaliados para o planeamento da alta?

Com o Doente e/ou com o familiar Cuidador

- De que forma é assegurada a existência de todo o equipamento necessário à transferência segura do doente principalmente se estiverem presentes serviços médicos prestados por distintas especialidades médicas ou instituições?
- Como é facilitada a informação necessária ao doente e familiar cuidador sobre o plano, nomeadamente sobre os vários profissionais, equipas, instituições ou materiais que vão ter de ir contactando ou procurando durante o percurso da prestação dos cuidados de tratamento, reabilitação, readaptação ou reinserção?
- De que forma é realizado o trabalho de mediação e articulação com as redes de suporte que estão inseridas na comunidade?
- Após a saída do doente, existe mais algum acompanhamento por parte do Assistente Social ao doente?

**Relatório Social**

- Como é elaborado o relatório social que atesta a alta do doente da unidade?
- O relatório é partilhado com os outros elementos da equipa, doente e familiar cuidador?

## **Anexo B – Termo de Consentimento Informado**

### **Termo de Consentimento Informado**

Declaro que fui devidamente informado/a a respeito do estudo “Contributos do Serviço Social no acolhimento, acompanhamento e preparação da alta do de doentes internados em unidades de cuidados continuados integrados”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos da investigação em apreço, os procedimentos a serem realizados, bem como as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Concordo voluntariamente em participar e autorizo que toda informação recolhida pela técnica da entrevista seja utilizada no âmbito desta pesquisa. Dou à pesquisadora o meu consentimento para o uso do gravador, tendo-me sido garantido que após o estudo todo o registo de som será destruído.

Asseguro que tomei conhecimento que poderei retirar o meu consentimento ou interromper a minha participação a qualquer momento do estudo e que sou livre de não responder a qualquer pergunta.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do informante

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Anexo C – Matriz Conceptual relativa à 2ª Unidade de Análise do Guião de Entrevista

**Categoria:** Na fase do Acolhimento

**Subcategoria:** Suporte Emocional

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	<p>Semântico</p> <p><b>Importância da presença do/a Assistente Social na fase do acolhimento</b></p> <p><b>Preocupação no acompanhamento ao doente e a família</b></p>	<p>“[Na fase de acolhimento] é realmente muito importante a presença do Assistente Social para de certa forma mediar a linguagem técnica do Enfermeiro e Médico, e também, para dar algum suporte, algum apoio, e explicar realmente que a equipa está disposta a ajudar, em todos os âmbitos”. E1</p> <p>“(…) O Assistente Social é quem via fazer o acolhimento da integração na unidade e em todas as dinâmicas da unidade, ou seja, vai apresentar, vai explicar que unidade é esta, para que serve, quais são os nossos objetivos do internamento, vai falar dos prazos, vai falar das possibilidades de prorrogação ou não, vai explicar quais são os nossos objetivos do internamento”. E3</p> <p>“A minha maior preocupação, logo desde o início e mostrar disponibilidade para acompanhar o utente e o familiar e procurar que ele se sinta bem e seja bem acolhido, que se integre bem (...)”. E4</p>

**Categoria:** Na fase do Acolhimento

**Subcategoria:** Suporte Emocional

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	
	<b>O suporte emocional passar por todas as fases do internamento</b>	<p>“O suporte emocional vai durar desde o momento do acolhimento, vai passar pelo internamento até a preparação da alta, e depois da alta”. E1</p>
<b>Trabalha com a família</b>		<p>“É com o Assistente Social que o utente ou família que se vai reunir periodicamente, ou quinzenalmente, ou semanalmente, ou mensalmente. Conforme as necessidades é que vamos perceber o que o utente precisa (...) O Assistente Social, mais que o doente, <b>trabalha com a família</b> que ficou tão afetada com a doença, ou mais do que o próprio doente, que por vezes nem se apercebe do que está à sua volta”. E2</p>

**Categoria:** Na fase do Acolhimento

**Subcategoria:** Apoio à Integração

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	
	<b>Necessidade de apoio na sua integração e suporte emocional</b>	<p>“No acolhimento é agendada uma conferência familiar inicial com os elementos todos da equipa. É agendado um atendimento social para começarmos a explorar a situação vivenciada anteriormente pelo utente, e pela família. A partir do momento em que o doente entra, já estamos de certa forma a facultar algum apoio emocional, mas primeiro antes deste apoio emocional ser efetivo, temos que criar e construir uma relação empática, e digamos assim, temos que perceber primeiro esta situação. Só aí é que vamos então entrar no suporte emocional”. E1</p>
	<b>Preocupação em esclarecer todas as dúvidas</b>	<p>“No acolhimento sim, são esclarecidas todas as dúvidas, óbvio que há dúvidas que vão surgindo ao longo do internamento. As famílias têm sempre abertura para colocarem todas as dúvidas que têm, e essas dúvidas, vão sendo sempre esclarecidas com todos os profissionais”. E2</p> <p>“Há uma preocupação de clarificar tudo o que se está a passar, e é essa a principal preocupação (...)”. E4</p>

**Categoria:** Na fase do Acolhimento

**Subcategoria:** Gestão das Expectativas

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	<p>“<b>A gestão das expectativas</b> é das coisas que mais consomem o nosso tempo, a nos Assistente Sociais, e à equipa. As famílias olham para o seu familiar e acham que podem sempre mais; nós temos situações de utentes que estão acamados sem vida de relação, e o familiar acha que ele vai voltar a andar. E isto, como dizer a um familiar que aquela pessoa não vai mais voltar a andar? (...) Nós temos que ser muito sensíveis da forma como transmitimos essas palavras aos familiares, e temos que apelar a emoção desse familiar, ou seja, quando tentamos criar e gerir as expectativas, e tentarmos colocar essas expectativas ajustadas à situação. (...) E muitas das vezes a emoção não chega lá, e então temos que ser mais práticos, e dizer que não dá, que não vai conseguir. Não porque não quer, mas porque não pode. (...) Todos os ganhos pequeninos devem ser incentivados, e devem ser elogiados para o utente, para ele se sentir realmente confortável porque, para eles, estando em situação de dependência, é muito complicado esta batalha. Então nos temos que fazer perceber a família que tudo que os utentes estão a fazer, o mínimo que seja, é um esforço enorme para eles”. E1</p> <p>“Nós deparamos com muitas situações em que as expectativas são completamente irrealistas face ao internamento. Até mesmo face à condição do utente, há pessoas que acham que os utentes vêm para cá e que vão recuperar totalmente, e que vão voltar a estar totalmente independentes, e nós vamos trabalhando essas expectativas, e dizendo que se calhar vão até uma certa parte, e que depois não há uma recuperação possível”. E2</p>
	<p><b>Por vezes expectativas irrealistas face ao internamento</b></p>	

**Categoria:** Na fase do Acolhimento

**Subcategoria:** Apoio à Adaptação à Situação

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	<p>Semântico</p> <p><b>A articulação e informação dos serviços de apoio com a comunidade, é feita através de e-mail e de contactos telefónicos</b></p>	<p>“É feita através de <i>e-mail</i>, através de contactos telefónicos, é feito também através da deslocação muitas das vezes à instituição. Nos fazemos, e deveria de ser uma prática ainda mais vincada, porque nem sempre é possível, mas nas situações que eu considero mais problemáticas, são feitos sempre atendimentos integrados. E isto, o que significa? São atendimentos integrados com a Segurança Social, ou com as IPSS, ou com a Câmara, de forma a que as famílias também vejam que estamos a fazer um trabalho em parceria, mas em parceria com todos, e não um trabalho individualizado. Só assim é que faz sentido porque eu conheço uma parte, e a colega da comunidade conhece outra”. E1</p> <p>“Articulamos sempre com serviços de apoio domiciliário, centros de dia, lares e outras respostas que achamos que possam ir de encontro com as necessidades dos utentes, na angariação das técnicas, benefícios sociais”. E2</p>

**Categoria:** Na fase do Acolhimento

**Subcategoria:** Recolha de Informação

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	<p>“<b>O diagnóstico social</b> nunca está feito, é uma história que está sempre em construção. Nós nunca vamos saber tudo, e isto é importante. Nós temos que nos focar e temos que ver. Às vezes para eu fazer um diagnóstico social, tenho que fazer vários atendimentos, porque a fragilidade dos familiares é tão grande que no momento, é impossível fazer um diagnóstico social. Porque temos que trabalhar primeiro esta questão emocional, temos que ouvi-los e perceber realmente a situação, e só depois é que vamos começar a construir. Mas esta informação, geralmente é recolhida junto dos familiares. E recolhida numa situação em que está sendo acompanhada pelo ministério público, é feita a articulação para recolher mais informações. Se eles estiverem a ser acompanhados pela comunidade é feita uma articulação com a comunidade. E só assim é que vamos poder ir buscar um bocadinho da pessoa a cada sítio porque nós estamos com ele breve, é um momento breve. A comunidade é que detém grande parte desta informação porque está a acompanhar esta situação há bastante tempo, e eu tenho situações cá e já tive, em que este apoio da comunidade foi importantíssimo. Eu e as colegas da comunidade trabalhávamos como um só”. E1</p>
<b>O diagnóstico social</b>		

**Categoria:** Na fase do Acolhimento

**Subcategoria:** Recolha de Informação

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	<p>Semântico</p> <p><b>Será da competência do/ Assistente Social a recolha de informações sobre o histórico familiar e sociodemográfico no domicílio</b></p>	<p>“Em relação ao acolhimento, eu tenho um processo social. Há um processo social em cada processo do utente que eu recolho informação relativamente à habitação, relativamente às habilitações, à profissão, aos rendimentos, às ajudas técnicas e apoios que tinham antes do internamento, e que poderão precisar depois do internamento. Adaptações do domicílio, que sejam precisas fazer depois. Isso é mais da minha competência, são mais essas áreas que nos abrangemos”. E2</p> <p>“O que será da competência do Assistente Social é perceber todo o historial até este ponto, mas principalmente historial familiar e sociodemográfico no domicílio para poder iniciar a preparação da alta, que é logo iniciada na admissão. Portanto, o Assistente Social é quem faz toda a recolha de informação. Dados referentes ao estado de saúde e antecedentes a isso é feito pelas pessoas que têm competência para isso, neste caso o Enfermeiro que faz isso no acolhimento, logo no primeiro dia que o doente chega. Também é importante o Assistente Social perceber um bocadinho qual é o seu diagnóstico e qual é o seu prognóstico, para perceber de que forma isso nos vai limitar na preparação da alta ou não”. E3</p> <p>“(…) Conhecer as condições habitacionais, a forma como o utente se organiza com a sua família, como se relaciona com a comunidade e as pessoas que são mais próximas. Há utentes que vivem isolados, mas têm referências em termos de pessoas significativas, que possam colaborar no processo de recuperação e reintegração”. E4</p>

**Categoria:** Na fase do Acolhimento

**Subcategoria:** No Gabinete de Trabalho

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	<p>“(…) Eu raramente recorro aos registos anteriores das minhas colegas, a não ser que seja uma nota de alta muito boa, muito completa, porque o que verifico muitas vezes, quando eu estou perante o doente ou a família eles dão-me informações completamente novas, que podem ser verdadeiras ou não, mas isso depois parte de mim muitas das vezes, também tenho que confirmar com a colega relativamente ao que ele me diz, se é o mesmo que está registado. Esta é a minha forma de trabalhar, eu faço sempre um diagnóstico novo, um diagnóstico completo. Posso recorrer a algumas informações anteriores ou não, posso recorrer às minhas colegas tanto da unidade anterior, que veio como da comunidade, e a partir daí faço a definição dos fatores de risco que possam vir para o doente ou para a família”. E3</p> <p>“<b>Depende muito de cada necessidade.</b> Nós tentamos sempre responder às necessidades dos doentes e depois das famílias obviamente, e só depois dos profissionais. Isto precisava de um exemplo muito prático, e agora não me recordo de nenhum. Muitas coisas passam pela Assistente Social, é um facto, a não ser que sejam coisas ligadas diretamente à saúde, o controle de dor, um ajuste qualquer na terapêutica. Isso sim, é com o Médico, é o Médico que toma essa decisão. Todas as outras necessidades, por exemplo, um exemplo muito concreto: um utente que o familiar leva a roupa para lavar em casa, mas o familiar não está a levar e a roupa suja está a acumular. É a mim que recorrem para resolver essa</p>
		<p><b>Depende muito de cada necessidade</b></p>

Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados

		situação porque, por exemplo, é uma necessidade aqui dentro que é importante e sou eu que dou a indicação, e contato a família imediatamente, que pode resolver ou não. Depois sou eu quem dou a indicação, e a roupa vai para a lavandaria, e vamos buscar roupa para o doente que já não têm, por exemplo”. E3
--	--	--

## Anexo D – Matriz Conceptual relativa à 3ª Unidade de Análise do Guião de Entrevista

**Categoria:** No Âmbito da Elaboração do Plano Individual de Cuidados

**Subcategoria:** Preparação com a Equipa

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	<p>Semântico</p> <p><b>A importância das reuniões de equipa para elaboração do plano individual de cuidados</b></p> <p><b>Ao longo do internamento vão avaliando o mesmo plano</b></p>	<p>“As reuniões multidisciplinares são feitas de quinze em quinze dias, em que passamos os utentes individualmente, e falamos como está em termos de cuidados de enfermagem, médicos, nutricionais, psicológicos, terapêuticos no sentido da fisioterapia, terapia ocupacional, e ainda sociais. Nestas reuniões, todos nós conhecemos a intervenção que cada elemento está a prestar para o utente e para a família. E só assim que nós conhecemos o utente e a família como um ser biopsicossocial. Nós delineamos, isto é muito importante, na reunião de equipa. Delineamos o plano individual de intervenção. Este plano individual de intervenção é onde tem todas as ações multidisciplinares (...). E nós, só assim, trabalhando em equipa é que realmente vamos conseguir chegar a todas as necessidades do utente, de outra forma seria impossível. Estas reuniões têm muita importância porque, assim no internamento, nós sabemos de tudo o que se passa acerca de todos os utentes e todas as famílias, e não fazemos intervenções isoladas”.</p> <p>E1</p> <p>“(…) É avaliado mensalmente pela equipa, até para ver qual a evolução do utente ao longo do internamento, é comunicado à família numa primeira reunião. A família tem conhecimento desse plano e depois ao longo do internamento vamos avaliando com a família esse plano. Até para a família ter conhecimento também da evolução,</p>

Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados

		<p>e se os objetivos estão a ser atingidos ou não”. E2</p> <p>“Fazemos uma intervenção, ajustamos as intervenções porque sabemos, ou temos conhecimento de mais qualquer coisa. Como por exemplo, da parte da enfermagem, o que eles já conseguem e o que não conseguem fazer, e nestas reuniões realmente são muito importantes para estar a par de tudo o que se passa. Só assim é que faz sentido trabalhar em equipa porque todos temos o mesmo objetivo, que é o bem-estar do utente e da família. E só assim é que chegamos a ter um bom trabalho, um bom desempenho junto do utente”. E1</p>
--	--	---

**Categoria:** No Âmbito da Elaboração do Plano Individual de Cuidados

**Subcategoria:** Elaboração com o Doente e/ou Familiar Cuidador

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	<p>Semântico</p> <p><b>Dificuldades face à aceitação dos cuidados e tratamentos previstos</b></p>	<p>“Quanto as dificuldades face à aceitação dos cuidados e tratamentos, isto varia muito de utente para utente, de família para família. Nem sempre as situações são iguais, temos que tratar as situações como únicas porque cada pessoa é um ser único. E temos que tentar sempre ao máximo personalizar os nossos cuidados, personalizar os nossos serviços de forma que seja mais fácil, que estes aceitem. Agora, e como já vinha a referir, esta aceitação também passa por uma boa gestão das expectativas, e se realmente essa gestão de expectativas for bem conseguida, então eles aceitam obviamente os tratamentos, e os cuidados”. E1</p> <p>“Às vezes há dificuldades de colaboração, porque estão deprimidos ou porque não se estão a adaptar, não percebem muito bem o que se está a passar com eles, o facto de estarem afastados da família, são problemas que surgem e tem impacto nos tratamentos”. E4</p>

**Categoria:** No Âmbito da Elaboração do Plano Individual de Cuidados

**Subcategoria:** Elaboração com o Doente e/ou Familiar Cuidador

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	<p>Semântico</p> <p><b>Consideram que ainda existem alguns constrangimentos acerca dos seus direitos e deveres</b></p>	<p>“Nós tentamos dar o máximo de apoio para tentar desmitificar algumas destas dúvidas e apoiar neste caminho, que não é fácil para eles. Tentamos sempre ao máximo facultar o apoio, neste caso, económico durante o internamento, porque sabemos acarretar com mais despesas, e quando forem para a comunidade, tentamos então garantir o máximo de apoio e retaguarda. Agora relativamente às dificuldades e dúvidas, eles vão ter sempre porque não é uma situação fácil, porque estamos a falar de pessoas que tinham uma história, que tinham um papel, e uma função dentro do seio familiar. Por causa de um, digamos assim, um imprevisto, uma complicação de saúde, ou muitas das vezes sem ser complicação de saúde, porque existem casos que não tem a ver com questões de saúde de antecedentes pessoais, mas obstáculos da vida e sabemos que não é fácil para eles lidarem com isto tudo”. E1</p> <p>“Há sempre aqueles doentes que estão habituados a uma determinada rotina, e a chegada a uma unidade custa-lhes porque têm que se sujeitar a determinadas regras. Mas nós tentamos sempre explicar, numa primeira fase pode ser mais complicado, mas vamos sempre gerindo essas dificuldades, até que eles fiquem bem adaptados à unidade. Essas dificuldades surgem mais no início do internamento”. E2</p> <p>“As pessoas ainda têm dificuldade em perceber que tem direitos, e deviam ser esclarecidos. Fazem poucas perguntas, são pouco participativos. O utente fica constrangido e ainda tem muita dificuldade em pedir informação, em clarificar as coisas, em perguntar, saber o que se passa, saber resultados de exames (...)”. E4</p>

**Categoria:** No Âmbito da Elaboração do Plano Individual de Cuidados

**Subcategoria:** Elaboração com o Doente e/ou Familiar Cuidador

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	<p>“ (...) <b>O plano é elaborado no início do internamento</b> e, dependendo de cada necessidade do utente, nós estabelecemos um prazo. Dependendo da evolução, nós vamos gerindo esse tempo e depois temos sempre objetivos que queremos cumprir e, normalmente, esses doentes só têm alta quando esses objetivos são cumpridos. Óbvio, se nós temos aqui um doente que entra totalmente dependente e tudo mais, então se nós vemos que não há recuperação possível, o nosso objetivo não vai ser que o doente saia daqui a andar, adaptamos a condição do doente. Quando achamos que ele mantém aquele estado, e que não há mais recuperação possível, então aí planeamos uma alta de acordo também com a possibilidade”. E2</p>
<b>O plano é elaborado no início do internamento</b>		

## Anexo E – Matriz Conceptual relativa à 4ª Unidade de Análise do Guião de Entrevista

**Categoria:** No Âmbito do Acompanhamento Psicossocial

**Subcategoria:** Junto ao Doente e/ou Familiar

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	<p>“Relativamente ao <b>apoio psicossocial</b> esta é a função que eu considero mais importante no internamento, por tudo que já foi referido anteriormente. Por estarem numa situação muito vulnerável, por ser uma questão de doença e dependência dos utentes, mesmo estes utentes estão a passar por uma fase bastante complicada (...). Muitas das vezes, uma vez que o Assistente Social tem uma maior proximidade dos utentes e familiares, sou eu que sinalizo essa situação (...)”. E1</p> <p>“(…) <b>o papel do Assistente Social</b> pretende garantir o bem-estar do doente durante o internamento, em identificar quais as necessidades que família tem, e que o doente precisa (...). Tentar satisfazer algumas vontades e desejos (...), tentar proporcionar essas vontades e garantir todo o apoio após uma alta da unidade, garantir todo o apoio social lá fora para que eles tenham um sítio com qualidade para onde ir. Quer para o domicílio arranjar respostas sociais, benefícios sociais, ajudas técnicas. Prende-se por aí principalmente”. E2</p> <p>“<b>Para mim é um dos profissionais mais importantes</b>, eu não quero que me percebam mal (...) É o Assistente Social que tem que fazer o acolhimento, tem que fazer a</p>
<b>Apoio Psicossocial</b>		
<b>O papel do Assistente Social</b>		
<b>Para mim é um dos profissionais mais importantes</b>		

Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados

		<p>integração do doente e da família na unidade, porque os outros profissionais, não só porque não têm essa função, mas devido aos conhecimentos académicos não estão predispostos a isso. Até podem ter capacidade de integrar um doente, mas não têm capacidade para o fazerem com uma família ”. E3</p>
--	--	--

**Categoria:** No Âmbito do Acompanhamento Psicossocial

**Subcategoria:** Junto ao Doente e/ou Familiar

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	<p><b>“O nosso papel é muito importante</b> junto da família no sentido de potenciar toda habilitação dos familiares e do doente no processo. Quer em relação às respostas e à procura que queremos que eles façam, que consigam as estruturas de apoio, à organização da rede de apoio, quer em relação a que o utente e a família tirem o maior proveito e maior partilha de estar cá. No sentido de aprender e treinar competência de cuidados, e desenvolver competências em termos de cuidado, e ter uma informação que nos seja útil no domicílio ou nas decisões que venham a tomarem. Muitas vezes o utente vai para outra unidade, e temos que ajudar o utente e a família”. E4</p>
<b>O nosso papel é muito importante</b>		

**Categoria:** No Âmbito do Acompanhamento Psicossocial

**Subcategoria:** Junto ao Doente e/ou Familiar

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	<p>“Em todos os momentos que estamos com o utente e a família, nós estamos a prestar um apoio psicossocial. Só o facto de lhes perguntar em conversa, por exemplo, no quarto quando nós fazemos a visita aos utentes, perguntamos ao utente ou familiar, como está a correr, o que está a espera, como é que está prever sair daqui, ou com está de momento, se tem alguma preocupação, se podemos ajudar em alguma coisa. Isto já é o trabalho psicossocial e de preocupação com o utente e a família. Nós temos uma função muito importante, que é proporcionar o bem-estar no internamento, e realmente temos que assumir mesmo esse papel”. E1</p> <p>“Tem que ser um apoio permanente, que pode ser ao doente, caso esteja consciente e orientado, se não for ao doente, tem que ser à família. O Assistente Social é o profissional com que a família mais fala. Fala com enfermeiro, é verdade, mas o enfermeiro hoje é um, amanhã é outro. E o que falar com eles é: a minha mãe dormiu bem? Tomou a medicação? Agora com o Assistente Social é com quem vai marcar reuniões periódicas, o Assistente Social é o profissional de referência a que vai, se tiver alguma dúvida, se tiver acontecido alguma coisa, se tiver alguma reclamação. É com o Assistente Social que ele vai ter, digamos que é o interlocutor entre a unidade, a família, ou o doente”. E3</p>

**Categoria:** No Âmbito do Acompanhamento Psicossocial

**Subcategoria:** Junto ao Doente e/ou Familiar

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	<p>“Muitas vezes as famílias não têm noção do que é cuidar de alguém dependente, e quais as <b>necessidades</b> que eles vão precisar quando saírem da unidade. Há muitas questões que se levantam, nomeadamente dos apoios na comunidade. Nós articulamos sempre esse apoio com as famílias”. E2</p> <p>“Isto é uma questão bastante complexa porque nós sabemos que muitos utentes que temos cá, não estão orientados no tempo e espaço, por isso sabemos que a readaptação e reintegração social nem sempre é feita porque alguns deles não têm vida de relação. Quanto aos outros utentes que estão até orientados ou não, mas que estão mais conscientes e com breves momentos de interação social, nós tentamos obviamente garantir uma continuidade de cuidados. Quando eles saem de cá têm que ter uma continuidade de cuidados no centro de saúde, dependendo da situação sinalizada para a Assistente Social da área de residência e, tentamos que ele continue, por exemplo, a fisioterapia, caso seja necessário. Quanto à readaptação, tentamos, digamos assim, construir um papel e uma função dentro do agregado familiar (...)”. E1</p>
<b>Necessidades</b>	<b>Há sempre uma responsabilidade de garantir a continuidade dos cuidados e a integração social</b>	

**Categoria:** No Âmbito do Acompanhamento Psicossocial

**Subcategoria:** No Gabinete

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	<p>“Nas reuniões de equipa abordamos sempre essa questão da alta, é sobretudo, fundamental, abordar essa questão. Falamos sempre dos cuidados que os doentes vão precisar, e depois com a família acionamos os apoios necessários, mas sobretudo em equipa multidisciplinar é que esse trabalho é feito. Depois mais naquilo que me compete, sou eu quem faço os contactos com lares, centros de dia, apoios domiciliários. Esse contacto passa mais por mim”. E2</p> <p>“Esta avaliação de perspectiva da alta, nós apenas damos a conhecer à família quais são <b>as respostas na comunidade</b>, e ao utente, obviamente, quando é capaz para o fazer. Não somos nós que delineamos a perspectiva da alta se existir um membro da família, ou se o utente estiver consciente e orientado. Nós não vamos colocar ninguém numa situação se ele não o quiser, nós apenas apresentamos as propostas e a família ou o utente decide qual é que se ajusta melhor a sua situação, e aquilo que ele quer”. E1</p> <p>“<b>A avaliação</b> é feita tendo em conta as manifestações dos utentes, os desejos deles, e a capacidade da família. Muitas vezes o que os utentes querem, a família não pode assegurar (...)”. E4</p>
<b>As respostas na comunidade</b>	<b>A avaliação da perspectiva da alta e continuidade de cuidados passa pela primeira reunião de atendimento e pelas reuniões da equipa multidisciplinar</b>	
<b>A avaliação</b>		

**Categoria:** No Âmbito do Acompanhamento Psicossocial

**Subcategoria:** No Gabinete

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	
	<p><b>A identificação das necessidades e dificuldades são identificadas ao longo do internamento, mas sobretudo nos atendimentos</b></p>	<p>“Vamos identificando essas necessidades ao longo do internamento, e sobretudo no atendimento, é feito com as famílias e as conferências familiares, em que a família expõe as expectativas deles e o que precisam, que ajudas que eles precisam para garantir um após a alta da unidade com toda segurança”. E2</p> <p>“Pelo contacto, pelas entrevistas que fazemos, pelos contactos de acompanhamento, e por alguma recolha que fazemos das estruturas locais de apoio. É um processo contínuo que se tem que ir avaliando, e tem que se ir verificando (...)”. E4</p> <p>“Cada vez mais e aqui nesta zona verifico mais por causa desses laços sociais tão tenos que existem no ambiente mais citadino. São <b>relações mais individualizadas</b>, não existe tanta interação social como existe por exemplo nas aldeias. Verifico realmente que existem muitas situações em que não existe se quer retaguarda familiar, nem vizinhos, nem amigos, são pessoas que estão sozinhas, umas por opção e outras porque foi assim que a vida lhe permitiu. (...) quando não existe ninguém tentamos sinalizar esta situação. O que tentamos fazer primeiro junto da comunidade é saber primeiro se existe ou não familiares, se existirem nós entremos em contato e perguntamos se querem assumir de alguma forma essa responsabilidade, se não quiserem assumir essa responsabilidade também não podemos obrigar</p>
	<p><b>Relações mais individualizadas</b></p>	

Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados

		<p>porque não existe nenhum tipo de lei que obriga a família a cuidar do utente mesmo em situações de descendência ou ascendência familiar, não existe nada no código civil que obrigue a família a cuidar deles. Temos que respeitar, é muito importante, temos que respeitar a história social de cada um, não podemos obrigar um filho a tomar conta de um pai porque não sabemos o que se passou. Temos que passar então para a etapa seguinte que é sinalizar essa situação ao ministério público e o ministério público delega alguém, um conselho de família um tutor ou um representante legal que vá ficar com essas situações”. E1</p>
--	--	--

## Anexo F – Matriz Conceptual relativa à 5ª Unidade de Análise do Guião de Entrevista

**Categoria:** No Âmbito da Preparação da Alta e da Continuidade dos Cuidados

**Subcategoria:** Planeamento da Alta com a Equipa, o Doente e/ou Familiar Cuidador

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	<p>Semântico</p> <p><b>A preparação começa no acolhimento e que, por vezes, até existem critérios para regressarem ao domicílio, mas que não existe um cuidador presente</b></p> <p><b>É necessário existir estabilidade e critérios sociais para se possível começar a trabalhar o planeamento alta e o processo de negociação</b></p>	<p>“A avaliação de identificação para o processo da alta e feita logo no acolhimento e ao longo do internamento, vamos vendo qual a resposta juntamente com a família, qual a resposta que se adequará melhor. Às vezes temos situações de utentes que até tinham bons critérios para ir para casa, mas a família não pode tomar conta dele, então vai ter que ir para um lar. Nós realmente avaliamos que aquele utente tem bons critérios para ir para casa, mas se a família não dá este apoio, nós não podemos impor isto à família”. E1</p> <p>“Isto é logo a primeiro coisa, é muito importante depois temos que perceber o que a família pode, o que é viável e o que, que ele é capaz. Muitas vezes a preparação da alta também consiste em estarmos esses meses todos a tentar capacitar o doente que ele não pode voltar para casa naquelas condições, às vezes de facto existem condições, até existe uma boa casa, mas não existe um cuidador por exemplo presente. E a maior parte das vezes, até as minhas próprias reuniões sociais com os utentes a as famílias consistem nisso”. E3</p> <p>“A partir do momento que eles estejam</p>

		<p>estabilizados do ponto de vista clínico, temos que ver se existe estabilidade social, se existe critérios sociais para ele ter alta, é a partir daqui que se começa a trabalhar a alta e o processo de negociação. Temos casa ou não temos casa para o doente regressar? Se sim, temos cuidador? O cuidador é capaz? Não sabemos, vamos fazer os ensinamentos aqui. Primeiro temos que ver se a pessoa vem fazer os ensinamentos, só aí é uma forma de avaliação, se a pessoa está predisposta para aprender ou não. Se não vier, já muito podemos avaliar por aí, se vêm, se calhar temos que fazer um, duas, três, quatro vezes ensinamentos para perceber se aquela pessoa vai ser um bom cuidador ou não. Nós já evitamos altas, já houve altas que eu não dei por avaliarmos que aquela pessoa não iria ser um bom cuidador, que iria ser um risco muito grande para aquele doente dar alta. E já adiaram altas assim com base nisso, mais que a alta clínica aqui é ter critérios sociais para ter alta porque, se não tiverem quer dizer que em pouco tempo regressará ao hospital, regressará aos cuidados continuados. Quer dizer que foi uma alta mal preparada". E3</p>
--	--	---

**Categoria:** No Âmbito da Preparação da Alta e da Continuidade dos Cuidados

**Subcategoria:** Com o Doente e/ou com o Familiar Cuidador

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	<p>“Esta alta quando é preparada, quando é para um lar, apenas se faz um, digamos assim, uma nota de alta, e segue esta nota de alta para o lar e para o médico de família. Antes do utente ser transferido, articulo com a colega da instituição, isto numa situação de lar. Artigo com a colega da instituição e forneço todas as informações, neste caso sociais, e <b>envio uma nota de pré alta</b> para ela ter conhecimento daquilo que vai receber e, aí sim, é feita a ponte. Mesmo quando o utente sai, eu tenho o cuidado de contactar a colega, para saber como está o utente a ser adaptado lá na instituição”. E1</p> <p>“Numa situação que ele vai para o domicílio, cá na nossa unidade para além dos ensinamentos que os enfermeiros fazem ao cuidador, neste caso pode ser formal ou informal, são feitos ensinamentos de cuidados de higiene, de alimentação, transferências e posicionamentos, e paralelamente, nós fazemos uma visita domiciliária em que vamos verificar as condições da habitação para ver se coincide, ou não, com a informação que foi anteriormente recolhida no diagnóstico, pelo preenchimento do processo social (...). Articulamos então as instituições, seja centro de dia, seja apoio domiciliário. A família desloca-se para fazer uma inscrição, nós ajudamos a completar o processo de inscrição, articulamos novamente, damos as informações todas novamente, uma nota de pré alta para eles terem conhecimento e mais uma vez</p>
<b>Envio uma nota de pré alta</b>	<b>Para além dos ensinamentos, existe uma comunicação do/a Assistente Social com a comunidade para garantir todo o apoio ao doente e/ou cuidador</b>	

	<p><b>Visitas domiciliárias não estão programadas, a realização das mesmas dependem de cada unidade</b></p>	<p>novamente é feita uma visita domiciliária para ver com os produtos de apoio já no domicílio, se está tudo preparado para receber o utente, e se falta alguma coisa, e o utente vai para casa”. E1</p> <p>“As vistas domiciliárias não estão programadas. É assim, isso depende de cada unidade, aqui até já foi abordada esta questão. No caso de se prever uma alta para o domicílio fazer então uma visita domiciliária para ver de perto quais são as necessidades, ou adaptações que são necessárias fazer no domicílio”. E2</p>
--	---	---

**Categoria:** No Âmbito da Preparação da Alta e da Continuidade dos Cuidados

**Subcategoria:** Com o Doente e/ou com o Familiar Cuidador

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	<p>Semântico</p> <p><b>Toda a informação é facilitada aos familiares e intervenientes</b></p> <p><b>O contacto é feito sobretudo através do telefone e e-mail</b></p> <p><b>Encontram-se disponíveis mas que o contacto é sobretudo por telefone</b></p>	<p>“Toda a informação é facilitada, aliás, esta informação da nota de alta e da pré alta, isto é um triplicado. Uma fica connosco, uma vai para o médico de família, e outra para a família. Depois se for para alguma instituição vai novamente uma nota de alta, para que a instituição tenha conhecimento do que se passou cá no internamento, como é que ele entrou e como ele saiu. É muito importante que a comunidade e outras unidades tenham conhecimento do que foi conseguido com o internamento”. E1</p> <p>É através de mim. Normalmente, eu faço o contacto prévio com as instituições da comunidade que vão ser necessárias para continuar o acompanhamento a esta família ou a este utente. Faço o contacto prévio telefónico e depois, dependendo da capacitação da família, dependendo da capacidade deles, ou eu lhes atribuo essa responsabilidade porque também têm que ter a noção que eles também são responsáveis pelo utente a partir de agora. Depende muito das necessidades de cada família. E3</p> <p>Tento contactar instituições e serviços de apoio, pelo telefone ou por <i>e-mail</i>. É assim que consigo fazer a mediação e articulações com a comunidade, sobretudo dessa por telefone e <i>e-mail</i>. E4</p> <p>“(…) Eu digo sempre que se for necessário alguma coisa, alguma questão ou dúvida que nos podem sempre</p>

Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados

		<p>contactar, mas ficamos por aqui. Faço um contacto telefónico para me certificar que o trabalho está a ser continuado”. E2</p> <p>“Passado algum tempo é o Assistente Social que efetua um contacto à família ou ao utente para ver como está, que dificuldades está a sentir, se precisa de alguma coisa. Este contacto é um contacto por telefone (...), o nosso trabalho acaba a partir do momento em eles têm a alta, nós contactamos para ter a certeza que o nosso trabalho está a continuar do lado de lá”. E3</p>
--	--	---

**Categoria:** No Âmbito da Preparação da Alta e da Continuidade dos Cuidados

**Subcategoria:** Relatório Social

		Unidade de Análise
Registo		Contexto
Formal	Semântico	<p>“Como é elaborado? O relatório possui os dados do doente e motivo da alta em primeiro lugar, qual era a situação antes do internamento. Depois no diagnóstico social, identificação base, idade, estado civil, situação perante o emprego. Depois quais os motivos de ingresso na rede, qual o diagnóstico antecedente, no caso de haver antecedentes significativos e necessidades, estado do doente na altura da admissão e estado atual. Depois caracterização do contexto sócio-familiar, familiares significativos, pessoas de referência, famílias com obrigação legal de alimentos que estão presentes ou não, tem que os identificar também. Qual o tipo de suporte, implicação e vínculo afetivo que existe entre eles, qual o tipo de suporte que lhes foi garantido durante o internamento. Se foram presentes, se não foram presentes, se não presentes porque não foram presentes”.</p> <p>E3</p>
	<p><b>O relatório social passa por várias fases</b></p>	
	<p><b>O relatório é elaborado e partilhado entre todos os elementos da equipa multidisciplinar e também com o doente e a família</b></p>	<p>Sim, este relatório, a nota de alta, e a nota de pré alta é um documento multidisciplinar, é um documento onde o doente têm as informações médicas, de enfermagem, de fisioterapia, de psicologia, do nutricionista, do serviço social e da terapia ocupacional (...). Todas as intervenções que foram feitas cá no internamento vão lá identificadas, isto é, uma nota vai para a família, uma para instituições e outra para o médico de família.</p> <p>E1</p> <p>“Sim, o relatório é elaborado por toda a equipa multidisciplinar e depois é partilhado com o doente e a família. Ficam com uma cópia, e por isso, têm acesso a esse relatório na nota da alta”. E2</p>