



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Maria Inês Cardoso Gonçalves

## PLANO INDIVIDUAL SOCIAL

CONTRIBUTOS DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE  
REABILITAÇÃO APÓS ALTA DA UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E  
REABILITAÇÃO

Dissertação no âmbito do Mestrado em Serviço Social, orientada pela Professora  
Doutora Joana Guerra e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da  
Educação

setembro de 2023

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
da Universidade de Coimbra

## **PLANO INDIVIDUAL SOCIAL**

### **CONTRIBUTOS DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO APÓS ALTA DA UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO**

Maria Inês Cardoso Gonçalves

Dissertação no âmbito do Mestrado em Serviço Social, orientada pela Professora  
Doutora Joana Guerra e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da  
Educação

setembro de 2023



UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA**

*“How we understand health depends on what we understand life to be for.” (Hanson, 2001)*

## **AGRADECIMENTOS**

Quero deixar expresso os meus agradecimentos:

À minha orientadora, Professora Doutora Joana Guerra, por toda a ajuda, orientação e disponibilidade que demonstrou ao longo deste percurso.

Aos meus tios, Feliz e Natália, por se revelarem um apoio indispensável em toda esta caminhada.

Ao meu pai. Por tudo e para sempre.

## **RESUMO**

A investigação desta dissertação teve como principal objetivo compreender se o plano individual de Serviço Social foi concretizado no processo de reabilitação do utente no seu meio social após alta da Unidade de Média Duração e Reabilitação.

O presente estudo foi aplicado numa Unidade de Média Duração e Reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, tendo sido utilizados dois questionários junto da população alvo definida, neste caso utentes que tiveram alta num período compreendido entre os 3 e 6 meses referentes à data da realização do estudo.

Assim, com o desenvolvimento deste estudo, foi possível perceber a correspondência e falhas que o plano individual social apresentou após alta, bem como a adesão dos inquiridos ao mesmo e em que situação estes se encontravam.

Neste estudo estão presentes conceitos relacionados com a saúde, doença, reabilitação e funcionalidade, bem como a perda de autonomia, dependências temporárias e prolongadas, servindo a análise destes conceitos para o contributo na discussão dos resultados apurados.

Regista-se que grande maioria dos inquiridos continua a beneficiar do Plano Individual Social trabalhado no contexto de internamento na Unidade de Média Duração e Reabilitação.

Não obstante, apurou-se também que a saúde física é o fator que traz mais limitação ao dia a dia do inquirido.

Por outro lado, sentimentos como ansiedade, angústia e humor deprimido originados por dificuldades sociais, relacionais ou mesmo presentes na comunidade acabam também por provocar limitações na realização das atividades de vida diárias ou mesmo diminuição do volume das mesmas.

**Palavra-chave:** Serviço Social, Plano de Intervenção Social, UMDR, Alta, Saúde

## **ABSTRACT**

The main objective of this dissertation's research was to understand whether the individual Social Service plan was implemented in the user's rehabilitation process in their social environment after discharge from the Medium Term and Rehabilitation Unit. The present study was carried out in a Medium Duration and Rehabilitation Unit of the National Integrated Continuing Care Network, using two questionnaires with the defined target population, in this case users who were discharged in a period between 3 and 6 months from the date of carrying out the study.

Thus, with the development of this study, it was possible to understand the correspondence and flaws that the individual social plan presented after discharge, as well as the respondents' adherence to it and what situation they found themselves in.

This study presents concepts related to health, illness, rehabilitation and functionality, as well as loss of autonomy, temporary and prolonged dependencies, and the analysis of these concepts serves to contribute to the discussion of the results obtained.

It is noted that the vast majority of respondents continue to benefit from the Individual Social Plan worked in the context of hospitalization in the Medium Term and Rehabilitation Unit.

However, it was also found that physical health is the factor that brings the most limitations to the respondent's daily life.

On the other hand, feelings such as anxiety, anguish and depressed mood caused by social, relational difficulties or even present in the community also end up causing limitations in carrying out daily activities or even reducing their volume.

**Keywords:** Social Work, Social Intervention Plan, UMDR, Hospital Discharge, Health

## ÍNDICE

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>9</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>Parte I – Fundamentação Teórica.....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo 1 – A saúde e a doença enquadradas nos processos de reabilitação .....</b>	<b>13</b>
<b>1 - Definição de saúde e doença .....</b>	<b>13</b>
<b>2 - Conceito de Reabilitação e Funcionalidade .....</b>	<b>17</b>
<b>3 – Perda de Autonomia .....</b>	<b>19</b>
<b>4 - Dependência temporária vs dependência prolongada .....</b>	<b>20</b>
<b>Capítulo 2 - As políticas de saúde em Portugal de apoio à reabilitação .....</b>	<b>22</b>
<b>1 – Breve evolução histórica do Serviço Nacional de Saúde .....</b>	<b>22</b>
<b>2 - Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 - Tipologias da Rede.....</b>	<b>27</b>
<b>Capítulo 3 - O Serviço Social na Saúde: a atuação dos assistentes sociais nas UMDR .....</b>	<b>31</b>
<b>1 - O papel do Serviço Social nos Cuidados Continuados .....</b>	<b>31</b>
<b>2 - O lugar dos assistentes sociais nas equipas multidisciplinares e a singularidade da sua intervenção .....</b>	<b>36</b>
<b>3 - Equipas Multidisciplinares e a sua intervenção .....</b>	<b>40</b>
<b>4 - A relação do Assistente Social com a Família e Comunidade: ações para o Planeamento da alta.....</b>	<b>41</b>
<b>Parte II – Abordagem Metodológica .....</b>	<b>48</b>
<b>1 - Metodologia .....</b>	<b>48</b>
<b>1.1 – Objetivo do estudo: Perceber o nível de correspondência que o Plano Individual de Serviço Social após alta da UMDR.....</b>	<b>48</b>
<b>1.2 - Tipo de estudo .....</b>	<b>50</b>

<b>1.3 – População alvo e procedimentos de amostragem.....</b>	<b>51</b>
<b>1.6 – Pressupostos éticos utilizados na aplicação do questionário.....</b>	<b>58</b>
<b>1.7 – Apresentação e análise de dados.....</b>	<b>60</b>
<b>1.7.1 – Análise de dados – Short Form Health Survey (SF-12).....</b>	<b>61</b>
<b>1.7.2 – Análise do questionário “O Plano Individual Social após Alta”.....</b>	<b>67</b>
<b>2- Discussão de resultados.....</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>83</b>
<b>SUGESTÕES .....</b>	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO 1 – Questionário SF-12 (Short Form Health Survey).....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO 2 – Questionário “O Plano Individual Social após Alta” .....</b>	<b>105</b>



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CSP – Centro de Saúde Primários

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

PII – Plano Individual de Intervenção

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade de Convalescença

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Classificação do estado de saúde do inquirido .....	61
<b>Tabela 2</b> - Saúde atual e limitações na execução de atividades.....	61
<b>Tabela 3</b> - Problemas apresentados como consequência do estado de saúde físico nas últimas 4 semanas .....	62
<b>Tabela 4</b> - Problemas apresentados como consequência do estado emocional nas últimas 4 semanas.....	63
<b>Tabela 5</b> - Interferência da dor com o trabalho nas últimas 4 semanas .....	64
<b>Tabela 6</b> - Avaliação de como o inquirido se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas .....	65
<b>Tabela 7</b> - Limitações apresentadas pela saúde física ou problemas emocionais dos inquiridos nas últimas 4 semanas .....	66
<b>Tabela 8</b> - Sexo dos inquiridos .....	67
<b>Tabela 9</b> - Estado Civil .....	67
<b>Tabela 10</b> - Habilitações Literárias.....	68
<b>Tabela 11</b> - Apoios contratualizados mantidos pelos inquiridos .....	68
<b>Tabela 12</b> - Apoios que os familiares não conseguiram prestar ao inquirido.....	69
<b>Tabela 13</b> - Apoio cancelados.....	70
<b>Tabela 14</b> - Necessidade de contratualização de mais apoios .....	70
<b>Tabela 15</b> - Necessidade de nova referenciação para RNCCI.....	71
<b>Tabela 16</b> - Avaliação da resposta do plano individual às necessidades dos inquiridos após alta .....	72

## INTRODUÇÃO

A pessoa que sofre, em algum momento da sua vida, de uma doença ou um episódio que origina uma limitação a nível físico ou dependência avaliada como transitória, tem o direito de, em fase de recuperação, beneficiar da continuidade de tratamentos e supervisão clínica de forma continuada, tendo em vista a sua estabilização clínica, reabilitação integral e maximização da sua independência (Ordem dos Enfermeiros et al., 2008, p. 13)

O envelhecimento demográfico que se tem registado em Portugal vem acompanhado de um aumento de doenças crónicas e incapacitantes. Para além destas, a velhice traz consigo, em grande parte das vezes, diferentes níveis e tipos de dependência acabando esta por ser vista como uma consequência natural do avanço da idade. As pessoas idosas veem as suas capacidades físicas mais limitadas, conduzindo assim a mudanças a nível psicológico, físico e social, que tendem a agravar com o passar do tempo. Apesar de grande parte das referenciações para a tipologia de Média Duração e Reabilitação ser de uma camada populacional mais velha, sabemos que a dependência não é somente originada pela idade avançada, muito menos exclusiva desta fase da vida. Cada vez mais a dependência tem visto crescer o seu número em faixas etárias mais jovens, onde é associada a questões de deficiência adquirida ou congénita.

Assim, se o Serviço Nacional de Saúde já tentava prestar uma resposta a esta camada populacional, viu reforçada a sua intervenção com um modelo de funcionamento específico para esta problemática, com foco a nível de promoção de cuidados de saúde, de autonomização em situações de dependência e melhoria de capacidade das famílias em lidar e prestar os cuidados necessários ao utente a partir da criação da RNCCI pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho.

Lado a lado com a intervenção a nível da saúde, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) tem a sua responsabilidade social com o foco tão importante como a reinserção do individuo no seu meio familiar e social.

Ao lado da realidade da saúde trabalhada na Rede, existe também a realidade social da qual não pode ser descurada a sua importância, uma vez que é da responsabilidade do Assistente Social ligar o utente à Equipa e serviços, mostrando-se como um facilitador em todas as fases do internamento. É o elemento da Equipa tido como fonte imediata de suporte e apoio ao utente e família, promovendo a colaboração facilitada de todos os elementos envolvidos.

O dinamismo presente na RNCCI tem representado uma mais-valia na vida de todos que por ela passam e dela beneficiam. E se a nível da reabilitação física os “frutos” são colhidos maioritariamente durante o internamento, a nível social esses são trabalhados durante a permanência do utente, mas só vistos quando este é integrado novamente na comunidade e no seu meio.

Assim, considera-se importante explorar conceitos como a funcionalidade, a perda de autonomia, dependência temporária e prolongada, bem como perceber que respostas compõem a RNCCI, a singularidade do papel e atuação do Assistente Social no planeamento da alta e como este integra e contribuiu para o trabalho realizado em Equipa Multidisciplinar.

Desta forma, este estudo pretende perceber e avaliar se o trabalho realizado pelo Assistente Social através do Plano Individual de Serviço Social foi concretizado, concluindo-se que na sua grande maioria cumpre o que está preconizado e esperado por este profissional no âmbito das Unidade de Média Duração e Reabilitação.

## **Parte I – Fundamentação Teórica**

### **Capítulo 1 – A saúde e a doença enquadradas nos processos de reabilitação**

#### **1 - Definição de saúde e doença**

O conceito de saúde tem a si intrínsecas várias e diferentes conotações que ao longo do tempo se têm formado, tendo por base significados construídos sobre a natureza do corpo, as relações entre este, a pessoa, ambiente e espírito bem como as suas funções e a sua estrutura.

Cronologicamente, pode ser feita uma divisão em quatro partes no que diz respeito à evolução da saúde. A que decorreu até à idade média, época em que surgem os princípios básicos da ciência em que Descartes, Newton e Galileu defendiam o modelo mecanista ou cartesiano, considerando e incluindo o homem no universo, como uma máquina em que o seu funcionamento era de acordo com as leis da matemática.

Após o Renascimento surge o modelo biomédico, que em grande parte se baseava na visão cartesiana, considerando a doença como uma avaria definitiva ou temporária de uma parte ou a relação entre várias partes do corpo humano. É nesta época que existe uma reorientação da prática e da investigação médica, tornando-se possível responder a grandes questões de saúde através do paradigma a que foi dado o nome de “Teoria do Germe” (Pires, 2017, p.30).

A terceira fase inicia após a Revolução Industrial, com as mudanças sociais e demográficas resultantes das alterações que se verificaram no sistema de produção, levando estes a uma mudança ecológica que esteve na base das epidemias que acabaram por aparecer naquela altura, como o sarampo, tuberculose, entre outras. Foi no século XIX que se abriram caminhos novos à medicina, tendo como base o domínio da biologia, química e da física, em que a ciência tinha agora métodos e instrumentos de investigação que lhe tornava possível adotar uma abordagem analítica identificando o normal do patológico, bem como separar cada vez mais o doente da doença e o corpo do espírito, procurando de forma mais exata o tipo de tratamento. É com esta separação acima referida que a doença deixou de ser vista como holística e o modelo biomédico ganhou terreno na área da saúde tornando-se dominante.

No século XX os serviços de saúde detinham capacidade e estrutura para receber e atender doentes, sendo que cabia aos médicos a responsabilidade pela saúde de cada um, numa

perspetiva de que o corpo enquanto parte mecânica, quando necessário, haveria de ser reparado, reduzindo-se assim à doença.

É com o fim da II Guerra Mundial que se inicia uma quarta fase da evolução da saúde, em que se sentiu uma grande necessidade por parte da população mundial em se reconfigurar e aproximar, uma vez existir a ambição, cada vez mais notória, de alcançar uma vida melhor devido também ao desenvolvimento que se sentiu na sociedade e na saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

Segundo a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1948, a definição de saúde assume-se como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Nesta definição estão implícitas as iniciativas de promoção de saúde não só dirigidas para o controlo de sintomatologia, aumento da expectativa de vida ou diminuição da mortalidade, mas também priorizados aspetos como a qualidade de vida do indivíduo e o seu bem-estar (Cristina Navarro et al., 2006, p.2).

É importante referir que nesta definição estão abrangidas as dimensões social, biopsicológica e o conceito de bem-estar, não como um conceito oposto à doença, mas com referência à harmonia e equilíbrio do indivíduo.

Posteriormente à publicação da Carta Magna da OMS, um dos seus autores, Terris, contrapôs, em certa parte, a definição presente nesta Declaração, definindo saúde como um bem-estar físico, social e mental, mas onde nesta definição também estivesse presente a capacidade de funcionamento do indivíduo, não tendo só em conta a existência ou não de doenças ou enfermidades. Apesar de esta definição introduzir a realização de atividade no dia a dia do indivíduo, é algo que é tomado como garantido para a maioria das pessoas que reúnem condições de saúde, uma vez terem capacidade para realizar as suas atividades diárias. Contudo, esta definição pode ser refutada considerando que certas doenças numa fase inicial não apresentam limitações funcionais nem sintomatologia (Carvalho & Carvalho, 2006).

Alguns conceitos de saúde que tinham vindo a ser construídos por Marc Lalonde, Julius Richmond e pela Organização Mundial da Saúde acabaram por se difundir na Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários, a 12 de setembro de 1978. Esta declaração foi o culminar de uma Conferência onde o conceito de saúde foi reafirmado como um completo estado de bem-estar mental, físico e social e não apenas a ausência de uma doença, considerando-se um direito fundamental intrínseco a cada indivíduo, sendo a obtenção deste nível de saúde a meta mais importante a nível social. Foi à data da construção deste

novo modelo que se afirmaram dois conceitos centrais, sendo eles o estilo de vida e a promoção da saúde (Albuquerque & Oliveira, 2002).

A 21 de novembro de 1986 realizou-se a primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, onde foi aprovada a Carta Ottawa que continha as orientações de forma a ser atingida a saúde para todos no ano 2000 e subsequentes. É nesta carta que se reafirma a importância da promoção à saúde, caracterizando os aspetos sociais como influência para a qualidade de vida e saúde, estimulando a uma maior participação da sociedade neste processo. À data desta Conferência, o conceito de saúde tinha em conta o cuidado que cada pessoa tinha consigo mesma e com os outros e pela responsabilidade em ter controlo e tomar decisões sobre a própria vida (Heidmann et al., 2006).

Carvalho (2002) atribui à saúde uma concepção, que no seu ponto de vista, seria mais realista. Define-a como uma completa adaptação do homem ao meio tendo em conta a preservação da sua integridade mental, física e social (Carvalho, 2002).

A saúde é um domínio da vida de cada indivíduo que se caracteriza como principal e essencial, acabando por dizer respeito a todos nós, sendo que, por ter uma ligação direta com a existência de vida humana, pode ter várias interpretações. Adquire assim um sentido variável, em que pode ter definições tão diferentes que as mesmas podem entrar em campos contraditórios (Araújo, 2004).

Também se pode considerar, por outro ponto de vista, que o conceito de saúde inclui cinco dimensões e que em cada uma delas existem áreas que devem coexistir de forma equilibrada. A saúde emocional onde está presente a gestão de stress e crises emocionais, a saúde intelectual com foco no desenvolvimento pessoal, profissional e investimento na educação, a saúde social onde se reúnem as relações interpessoais com família, amigos e comunidade em geral, a saúde física que incorpora os cuidados de alimentação, cuidados médicos, condição física e o controlo de consumo de determinadas substâncias e a saúde espiritual que abarca aspetos como caridade, esperança, amor e objetivos de vida (Segre & Ferraz, 1997).

Por outro lado, o conceito de saúde está, em grande parte, ligado à responsabilização que a pessoa e comunidade têm no que se refere ao cuidado adotado ou não. Consoante os comportamentos adotados, podemos categorizar os mesmo por estilo de vida e comportamentos pessoais; condição socioeconómica, ambiental e cultural e as influências que existem dentro de uma determinada comunidade que poderão prejudicar, manter ou beneficiar a saúde (Gaspar, 2013).

Durante vários séculos, a saúde era assumida como o oposto da doença, considerando-se a última como a presença de perturbações biológicas e/ou físicas, vista como um acontecimento tido como acidental que atingiria o organismo do indivíduo, sem que houvesse a possibilidade de agir de forma a evitar que esta se propagasse (Carvalho & Carvalho, 2006).

Quanto ao conceito de doença, podemos vê-la como um acontecimento biológico que se caracteriza pela ocorrência de sintomatologia física ou mesmo patologias do foro orgânico que surgem a uma determinada altura e que podem ou não ser clinicamente perceptíveis, sendo que a atribuição do conceito de doença é suscetível de diagnóstico por parte de um profissional de saúde (Araújo, 2004).

A doença pode ser caracterizada como algo que causa uma interferência direta com a capacidade de uma pessoa agir conforme deseja, manifestando-se geralmente como fator perturbante para as pessoas que dela padecem, impossibilitando-as de realizar atividades que de uma forma geral esperariam conseguir fazer (Hegenberg, 1998).

O termo doença deriva da palavra latina “dolentia”, que significa padecimento, considerada uma condição anormal de um organismo que faz interferência com as funções corporais tendo a estes associados determinados sintomas. A doença pode ser despoletada por disfunções internas como doenças autoimunes ou por fatores externos como é o caso das infeções (Branco, 2010).

O conceito de doença não pode ser abordado de forma isolada, uma vez que as experiências subjetivas do doente e as reações sociais do mesmo e do seu meio, por serem determinantes, também têm de ser tidas em conta. Existe a realidade biológica do que é a doença e a realidade social que não é mais do que o significado e a experiência social deste mesmo problema biológico, sendo que o conceito de doença adquire automaticamente um significado social, considerando ou desconsiderando a valorização dos sintomas por parte de cada sociedade e dos doentes que por delas padecem. Também está presente o contexto cultural que determina como um doente pode vir a lidar com a saúde, a doença e os sintomas, uma vez que existem influências a nível da educação, idade, sexo, circunstâncias materiais, entre outros (Bäckström, 2016).

Desta forma, percebe-se que o conceito de doença não só se constitui como um fator físico, mas também como um fenómeno social e cultural que vai diferindo de acordo com as diferentes sociedades e épocas (Corrondo, 2006).



Uma vez explorados os conceitos acima presentes, é imperativo visitar as definições daquilo em que as Unidades de Média Duração e Reabilitação focam a sua prática diária, sendo elas a reabilitação e funcionalidade.

## **2 - Conceito de Reabilitação e Funcionalidade**

Considerando o foco do trabalho desenvolvido nas tipologias que foram criadas para fazerem parte da RNCCI e para dar resposta às problemáticas existentes na sociedade, a reabilitação e funcionalidade tornam-se conceitos presentes em todas elas, podendo existir um trabalho mais intenso em determinadas tipologias, contudo todas recebem diariamente uma determinada camada da sociedade que de diferentes formas vê a necessidade de reabilitação ou por outro lado a sua funcionalidade atingida. Assim, este capítulo tem como objetivo contribuir com a definição destes conceitos dando bases ao estudo que terá lugar na segunda parte do presente trabalho.

Relativamente ao conceito de reabilitação, este diz respeito a um processo/cuidado de saúde, que tem o seu foco na recuperação de uma função ou atividade que a pessoa tenha perdido devido a uma doença ou outro acontecimento e que à data se revele incapacitante. A reabilitação passa pelo restabelecimento das capacidades físicas, mentais, psíquicas e da saúde do indivíduo, tratando-se de uma especialidade multidisciplinar, com procedimentos específicos e um corpo de conhecimento alargado capaz de intervir com pessoas a sofrer de doenças crónicas, doenças agudas ou mesmo sequelas, maximizando a sua independência e potencialidade funcional, sendo que este processo pressupõe menor dependência e tempo de internamento, maior qualidade de vida e ganhos em saúde através de uma atuação precoce (Freitas, 2017).

A Declaração de Direitos das Pessoas Deficientes, que veio a ser aprovada a 9 de dezembro de 1975 na Assembleia Geral da ONU, define o conceito de reabilitação como um processo com um objetivo definido e duração limitada, tendo em vista o correto alcance mental, físico ou social, oferecendo ao utente as ferramentas ou meios necessários para modificar a sua vida, como por exemplo ajudas técnicas, ou até mesmo medidas que tenham o foco nos reajustes sociais, no que concerne ao dia a dia deste (Entidade Reguladora da Saúde, 2021).

O conceito de reabilitação está presente nas diferentes fases da vida de qualquer indivíduo, através de um trabalho de desenvolvimento a nível funcional, psíquico, físico, social, profissional, ocupacional, educacional, entre outros.

A reabilitação, enquanto serviço prestado, acaba também por ser uma componente importante no que diz respeito à promoção, assistência de pessoas, prevenção, manutenção do bem-estar e saúde, não só do indivíduo, mas como da sua família e comunidade envolvente (Lomônaco & Cazeiro, 2006).

O processo de reabilitação está orientado sobretudo para a redução e superação da condição de incapacidade com o objetivo de permitir à pessoa a sofrer dessa incapacidade a sua recuperação total ou parcial das capacidades de realizar algumas das atividades que a maioria da população faz, tendo em vista a potencialização da sua integração e participação (M. I. d. Carvalho & Pinto, 2016)

O conceito de funcionalidade, definido pela Organização Mundial de Saúde em 2001, engloba todas as funções do corpo bem como a capacidade da pessoa em realizar as tarefas ou atividades do dia a dia, tendo em conta a sua participação ativa na sociedade. Este conceito acaba por se ligar ao conceito de incapacidade uma vez que esta abrange manifestações de doença como dificuldades em realizar as atividades de vida diárias, dificuldades na pessoa se integrar e interagir em sociedade, prejuízos nas funções do corpo, entre outros (Sampaio, et al., 2005).

O conceito acaba por englobar todas as funções esperadas pelo corpo, a capacidade de participação e realização em atividades reforçando os aspetos positivos da interação da pessoa com uma determinada condição de saúde (Fontes et al., 2013).

A funcionalidade está então diretamente ligada à capacidade de uma pessoa desempenhar atividades que pensou e planeou no seio do seu ambiente, quer seja ele a sua comunidade ou instituição. O conceito de funcionalidade acaba também por se agregar ao conceito de saúde, ou seja, numa lógica em que as normas/desvios dos parâmetros biomédicos se vão exteriorizar no desvio comportamental do corpo no que concerne às suas atividades funcionais. (Feio, 2007)

### **3 – Perda de Autonomia**

Assim como os conceitos acima explorados, o conceito de autonomia ou a perda dela também se encontra diretamente ligada com o conceito de saúde e independência.

Podemos considerar uma pessoa autônoma, aquela que dispõe de todas as funcionalidades e capacidade necessárias para realizar todas as atividades a que se predispõem sem que tenha de ser auxiliada por terceiras pessoas, implicando indispensavelmente de um certo nível de aptidão funcional e de saúde. Assim, a autonomia e independência surgem sempre que uma pessoa consegue desenvolver/cumprir/satisfazer um comportamento que foi este que decidiu de acordo com a sua vontade própria.

O conceito de autonomia é frequentemente associado à capacidade de poder fazer, do indivíduo dispor de forma livre de si, cabendo ao mesmo a possibilidade, vontade ou desejo de decidir o que quiser.

Com o ganho de idade, maior longevidade ou até mesmo por outros fatores como mudanças radicais de rotina por algum acontecimento que assim o tenha determinado, a autonomia começa a ser comprometida revelando-se um problema na participação individual da pessoa em sociedade (Paço, 2016).

Existem três grandes grupos para classificar o grau de autonomia: Baixa autonomia, em que o indivíduo apresenta uma dependência alta no que diz respeito à realização das suas AVD's (Atividades de Vida Diárias) não se conferindo também o volume normal de relações sociais; Média autonomia, em que o indivíduo necessita de apoio familiar ou de outros devido a perdas sensoriais ou incapacidade intelectual, contudo ainda se encontra capaz de gerir grande parte da sua rotina diária; e autonomia elevada, em que o indivíduo apresenta qualidade de vida e independência quanto à gestão do seu dia a dia e realização das atividades que o mesmo decide realizar (Branco, 2010).

É então possível perceber que a falta de autonomia é exatamente o inverso do conceito de autonomia, onde está presente a incapacidade de realização das atividades que a pessoa deseja executar, quer seja por falta de níveis de funcionalidade ou por questões mentais e intelectuais que não permitem a sua satisfação. A perda de autonomia pode acontecer quer por questões derivadas do envelhecimento como por questões de doença ou episódios traumáticos que levaram o indivíduo ao estado de perda de autonomia, contudo é importante ter em conta que a autonomia perdida, pode em certos casos ser recuperada, consoante o potencial de reabilitação que cada pessoa apresenta perante certa dependência.

Assim, pode-se estar perante uma dependência temporária ou prolongada. Existindo diferenças entre estas, serão estudados os seus conceitos no próximo ponto.

#### **4 - Dependência temporária vs dependência prolongada**

Podemos perceber que à medida que a pessoa envelhece existem atividades de vida diárias que deixam de ser executadas de forma independente ou com a mesma facilidade. Isto pode dever-se a dois motivos: pela perda global das funções fisiológicas que acontecem naturalmente com o passar dos anos e com o decorrer do processo de envelhecimento ou causados por uma ou várias doenças crónicas como por exemplo doenças do foro mental, aparelho respiratório, doenças cardiovasculares, neoplasias, entre outras. É importante realçar que fora estes motivos existem fatores ambientais, sociais e genéticos que poderão condicionar o surgimento de diferentes quadros de dependência (Pires M. A., 2014).

Segundo o 3º artigo do Decreto-lei nº101/2006 de 6 de junho, a dependência é definida como uma situação em que o indivíduo se encontra, neste caso com perda ou falta de autonomia psíquica, física ou intelectual, por resultado ou agravamento de uma doença crónica, sequelas pós-traumáticas, demência orgânica, deficiência ou doença severa e/ou incurável ou mesmo por apoio familiar insuficiente ou ausente, que por si só não conseguirá fazer face às necessidades diárias (DRE, Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho - Artigo 3º, 2006).

A dependência engloba a incapacidade do indivíduo em assumir comportamentos ou até mesmo realizar determinadas tarefas por si próprio sem auxílio de terceiras pessoas, sendo apenas com intervenção destas que se consegue alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades da pessoa com dependência. Por nível aceitável de satisfação, entende-se que seja um nível que permita a presença de um equilíbrio psicológico e fisiológico, manifestando-se assim no bem-estar global da pessoa (Martins, 2003).

O papel dos Cuidados Continuados acaba por estar bastante presente quando se trata de dependência, uma vez que estamos perante um ciclo em que normalmente, quanto mais grave for a doença, mais graves também serão as sequelas por ela provocadas, conferindo-se um maior grau de dependência, que acaba por se refletir de forma negativa quer no bem-estar quer na autoestima da pessoa que se vê com esta alteração na sua vida. Para além destes, os Cuidados Continuados atuam num período de maior fragilidade,

proporcionando ao indivíduo uma vida com mais qualidade, dignidade e um maior bem-estar.

Quanto à dependência temporária e dependência prolongada, estas poderão encaixar-se em diferentes tipologias da Rede. Por norma, os indivíduos que apresentam uma dependência temporária são referenciados para a tipologia de Média Duração e Reabilitação, após avaliação que, normalmente, confere uma probabilidade significativa de reabilitação funcional e potencial para atingir maiores níveis de autonomia. Estes utentes nem sempre registam antecedentes pessoais e costumam enquadrar-se numa faixa etária relativamente mais nova, mas que devido a um período agudo de saúde viram a sua independência comprometida. Por outro lado, os indivíduos que apresentam dependência prolongada são referenciados para a Tipologia de Longa Duração e Manutenção, visto o potencial de reabilitação já não ser elevado e a sua situação de dependência já existir devido a patologias antigas e em grande parte associadas à idade. Desta forma, a referência desta camada populacional é realizada com o intuito de manter os ganhos ou o estado atual da pessoa.

Pode-se classificar a dependência em 3 níveis: baixa dependência, média dependência e elevada dependência. Na baixa dependência estão todos os indivíduos que apenas necessitam de vigilância ou supervisão uma vez que ainda têm alguma autonomia quer funcional quer a nível da realização de atividades de vida diárias como vestir e despir, fazer a sua higiene pessoal, entre outras. A média dependência diz respeito aos indivíduos que precisam de supervisão e colaboração de terceira pessoa em alguma AVD's como fazer a gestão medicamentosa, tomar banho, alimentação, entre outras. Quanto à elevada dependência, neste nível estão englobados os indivíduos que necessitam de ajuda permanente para a realização até das tarefas mais básicas, sendo que normalmente se trata de pessoas acamadas ou com restrições a nível de funcionalidade e mobilidade muito elevadas (Pires M. A., 2014).

## **Capítulo 2 - As políticas de saúde em Portugal de apoio à reabilitação**

### **1 – Breve evolução histórica do Serviço Nacional de Saúde**

O início da revolução nas respostas de saúde no território português teve maior impacto através da promulgação da lei de organização hospitalar nº 2011 de abril de 1946, altura em que o Serviço Social vê efetivada a sua institucionalização em Portugal. Esta lei vem estabelecer a primeira consagração da jurisdição profissional do Serviço Social em âmbito hospitalar, tendo sido desenvolvida pelo regulamento geral dos hospitais através do qual a profissão passa a coordenar o trabalho voluntário bem como começa a participar no conselho técnico dos hospitais, publicado no Decreto-Lei nº 48358/68, de 27 de abril de 1968 (Oliveira, 2016).

No ano de 1979, com a lei n.º 56/79 de 15 de setembro, viria a ser criado o Serviço Nacional de Saúde inserido no Ministério dos Assuntos Sociais, definindo-se como um instrumento que faria parte do Estado, assegurando o direito e equidade de acesso por parte de todos os cidadãos à proteção na saúde, não olhando à condição social ou económica incluindo também pessoas estrangeiras, apátridas ou em regime de reciprocidade. Dentro do SNS estão presentes todos os cuidados integrados, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, vigilância e reabilitação médica e social, tendo este a sua autonomia administrativa e financeira (SNS, História do SNS, 2023).

A organização do Serviço Nacional de Saúde acabou por se tornar descentralizada e desconcentrada, existindo assim órgãos centrais, regionais e locais, dotados de serviços focados nos cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados, que é o caso das instituições especializadas e hospitais. O funcionamento do SNS também está diretamente ligado à Lei de Bases de Saúde, aprovada a 24 de agosto pela lei nº48/90, revogada pela atual lei de 4 de setembro nº95/2019, em que a lei de bases tem como objetivo a regulação tanto do funcionamento como da organização do SNS, da natureza jurídica dos estabelecimentos e serviços integrados, sendo o Estado responsável por assegurar recursos necessários para o correto funcionamento e efetivação do direito à proteção de saúde (Lisboa, 2019).

Relativamente ao direito à proteção da saúde, este só é exequível através do SNS geral, universal e gratuito, ainda que tendencial, tendo este tornado-se possível através da criação de condições culturais, sociais, económicas e ambientais por parte do Estado, bem como uma cobertura racional e eficiente e recursos humanos e unidades de saúde em todo o país (DRE, Artigo 64 ) Dentro do Sistema de Saúde existem diferentes respostas quanto

à prestação de cuidados, estando estes divididos por instituições que os representam, sendo os grupos de cuidados primários, diferenciados e especializados. Quanto ao grupo de cuidados de saúde primários (CSP), ou preventivos, estes destacam-se por ser o primeiro contacto que a comunidade tem como o SNS, destacando-se a transversalidade e abrangência desta resposta ao longo dos anos. É nos CSP que está presente uma resposta próxima e personalizada a cada utente, com foco na prevenção de doenças, diagnósticos, tratamentos, reabilitação e educação desde cedo para a saúde, facilitando-se assim a assistência de qualidade por especialistas, normalmente de Medicina Geral e Familiar.

Quanto ao grupo de cuidados diferenciados, estes caracterizam-se por ser uma resposta direcionada para a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde e diagnóstico, terapêutica, tratamento e reabilitação que seja necessário em âmbito hospitalar. Estes cuidados acabam por estar mais direcionados para doentes que se encontrem em fase de doença aguda e a precisar de intervenção especializada com necessidade de recurso a meios tecnológicos, também eles diferenciados.

Relativamente aos cuidados de saúde especializados, estes contam com profissionais, equipamento e conhecimentos especializados de forma a prestarem cuidados altamente diferenciados, assistindo e acompanhando doentes que necessitam de uma determinada intervenção ou tratamento. É o caso dos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO) (Gonçalves, 2022).

Identificadas as diferentes respostas no que diz respeito a cuidados de saúde, é possível perceber que há efetivamente um foco naquilo que é a resposta para o tratamento e cura, mas não para a continuidade de cuidados após o período atrás referido. É a partir do funcionamento destas resposta que se percebe a verdadeira importância da criação de uma política de saúde direcionada para os cuidados continuados, justificando-se para além deste com duas razões: a necessidade urgente de encaminhamento de utentes que já não precisavam de estar internados em âmbito hospitalar, mas que ainda necessitavam de uma continuidade de cuidados, existindo assim um grande número de internamentos hospitalares que levavam a que os hospitais não conseguissem admitir novos doentes, visto os “ antigos”, que já não necessitavam destes cuidados, se encontrarem como obstáculos para novas admissões. Estes obstáculos davam-se porque os utentes que já tinham usufruído dos cuidados necessários não se encontravam agora capazes de regressar aos seus domicílios ou resposta social em que estavam integrados anteriormente. Existindo esta necessidade de alargamento de respostas dentro do SNS, este acabou por ficar responsável pelos “Cuidados Continuados” que até à data só tinha

realizado algumas experiências e tentativas de criação de hospitais de retaguarda que acabaram por não surtir o efeito pretendido, contudo estas tentativas foram o “combustível” para o arranque daquilo que seria nos dias de hoje a RNCCI.

## **2 - Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

Desde a entrada na agenda política até à implementação da medida, podem-se destacar diversos momentos que marcaram o avanço e impulsionamento da criação da Rede.

Em 1998, é publicado o despacho conjunto nº407/98 de 18 de junho, que vem aprovar as orientações reguladoras tornando possível uma intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados a pessoas que à data se podiam encontrar numa situação de dependência, tendo sido fornecidas coordenadas para auxiliar à criação de um modelo de intervenção articulada entre a saúde e ação social. O objetivo deste modelo era a promoção da autonomia de pessoas em situação de dependência, a prestação de cuidados no domicílio sempre que possível, o reforço e apoio às famílias quanto as suas capacidades em lidarem com este tipo de situações, possibilitando sempre os internamentos em Unidades residenciais sempre que se verificasse essa necessidade e benefício de reabilitação.

Foi apenas na Resolução do Conselho de Ministros nº59 de 22 de maio de 2002, tendo Portugal como Primeiro-Ministro o Dr. António Guterres, que se começou a falar de uma Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com a finalidade de prestar apoio social e cuidados de saúde à população que se encontrava com um determinado grau de dependência, abrangendo todas as faixas etárias. Com uma necessidade cada vez mais notória de existência desta resposta, tanto a ideia de cuidados de longa duração como continuados integrados começaram a ganhar mais peso na discussão juntos das agendas políticas dos governos europeus, até porque à data a Organização Mundial de Saúde estimava que nos 20 anos que se sucedessem, os cuidados de saúde à população idosa iriam aumentar em 300%, bem como a prevalência de doenças de evolução prolongada e não transmissíveis.

O objetivo era então criar e manter uma Rede garantindo a proteção social e financeira de forma sustentável com diversas respostas, estruturadas em redes locais e a funcionar com organismos públicos e privados para que num futuro próximo se pudessem estender a nível regional e nacional. Nesta época, foi-lhe dado o nome de REDE MAIS (Série-B, 2002).



Em 2003, estando em funções o XV Governo Constitucional, tendo como Primeiro-Ministro Dr. José Durão Barroso e Presidente da República Dr. Jorge Sampaio, é publicado o decreto-lei nº 281/2003 de 8 de novembro, onde é criada a Rede de Cuidados Continuados de Saúde, tendo como objetivo um SNS assente num modelo mais justo e solidário, que em tempo útil conseguisse prestar com eficácia e humanização os melhores cuidados de saúde à população. Este decreto-lei também tinha como foco a participação de entidades sociais, públicas e privadas que estivessem dotadas e capazes de prestar cuidados de saúde garantindo e promovendo o bem-estar, conforto, qualidade de vida de pessoas com diagnósticos de doenças degenerativas ou crónicas ou até mesmo por fatores psicológicos e físicos em que se conferissem dependências ou limitações funcionais. Por outro lado, existiriam recursos técnicos e humanos para aliviar o sofrimento e dor, humanizando dentro das possibilidades o período terminal de vida. Posto isto, a Rede seria inserida nos serviços que já estavam em funcionamento dentro do SNS, tanto por Misericórdias, entidades privadas, pessoas coletivas de utilidade pública e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), através de contratos celebrados de acordo com a legislação em vigor ou acordos de cooperação.

Em 2005, já no XVII Governo Constitucional, com o Primeiro-Ministro Dr. José Sócrates, através da Resolução de Conselhos de Ministros nº84/2005, foram aprovados os princípios fundamentais que serviriam de orientação para a estruturação dos cuidados de saúde a pessoas idosas ou com dependência. Para além da carência que o SNS sentia em não ter uma resposta diferenciada e personalizada no que diz respeito aos cuidados continuados, havia também a necessidade de organização entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Solidariedade e Segurança Social. Assim, o foco nesta estruturação seria garantir a prática dos cuidados de saúde continuados, em contacto com os Serviços Comunitários de Proximidade (SCP), hospitais, Unidades de Cuidados Paliativos, Centros de Saúde, Unidade de Cuidados Continuados e instituições de apoio social (Gonçalves, 2022).

De referir que, entre 2000 e 2006, Portugal contou com o cofinanciamento do Programa Operacional “Saúde” por parte da Comissão Europeia, que tinha como objetivo aumentar o nível de serviços de saúde, garantindo a equidade da resposta a toda a população.

É então no mesmo Governo Constitucional, à data com o apoio parlamentar maioritário do PS, que pelo Decreto-lei nº101/2006 de 6 de junho nasce a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. A meta do Governo em funções era a organização de políticas da segurança

social e de saúde de forma a ter uma resposta próxima, humanizada e qualificada na prestação de cuidados bem como criação de serviços comunitários de proximidade, potenciando sempre as redes locais.

Para este feito, foram ouvidos a título facultativo a Ordem e Federação Nacional dos Enfermeiros, Ordem e Federação Nacional dos Médicos, Sindicato Independente dos Médicos, Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses, União de Misericórdias Portuguesas, a Associação Nacional dos Municípios Portugueses e a Comissão Nacional de Proteção de Dados.

A Rede teve a sua fase experimental, sendo que as experiências-piloto começaram em 2005 no Algarve contando com duas Equipas de Cuidados Continuados Integrados no domicílio na altura integradas no Centro de Saúde de Loulé. Em 2006 existiam já quatro equipas multidisciplinares. Com a avaliação da implementação da Rede feita nesta fase experimental foi possível perceber que existia uma grande procura dos cuidados de saúde e que era notória a necessidade de aumento do número de profissionais dotados de formação técnica tanto para intervir no sistema social como no sistema de saúde. Ao mesmo tempo foi igualmente possível perceber que as necessidades da população foram demonstradas e correspondidas devido à alta taxa de ocupação de camas que o projeto contava na altura.

Seguem-se algumas portarias e decretos-lei que importam fazer referência no que concerne ao desenvolvimento da Rede. A Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro vem fixar em tabela a comparticipação da Segurança Social sempre que o valor pago pelo utente não consiga cobrir o valor total diário de internamento. A saúde mental, no XVIII Governo Constitucional, revelou-se uma matéria de extremo interesse e necessidade de criação de uma resposta específica, sendo que através do Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro se vêm a criar várias Unidades de cuidados continuados e equipas de saúde mental, resposta esta direcionada para toda a população que padeça de uma doença mental grave e que se revelem dependentes ou com incapacidade psicossocial. Estas Unidades contariam também com a articulação da Segurança Social.

Em 2011, são estabelecidas as coordenações nacionais, regionais e locais quer das equipas prestadoras quer de Unidades de Cuidados Continuados Integrados de saúde mental através da Portaria n.º 149/2011 de 8 de abril. Neste período o foco foi também direcionado para a construção de estruturas reabilitativas que dessem uma resposta adequada aos diferentes graus de dependência e incapacidade de população infantil, adolescente ou adulta a sofrer de uma doença mental grave (Saúde M. d., 2011).

O decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho veio a ser alterado pela primeira vez e o decreto-lei nº 8/2010 de 28 de janeiro pela segunda vez através do Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho. Este refere-se à criação de Equipas e Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, prevendo-se que as Unidades da Rede possam trabalhar em simultâneo com as Unidades de Cuidados Paliativos, sendo coordenadas pela mesma estrutura de forma que a Rede possa integrar em Equipas Comunitárias de Suporte nos Cuidados Paliativos e por outro lado as Unidades e restantes serviços da Rede possam prestar apoio em situações paliativas (Saúde D. -M., 2015).

O despacho nº 1269/2017 de 6 de fevereiro, já estando em funções o XXI Governo Constitucional, vem autorizar que as Administrações Regionais de Saúde (ARS) possam assumir compromissos quanto aos contratos celebrados com entidades prestes a serem integradas na Rede ou mesmo já integradas na área da saúde mental (DRE, Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro, 2017).

Em 2019, tendo como objetivo o reforço da coordenação quer do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social quer do Ministério da Saúde, é designada pelo despacho n.º 176-D/2019 de 4 de janeiro a Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI contando com dois coordenadores cada um do seu Ministério, reforçando, entre outras tarefas, a regularidade e proximidade das reuniões com a Equipa Coordenadora Regional (DRE, Despacho n.º 176-D/2019, de 4 de janeiro, 2019).

## **2.1 - Tipologias da Rede**

A RNCCI tem, atualmente, diversas respostas sendo que se diferem por tipologias.

A prestação de cuidados integrados é realizada por Unidades de internamento, Unidades de ambulatório, Equipas hospitalares e Equipas domiciliárias, sendo que dentro de cada um destes serviços existem diversas tipologias (ACSS, 2006).

Das Unidades de internamento fazem parte as Unidades de Convalescença (UC), as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários (ECCI) (DRE A. 1.).

Relativamente às Unidades de Convalescença, esta resposta conta com um internamento de 30 dias e o foco populacional centra-se em doentes que apesar de não precisarem de

cuidados hospitalares agudos possam estar a passar por uma situação de doença súbita, descompensação ou recorrência do processo crónico e que assim necessitem de cuidados de saúde que por revelarem complexidade, frequência ou até duração não é viável que estes cuidados sejam prestados no domicílio. As UC asseguram cuidados de enfermagem e médicos permanentes, reabilitação funcional intensiva, apoio psicossocial, exames laboratoriais, radiológicos e de diagnóstico, prescrição e administração de medicamentos, fisioterapia, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer.

As Unidades de Média Duração e Reabilitação conferem a cada utente o direito a um internamento com a duração máxima de 90 dias e a sua resposta destina-se à população que na sequência de uma doença aguda ou até mesmo agudização de uma doença crónica viram a sua autonomia e funcionalidade perdidas ou afetadas, mas que ainda assim avaliam a sua reabilitação funcional como algo possível e atingível, sendo que os cuidados de saúde e apoio social pela sua frequência obrigam a uma permanência nestas Unidades, uma vez que no domicílio não seria possível prestar este mesmo apoio e acompanhamento no decorrer da reabilitação. As UMDR primam, entre outros, pelos cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes, intervenção a nível da reabilitação funcional, fisioterapia, terapia ocupacional, administração medicamentosa e apoio psicossocial.

As Unidades de Longa Duração e Manutenção apresentam-se como a tipologia que, à partida, terá os internamentos mais longos, sendo estes superiores a 90 dias. É a resposta mais adequada para a camada populacional que sofre de um processo ou doença crónica em que são conferidos diversos graus de dependência ou complexidade e que cumulativamente não tenham condições para lhes serem prestados os cuidados no seu domicílio ou até noutra tipo de resposta social. Assim, as ULDM são responsáveis pela manutenção dos cuidados de saúde e apoio social, com o objetivo de retardar a situação de dependência procurando aliar a estes o maior conforto e qualidade de vida. Nestas Unidades o foco em termos de reabilitação funcional é a sua manutenção bem como cuidados de enfermagem e médicos, controlo fisiátrico, fisioterapia, terapia ocupacional, animação sociocultural, atividades de estimulação e manutenção, entre outros.

De referir que, apesar de se conferir um internamento superior a 90 dias nesta tipologia, poderá a mesma servir para apoio familiar ou descanso do principal cuidador, podendo este período chegar até aos 90 dias por ano, divididos por três períodos ao ano.

Por último, das Unidades de internamento fazem parte as Unidades de Cuidados Paliativos, normalmente localizadas num hospital de forma a se assegurar um

acompanhamento, supervisão e tratamento clínico de doentes que, devido a doença avançada ou severa, incurável ou progressiva, se encontrem numa situação clínica de sofrimento e complexa. As UCP contam com cuidados médicos diários e de enfermagem, fisioterapia, prescrição e administração de fármacos, exames complementares de diagnóstico, apoio psicossocial e espiritual, atividades de manutenção e consultas ou seguimento destes doentes que porventura se possam encontrar internados noutros serviços ou Unidades da Rede.

Quanto às Unidades de ambulatório, destas fazem parte as Unidades de dia e de promoção de autonomia que têm como objetivo a prestação de cuidados integrados de suporte promovendo o apoio social e a autonomia do indivíduo que se encontra em regime ambulatório, mas que ainda assim não reúne condições para ser cuidado no seu domicílio. Estas Unidades promovem cuidados médicos e de enfermagem periódicos, atividades de manutenção e de estimulação, apoio psicossocial, higiene pessoal quando necessária, controlo fisiátrico periódico e animação sociocultural (SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, s.d.-b)

As Equipas Hospitalares são constituídas pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) e pelas Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP).

A EGA é uma equipa multidisciplinar, que no mínimo terá de ser constituída por um médico, assistente social e um enfermeiro. Trabalha na preparação e gestão de altas de utentes que se encontram hospitalizados noutros serviços, garantindo que esta população tem o seguimento adequado dos seus problemas de saúde e sociais, quer seja numa outra Unidade da Rede onde se confere um internamento, quer no domicílio. A EGA tem como responsabilidade a devida articulação com as equipas hospitalares de agudos para que seja possível programar uma alta hospitalar, como a articulação com as equipas coordenadoras regionais e locais da RNCCI ou até mesmo as equipas localizadas nos Centros de Saúde do âmbito da sua abrangência (Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., s.d.).

Quanto às EIHSCP, estas destacam-se por terem formação em cuidados paliativos e localizarem-se em hospitais de agudos, integrando, no mínimo, um enfermeiro, um psicólogo e um médico. O objetivo destas equipas é a prestação de um aconselhamento diferenciado dentro do serviço hospitalar, tanto através de cuidados diretos ou orientação do plano de intervenção individual de utentes que estejam internados em estado já avançado ou terminal. Esta equipa assegura cuidados médicos e de enfermagem continuados, fisioterapia, tratamentos paliativos complexos, formação às Equipas

terapêuticas e profissionais do hospital que prestam cuidados continuados, acompanhamento de doentes internados e apoio psicossocial aos familiares, cuidadores e doente até mesmo no período de luto (Silva, 2022).

Por último, as equipas domiciliárias são constituídas por Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

As ECSCP são equipas da responsabilidade dos serviços de saúde formados em cuidados paliativos, tendo que, pelo menos, integrar um médico e um enfermeiro. O objetivo desta Equipa é prestar aconselhamento e apoio diferenciado a nível paliativo às Equipas de cuidados integrados e unidades quer de longa duração e manutenção quer de média duração e reabilitação. As ECSCP são dirigidas por um médico e asseguram sobretudo a avaliação integral da pessoa doente, intervenção e tratamento paliativo com doentes complexos, assessoria quer a familiares e cuidadores como equipas de cuidados continuados integrados e formação de cuidados paliativos a equipas de saúde familiar e profissionais que possam prestar cuidados continuados domiciliários. (Jurídica, 2015)

Por outro lado, as ECCI são uma resposta direcionada para pessoas que se encontram com uma dependência funcional transitória ou prolongada que não têm capacidade de se deslocar autonomamente. Por apresentarem uma grave limitação funcional, fragilidade, fatores estes adversos de doença severa ou terminal, reúnem critérios para uma referenciação sendo a prestação dos cuidados integrados feitos no domicílio. A ECCI é dotada de cuidados de enfermagem e médicos, quer seja reabilitadores, curativos ou preventivos, fisioterapia, um gestor de caso que acompanha o processo de cada doente estando este sempre em contacto com a restante equipa, promovendo a educação dos familiares e cuidadores informais para a saúde e treino ao doente a necessitar de intervenção, apoio psicossocial e terapia ocupacional, apoio nas atividades de vida diárias e utilização de forma adequada dos fármacos (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2023).

## **Capítulo 3 - O Serviço Social na Saúde: a atuação dos assistentes sociais nas UMDR**

### **1 - O papel do Serviço Social nos Cuidados Continuados**

Desde o início do século XXI que o Serviço Social começa a integrar nos grupos profissionais direcionados para a saúde tendo agora lugar nas equipas multidisciplinares, contudo, ao longo dos anos e com a evolução e crescimento do Serviço Nacional de Saúde, também estes profissionais tiveram de se dotar de conhecimentos e capacidades para dar resposta à população que começou a beneficiar da RNCCI.

Dentro da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o Assistente Social tem como missão dar relevância aos fatores psicossociais uma vez que estes têm um grande peso e por vezes acabam por ser determinantes no processo de reabilitação, tratamento, readaptação ou reintegração dos utentes em ambientes sociais que poderão ser potenciadores do desenvolvimento de capacidades que tenham. Cabe ao Assistente Social, entre outras coisas, fazer uma gestão correta e personalizada da situação atual do doente bem como as suas necessidades gerais enquanto cidadão.

Segundo Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, divulgado pela Direção Geral de Saúde em 2006, dentro da área da saúde e independentemente do contexto da sua intervenção, o Serviço Social atua nas seguintes vertentes:

- Intervenção psicossocial nos níveis familiares, grupais e individuais;
- Promoção e prestação de serviços com qualidade assegurada que se foquem no doente e sempre que necessário com a colaboração do mesmo, da família e/ou cuidador informal;
- Avaliação de fatores psicossociais que estejam envolvidos na reabilitação ou tratamento da doença;
- Intervenção e aconselhamento em situações de crise sendo por motivos clínicos ou sociais;
- Informação e educação para a saúde;
- Avaliação de fatores psicossociais que interferem na saúde quer das pessoas, grupo ou comunidades com especial atenção para os grupos destacados como de risco ou mais vulneráveis;

- Realização de programas ou formações que tenham como objetivo a promoção de saúde e medidas de prevenção, bem como a possibilidade de intervenção comunitária;
- Promoção da advocacia social a favor da família e doente;
- Permanente avaliação e capacidade de criação de recursos nas comunidades locais a nível de resposta social;
- Coordenação e organização de diferentes entidades sociais que se revelem importantes para a prestação de cuidados quer de saúde quer sociais.

Já dentro da RNCCI, a intervenção do Assistente Social destaca-se por garantir um acolhimento adequado ao doente e família, facilitando a sua integração no serviço de saúde de forma que esta seja bem-sucedida; assegurar o cumprimento e acompanhamento do plano individual de forma articulada, flexível e contínua, sendo que grande parte das vezes o profissional é o gestor de caso e monitoriza a qualidade e continuidade dos cuidados prestados. Assegurar o suporte emocional que em alguns momentos as famílias poderão necessitar bem como o apoio material, contribuir para que os serviços possam de forma efetiva prestar uma resposta eficaz e de qualidade, ao doente e família, dentro das instituições que fazem compõem o SNS, capacitar e consciencializar a população alvo para a responsabilidades que estes têm sobre a saúde e doença promovendo também para uma participação ativa no que diz respeito à melhoria dos cuidados e serviços e promover o estabelecimento ou restabelecimento das relações interpessoais do doente com a família, equipa e redes à volta, trabalhando no seu reforço e manutenção. Desta forma, o Assistente Social acaba por se assumir como um mediador ao estimular a parceria entre as diferentes redes de suporte social, incentivar ex-utentes, atuais doentes e famílias a ações de voluntariado, organizando assim dinâmicas de grupos-alvo e promover a qualidade dos serviços e a sua humanização, potenciando o doente para a sua reinserção no seu meio de vida com o suporte e qualidade adequadas às suas novas necessidades.

Quanto às dimensões nucleares do desempenho desta profissão dentro da Rede, espera-se do Assistente Social que este aplique a advocacia e informação perto do doente e família, sobre os recursos e direitos sociais bem como a correta articulação com diferentes instituições e setores. A gestão de recursos no que se refere à coordenação dos existentes, desenvolvimento ou criação destes na comunidade e aconselhamento sobre taxas e custos, a valorização da dimensão psicossocial que começa com a avaliação da situação, recolha de informação e o devido planeamento para intervir, executar e avaliar. Dentro da



intervenção psicossocial espera-se que o profissional consiga apoiar em situação de fim de vida, na adaptação à perda ou doença, no suporte em grupos de autoajuda e no aconselhamento sempre que necessário. Quanto à intervenção em situações de crise, a atuação do profissional deve-se registrar sempre que exista episódios de violência, trauma ou negligência, agudização de doença ou alterações de vida sempre que haja tomada de conhecimento de morte ou diagnóstico. O planeamento da continuidade de cuidados deve-se realizar sempre que exista uma admissão, uma alta ou uma transferência entre as diversas tipologias da Rede, assim como a educação através de programas de educação comunitária direcionados quer ao doente, cuidador ou familiares. Assegurar a colaboração multidisciplinar em que se regista um trabalho de equipa, bem como a colaboração com outros órgãos da Rede e defesa de doentes, através de um trabalho de grupo, que se deve desenvolver de acordo às necessidades do doente. Por último a organização comunitária, em que o profissional deverá prezar pela satisfação do doente que está a usufruir de uma determinada prestação de serviço ou cuidados, utilizando uma metodologia de intervenção focada na organização da população alvo prevendo a correta cooperação e articulação entre os recursos, promovendo a proximidade necessária para fomentar a autonomia, bem-estar, inserção profissional e social dos doentes ou pessoas que revelem determinada dependência (Saúde D. G.-M., 2006).

As funções do Assistente Social na saúde são definidas também pela integração na equipa que num todo participam no processo de prevenção, promoção, reabilitação e cura. Segundo o relatório “Serviço Social da Saúde” da divisão de estudos e planeamento, Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde de dezembro de 1998, encontram-se consagradas as funções do Assistente Social a nível hospitalar, sendo estas:

- Acolhimento do utente e o seu atendimento bem como dos elementos que fazem parte da sua rede pessoal de apoio levantando os dados para uma avaliação social. Diagnóstico da doença e o que se pode esperar de forma a elaborar um diagnóstico social que irá estar presente no processo de tratamento, preparação e planeamento da alta bem como a reintegração e reabilitação social;
- Identificação e acompanhamento de situações socialmente problemáticas com especial atenção às crianças ou adolescentes situação de risco ou perigo, doentes crónicos, idosos, doentes psiquiátricos ou doentes vítimas de maus-tratos e violência doméstica;

- Prestação de suporte emocional e apoio psicossocial tanto ao utente como à sua rede pessoal de apoio, privilegiando o aconselhamento quanto à realidade que o utente está a viver capacitando o mesmo de forma que seja também ele um agente da sua recuperação;
- Praticar a advocacia social, orientando o utente bem como o encaminhamento de sugestões ou reclamações;
- Inclusão na colaboração de ações que tenham como objetivo a humanização dos serviços e a sua qualidade (M. I. d. Carvalho, 2015)

Na obra “Serviço Social: Teorias e Práticas”, no que se refere aos referenciais do Serviço Social, existem valores que sem prejuízo de diversidade de contextos culturais e sociais, se estabelecem a qualquer área de intervenção dentro da profissão, sendo estes a justiça social, a promoção do bem-estar, o respeito e promoção do direito à autodeterminação e a promoção da igualdade.

Estes valores dentro do campo da saúde assumem uma determinada significação. Quanto à justiça social, esta encontra-se diretamente envolvida com as determinantes sociais da saúde e das consequências que a doença traz, tanto nos impactos económicos e sociais desiguais da doença como nas desigualdades sociais de origem e a causalidade existente na doença. A promoção do princípio do bem-estar encontra-se ligado à conceção biopsicossocial da saúde e da doença, que para além de assumir um compromisso com a perspectiva não estritamente biomédica também assume a valoração das dimensões sociais, ambientais e psicológicas. Já o respeito e promoção do direito à autodeterminação na saúde diz respeito ao direito que é conferido ao utente e à família quanto à participação no processo que envolve o diagnóstico e tratamento assim como na informação e consentimento informado presente em diversos atos profissionais. Por último, a promoção da igualdade na saúde que acaba por estar diretamente relacionada com a promoção da igualdade no acesso aos cuidados e serviços de saúde bem como o atendimento não discriminatório em função da origem social, género, raça, religião, orientação sexual ou atributos individuais (Carvalho & Pinto, 2016).

Nesta obra ainda são destacados os três momentos da intervenção do Serviço Social, sendo estes o acolhimento, a análise da situação e elaboração do plano individual de reabilitação social e o planeamento da alta. Começando pelo acolhimento, que se trata do primeiro contacto com o utente e a família, compete ao Assistente Social o apoio na integração quer do doente como do seu núcleo direto de apoio na Unidade de

internamento, com vista à prestação de informações sobre o funcionamento, direitos e deveres do utente e família. Também é expectável a prestação de suporte emocional ao utente e família quanto à interpretação que têm desta nova condição de incapacidade facilitando o processo de adaptação a esta nova etapa da vida do doente. Nesta fase é fulcral a recolha preliminar de informação para que seja possível avaliar a situação e elaborar um plano individual de cuidados bem como a preparação da alta e a continuidade de cuidados sempre que estes se revelem necessários.

O segundo momento, que foca a sua atenção na análise do caso e elaboração do plano individual de reabilitação social, pretende analisar de forma mais profunda a situação em que o utente se encontra para posteriormente se proceder à criação e estruturação do plano individual. Quanto à análise da situação atual, grande parte das vezes esta serve para complementar a informação recolhida no primeiro contacto no contexto de acolhimento. Nesta fase dá-se prioridade à recolha de informação complementar, perto do utente e da sua família, bem como junto de terceiras pessoas que possam vir a enriquecer esta análise no que se refere por exemplo às barreiras e ameaças ou fatores favorecedores quanto à continuidade de cuidados e reintegração social aquando da alta. É igualmente importante a recolha de informação de referência junto dos restantes elementos da Equipa Multidisciplinar, sejam estas informações psicológicas, médico-biológicas, entre outras, bem como das pessoas da rede social do utente e serviços que se encontrem envolvidos. É no plano individual que devem estar estabelecidos objetivos como ações, objetivos de orientação e informação do utente e da sua família no que concerne à reabilitação e reinserção familiar, social, laboral e de proteção social; ações e objetivos do apoio psicossocial, considerando o aconselhamento e o suporte emocional face aos receios e sentimentos que possam surgir com a doença ou incapacidade atual, pelos tratamentos e as suas consequências; ações de formação ou auxílio na aprendizagem do utente e família no que diz respeito à gestão da sua deficiência ou condição de incapacidade, tendo sempre presente a possibilidade de integração destes em grupos de suporte ou recorrendo a outro tipo de estratégias de auxílio. Por último, ações e objetivos de advocacia tendo sempre em vista o favorecimento do utente e sua família quanto ao acesso aos serviços e prestações sociais.

O terceiro momento é o planeamento da alta e caracteriza-se por ser o momento em que se trabalha a garantia das condições adequadas do regresso do utente ao seu contexto sociofamiliar sempre que se revele viável, bem como o planeamento da continuidade de cuidados de saúde e apoio social. O planeamento da alta não surge somente perto da data

prevista, mas sim durante um trabalho desenvolvido ao longo do período de tempo que o utente é alvo de intervenção, sendo que nos dois momentos acima referidos é fulcral a atualização da informação no que diz respeito à identificação das necessidades do utente, necessidade de apoios sociais, de cuidados e saúde e no processo de reintegração social, existindo um contacto permanente com a Equipa Multidisciplinar e utente/família naquilo que será o plano de alta a seguir.

O Serviço Social, no plano de alta, deve considerar que tipo de modalidades serão necessárias para a prestação de cuidados sociais, quer a nível psicológico, apoio auxiliar ou apoio instrumental, as estratégias de cuidados, ou seja, se o utente irá necessitar de supervisão e auxílio na gestão do dia a dia ou por outro lado a satisfação dos cuidados básicos e os perfis de prestação de cuidados sociais, podendo estes ser um perfil em que só a família prestará os cuidados ou um perfil misto entre família e outros prestadores inseridos na comunidade (Carvalho & Pinto, 2016).

## **2 - O lugar dos assistentes sociais nas equipas multidisciplinares e a singularidade da sua intervenção**

O Serviço Social, dentro de uma Equipa Multidisciplinar direcionada para a prestação de cuidados de saúde, é uma das profissões obrigatórias e insubstituíveis no que diz respeito ao sucesso e eficácia dos cuidados a todos os utentes que necessitam de qualquer uma das respostas oferecidas pela RNCCI (Tobias, 2017).

A dimensão psicossocial do Serviço Social vem humanizar e contribuir para a qualidade dos cuidados prestados, a rentabilização dos recursos existentes e a satisfação quer das famílias quer dos utentes, sendo que ao contrário de outros profissionais que compõem as equipas multidisciplinares, o Assistente Social faz a articulação direta não só com os serviços externos e internos do hospital, como a ligação entre família e doente com a restante Equipa, tornando-se muitas das vezes o gestor de caso, ficando assim responsável pelo planeamento da alta, como será referido adiante.

Na prática metodológica do Assistente Social, existem diferentes momentos que são da responsabilidade deste profissional. Analisando o Manual de Boas Práticas criado a pensar nos Assistentes Sociais que atuam no campo da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, existem 4 momentos a que se podem fazer referência dentro do trabalho desenvolvido por este profissional numa Unidade de Média Duração

e Reabilitação, sendo estes: o acolhimento, o plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados, podendo existir diferenças consoante a tipologia da Rede ou o estado clínico e evolução da doença do doente.

Começando pelo acolhimento, este inicia quando o utente é colocado numa das tipologias da Rede e onde em gabinete de trabalho o Assistente Social faz uma análise preliminar do caso, recolhendo informações úteis por parte da restante equipa e rede social que envolve o utente, identificando fatores de risco quando estes existem e potencialidades quer de reabilitação quer de reintegração na comunidade. Junto do utente ou da família, é no acolhimento que o Assistente Social procede à devida integração do doente e da família na Unidade, prestando informações, gerindo as expectativas relativas ao presente internamento, quer pela sua duração, quer pelas condições de funcionalidade que o doente vai encontrar após alta da Unidade, como o grau de autonomia mental, física, socioprofissional, escolar e económico-financeira, elucidando sempre estas partes quer para os direitos e deveres como para as expectativas quanto ao processo de reabilitação ou qualquer que seja o foco e objetivo do internamento. A sua função também passa por prestar apoio na adaptação do doente ao seu estado de saúde e estado social atual, sendo da sua responsabilidade a disponibilização de informação relativa a direitos sociais, quer se trate de isenções, subsídios na doença, alimentação, transporte, acompanhamentos ou outros. Interessa também recolher e identificar diversas informações do doente como a sua nacionalidade, etnia, língua, religião, situação profissional, habitação, local de residência, como se apresentam os acessos à habitação e as condições de habitabilidade, especificidades culturais, composição do núcleo familiar e possibilidade de nomeação de uma pessoa de referência para ser identificado como cuidador-familiar.

A prática deste profissional também passa pela prestação de suporte emocional ao doente e família sempre que exista uma perda, capacitando os mesmos para a sua superação.

De referir ainda que, na escolha de um principal cuidador, deve-se ter em conta o empenho mostrado por parte do candidato e a lucidez que este tem sobre as suas obrigações e responsabilidades ao assumir esse papel. Por norma, sempre que é nomeado um principal cuidador, este costuma ser um familiar direto como filho, neto, pai/mãe, sobrinho, entre outros. Por outro lado, existe a possibilidade do próprio utente assumir a sua representação durante o internamento que esteja a decorrer, desde que seja avaliado pela Equipa Médica e a mesma ateste que este se encontra a nível de saúde orientado na

pessoa, tempo e espaço, reunindo então capacidades para decidir por ele, não tendo assim que uma terceira pessoa assumir essa responsabilidade.

Quanto ao Plano Individual de cuidados este é elaborado com a colaboração da Equipa Multidisciplinar onde são partilhadas informações psicossociais e clínicas relevantes e por outro lado com o contributo do doente ou do Principal Cuidador, onde é definido um plano de cuidados dentro do período estipulado com os objetivos a atingir, a confirmação do doente ou do Cuidador quanto aos tratamentos que são previstos, bem como o esclarecimento de dúvidas.

Relativamente ao acompanhamento psicossocial, o Assistente Social acompanha de perto o doente e a família, desde o início do processo a sua reabilitação, tratamentos, a readaptação e reintegração social. Quando é preciso intervir, este profissional tem como função auxiliar ou prestar apoio, quer seja no suporte ao doente e família promovendo a coesão familiar, seleção de estratégias a adotar durante a gestão de conflitos, ferramentas para melhorar a comunicação, redistribuição dos papéis durante o internamento ou prevenir uma possível exclusão do doente dentro do seu núcleo familiar. Para além destes pode prestar suporte emocional sempre que existam receios suscitados pela doença, pelo tratamento ou pelas consequências do mesmo, ou até mesmo quando existir previsão de morte, promovendo e facilitando a comunicação e a expressão de sentimentos, bem como o auxílio aos envolvidos quando existem mudanças provocadas pela doença, sejam estas a nível físico, familiar, emocional, mental, comportamental, entre outros. Perto dos elementos envolvidos, prepara para uma eventual morte e auxílio no processo de luto, quando se revelar apropriado. Capacita e orienta o doente e familiares no processo de proteção social na doença, readaptação e reinserção laboral, social e familiar, incentivo à reinserção quer escolar quer profissional visando a participação do doente em atividades ocupacionais adaptadas ao seu estado de saúde atual bem como a promoção e incentivo do doente/família ou cuidador quer para a continuidade de cuidados quer para a gestão da doença, prestando informações sobre recursos pessoais e comunitários. Também faz parte da sua prática a orientação e encaminhamento sempre que necessário para um apoio especializado como psiquiátrico, jurídico e o fornecimento de informações e meios para contacto, ingresso ou reingresso à Unidade de Saúde por caráter de urgência ou situação programada.

Por outro lado, o Assistente Social em gabinete, tem como objetivo identificar as dificuldades, constrangimentos e necessidades do doente, bem como as potencialidades e recursos que este já detém, tendo sempre presente a situação clínica, a dependência, a

reabilitação na Unidade e reinserção na comunidade que se revele possível. É nesta altura que se toma como prioritário trabalhar e sensibilizar junto da família a possibilidade de existência de um cuidador, sendo que para isso é necessário que estejam reunidas no mesmo condições emocionais, físicas, de intimidade e relacionamento com o utente. Muitas vezes, é neste período que se trabalha com determinado familiar a sua capacitação, recorrendo-se diversas vezes aos ensinamentos, familiarizando as partes intervenientes à nova realidade, retirando dúvidas e consolidando conhecimentos passados pela Equipa prestadora de cuidados.

Por último, o planeamento da alta e continuidade de cuidados acaba por ser um processo conduzido pelo Assistente Social e em que o mesmo é o elo entre equipa, doente e família ou cuidador. O planeamento da alta começa pela identificação de necessidades por parte de toda a equipa, quer no campo da enfermagem, nutrição, médico, reabilitação e dimensão psicossocial, que decorrem da situação de dependência que adveio da doença. Existe a necessidade de explicação e negociação com o doente e principal cuidador no que concerne à elaboração do plano individual de cuidados, onde constam os profissionais que irão intervir, as metas que se pretendem atingir, entre outros. O Assistente Social fica responsável por verificar se a transferência do doente é feita de forma segura e a aquisição de equipamento e treino para o seu uso é atingida com sucesso, bem como assegurar que o doente e o familiar que prestará apoio perceberam o plano de cuidados, tendo em especial atenção caso existam diferentes especialidades médicas. Durante todo o processo de planeamento da alta é necessário ter em conta e assegurar que é passada a mensagem ao doente que, o plano pode ser flexível e que tende a mudar consoante a sua evolução e do funcionamento dos serviços, sendo que se se verificar de mais fácil perceção devem ser elaboradas notas escritas sobre este plano com informações relativas aos profissionais, materiais e instituições que o doente possa vir a ter necessidade de contactar.

Quando é efetivada a alta do doente, com este deve seguir uma nota de alta, onde junto dos restantes relatórios da Equipa é também adicionado o relatório social. Contudo é preciso ter em atenção que, caso o doente seja transferido para outra equipa, é fulcral a entrega do caso de forma personalizada ao novo Assistente Social que continuará o trabalho já realizado, garantindo a melhor integração possível do utente caso seja internado numa Unidade ou por outro lado retorne ao domicílio, garantindo a continuidade do desenvolvimento de competências sociais e pessoais tanto a nível da gestão da doença, a reorganização habitacional, familiar, profissional ou escolar e

económica, bem como a prestação de cuidados por parte da família (Direção Geral de Saúde - Ministério Público, 2006)

### **3 - Equipas Multidisciplinares e a sua intervenção**

Nos dias de hoje, o desempenho profissional onde o foco é direcionado para a prestação de cuidados a determinadas populações alvo, obriga a uma multidisciplinidade de forma que todo o processo seja bem-sucedido. Dentro das UMDR considera-se de grande importância a existência de uma equipa multidisciplinar composta por um Assistente Social, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, auxiliares de ação médica, entre outros, que em conjunto e seguindo uma orientação de trabalho coletivo, baseando-se na importância de cada intervenção, tornam possível e retiram o máximo proveito dos benefícios que cada profissional pode trazer para o processo de internamento e reabilitação de cada utente. As Equipas Multidisciplinares devem ter na sua base uma relação recíproca em que os profissionais que a integram não profbam as características específicas das tarefas de cada um, uma vez que são essas mesmas características específicas que contribuem não só para a divisão do trabalho como para a melhoria do serviço que está a ser prestado, visto existir um maior conhecimento de cada profissional sobre a sua área de atuação, aumentando assim a produtividade e qualidade da intervenção e os seus resultados

Com o aparecimento de novos desafios a nível institucional e a mudança que acontece de forma sistemática e contínua na sociedade, é igualmente necessário a existência de modelos de organização de trabalho atualizados, sendo as Equipas Multidisciplinares o pilar central do funcionamento e da resposta correta destas instituições. Existe assim, um grande interesse na criação e manutenção do trabalho destas Equipas no que diz respeito ao modelo psicossocial de saúde, em que a mobilização e organização destas equipas se encontra sempre ligada à complexidade de cada caso. Os diferentes profissionais que integram a Equipa têm a sua área específica de atuação, contudo apresentam, naturalmente, as suas limitações, podendo assim apoiar-se e beneficiar dos restantes elementos cujas diferentes especialidades ajudam e contribuem para a compreensão do caso, o seu entendimento, acompanhamento, intervenção e resolução. Nas Unidades de Cuidados Continuados as Equipas adotam a sua própria identidade, assumindo-se como um sistema social vivo em que valorizam o desenvolvimento pessoal, abertura para a



expressão, aquisição e variedade de novos conhecimentos e interesse nestes, uma vez que estas qualidades se apresentam como estimulantes no trabalho diário desenvolvido por parte de todos os profissionais revelando níveis de satisfação.

Por outro lado, as organizações têm um papel fundamental no que diz respeito ao enriquecimento da tarefa dos seus profissionais e não só o aumento das suas tarefas, ou seja, enquanto ao enriquecer a tarefa o profissional vai sentir a oportunidade de crescer dentro da profissão, a adição de tarefas só vai criar a sensação de sobrecarga de tarefas (Duarte A. J., 2014).

Pelo facto de a saúde se caracterizar por uma diversidade do saber científico, este dado só vem reforçar a necessidade de formação de Equipas Multidisciplinares, de forma que estas mantenham os seus conhecimentos atualizados conduzindo assim à continuidade do sucesso das suas intervenções. Relembrando que o utente se define como um todo, deve também este ser avaliado na sua totalidade pela Equipa, nunca se descurando de um atendimento humanizado que, em conjunto, atua nos diferentes problemas identificados, uma vez que isoladamente não é possível a sua resolução, visto existirem diferentes fatores biológicos, psicológicos, económicos, sociais, entre outros. Percebe-se, então, a necessidade da intervenção diferenciada de cada membro que compõe a Equipa. Assim, a multidisciplinaridade, tem o objetivo de analisar e identificar os diferentes elementos de forma individual, esperando-se de cada profissional o seu parecer específico possibilitando um plano de cuidados diferenciado e único para cada utente. Espera-se, destas Equipas, que todos os profissionais trabalhem de maneira colaborativa e uniforme, com uma prática integradora e foco nos aspetos interrelacionais dentro da saúde e da doença, promovendo a qualidade de vida e bem-estar do utente (Gomes, 2013).

#### **4 - A relação do Assistente Social com a Família e Comunidade: ações para o Planeamento da alta**

Durante muitos anos o planeamento da alta registou-se como uma realidade distante e em que o momento de efetivação da mesma recaía, acima de tudo, sobre a decisão médica. Com o avançar dos anos, foi possível perceber, com o investimento a nível da saúde e a qualidade de intervenção por parte dos profissionais, que a alta não é um ato isolado, devendo ser planeada o mais cedo possível (Petronilho, 2007).

O planeamento da alta atempada vai permitir aos profissionais um maior controlo e orientação sobre o plano definido, auxiliando assim na intervenção mais correta possível por parte dos envolvidos, bem como a gestão de recursos e tempo.

O período de admissão do utente é utilizado, e definido como o mais indicado para se dar início ao planeamento da alta, sendo esse momento crucial para a identificação das necessidades e ativação dos recursos, quer sejam de resposta hospitalar ou presentes na comunidade, garantindo a satisfação do utente (Martins, 2003). O facto de se iniciar o processo de planeamento da alta na admissão do utente, contribui não só para um plano de intervenção e cuidados mais estruturados, mas também para a possibilidade de uma avaliação pormenorizada do contexto social e familiar do utente, fornecendo assim, uma janela de tempo suficiente para a procura de soluções que se ajustem ao caso em concreto (Loureiro, 2020).

O planeamento da alta deverá ter como objetivo a avaliação das condições de reintegração do utente tanto no seu ambiente social como familiar, garantindo o seu sucesso e ao mesmo tempo não menosprezando a continuidade de cuidados e qualidade de vida do doente e do meio que o envolve. Tem-se como certo que, uma alta devidamente estruturada, irá ser o reflexo de uma correta adaptação à condição de saúde atual do utente e um autocontrolo da resposta humana à doença, revelando uma redução do tempo de internamento, a rentabilização de recursos dentro da comunidade ou em meio hospitalar, otimizando, desta forma, a resposta dos serviços de saúde. Esta ligação com os suportes de apoio presentes na comunidade irá ser benéfica na prevenção de complicações e de readmissões que, à partida, seriam desnecessárias. Para além destes, promove e facilita a manutenção do ambiente familiar que, em tanto, contribui para o sucesso da intervenção durante e pós alta do utente (Morais, 2010).

Assim, o planeamento da alta deve surgir perto da família como um convite no decorrer do internamento, através da participação nos cuidados, reforçando as capacidades existentes e compreendendo as inseguranças e dúvidas, fomentando com segurança esta transição do utente para o domicílio, quando é este o caso. Por se tratar de um processo contínuo e não pontual, este vai depender sobretudo do contexto e dos participantes.

O planeamento da alta é caracterizado como um processo dinâmico que tem o seu início na admissão do utente e só termina quando se efetiva a alta do mesmo. Deste planeamento fazem parte um conjunto de atividades definidas e postas em prática pela Equipa Multidisciplinar, sendo responsabilidade do Assistente Social o planeamento quer de uma possível transferência para outra instituição, quer para a comunidade em tempo útil e de

forma adequada, assegurando sempre a continuidade da prestação de cuidados, sempre que estes se revelem necessários (Borges et al., 2006).

A família assume-se como a rede primária de interação social e responsável por prover o apoio que o utente necessita, quer na manutenção da sua integridade psicológica como física, sendo esta o combustível dos comportamentos, valores e crenças que o indivíduo veio a adquirir e a adotar ao longo dos anos, tendo, por norma, um domínio na capacidade de orientação da sua forma de agir. É no seio familiar que está incumbida a responsabilidade de disseminar informações, valores e crenças sobre a forma de ver o mundo, ajudando na criação de uma identidade, na transmissão de ideologias, na prestação de apoio emocional e orientação, bem como a presença de um “porto seguro” para os seus membros quando precisam de repouso e tempo para se recuperarem (Souza & Nunes Baptista, 2008).

Se, anteriormente, as funções da família passavam por cuidar dos seus familiares até ao fim de vida, na sociedade dos dias de hoje esta responsabilidade passou, em larga escala, para as instituições e profissionais maioritariamente de saúde, não sendo regra o que se verificava anteriormente, ou seja, a coabitação de diversas gerações sobre o mesmo teto, notando-se agora mais presente uma família predominantemente pequena e nuclear, devido também a uma sociedade mais impessoal, mecanizada e isolada. Assim, cada vez menos se morre “em família”, assumindo os profissionais de saúde este domínio, onde o utente permanece e é acompanhado nos seus últimos tempos por estas pessoas que lhes prestam cuidados contínuos e diretos (Rodrigues, S. 2009).

A definição de família tem vindo a sofrer alterações devido, em grande parte, às transformações na estrutura familiar. A alteração do papel social da mulher é destacada como uma das grandes causas da mudança desta definição, visto que esta deixou de estar em casa para integrar o mundo laboral, reduzindo-se a sua presença no domicílio e nas responsabilidades familiares que antes lhe estavam inteiramente incumbidas, fazendo parte delas o cuidar de familiares até à sua morte. A alteração deste conceito deve-se também à evolução da sociedade e por cada vez mais as famílias se caracterizarem como nucleares, constituindo-se assim, maioritariamente por pai, mãe e filhos (Oliveira, 2016). A família define-se como a principal rede de apoio informal, capaz de prover ao utente não só o sentimento de pertença e a criação de laços familiares, mas também dando o seu apoio informativo e emocional. Está a ela intrínseco o ato de cuidar, compreender a pessoa no seu todo e no seu contexto de vida percebendo o que influencia o seu bem-estar, sendo estas algumas características que a família, enquanto núcleo mais próximo

do utente, adota na sua intervenção e que assume como responsabilidade sua (Lopes G. R., 2017).

Posto isto, o Assistente Social, em âmbito de internamento, intervém com a família e o utente recolhendo todo o conhecimento que se considere relevante para compreender a trajetória social, a caracterização da situação familiar do utente e inter-relações que possam existir, percebendo assim qual as possibilidades de a família assumir os cuidados informais, que grande parte das vezes é uma vontade/interesse que demonstram. O trabalho desenvolvido com o núcleo familiar é de grande importância, tanto na reabilitação como na reintegração do utente no meio onde se encontrava antes do internamento, sendo que faz todo o sentido o envolvimento da família desde o início do internamento, a participação no tratamento e o planeamento da alta, visto a família se tratar de um potenciador de pós alta favorável ao utente, sendo o Assistente Social o provedor da facilidade desta participação e inclusão.

Quando se tem em vista a preparação da alta e se encontram identificadas as potencialidades, necessidades e recursos do utente e da sua rede de suporte, o Assistente Social assume-se também como o elo de ligação entre as diferentes respostas que estão presentes na comunidade, sendo um facilitador nas relações de parceria no que diz respeito à criação de uma rede de apoios, quer destinados ao utente ou mesmo à sua família, conferindo-se um suporte e, ao mesmo tempo, salvaguardando-se a funcionalidade da família e a sua coesão durante este processo (Pimenta et al., 2015)

Subentende-se que, para um correto planeamento da alta onde se procura o seu êxito, tenha sido construído com o decorrer do internamento uma relação de confiança com a família e utente, demonstrando nesta etapa o apoio e equilíbrio na transição para outras respostas e/ou serviços. O Assistente Social coordena a cooperação com a restante equipa na facilitação da educação das famílias e utentes e articulação com os restantes serviços comunitários (Flesch & Araujo, 2014).

Destaca-se, na área social, o papel único que este profissional tem em contexto de internamento. É dentro da sua área de atuação que este reúne um conhecimento transdisciplinar, ou seja, tanto detém o conhecimento das ciências sociais com práticas aplicadas diretamente no terreno, como a capacidade de aplicar instrumentos necessários para conseguir responder às questões da Equipa Multidisciplinar, utentes ou famílias, surgindo como um facilitador das relações entre respostas de saúde, instituições presentes na comunidade e redes de suporte local, acompanhando, o tempo necessário e de perto, a família e utente nestes contactos (Guerra, 2017).

O ponto de partida da intervenção do Assistente Social é, então, a doença e o diagnóstico que motiva o internamento do utente. Com estes, o Assistente Social estabelece desde o primeiro contacto uma relação profissional com o utente, família e a estes o contacto com as respostas presentes na comunidade. Sendo o planeamento da alta o momento para o qual o Assistente Social tem vindo a trabalhar, é necessário perceber a importância do trabalho com os diferentes agentes presentes, a relevância que cada um deles tem e o benefício que podem trazer ao trabalho realizado por este profissional.

A intervenção do Serviço Social em contexto de internamento numa UMDR coloca a dimensão do estar doente e adoecer como a centralidade do seu trabalho e intervenção, tendo como bases o asseguramento da qualidade dos cuidados e humanização dos mesmos, bem como a rentabilização de recursos de cada Unidade onde desenvolve o seu trabalho (Direção Geral de Saúde - Ministério Público, 2006).

Este profissional destaca-se por ter um papel privilegiado, tendo como uma das suas principais funções a identificação precoce de problemáticas sociais que possam impedir a alta do utente, podendo assim definir, de acordo com as necessidades do mesmo, um plano de intervenção garantindo, sempre que possível, a reinserção segura na comunidade e a continuidade de cuidados. Quando se trata de planificar a alta, este profissional já deve conhecer a situação social e familiar do utente, as emoções que este sente no que respeita a doença, as capacidades que detinha antes do internamento e as atuais para ser capaz de seguir as instruções terapêuticas, as condições habitacionais, a capacidade da rede formal ou informal, neste caso família, amigos ou vizinhos, de garantirem a prestação de cuidados após alta, bem como as expectativas ou sentimentos que a família poderá ter quanto à doença do seu familiar. Para além destes, ter presente os desajustes que poderão surgir no núcleo familiar e a capacidade efetiva de resposta dos serviços presentes na comunidade (Santo & Ferreira, 2018).

Em certos casos, em que se apresentam problemas sociais mais complexos, muitas vezes o Assistente Social tem que realizar o seu trabalho de uma forma diferente do que o previsto em internamento, porque ao invés de se trabalhar para uma alta com o utente, devido ao seu contexto social pode-se conferir que não lhe é verificada uma reinserção segura na comunidade, sendo que grande parte das vezes o utente pode até ter alta clínica por obtenção dos objetivos, mas com necessidade de permanecer internado até à resolução da sua problemática social que por vezes demora mais tempo a ser resolvida do que a causa clínica que gerou inicialmente o internamento.

O utente que se encontra em âmbito de internamento, porque lhe é conferida uma situação de dependência, vê a sua autonomia suspensa bem como o regresso à sua rotina, implicando a ação dos serviços internos e externos, uma vez que só com a estreita articulação entre estas respostas é possível prevenir novas reincidências no internamento e a garantia da continuidade de cuidados ao indivíduo após a alta (Instituto da Segurança Social et al., 2023).

A articulação entre o Assistente Social, a família e a comunidade revelam-se imprescindíveis no bom planeamento da alta, uma vez que só o contacto próximo destes três intervenientes vai permitir a facilitação do planeamento e sucesso da alta a longo prazo. Pode-se considerar que esta relação anda frequentemente de mãos dadas em grande parte dos casos de sucesso das altas, visto a comunidade e o profissional prestarem o apoio à família que vai assumir a responsabilidade de receber de novo o utente no seu meio. Por outro lado, a comunidade é por vezes a única resposta que o utente beneficia, quer se trate de um caso social sem retaguarda familiar, quer se trate da existência de família, mas sem capacidade ou sem vontade de cooperação com o utente e consequentemente a satisfação das suas necessidades.

A relação estabelecida entre o Assistente Social e a comunidade é fundamental, considerando-se que, se este profissional assume também o papel de mediador entre todas as partes envolvidas, é necessário que tenha o conhecimento da comunidade com a qual trabalha e está inserido bem como os recursos existentes dentro desta que poderão responder às necessidades identificadas tanto pelo próprio, restante equipa ou família. Assim, é perto da comunidade que é feita a devida articulação com as instituições e a mobilização dos recursos considerados necessários (Tobias, 2017).

A comunidade acaba por ter um papel fundamental na consolidação do trabalho realizado pelo Assistente Social, no que diz respeito à efetivação da qualidade de vida, emancipação do utente e o seu desenvolvimento que só é possível através de instrumentos e respostas presentes e inseridas na comunidade que permitem essa continuidade trabalhada ainda em âmbito de internamento (Proença et al., s.d.). A comunidade obriga à participação de todos os elementos envolvidos na transição do utente de uma Unidade de internamento para a reintegração em meio social, exigindo assim um controlo e mobilização das partes, onde se incentiva à participação dentro do meio comunitário capaz de dar resposta às novas necessidades do utente, bem como o controlo e manutenção da sua doença (Lima et al., 2009)

Os recursos existentes na comunidade são para o profissional, família e utente um benefício não só por determinar uma resposta que apoia na transição de cuidados, mas como um pilar no contexto institucional, onde é possível prestar à pessoa apoios e serviços especializados que mais se adequem e a valorizem, permitindo ir mais longe, não olhando apenas para a satisfação de uma necessidade, mas também num sentido de dignidade humana, inclusão social e realização pessoal nesta nova fase.

Todo este processo, torna-se apenas possível com a participação dos diferentes intervenientes, contudo, o trabalho junto da comunidade diz respeito sobretudo ao Assistente Social, no sentido em que este é o responsável por dar a conhecer ao utente e famílias o contexto comunitário, o trabalho e serviços que são oferecidos e procurar uma ligação entre a comunidade e utentes de forma a que a transição seja feita com sucesso e se consiga preservar o papel ativo do utente após alta da Unidade (Pereira, 2016).

## **Parte II – Abordagem Metodológica**

### **1 - Metodologia**

#### **1.1 – Objetivo do estudo: Perceber o nível de correspondência que o Plano Individual de Serviço Social após alta da UMDR**

No âmbito da atuação do Serviço Social nas Unidades de Média Duração e Reabilitação, é possível perceber que sobretudo o planejamento da alta se constitui como umas das principais tarefas deste profissional, contudo após a efetivação da alta há uma grande incapacidade no que diz respeito ao acompanhamento de ex-utentes. É com a alta que existe inevitavelmente um corte entre a Equipa Multidisciplinar, o utente e sua família sendo que a continuidade do trabalho realizado nas Unidades transita novamente para o domínio dos Centros de Saúde locais onde passam a ser prestados os cuidados primários e acompanhamento das questões clínicas e sociais de cada utente que teve alta de uma UMDR.

As UMDR têm como objetivo a prestação de uma determinada resposta adequada à situação atual de cada utente, não sendo do seu dever ou função continuar a acompanhar estes após alta. Contudo, o Plano Individual definido para cada utente é a linha orientadora do Assistente Social para a preparação de uma alta segura e duradoura, que corresponda às necessidades da pessoa em processo de reabilitação e os restantes intervenientes que se encontram e identificam como retaguarda do utente. Por se pôr em prática o Plano Individual, este acaba por se desenvolver e mostrar a sua adesão e correspondência às necessidades do utente maioritariamente num espaço de tempo que se identifica após alta, revelando-se assim incerto para o profissional o que poderá acontecer ou que tipo de mudanças poderiam ter sido feitas e que só se fazem sentir em momentos posteriores à saída dos utentes das Unidades.

Para além desta realidade, apesar do Centro de Saúde ter como objetivo assegurar os serviços de saúde primários e reunir capacidade de encaminhamento para a resposta mais indicada de cada cidadão, atualmente um utente que tenha alta de uma Unidade pode não reincidir obrigatoriamente na sua Unidade de Saúde Familiar por diversos motivos: por não apresentar médico de família, considerando que os Centros de Saúde cada vez mais apresentam falta de capacidade de absorção de todos os casos que diariamente chegam, sendo que muitas destas Unidades de Saúde Familiar não contam também com a



participação de um elemento de Serviço Social. Considerando que nem todas as questões que surgem são inteiramente clínicas, há a necessidade desta profissão estar presente visto só esta ter capacidade de melhor responder às problemáticas sociais que se fazem sentir. Por outro lado, existe também a esfera privada da Saúde que cada vez mais está presente e a que um grande número de ex-utentes recorrem após saída das Unidades por conseguirem uma resposta e acompanhamento eficaz, evitando ou contornando assim outros transtornos.

Desta forma, o objetivo deste trabalho consiste em compreender se o Plano Individual de Serviço Social foi concretizado no processo de reabilitação do utente no seu meio social após alta da UMDR. Pretende-se explorar e avaliar em que situação os utentes se encontram atualmente tendo em conta o Plano Individual definido, trabalhado e posto em prática com cada utente.

#### Objetivo Geral:

- Compreender a aplicabilidade do Plano Individual de Serviço Social no processo de reabilitação do utente no seu meio social após alta da UMDR.

#### Objetivo Específico:

- Perceber em que situação social os ex-utentes se encontram após alta da UMDR tendo em conta o Plano Individual trabalhado com os mesmos durante o internamento
- Avaliar a correspondência entre o Plano Individual e as necessidades identificadas do utente durante o internamento
- Avaliar a adesão dos utentes ao Plano Individual
- Perceber em que situações o Plano Individual não foi tão bem-sucedido no período pós alta
- Perceber a que nível poderão existir melhorias para um maior sucesso e contributo do Plano Individual na vida do utente após alta.

## 1.2 - Tipo de estudo

O estudo que se pretende desenvolver é um estudo exploratório e descritivo.

Trata-se de um estudo exploratório uma vez que o objetivo é explorar uma determinada amostra devido à existência de um fenómeno comum, sobre o qual ainda é desconhecido um estudo anterior. Este tipo de estudo vai de encontro à exploração de um determinado assunto ou problema, fornecendo informações para uma investigação mais precisa uma vez que visa uma maior proximidade com o tema que está a ser estudado (Fortin, 1999).

É um estudo descritivo uma vez que pretende descrever um fenómeno ocorrido numa determinada população tendo as ferramentas para determinar diversas características intrínsecas a esta amostra. Os estudos descritivos têm como objetivo a recolha de mais informações num momento em que o nível da investigação ainda se encontra limitado, recolhendo essencialmente mais características sobre a amostra que está a ser estudada e fenómenos em que existem ainda poucos trabalhos de investigação (Fortin, 1999).

Este estudo específico propõe perceber como é que os utentes que já estiveram integrados numa UMDR se encontram numa fase pós alta. Pretende-se a análise e avaliação que o Plano Individual criado para cada utente teve neste período, bem como a avaliação da correspondência que o mesmo demonstrou relativamente às necessidades do utente que foram identificadas durante o internamento, ou seja, entre os problemas e necessidades identificadas se a resposta encontrada, proposta e contratualizada foi de encontro à real necessidade e supriu a mesma. Por fim, perceber se existiram lacunas/falhas que o Plano Individual tenha apresentado no período pós alta e a que nível poderão existir melhorias para um maior sucesso e contributo do mesmo na vida do utente.

O entendimento destes objetivos irá tornar possível a aproximação a respostas quanto à importância, necessidade e contributo do Plano Individual de Serviço Social, possibilitando também novas formas de elaboração destes Planos por parte do profissional, maior consciência das necessidades dos utentes e alternativas facilitadoras para a execução e sucesso do plano.

Trata-se de um estudo de caso uma vez que consiste numa investigação aprofundada que tem por base o estudo de um determinado grupo de pessoas que registaram um internamento numa determinada instituição. A utilidade do estudo de caso concentra-se na recolha das respostas e avaliação das mesmas de forma a perceber a relação entre a intervenção do profissional e a evolução de um determinado fenómeno, permitindo estudar o efeito de uma mudança no individuo ou aumentar o conhecimento que se detém

sobre esse mesmo indivíduo e ter abertura para a construção de novas hipóteses (Fortin, 1999).

### **1.3 – População alvo e procedimentos de amostragem**

A definição de população alvo remete para um grupo ao qual se tem o propósito de se generalizar os resultados de um determinado estudo, sendo que a sua conceptualização envolve critérios de inclusão como por exemplo características profissionais, demográficas, sociais, clínicas, entre outras, ou seja, todos estes reúnem características comuns. Será a partir deste grupo que o investigador irá retirar a sua amostra.

Por amostra entende-se um subconjunto de um grupo de pessoas que fazem parte da mesma população e que é utilizada para replicar em miniatura a população alvo (Fortin, 1999).

Este estudo quantitativo recorreu à aplicação de dois questionários. Desta forma, a amostra foi construída por conveniência que é um tipo de amostragem não probabilística formada por pessoas que estão presentes num determinado momento e local e com as quais é fácil estabelecer comunicação e recolha de informação, sendo estas mesmas inseridas na amostra até o investigador atingir a dimensão pretendida, que por não existir um limite definido acaba por ser determinado este número pela intuição de quem conduz a investigação.

Assim, o campo de aplicação da pesquisa é uma Unidade de Média Duração e Reabilitação da região Centro de Portugal e a amostra corresponde a ex utentes que à data da coleta de informações se encontravam dentro do período pós alta acima mencionado, ou seja, todos aqueles em que a alta se registou num espaço temporal de 3 a 6 meses. O número de respostas obtidas e registadas correspondem à totalidade dos ex-utentes que voluntariamente decidiram participar na realização deste estudo.

Relativamente ao critério usado para a escolha desta Unidade, resulta do facto de se revelar mais fácil o acesso e proximidade da investigadora à população em estudo, bem como a proximidade geográfica existente uma vez esta residir no mesmo Concelho onde a instituição se localiza, conseguindo assim maior disponibilidade temporal para a realização do estudo.

Tendo por base que a pesquisa quantitativa obriga a uma técnica de análise de dados estatística, os mesmos após terem sido recolhidos foram tratados estatisticamente com recurso ao Excel. Neste estudo não se fará a generalização dos dados a partir da amostra

para a restante população através de uma estatística inferencial, uma vez esta amostra ser de um número reduzido.

Com recurso à técnica de análise estatística, esta vai converter as respostas recolhidas numa estatística descritiva que permite descrever os resultados obtidos através da amostra (Gouveia, 2012).

#### **1.4 - Análise da configuração da Unidade de Média Duração e Reabilitação selecionada**

A Unidade de Média Duração e Reabilitação selecionada, conta com 12 anos de existência, presta cuidados clínicos de reabilitação bem como apoio a nível psicossocial a pessoas com perda de autonomia transitória com potencial de recuperação, devido à situação clínica atual que necessita de recuperação após um processo agudo ou descompensação de um processo patológico crónico. Com a intervenção desta Equipa, perspetiva-se uma recuperação da pessoa no seu global, tendo como foco a promoção de autonomia e funcionalidade através da reabilitação, readaptação e reinserção social e familiar.

A nível de serviços e recursos humanos estão assegurados os cuidados de enfermagem permanentes, cuidados médicos diários, prescrição e administração de fármacos, sessões de fisioterapia de reabilitação diárias, apoio psicossocial, acompanhamento de nutrição, terapia da fala, terapia ocupacional, animação sociocultural, convívio, lazer, cuidados de higiene e conforto, apoio nas atividades de vida diárias e prestação de ensinamentos.

A Equipa da Unidade é atualmente composta por 1 Diretora Clínica (Médica), 1 Diretora Técnica que neste caso acumula funções como Psicóloga, 1 Coordenadora de Enfermagem, 1 Coordenador de Fisioterapia (Médico Fisiatra), 5 médicos, 16 enfermeiros, 2 Assistentes Sociais, 5 Fisioterapeutas, 1 Terapeuta da Fala, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Educadora Social, 19 auxiliares, 4 auxiliares de limpeza, 4 copeiras, 1 responsável de lavandaria e 3 administrativos.

A Unidade tem capacidade para receber 42 utentes, sendo que ainda dispõe de 4 quartos de gestão particular, pertencente à Clínica de Medicina Física e Reabilitação da Instituição. Por norma, a Unidade encontra-se lotada.

A UMDR funciona sete dias por semana, todos os dias do ano. O horário das visitas está definido de segunda a sexta das 10h até às 17h30 e aos fins de semana e feriados das 11h

às 17h, mediante marcação do Principal Cuidador, utente ou representante legal, necessitando esta ser feita junto do balcão. Existe possibilidade deste horário ser diferenciado mediante justificação e após permissão da Direção Técnica.

No que diz respeito ao *modus operandi* do Assistente Social no contexto institucional desta UMDR, este estabelece-se entre o saber prático e o teórico e é orientado para uma intervenção a nível individual, coletiva e em rede, notando que todo o trabalho e intervenção realizada acontece posteriormente ao estudo do caso de cada utente.

A nível individual, cabe ao profissional em momentos como o acolhimento do utente, reuniões e acontecimentos/vivências dentro do internamento, saber ouvir, capacitar e incentivar. Existe uma abordagem centrada no utente, tendo em conta a aplicabilidade do princípio de corresponsabilidade. É a nível individual que o Assistente Social trabalha no sentido de facilitar a outra parte a passar de uma situação de dependência a uma situação de maior autonomia tendo em vista a reintegração na sociedade com a certeza do utente poder exercer os seus direitos em pleno.

A nível coletivo o profissional assegura de forma rotineira uma articulação correta com os restantes elementos da Equipa e com os intervenientes exteriores à Unidade, que por norma são as famílias. O profissional assegura e promove o envolvimento das famílias através da responsabilização das mesmas e das capacidades que reúnem para serem parte ativa e colaborante.

A nível de rede, o modo de operar do profissional desta instituição prioriza os contactos com parceiros, serviços locais e outras entidades de forma a precaver a necessidade de contratos com os mesmos. É nesta intervenção que o Assistente Social fomenta a relação de parceria e trabalho em grupo bem como a valorização das redes que cada vez mais se revelam uma mais-valia no apoio e continuidade dada ao trabalho realizado dentro da Unidade.

A prática do Assistente Social na instituição baseia-se na adoção do modelo sistémico. Este modelo, que ganhou importância na profissão na década de 70, identifica as modalidades mais comuns como os contextos sociofamiliares e clínicos e a dimensão centrada na comunidade. (Ferreira, 2009)

Tendo em conta o trabalho desenvolvido na área da saúde, o profissional vai de encontro a este modelo no que diz respeito ao contexto clínico, através de uma intervenção avaliativa, valorativa e preventiva. Prima pela comunicação facilitada e correta articulação com os diversos saberes, sendo que o seu *modus operandi* segue uma estrutura onde o seu foco são as dimensões individuais e coletivas.

Assim, existe uma procura em analisar devidamente a questão social a nível das relações do utente com as pessoas e o seu meio envolvente, quer seja este o núcleo familiar, meio social e comunidade onde está inserido. Com a utilização deste modelo, o Assistente Social é capaz de olhar para os problemas a um nível externo e interno, priorizando sempre a relação entre utente, profissional e meio social envolvente.

Quanto ao modo de atuação da Equipa Multidisciplinar da Unidade e a forma como intervém e prepara a alta dos seus utentes, tem para esse fim o Plano Individual de Intervenção (PII), que é um documento único que diz respeito à intervenção delineada e proposta pela Equipa ao utente e ao seu Principal Cuidador, quando este existe. A estrutura e composição do PII é semelhante para todos os utentes mudando o conteúdo que é colocado dentro deste. O PII é sempre iniciado pela Assistente Social, colocado na pasta multidisciplinar a que todos os profissionais têm acesso para preenchimento do mesmo e este contém: o nome do utente, a data de admissão, data de elaboração do PII e data prevista da alta. O motivo do internamento, a data da conferência familiar e o nome dos profissionais ou equipas que vão intervir com o utente, que após estar completamente preenchida deverá ser assinado pela Equipa, apresentado ao utente e Principal Cuidador para que estes também assinem conforme tomaram conhecimento. Contém também observações sobre o utente como necessidades, preferências, expectativas, orientação religiosa, os pontos fortes e notas relativas à alta, prorrogações ou ensinamentos prestados ao Cuidador.

Cada profissional deve colocar no PII a data em que faz o registo, a identificação do problema, os objetivos e a intervenção que irá ter com o utente. Ao longo do internamento é necessário que cada profissional vá atualizando os problemas e os objetivos que propôs ao utente, sendo que de 30 em 30 dias a reavaliação tem de ser anotada neste documento tendo três parâmetros, sendo eles: objetivo totalmente atingido (TA), parcialmente atingido (PA) e não atingido (NA).

Caso o internamento do utente sofra prorrogações é adicionado no PII os respetivos dias, sendo também obrigatória a reavaliação nesse período.

O PII é composto ainda pelas diferentes escalas de avaliação pertencentes a cada área de atuação e que os técnicos escolheram, que para além da avaliação inicial também têm de ser atualizadas de 30 em 30 dias. As escalas que compõem este plano são as seguintes: Barthel, Braden, Borg, Dor/Faces, Gijón, IMC, LOTCA, MIF, Morse e Tinetti.

A escala de Barthel, ou Índice de Barthel (IB) é um instrumento utilizado para avaliar o nível de dependência do utente tendo em conta 10 atividades de vida diárias, sendo estas: a higiene pessoal, controlo dos intestinos, mobilidade/marcha, alimentação, controlo da bexiga, deslocação neste caso transferência entre cadeira e cama, capacidade de realizar o banho, capacidade de vestir, utilizar escadas e capacidade de ir ao wc. A pontuação desta escala varia entre os 0 e os 100 pontos, tendo um intervalo de 5 pontos. Assim, a pontuação mínima irá corresponder ao maior nível de dependência e a pontuação máxima ao maior nível de independência (C. R. Silva, 2017).

A escala de Braden destina-se a prever o risco de úlceras por pressão. É composta por 6 subescalas que avaliam as dimensões a seguir mencionadas: humidade, mobilidade, atividade, nutrição, perceção sensorial, fricção e forças de deslizamento. Cada subescala tem uma pontuação de 1 a 4, podendo a soma das seis dimensões ir de 6 a 23 pontos, onde o nível de risco alto é  $\leq 16$  e risco baixo  $\geq 17$  (Soeiro, 2021).

A escala de Borg é uma escala qualitativa numérica crescente que pretende perceber o nível de esforço sentido à realização de diferentes exercícios. O esforço máximo não deve ultrapassar os níveis 11, 12 ou 13, sendo que a escala vai do nível 6 ao nível 20 (A Nossa Saúde, 2023).

A escala de Dor/Faces consiste em fazer com que o doente faça corresponder a intensidade da dor que sente associando-a a uma imagem mímica de uma face que varia em 6 categorias. Esta escala permite que doentes com dificuldade em exprimir o nível de dor, como crianças, o consigam fazer através da associação com a imagem (Garcia, 2015).

A escala de Gijón permite avaliar 5 itens, sendo eles: a situação económica, condição sociofamiliar, habitação, apoio da rede social e relações sociais do utente. A escala é pontuada de 1 a 5 pontos, sendo que quanto mais o valor se aproximar de 1 se revela como a situação ideal enquanto se estiver perto de 5 é sinal de maior risco. O somatório pode ir de 1 a 25, sendo que existem pontos de cortes: 1 a 5 significa sem risco social, 6 a 12 um risco social intermédio e de 13 a 25 um risco social elevado (Santiago, 2019).

Relativamente ao IMC, este é um método não laboratorial, analítico, que permite avaliar a composição corporal. É um dos métodos mais práticos na área da nutrição que avalia o grau de risco associado à obesidade. Este índice faz uma relação entre o peso e a altura do utente, revelando assim o quociente entre o quadrado de altura e metros e a massa corporal em quilos (Vieira, 2010).

A escala LOTCA-D (Avaliação Cognitiva Dinâmica de Terapia Ocupacional Loewenstein, pretende auxiliar na recolha de informações iniciais sobre habilidades

cognitivas básicas do utente que são necessárias para a realização das atividades de vida diárias. A aplicação desta escala é feita a partir da entrega ao utente de várias pistas hierarquicamente estruturadas, obtendo-se informações sobre o seu estado cognitivo e potencial para melhoria bem como as estratégias de pensamento que foram utilizadas (Schlecht, 2011).

A escala MIF (Medida de Independência Funcional) permite determinar o nível de incapacidade, avaliação dos ganhos funcionais do utente, a avaliação do programa e da sua qualidade na reabilitação bem como a comparação dos dados iniciais com os dados após intervenção. Esta escala reúne áreas do autocuidado, mobilidade, cognição social, comunicação, controle de esfíncteres e locomoção, utilizando uma pontuação que varia de 1 a 7, associados a níveis de dependência. Assim, os níveis são destacados da seguinte forma: Nível 1 – Ajuda total; Nível 2 – ajuda máxima; Nível 3 – Ajuda moderada; Nível 4 – Ajuda com contacto mínimo; Nível 5 – Supervisão ou preparação, onde não existe necessidade de contacto físico, mas apenas presença de terceira pessoa; Nível 6 – Independência modificada e Nível 7 – Independência completa (Lopes, 2012).

A escala de Morse tem como finalidade identificar utentes com risco de queda. É composta por 6 fatores de análise de risco de quedas sendo eles o auxílio na deambulação, histórico de quedas, marcha, estado mental, diagnóstico secundário e terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado. A pontuação vai do 0 aos 125 pontos, existindo pontos de corte: de 0 a 24 é considerado baixo risco, de 25 a 44 risco moderado e acima de 45 alto risco (Santarem, 2019).

A escala de Tinetti foca a sua aplicação na classificação de aspetos da marcha como a simetria, distância do passo, velocidade, equilíbrio de pé, mudança com os olhos fechados e girar. É constituída por 16 itens, 6 que se relacionam com a marcha e 9 com o equilíbrio. A pontuação máxima para o equilíbrio são 16 pontos e para a marcha 12 pontos. Quando a pontuação se revela baixa significa que existe diminuição de habilidade física. A aplicabilidade desta escala permite também ações assistenciais, de reabilitação e preventivas (Rodrigues, 2019).

### **1.5 – Instrumentos de recolha de dados**

Como instrumento de recolha de dados foram utilizados dois questionários fechados, com questões previamente estabelecidas, que se traduz num processamento de dados mais



simples e rápido. Trata-se de um instrumento pouco dispendioso, que assegura o anonimato das respostas fornecidas pelos participantes, a possibilidade de apresentar informação uniformizada a todos e que exige menos experiência a quem o aplica. (Hill & Hill, 1998) É um instrumento de medida que vai permitir a tradução dos objetivos do estudo de uma forma organizada e controlado, sendo os dados recolhidos de uma maneira rigorosa, permitindo eventualmente infirmar ou confirmar as hipóteses de investigação. Para a recolha de dados foi aplicado o questionário SF-12 que é a versão curta do Short Form Health Survey (SF-36). O SF-12 é atualmente um dos instrumentos genéricos de medição do estado de saúde e bem-estar mais utilizado, sendo composto por 12 opções de resposta tipo Likert, permitindo pontuar duas dimensões, caso estas tenham de se agrupar: a dimensão da função física através do desempenho físico, saúde em geral e avaliação de dor e a dimensão da saúde mental, tendo em conta a vitalidade, funções sociais e desempenho emocional. O questionário SF-12 cobre questões que medem o impacto na qualidade de vida em situações diárias através das limitações físicas existentes, a dimensão da dor e como a intensidade e desconforto que resultam dela podem interferir com o trabalho normal, a dimensão da saúde mental que reúne conceitos como depressão, ansiedade, perda de controlo emocional e/ou comportamental e bem-estar psicológico, a dimensão do desempenho emocional e físico e o quanto limitam o dia a dia da pessoa avaliando assim a quantidade de atividades realizadas, dificuldades em realizar as mesmas ou até mesmo a necessidade de reduzir a carga de trabalho e a dimensão social que tem o seu foco na qualidade e quantidade de atividades sociais bem como o impacto dos problemas emocionais e físicos nestas atividades.

Para além do questionário SF-12, foi também elaborado pela investigadora um questionário fechado, com 6 opções de resposta tipo Likert e uma pergunta de resposta aberta. A necessidade de construção deste questionário adveio da junção de diversas questões de carácter social direcionado para o pós-alta das UMDR que não foram encontradas em outro questionário já criado, e uma vez que se conferia a importância de se verem respondidas essas questões, procedeu-se à elaboração do mesmo. Este questionário, com o título de “O Plano Individual Social após alta”, é composto por três secções: a primeira secção destina-se a recolher alguns dados demográficos, tendo sido selecionados dados pessoais e profissionais como a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e situação profissional. A secção dois agrupa 6 questões fechadas, que se focam na eficácia dos apoios contratualizados, necessidade de contratualização de mais serviços

ou cancelamento dos mesmos, necessidade de nova referenciação para a RNCCI, capacidade de resposta às necessidades do utente por parte dos familiares e nível de satisfação quanto à resposta que o plano individual demonstrou após alta. Já a secção três diz respeito à uma pergunta de resposta aberta, com a finalidade de perceber se existe alguma dificuldade presente na comunidade ou a nível relacional que esteja a afetar a saúde do inquirido.

Com a possibilidade de resposta aberta, os participantes tinham total abertura para responder da forma como quisessem o que se tornaria vantajoso para a investigadora com a possibilidade de informação mais detalhada e até inesperada, conseguindo concluir a que nível é que estas dificuldades se colocavam e se iam de encontro à área de intervenção do Serviço Social.

A escala tipo Likert é composta por um conjunto de questões ou afirmações em relação a cada uma das quais se pede ao inquirido para manifestar o seu grau de concordância relativamente ao tema abordado. Por norma, o nível de concordância inicia no discordo totalmente com o nível 1 até ao concordo totalmente que pode ir ao nível 5, 7 ou 11. (Cunha, 2007).

## **1.6 – Pressupostos éticos utilizados na aplicação do questionário**

A investigadora teve em conta os pressupostos éticos a pôr em prática quando iniciou a aplicação dos questionários.

A relação que é estabelecida entre o investigador e o participante deve obedecer a normas de interações aprovadas pela ciência que permitam validar a pesquisa que se está a realizar bem como assegurar o cuidado ético com a pessoa em causa. Assim, independentemente do instrumento de recolha de dados, foi importante assegurar os critérios para um rigor científico válido em todas as fases do levantamento de dados (Novikoff, 2021).

Em primeiro lugar teve-se o cuidado em ter sempre presente que qualquer um dos participantes é semelhante à investigadora, no sentido em que também tem as suas perceções e sentimentos, procurando-se assim estar atento a qualquer alteração de humor ou comportamento e correlacionar com algum possível fator. Assim, pretendia-se o ajuste de alguma abordagem e criação de maior empatia para com o participante.

O questionário foi aplicado telefonicamente devido à diferente disponibilidade dos participantes e incapacidade de deslocação da investigadora devido à distância geográfica dos diferentes participantes.

Apesar dos questionários terem sido realizados por chamada telefónica após explicação por parte da investigadora sobre em que é que o estudo consistia, incidia e qual a mais-valia da participação destes antigos utentes, procurou-se que estes participantes se sentissem à vontade, tendo sido respeitada a sua privacidade e limitações. Procurou-se também conciliar a realização deste questionário com as rotinas que estes tinham, tendo como objetivo o menor transtorno possível.

A abertura e demonstração de preocupação para com estes, a participação e incentivo para iniciar o questionário contribuindo para um maior à vontade da pessoa foram também fatores tidos em conta.

Torna-se importante referir que antes de ser aplicado o questionário aos participantes que demonstraram vontade em participar, estes foram devidamente informados quanto à finalidade do seu contributo e que o questionário teria como finalidade ser informativo. Desta forma, foi reforçada a informação de que as respostas prestadas pelos participantes não penalizavam nem beneficiavam os mesmos quanto aos serviços de saúde que lhes poderiam a vir ser prestados, não tendo a aplicabilidade deste questionário qualquer impacto.

Antes de se iniciar o questionário existiu o cuidado de acolher cada participante utilizando uma linguagem verbal e atitude apropriadas para a conversa que iria ser tida e o momento em que as partes se encontravam. Uma vez que existiu um distanciamento físico, consequência da aplicação dos questionários por chamada telefónica, foi reforçado o entendimento verbal, trabalhando-se a perceção de uma forma mais sensível de toda a informação que foi recolhida ou passada.

Foi conversado com o participante do tempo que em média demorava a aplicação dos questionários e como o registo das respostas seriam feitas. Foi assegurada a garantia da privacidade das respostas dadas em todo o questionário e garantiu-se, apesar de telefonicamente, que o participante se encontrava confortável.

Em todos os contactos mostrou-se respeito por cada participante e pelo assunto a ser tratado, demonstrando atenção e interesse, sendo que se garantiu que não existiam dúvidas antes da aplicação dos questionários. Sempre que necessário foi interrompida a colocação dos questionários por surgimento de algum mal-entendido ou por outro lado, por necessidade do participante, retornando-se ao mesmo e assegurando a investigadora o sucesso da continuidade quanto à capacidade de redirecionar novamente o foco para onde o questionário tinha sido interrompido.

A investigadora considerou de extrema importância que o critério da credibilidade estivesse presente, uma vez que é este que vai ajudar a atestar a veracidade dos questionários permitindo a entrega por parte dos participantes de informações seguras e verdadeiras. Assim, existe também o compromisso da investigadora em zelar pelas informações que obteve e espelhar neste estudo a veracidade e representação das realidades dos diferentes participantes.

Outro critério que esteve presente foi o rigor utilizado aquando da elaboração do questionário “O Plano Individual Social após alta”, de forma à semelhança do SF-12 ser compatível a nível da coesão entre o método de estudo e instrumento de coleta de dados assegurando a correta resposta ao objetivo identificado no estudo. Obedeceu-se ao número e ordem de questões, a lógica entre as mesmas, a estrutura linguística utilizada, à abordagem e ao conteúdo.

### **1.7 – Apresentação e análise de dados**

A apresentação e análise que será feita no presente capítulo incide sobre os dados recolhidos a partir da amostra identificada, ou seja, utentes que se encontraram internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação selecionada e que à data da coleta de informações se encontravam dentro do período pós-alta, definido entre os 3 a 6 meses.

Tendo presente o espaço temporal estabelecido para a delimitação da população alvo, foram reunidos 35 utentes que beneficiaram de internamento na UMDR, sendo que ao longo dos telefonemas realizados foi possível apurar que 3 faleceram, 3 não atenderam o contacto telefónico e 3 não quiseram participar no estudo.

Assim, os dados que abaixo serão apresentados, são referentes a 26 questionários aplicados, omitindo-se o nome dos participantes cumprindo o respeito à confidencialidade dos dados.

As chamadas telefónicas foram realizadas entre os dias 11 de agosto e 25 de agosto de 2023, entre as 10h e as 18h.

A grande parte dos inquiridos demonstraram vontade e interesse na participação deste estudo, conseguindo conferir a este a importância da sua realização e o contributo fundamental que estavam a prestar com a sua adesão. Acreditaram na mais-valia da sua colaboração e da forma que poderia conduzir e adicionar ao contributo para a mudança e

evolução da intervenção dos profissionais da área do Serviço Social, beneficiando não só esta camada profissional, mas também atuais e futuros utentes.

De forma a sistematizar a informação recolhida e tornar a leitura de dados mais fácil e clara, será feita a análise quantitativa do questionário SF-12 e posteriormente do questionário elaborado pela investigadora, analisando-se todas as perguntas segundo a forma como estas se encontram ordenadas.

### 1.7.1 – Análise de dados – Short Form Health Survey (SF-12)

**Tabela 1 - Classificação do estado de saúde do inquirido**

	N	%
Excelente	0	0
Muito Boa	1	3,85
Boa	4	15,38
Razoável	14	53,85
Fraca	7	26,92
Total	26	100

Fonte: A própria

Relativamente à questão 1 “Em geral, diria que a sua saúde é:”, 3,85% dos participantes consideram “Muito boa”, 15,38% “Boa”, 53,85% “Razoável” e 26,92% selecionaram a opção “Fraca”. Assim, é possível perceber que a maior percentagem de inquiridos avaliou e selecionou o seu nível de saúde como sendo razoável.

**Tabela 2 - Saúde atual e limitações na execução de atividades**

	A)		B)	
	N	%	N	%
Sim, muito limitado/a	11	42,31	15	57,69

Sim, um pouco limitado/a	11	42,31	6	23,08
Não, nada limitado/a	4	15,38	5	19,23
Total	26	100	26	100

Fonte: A própria

A questão 2 “Será que a sua saúde atual o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?”, quanto à alínea A) que refere atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa, 42,31% dos inquiridos consideraram que a sua saúde os limitava muito, outros 42,31% selecionaram a opção um pouco limitado/a, enquanto 15,38% consideraram que atualmente a saúde destes não os limita na realização das atividades referidas. Já a alínea B) menciona subir vários lanços de escadas, em que 57,69% das pessoas responderam que a saúde os limita bastante, 23,08% são da opinião que os limita um pouco e 19,23% consideram que não os limita.

As seguintes questões são colocadas tendo em conta as últimas 4 semanas, aquando da colocação do questionário.

**Tabela 3-** Problemas apresentados como consequência do estado de saúde físico nas últimas 4 semanas

	A)		B)	
	N	%	N	%
Sempre	6	23,08	6	23,08
A maior parte do tempo	9	34,62	8	30,77
Algum tempo	6	23,08	5	19,23
Pouco tempo	5	19,23	7	26,92
Nunca	0	0,00	0	0,00
Total	26	100	26	100

Fonte: A própria

A questão 3 “Quanto tempo teve no seu trabalho ou outras atividades diárias regulares algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?”, na alínea A) realizou menos do que queria, os inquiridos assinalaram da seguinte forma: 23,08% “Sempre”, 34,62% “A maior parte do tempo”, 23,08% “Algum tempo” e 19,23% “Pouco tempo”. Na alínea B) sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou atividades, 23,08% inquiridos assinalaram a opção “Sempre”, 30,77% “A maior parte do tempo”, 19,23% deles “Algum tempo” e 26,92% “Pouco tempo”. Nesta secção as respostas assinaladas acabaram por se distribuir de forma muito parecida em ambas as alíneas, contudo a opção “Nunca” não foi assinalada por nenhuma, considerando-se assim que existiram, em diferentes períodos, problemas apresentados como consequência do estado de saúde físico dos inquiridos.

**Tabela 4 - Problemas apresentados como consequência do estado emocional nas últimas 4 semanas**

	A)		B)	
	N	%	N	%
Sempre	1	3,85	1	3,85
A maior parte do tempo	7	26,92	4	15,38
Algum tempo	4	15,38	3	11,54
Pouco tempo	6	23,08	5	19,23
Nunca	8	30,77	13	50,00
Total	26	100	26	100

Fonte: A própria

A questão 4 coloca a mesma pergunta acima apresentada, mas desta vez direcionada para problemas apresentados devido a problemas emocionais. Na alínea A) Realizou menos do que queria, 3,95% dos participantes assinalaram “Sempre”, 26,92% deles “A maior parte do tempo”, 15,38% “Algum tempo”, 23,08% “Pouco tempo” e 30,77% “Nunca”. Quanto à alínea B) Realizou o trabalho ou outras atividades de forma menos cuidadosa que o habitual, os participantes responderam da seguinte forma: 3,85% “Sempre”,

15,38% “A maior parte do tempo”, 11,54% “Algum tempo”, 19,23% “Pouco tempo” e 50% “Nunca”. Apesar de nesta secção todas as opções terem sido selecionadas, é possível perceber que a maior percentagem dos inquiridos posiciona a sua opinião na opção “Nunca” quanto à interferência dos problemas emocionais com o desempenho do seu trabalho ou atividades. Não obstante, os problemas emocionais revelam-se também impeditivos para a realização das atividades e brio na execução das mesmas num grande período para alguns inquiridos, revelando-se assim como um fator de peso ao lado das limitações provocadas também pela saúde física.

**Tabela 5 - Interferência da dor com o trabalho nas últimas 4 semanas**

	N	%
Absolutamente nada	9	34,62
Um pouco	5	19,23
Moderadamente	8	30,77
Bastante	4	15,38
Imenso	0	0,00
Total	26	100

Fonte: A própria

Relativamente à questão 5 “De que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico”, 34,62% dos participantes responderam “Absolutamente nada”, 19,23% “Um pouco”, 30,77% deles “Moderadamente” e 15,38% “Bastante”. Assim, apura-se que o número mais alto de respostas se encontra na opção em que a dor em nada interfere com a realização de atividades com uma percentagem de 34,62%. Ainda assim, a opção “Moderadamente” é a escolha de 30,77% participantes, situando-se logo atrás da opção primeiramente referida. Percebe-se então, que a dor é também um fator preponderante na capacidade de realização de atividades para 46,15% dos inquiridos, que assinalaram as opções moderadamente e bastante. A opção “Imenso” não foi escolhida por nenhum participante.



**Tabela 6** - Avaliação de como o inquirido se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas

	A)		B)		C)	
	N	%	N	%	N	%
Sempre	7	26,92	4	15,38	0	0,00
A maior parte do tempo	13	50,00	10	38,46	3	11,54
Algum tempo	3	11,54	3	11,54	3	11,54
Pouco tempo	3	11,54	9	34,62	10	38,46
Nunca	0	0,00	0	0,00	10	38,46
Total	26	100	26	100	26	100

Fonte: A própria

A questão 6 procura apurar como é que o inquirido se sentiu e como lhe correram as coisas durante as últimas 4 semanas. Na alínea A) “Quanto tempo se sentiu calmo/a e tranquilo/a”, 26,92% das pessoas assinalaram a opção “Sempre”, 50% “A maior parte do tempo”, 11,54% “Algum tempo” e 11,54% “Pouco tempo”. Quanto à alínea B) “Quanto tempo teve muita energia”, as respostas foram as seguintes: 15,38% “Sempre”, 38,46% “A maior parte do tempo”, 11,54% “Algum tempo”, e 34,62% “Pouco tempo”. Por último, a alínea C) “Quanto tempo se sentiu triste e deprimido/a?”, 11,54% dos inquiridos responderam “A maior parte do tempo”, outros 11,54% “Algum tempo”, 38,46% “Pouco tempo” e também 38,46% “Nunca”.

Foi possível apurar que maior parte dos participantes se sentiram calmos e tranquilos a maioria do tempo, revelando nesse mesmo período muita energia. Logo a seguir encontram-se 34,62% dos inquiridos que revelaram que durante pouco tempo têm

energia. Quanto ao estado triste e deprimido, 20 participantes que diz respeito a 76,92% situaram-se no pouco tempo ou nenhum, reunindo-se os restantes 23,08% entre a maior parte do tempo e algum tempo.

**Tabela 7** - Limitações apresentadas pela saúde física ou problemas emocionais dos inquiridos nas últimas 4 semanas

	N	%
Sempre	3	11,54
A maior parte do tempo	6	23,08
Algum tempo	6	23,08
Pouco tempo	2	7,69
Nunca	9	34,62
Total	26	100

Fonte: A própria

Finalmente, a questão 7 “Até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?”, as respostas mais uma vez foram distribuídas pelas várias opções, sendo que 11,54% dos participantes assinalaram “Sempre”, 23,08% deles “A maior parte do tempo”, outros 23,08% “Algum tempo”, 7,69% “Pouco tempo” e 34,62% “Nunca”. É possível perceber que 11,54 dos inquiridos se encontram numa situação de limitação total a nível de saúde física e problemas emocionais, que impedem na sua totalidade a atividade social destes. De seguida 23,98% pessoas também revelam grande limitação a maior parte do tempo. Ainda assim, a maior percentagem de inquiridos situa-se na opção “Nunca”, conseguindo então realizar sem problemas as atividades sociais a que os mesmos se propõem.

### 1.7.2 – Análise do questionário “O Plano Individual Social após Alta”

Passando para a análise do questionário elaborado pela investigadora “O Plano Individual Social após Alta”, foi possível apurar que dos 26 participantes, o mais novo tem 52 anos e o mais velho 95 anos. Calculando assim a média de idades da amostra, a mesma situa-se nos 79 anos.

**Tabela 8 - Sexo dos inquiridos**

	N	%
Masculino	16	61,54
Feminino	10	38,46
Total	26	100

Fonte: A própria

Quanto ao sexo dos inquiridos, a amostra é preenchida por 16 participantes do sexo masculino, que corresponde a 61,54% e 10 do sexo feminino, registando-se 38,46%.

**Tabela 9 - Estado Civil**

	N	%
Solteiro/a	3	11,54
Casado/a	8	30,77
Viúvo/a	14	53,85
Divorciado/a	1	3,85
Total	26	100

Fonte: A própria

Sobre o estado civil dos participantes estes 11,54% assinalaram “Solteiro”, 30,77% “Casado”, 53,85% “Viúvo” e 3,85% “Divorciado”.

**Tabela 10 - Habilitações Literárias**

	N	%
Sem escolaridade	2	7,69
1º Ciclo (4ª classe)	21	80,77
2º Ciclo (6ª classe)	0	0,00
3º Ciclo (9ª ano)	1	3,85
Ensino Secundário	1	3,85
Licenciatura	1	3,85
Mestrado	0	0,00
Doutoramento	0	0,00
Total	26	100

Fonte: A própria

Relativamente à secção das habilitações literárias, os participantes encaixaram-se em cinco opções, registando-se assim 7,69% “Sem Escolaridade”, 80,77% “1º Ciclo (4ª classe)”, 3,85% “3º Ciclo (9º ano)”, 3,85% “Ensino Secundário” e 3,85% “Licenciatura”. Quanto à situação profissional, todos eles, 100%, se encontram reformados.

**Tabela 11 - Apoios contratualizados mantidos pelos inquiridos**

	N	%
Discordo totalmente	0	0,00
Discordo bastante	2	7,69
Não concordo nem discordo	7	26,92
Concordo bastante	1	3,85
Concordo totalmente	16	61,54
Total	26	100

Fonte: A própria

Iniciando a secção 2 do questionário, na questão 1 “Após alta da Unidade de Média Duração e Reabilitação manteve os apoios que foram contratualizados? Se sim, identifique-os”, 7,69% dos participantes assinalaram “Discordo bastante”, 26,92% deles “Não concordo nem discordo”, 3,85% escolheram a opção “Concordo bastante” e 61,54% “Concordo bastante”. Entende-se que maior parte dos inquiridos manteve os apoios contratualizados, distribuindo-se da seguinte forma: 8 integraram em ERPI aquando da alta da Unidade, 3 foram transferidos para a tipologia de Longa Duração e Manutenção devido a estarem a aguardar vaga em ERPI, 1 regressou ao seu domicílio a beneficiar de transferência para uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), 2 mantiveram após alta o Centro de Dia beneficiando de gestão da medicação e alimentação, 2 regressaram ao domicílio com Serviço de Apoio Domiciliário na higiene habitacional e 1 na higiene pessoal.

**Tabela 12** - Apoios que os familiares não conseguiram prestar ao inquirido

	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente	7	26,92
Discordo bastante	1	3,85
Não concordo nem discordo	14	53,85
Concordo bastante	2	7,69
Concordo totalmente	2	7,69
Total	26	100

Fonte: A própria

A questão 2 “Após alta da Unidade existiram apoios que os seus familiares não lhe conseguiram prestar? Se a resposta foi positiva, especifique o tipo de apoios”, 26,92% dos participantes assinalaram “Discordo totalmente”, 3,85% “Discordo bastante”, 53,85% escolheram “Não concordo nem discordo”, 7,69% “Concordo bastante” e outros 7,69% “Concordo totalmente”. Dos 15,38% dos participantes que assinalaram as opções positivas para a incapacidade de os familiares prestarem apoio, um deles referiu

dificuldades a nível da aspiração e tratamento de feridas, dois deles referiram o apoio à higiene pessoal e um referiu a dificuldade na vigilância diurna.

**Tabela 13 - Apoio cancelados**

	N	%
Discordo totalmente	16	61,54
Discordo bastante	0	0,00
Não concordo nem discordo	9	34,62
Concordo bastante	1	3,85
Concordo totalmente	0	0,00
Total	26	100

Fonte: A própria

Na questão 3 “Após alta da Unidade cancelou algum apoio? Se sim, qual/quais e porquê?”, 61,54% dos inquiridos optaram por discordar totalmente, 34,62% selecionaram a opção “Não concordo nem discordo e 1 deles “Concordo bastante”. Entende-se que maior parte dos inquiridos continua a beneficiar dos apoios que foram contratualizados durante o trabalho realizado com estes e famílias em âmbito de internamento. O inquirido que respondeu positivamente justificou a sua escolha como tendo cancelado neste caso o Serviço de Apoio Domiciliário uma vez que integrou em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), devido ao facto do apoio que recebia no domicílio não ser suficiente para suprir as suas necessidades, visto já se encontrar a beneficiar de todos os serviços e ainda assim as suas limitações não lhe permitirem a sua permanência no domicílio.

**Tabela 14 - Necessidade de contratualização de mais apoios**

	N	%
Discordo totalmente	18	69,23
Discordo bastante	0	0,00

Não concordo nem discordo	3	11,54
Concordo bastante	2	7,69
Concordo totalmente	3	11,54
Total	26	100

Fonte: A própria

A questão 4 “Após alta da Unidade teve necessidade de contratualizar mais algum serviço? Se sim, qual?”, 169,23% dos participantes assinalaram “Discordo totalmente”, 11,54% “Não concordo nem discordo”, 7,69% “Concordo bastante” e 11,54% “Concordo totalmente”. Os inquiridos que responderam de forma positiva à pergunta, justificaram a sua escolha da seguinte forma: 1 deles viu a necessidade de contratualizar os serviços de higiene habitacional, higiene pessoal e sessões de fisioterapia ao domicílio. Um contratualizou o serviço de alimentação, outro de tratamento da roupa e dois deles acabaram por ingressar em ERPI já num período posterior à alta da Unidade.

**Tabela 15** - Necessidade de nova referenciação para RNCCI

	N	%
Discordo totalmente	22	84,62
Discordo bastante	1	3,85
Não concordo nem discordo	1	3,85
Concordo bastante	0	0,00
Concordo totalmente	2	7,69
Total	26	100

Fonte: A própria

Na questão 5 “Após alta da Unidade surgiu necessidade de uma nova referenciação para a RNCCI? Se sim, por qual motivo e para que tipologia?”, os participantes responderam da seguinte forma: 84,62% “Discordo totalmente”, 3,85% “Discordo bastante”, 3,85% “Não concordo nem discordo” e 7,69% “Concordo totalmente”. Dos dois inquiridos que

responderam positivamente foi possível perceber que foi feita, tanto num caso como no outro, referência para a tipologia de Longa Duração. Um deles para descanso do cuidador enquanto o outro para serem assegurados os cuidados necessários enquanto aguarda vaga em ERPI, devido à escassa retaguarda familiar, pelas respostas sociais na comunidade se revelarem insuficientes para colmatar as necessidades do utente devido em grande parte ao seu estado de saúde, pelos seus fracos recursos económicos e condições habitacionais não adequadas, sem capacidade de realização de obras no domicílio.

**Tabela 16** - Avaliação da resposta do plano individual às necessidades dos inquiridos após alta

	N	%
Discordo totalmente	0	0,00
Discordo bastante	0	0,00
Não concordo nem discordo	0	0,00
Concordo bastante	5	19,23
Concordo totalmente	21	80,77
Total	26	100

Fonte: A própria

Por último, na questão 6 “Considera que o plano individual que foi trabalhado consigo e com a sua família correspondeu às suas necessidades após ter tido alta? Se não, que falhas identifica?”, 19,23% inquiridos escolheram a opção “Concordo bastante” e 80,77% “Concordo totalmente”. Não foram apontadas falhas por parte dos participantes.

Relativamente à secção 3 do questionário, onde consta a pergunta de resposta aberta “Atualmente quais são as dificuldades a nível social, relacional e/ou presentes na comunidade com que se está a deparar e que sente que interferem com o seu estado de saúde?” 4 participantes apontaram diferentes dificuldades que aqui serão expostas.

O primeiro inquirido mencionou que tem uma filha com a doença de Alzheimer diagnosticada há cerca de 9 anos. A doença já se encontra numa fase avançada, sendo que atualmente não reconhece os familiares, situação que deixa o inquirido a sentir-se triste e



deprimido. Partilhou também que o apoio emocional que a família lhe tem prestado se confere como essencial, mas que vive angustiado pela doença da filha e que sente que este é um fator a nível relacional através do qual a sua saúde é afetada e fica fragilizada. Devido à filha se encontrar institucionalizada numa ERPI com uma ala especializada em demências, existe também um afastamento devido à distância geográfica entre ambas, impossibilitando as visitas de forma rotineira. Quando estas visitas se realizam, o inquirido refere não saber gerir as suas emoções após o seu termino e que nos dias seguintes se sente mais abatido e sem vontade de realizar algumas AVD's.

O segundo inquirido tem dois filhos com vida profissional ativa e agregado familiar próprio, podendo apenas contar atualmente com o apoio da esposa que ainda se encontra a trabalhar também. À data da realização dos questionários, o inquirido informou que a sua esposa se encontrava de baixa médica, mas que ainda assim lhe prestava todos os cuidados necessários, contudo no final do mês a baixa iria terminar e a mesma teria de regressar ao trabalho. Devido aos fracos rendimentos por parte do casal, estes decidiram não contratualizar Serviço de Apoio Domiciliário, ou outro tipo de resposta social, uma vez considerarem não poder despender desse valor atualmente. Trata-se então de uma questão financeira fragilizada, que acaba por deixar o inquirido preocupado, uma vez que passará grande parte do dia no seu domicílio sozinho, limitando as suas AVD's para as estritamente necessárias dentro das suas limitações e segurança na realização das mesmas.

O terceiro participante partilhou que desde que teve alta da Unidade se encontra institucionalizado em ERPI e reconhece que esta resposta é a que se adequa mais às suas necessidades atuais, não a nível físico, mas sim ter assegurado os cuidados e acompanhamento diário, supervisão e segurança uma vez que a sua retaguarda familiar é escassa e encontra-se longe devido à questão profissional. Apesar do projeto de vida do inquirido passar pela institucionalização, o mesmo só se pode ausentar da ERPI duas vezes por semana, neste caso à quinta-feira e ao domingo, 1 hora e meia em cada dia definido. Desta forma, partilhou as saídas são em número muito reduzido e que o afetam a nível emocional. Aproveita para sair nos dias e horários definidos, e quando sai acaba por se sentir mais tranquilo e menos ansioso, contudo é da opinião que não existe necessidade para as saídas se manterem tão restritas, uma vez ter noção das suas capacidades de locomoção e orientação para se deslocar ao exterior. É nestas saídas que costuma falar com amigos e antigos vizinhos e refere que a continuidade desse contacto se tem mostrado benéfico para a sua qualidade de vida. Assim, vê-se limitado nas vezes

que pode estabelecer relações sociais com a comunidade exterior aos utentes que assim como ele se encontram institucionalizados naquela ERPI.

O último inquirido partilhou que foi transferido para uma Unidade de Longa Duração e Manutenção e que se encontra isolado há cerca de 1 mês devido a aguardar os resultados das análises e exame que fez à tuberculose, uma vez ter estado em contacto com um caso ativo. Refere que durante este tempo de isolamento recebe apenas visitas no exterior do quarto e que o facto de ver as suas relações sociais limitadas bem como a sua liberdade em retomar a sua rotina o faz sentir ansioso e deprimido. Referiu ainda que apesar de lhe serem assegurados os cuidados diários, e continuar a beneficiar de fisioterapia apesar de ser no quarto, tem estado muito tempo parado e sente que perdeu alguma mobilidade.

## **2- Discussão de resultados**

Com o presente estudo pretendeu-se entender e descrever de que forma o plano individual de Serviço Social trabalhado entre o Assistente Social, utentes e famílias foi concretizado no processo de reabilitação do utente no seu meio social após alta da Unidade e desta forma avaliar o nível de satisfação, de sucesso e a situação em que o ex-utente se encontra atualmente. Neste estudo também existiu a necessidade de perceber até que ponto o plano teve falhas, podendo os inquiridos identificar as mesmas e propor melhorias.

Para este fim, optou-se por fazê-lo através da aplicação de dois questionários. Um dos questionários concentra-se no bem-estar e saúde do utente e outro sobre a aplicabilidade do plano individual social num período compreendido entre os 3 e 6 meses após alta da Unidade.

Tendo presentes os conceitos de funcionalidade, autonomia e dependência abordados e trabalhados no Capítulo 1, é possível conferir uma base para melhor análise e discussão dos resultados, levando a um entendimento mais claro das respostas fornecidas.

Considerando os objetivos específicos que foram delineados aquando do objetivo geral deste estudo, tornando-se estas linhas orientadoras quanto ao rumo do mesmo, é possível agora ver respondido ao que foi proposto no início da construção da Metodologia desta investigação.

Relativamente aos dados que emergiram da caracterização da amostra, no que concerne à idade dos participantes, o intervalo de idades do estudo está compreendido entre os 52 e os 95 anos de idade, estando a média nos 79 anos. Percebe-se então, que os internamentos realizados, predominam junto de uma faixa etária mais idosa, conforme os Relatórios de Monitorização dos Dados da RNCCI têm apresentado ano após ano.

As habilitações literárias dos inquiridos concentram-se em grande número no 1º Ciclo (80,77%), 7,69% sem escolaridade, 3,85% com o 9º ano, 3,85% com o ensino secundário e 3,85% com licenciatura. Estes dados acabam por se encaixar nas faixas etárias acima mencionadas, tendo em conta que a população mais idosa não detém tantos estudos como uma camada mais jovem.

Avaliando as respostas dadas pelos inquiridos, quando questionados sobre a sua opinião quanto ao seu estado de saúde atual, 73,08% deles posicionaram a sua opinião entre as

opções “Muito Boa”, “Boa” e “Razoável” e 26,92% na opção “Fraca”, levando a entender que no geral estes ex-utentes sentem e avaliam ainda a sua saúde como positiva.

Relativamente à saúde física, um grande número de inquiridos destacou esta condição como maior fator impeditivo na realização de diversas atividades diárias. Já um número reduzido conseguiu retomar a realização das AVD’s com dificuldade mínima associada. Analisando o questionário SF-12, na pergunta 2 “Será que a sua saúde atual o/a limita nestas atividades?”, apesar da contabilização de hipóteses se ter revelado muito parecida, os inquiridos (57,69%) sentem mais limitação a subir vários lanços de escadas do que a realizar atividades moderadas como aspirar a casa ou deslocar uma mesa (42,31%). Os valores de resposta encontram-se entre a opção “Muito limitado/a” e “Um pouco limitado/a”, percebendo-se que apenas uma minoria dos inquiridos, não se sente limitado a nível físico nas duas opções apresentadas.

Por outro lado, todos eles assinalaram a existência problemas na realização das AVD’s como consequência do seu estado físico, sendo que mais uma vez a seleção da frequência de tempo se divide de forma parecida, registando-se um ligeiro aumento do número de respostas à frequência “Sempre” e “Maior parte do tempo”. Na primeira questão regista-se um total de 57,7% e na segunda questão 53,85%.

No que diz respeito à realização das AVD’s tendo como fator predominante a existência de problemas emocionais, apura-se que apenas 8 (30,77%) dos 26 inquiridos não deixaram de realizar as suas atividades devido à questão emocional, os restantes participantes dividiram a sua opinião pelas restantes opções, sendo que 30,77% se encontram entre a frequência “Sempre” e “Maior parte do tempo”. Os restantes 38,46% escolheram as opções “Algum tempo” e “Pouco tempo”. Estes valores veem-se alterados quanto à realização de atividades de forma menos cuidadosa que o habitual, existindo menos inquiridos que se associam com esta realidade.

Do total de inquiridos, 23,08% sentiram-se calmos e tranquilos durante pouco ou algum tempo, enquanto 76,92% percecionaram esse estado sempre ou a maior parte do tempo. Quanto aos níveis de energia, 34,62% afirmaram que durante pouco tempo se sentem com muita energia, sendo que o maior número de inquiridos, com uma percentagem de 50%, selecionou a opção “A maior parte do tempo”. Quanto a sentirem-se triste e deprimidos, nenhum inquirido selecionou a opção “Sempre”, tendo sido recolhidas 3 respostas na opção “A maior parte do tempo”, correspondendo a 11,54% da amostra inquirida. 76,92% inquiridos selecionaram as opções “Pouco tempo” e “Nunca”.

É possível perceber que o estado emocional e os problemas que possam ser trazidos por ele, faz com que este seja um fator relevante e de peso na capacidade de realização das AVD's. Comparando à saúde física, percebe-se que os problemas emocionais não afetam na mesma escala nem na mesma proporção, mas são, sem dúvida, um fator preponderante no dia a dia dos inquiridos. Assim, a condição física atual é vista pelos inquiridos como o maior impeditivo no seu dia a dia.

Em suma, percebe-se então que existe um número de participantes que realizam menos do que querem e que esse número diminui no que diz respeito a realizar as atividades com menos brio/cuidado. A questão emocional está associada à limitação de atividades, mas não em tão larga escala como o estado físico.

Do total dos inquiridos, apenas 34,62% consideram que a sua saúde física e problemas emocionais não foram fatores impeditivos na realização da sua atividade social, como visitar amigos ou familiares próximos. 11,54% encontram-se totalmente limitados, sendo que à data da realização dos questionários não reuniam capacidade para o desempenho da sua vida social e 46,16% deles encontram-se entre as opções de algum tempo ou maior parte do tempo. Ou seja, numa amostra de 26 utentes, que corresponde a uma percentagem de 100%, os fatores acima mencionados, são para 65,39% deles de forma mais ou menos presente limitativos no que diz respeito à preservação das suas relações sociais.

Apesar do SF-12 reunir questões de resposta fechada, ao longo da aplicação dos questionários os inquiridos acabavam por justificar a sua opção, tendo sido possível perceber que existe uma tendência, dentro daqueles que assinalaram os fatores físicos e emocionais como restritivos, para a limitação ser sobretudo física e não tanto emocional, apontando a vontade de querer realizar a atividade, mas as dificuldades físicas intrínsecas a ela. Ainda assim, na maioria dos casos, existiu a partilha de que apesar das limitações apresentadas e a incapacidade de visitar amigos ou familiares, recebiam visitas por parte destes, permitindo manter as relações e laços familiares e sociais, apesar de estes não acontecerem pela tomada de decisão de realizar esta atividade e consumação da mesma por parte do inquirido, mas sim uma adequação da outra parte envolvida.

A dor, que se tem como uma experiência individual, tem nela reunidos fatores sensoriais, cognitivos, afetivos, fisiológicos, socioculturais e comportamentais, capazes estes de

contribuírem para a sua subjetividade e multidimensionalidade, tendo vindo a ser abordada desta forma pela sociedade. (Mateus, et al., 2008)

Quando questionados sobre como a dor tem interferido nas atividades domésticas ou no trabalho, 53,85% dos inquiridos revelam que a dor interfere pouco ou nada com a capacidade de realização das atividades, contudo os restantes 46,15% veem nela uma limitação, onde a avaliam como fator limitativo a um nível moderado ou mais elevado. Entende-se que a dor não é sentida da mesma forma nem com a mesma intensidade e que acaba por ter mais influencia nuns casos mais do que noutros no que toca à predisposição e capacidade para a realização das atividades em momentos em que esta se encontra presente.

Na pergunta de resposta aberta, criou-se espaço para os inquiridos partilharem as dificuldades pelo qual sentem que estão passar a nível relacional, social ou na comunidade e que possam estar a interferir com o seu estado de saúde.

Avaliando as respostas dadas, percebeu-se que, apesar da existirem diferentes motivos que os inquiridos associam à interferência com seu estado de saúde, todos se sentem angustiados, ansiosos, agitados ou deprimidos, ou seja, as dificuldades que estão a sentir acabam por se espelhar e manifestar na sua saúde mental. Em alguns dos casos, foi perceptível que estas dificuldades se manifestam através da diminuição da realização das AVD's devido a encontrarem-se em baixo e conseqüentemente com menos predisposição. Exemplo disso é o caso do inquirido que refere ter uma filha com a doença de Alzheimer, e que pela dificuldade em aceitar a doença, o estado avançado em que se encontra e a distância geográfica do familiar para a realização das visitas, torna-se para este difícil a gestão não só da situação, mas da questão emocional, sentindo-se alterado e sem vontade de retomar algumas das suas atividades diárias nos dias seguintes. Por outro lado, no caso dos 3 outros participantes acaba por se tratar de uma limitação ou não permissão (dependendo do caso) quase que imposta, fazendo com que estes não tenham a liberdade que desejam para a realização das AVD's e assim sintam a sua parte emocional mais fragilizada o que levou à partilha dos seus sentimentos no momento da aplicação dos questionários.

As respostas dos participantes entram em concordância quando todos assumem que aquilo que sentem e o estado atual em que se encontram, de forma não intencional, acaba por afetar a sua saúde física, referindo estarem mais parados, percecionando também maior dificuldade de locomoção.

Conforme foi referido anteriormente, procedeu-se à elaboração de um questionário tendo como título “O Plano Individual Social após Alta”, de forma a ver respondidas as matérias e dúvidas que à investigadora interessavam para este estudo e que em nenhum outro questionário estavam reunidos todos os parâmetros/conteúdo que assim se achava necessário e proveitoso para o enriquecimento do estudo. Assim, tendo como base as respostas dadas a este questionário e depois da sua avaliação, foi possível entender o seguinte.

Quanto à situação atual dos ex-utentes, todos se encontram ou institucionalizados em ERPI, a beneficiar de internamento numa Unidade de Longa Duração e Manutenção, nos seus domicílios ou domicílios dos familiares com apoio destes ou apoio institucional. Todos apresentaram, à data de aplicação dos questionários, algum tipo de retaguarda, social, familiar ou ambas.

O Plano Individual teve, no geral e tendo em conta o número da amostra, um impacto positivo uma vez que correspondeu em larga escala às necessidades identificadas pelo profissional ainda durante o decorrer do internamento. Excetuando 7,69% dos inquiridos, os restantes (92,31%) mantêm os apoios não tendo cancelado algum, considerando o Plano Individual como uma ferramenta que correspondeu às necessidades de cada um. À data da colocação do questionário praticamente todos se encontravam inseridos no meio que escolheram, o que significa que o Plano Individual foi de encontro tanto à vontade como necessidades do inquirido, oferecendo então uma resposta adaptada, personalizada e suficiente de forma a colmatar as carências identificadas permitindo que o inquirido se mantivesse no meio que escolheu para o seu pós alta.

A correspondência que o Plano Individual demonstrou após a alta quanto às necessidades identificadas ainda durante o internamento foi alta, contudo houve casos de ex-utentes que viram necessidade na alteração deste Plano, neste caso para contratualização de mais apoios, uma vez que após estarem novamente integrados no seu meio perceberam e identificaram mais tarde, o nível de necessidade ou limitações superiores ao que esperavam e que foi trabalhado em âmbito de internamento. De referir que, as necessidades dos inquiridos identificadas ainda durante o internamento, continuam a beneficiar de resposta após alta.

Quanto à adesão dos utentes ao Plano Individual após alta da Unidade, todos eles aceitaram ser trabalhado o Plano durante a duração do internamento bem como o “utilizaram” como uma ferramenta e mais valia após a alta. Prova disso é a aplicabilidade

que o Plano teve e a mais-valia do trabalho feito entre Assistente Social, utente, família e comunidade, que se fez sentir nos benefícios diários ao inquirido.

Relativamente às falhas que o Plano Individual apresentou no período após alta, apesar dos inquiridos não terem apontado nenhuma, com o desenrolar da colocação dos questionários e estudo das respostas que foram recolhidas, foi possível constatar que dois inquiridos acabaram por cancelar os apoios contratualizados e optar pela institucionalização em ERPI, pois perceberam que o apoio institucional do qual beneficiavam não se revelava suficiente quanto à satisfação das suas necessidades. Para além destes, houve também a necessidade de uma referenciação para a tipologia de Longa Duração e Manutenção. Nesta situação em especial, percebeu-se que existiu um grande trabalho entre a Assistente Social da Unidade e o técnico do Município do qual o ex-utente faz parte, uma vez que este decidiu durante o seu internamento que queria regressar ao seu domicílio. Só na chegada à sua habitação é que o ex-utente conseguiu realmente perceber que não tinha capacidade para lá se manter e que os apoios institucionais eram insuficientes bem como a retaguarda familiar escassa. Posteriormente foi feita a sua referenciação e encaminhamento para uma vaga em ERPI, encontrando-se ainda a aguardar colocação. Nesta situação trabalhou-se mediante a aceitação do utente. O Plano Individual poderia ter tomado outro rumo e ser trabalhado de diferente forma, contudo a decisão do utente à data do internamento encontrava-se tomada o que limitou a possibilidade de criar uma resposta melhor e mais adequada. A nível do poder local constatou-se que, neste caso, o Município não tinha capacidade de apoiar a requalificação da habitação por não se encontrar no nome do ex-utente, bem como ceder uma habitação social visto ainda não possuírem essa resposta para os seus Municípios. Retira-se deste caso em específico a dificuldade em chegar ao utente e trabalho com o mesmo relativamente às suas expectativas e decisões. Não obstante, numa área onde se trabalha com e para as pessoas, entende-se também que tem de existir alguma flexibilidade e adaptabilidade num processo como um planeamento de uma alta que se quer seguro e com capacidade de responder às dificuldades identificadas do utente. Assim, viu-se na Rede uma resposta que se adequava às necessidades e carências imediatas deste utente, que foram asseguradas enquanto aguarda vaga numa ERPI.

Para além desta, percebeu-se também que houve efetivamente a necessidade de contratualização de mais apoios, tendo sido a procura de maior parte deles dentro da gestão das tarefas domésticas.



A nível de melhorias do Plano Individual para que este consiga ter um maior sucesso no contributo que dá ao utente, mais uma vez não foram identificadas por parte dos inquiridos, contudo é possível destacar uma limitação que interfere tanto com o trabalho realizado entre profissional e restantes intervenientes como com o sucesso do plano. Nos casos apresentados, que viram necessidade de integração em ERPI, referenciação ou contratualização de mais apoios, é possível perceber que se existisse a possibilidade de um maior trabalho de campo, a visão que por vezes o profissional tem poderia diferir com o trabalho tido somente em âmbito de Unidade e o conhecimento que este recolhe somente dentro da Instituição através de dados que lhe chegam e informação prestada pela retaguarda do utente. Talvez esta seja uma das limitações principais do profissional, no que diz respeito à falta de reconhecimento da situação habitacional, barreiras presentes e meio envolvente ao utente, que pode não ser tão limitativa na ótica do utente/família, mas que para o profissional é vista por outro prisma. Posto isto, caso existisse possibilidade de maior trabalho de campo, talvez no Plano fosse trabalhado de antemão estas limitações e contornadas as mesmas.

Por outro lado, e sabendo-se que a sensibilização feita junto dos utentes e famílias é fulcral para estes reconhecerem o estado atual de saúde, limitações e necessidades, destaca-se a promoção, sempre que possível, de um maior número de saídas do utente da Unidade quando o objetivo é regressar ao domicílio, de forma incentivar e estimular o seio familiar à prestação dos cuidados diários ainda enquanto o utente beneficia de internamento de forma a que haja uma aproximação à realidade, quer por parte da família, quer por parte do utente, possibilitando um feedback da parte destes e assim um trabalho com os intervenientes o mais acertado possível tendo por base as dificuldades que encontraram e receios que sentiram. Estas seriam melhorias a ter em consideração para um maior sucesso do Plano Individual, contudo são também limitações da área profissional que, por várias razões, se tornam difíceis de ver ultrapassadas devido a diversos fatores como referenciações de utentes que apesar das preferências assinaladas são colocados muitas vezes longe da sua área geográfica dificultando a deslocação do profissional às habitações. Por outro lado, o volume de trabalho, os rácios de horários e os recursos humanos que se apresentam limitados nesta área, interferem na realização de um trabalho feito com tempo, disponibilidade e personalizado ao utente e rede de suporte. Estes fatores acima identificados não são capazes de ser resolvidos somente pelo profissional, sendo que este vê como única opção e também necessidade a adaptação do seu trabalho consoante a realidade que lhe chega.

Devido ao tamanho reduzido da amostra, os dados recolhidos não são generalizados a toda a população de utentes que estiveram beneficiaram de internamento numa Unidade de Média Duração e Reabilitação. Apesar de existirem tendências dentro da amostra, não significa que numa amostra com maior dimensão não pudessem ser consideradas diferentes variáveis e assim o surgimento de resultados diferentes.

Tendo em conta estas limitações, no capítulo presente após a conclusão, serão explanadas algumas sugestões/considerações relativas a este estudo.

## CONCLUSÃO

O avanço da ciência e o aumento da esperança média de vida trouxeram novas formas do homem encarar a vida em sociedade e sobretudo de perceber o envelhecimento, tendo vindo a ser reunidas ao longo do tempo ferramentas para o prolongamento da qualidade de vida com o acumular da idade.

Todo o indivíduo que se encontra integrado no seu meio, assume perante a sociedade um papel social, pessoal e familiar. Inerente à vida em comunidade que cada vez mais funciona a grande velocidade e de forma automatizada, a perda de autonomia devido ao desenvolvimento de uma doença ou um episódio que origina uma limitação é uma questão para a qual a sociedade não se encontrava preparada para lidar, mas que se tem visto um trabalho a ser realizado no sentido de criar e prestar respostas a nível da saúde e apoio social, adequados a estes momentos pelos quais o homem não pensa passar.

Apesar deste estudo não poder ser generalizado a toda a população que passa por uma situação de dependência e que beneficia de um internamento numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, o mesmo permitiu compreender como se encontram os utentes e o impacto do Plano Individual Social após a sua alta.

Retirou-se que a população alvo deste estudo percebe como fator mais limitativo a sua saúde física e não tanto o seu estado emocional no que concerne à realização das AVD's. Apenas um pequeno número conseguiu retomar a sua vida a nível da realização das atividades diárias sem que a sua condição física fosse um impeditivo ou limitação.

Assumiu-se que, à exceção de 7,69% dos ex utentes, todos os outros mantiveram os apoios trabalhados e contratualizados ainda durante o internamento, com a necessidade de contratualização por parte dos inquiridos, de outros serviços adicionais num período posterior à alta, visto terem encontrado necessidade para tal. Maior parte destes foram apoios a nível da gestão das tarefas domésticas.

Assistiu-se também à dificuldade de as famílias prestarem alguns apoios no caso de 15,38% dos inquiridos.

Deste modo, é possível afirmar que existiu uma adesão, impacto, correspondência e contributo positivo do Plano Individual de Serviço Social no processo de reabilitação do utente no seu meio social após alta da Unidade, tendo-se confirmado através do feedback positivo dos inquiridos e o facto de em grande percentagem (92,31%) se encontrarem integrados no meio trabalhado no Plano Individual como destino após alta da Unidade.

A pessoa que passa por um internamento, em grande parte das vezes, não se encontra sozinha, tendo por norma o acompanhamento da família e por essa presença marcada, a família, como parte integrante do processo de reabilitação do utente e vista como peça fundamental no mesmo, deve também ser alvo de cuidado por parte do profissional. Cada vez mais está evidenciada a necessidade e importância de cuidador e atender aos receios e dúvidas de quem seguidamente à alta vai dar continuidade aos cuidados, sejam eles a que nível forem, afinal a perda de autonomia e alteração do seio familiar não se fazem sentir e não atingem somente o utente.

É de todo o interesse a desmistificação dos medos existentes e o incentivo à vivência desta fase que se tem como transitória, aliviando-se assim as dificuldades durante este percurso com recursos a ferramentas e respostas presentes tanto no interior das Unidades como na comunidade.

Tendo em conta esta realidade, tornam-se imperativos profissionais o acompanhamento adequado e individualizado, disponibilização de ferramentas bem como a procura e afirmação da dignidade ao utente nesta nova fase da sua vida.

O Serviço Social, enquanto profissão que atua para e com a sociedade, enfrenta de forma recorrente desafios aos quais é obrigado a encontrar uma solução ou estratégia para contornar os mesmos.

Atualmente, vivemos numa sociedade que se encontra em constante mudança e em que a realidade social exige a esta profissão a capacidade de adaptação e resposta atempada às necessidades sociais e problemáticas que vão surgindo (M. I. Carvalho & Pinto, 2015)

Dentro do funcionamento destas Unidades também nos deparamos com a necessidade de ser prestada uma resposta o mais indicada e personalizada possível, contudo, aliado a estes, existe cada vez mais uma sobrecarga de trabalho, excesso de burocracia, insuficiência de meios e recursos inseridos quer internamente quer na comunidade e acima de tudo a carência do número de profissionais da área do Serviço Social, que vem dificultar em muito a qualidade do trabalho que o profissional presta, não por falta de vontade ou formação, mas pela falta de capacidade de chegar a cada utente em tempo útil quando se trata de se aliar a esta tarefa a qualidade do seu serviço (Castro & Oliveira, 2011).

Tendo-se conhecimento que o Serviço Social é uma profissão que trabalha diretamente com um determinado tipo de população alvo, esta falta de profissionais vai limitar àqueles

que existem e executam as suas funções a participação na promoção, prevenção, reabilitação e recuperação na saúde. Sendo que o Serviço Social se caracteriza também por ser uma profissão de proximidade, é necessário que essa característica se efetive, contudo será cada vez mais um desafio devido à afluência de casos nas Unidades que requerem tempo, apresentando-se como uma consequência a falta de disponibilidade do profissional para uma correta intervenção, onde atualmente é mais priorizada a eficiência e rapidez de resposta do que a forma mais indicada de esta ser prestada ou alcançada (Lopes I. M., 2022).

O desafio desta profissão será então focar-se na qualidade da preparação da alta, indo novamente de encontro a uma atuação mais humanizada, que ao longo dos anos foi colocada como uma necessidade secundária. Humanizar o trabalho que o Assistente Social tem com o utente, família e comunidade é grande parte das vezes sinónimo da perpetuação de uma alta devidamente realizada e trabalhada, tendo esta tido sucesso revelando menor probabilidade de readmissão em âmbito da RNCCI. É importante ter em conta que por mais transformações sociais estejam a acontecer a grande velocidade existe também a necessidade de investimento na categoria profissional a nível do número de profissionais e cada vez mais nos modelos de análise, intervenção e resolução que o Assistente Social precisa de aplicar junto de todos os intervenientes.

É através da qualidade que se deposita no planeamento da alta que se torna possível, por exemplo, a redução da ansiedade sentida muitas vezes pelos utentes e famílias quanto às mudanças e adaptação às novas necessidades do doente, o ensino das famílias favorecendo o processo de assimilação e compreensão para a continuidade de cuidados de qualidade já no domicílio, a sensibilização da comunidade para as novas realidades e necessidade de criação de serviços e respostas mais adequadas, a capacitação das famílias através de apoio psicossocial e fornecimento de informações transmitindo-lhes confiança neste processo, entre outros (Duarte C. P., 2018).

Após todos os fatores acima elencados, pode-se afirmar que a tipologia de Média Duração e Reabilitação é uma resposta essencial não só a nível da saúde, mas sim da questão e condição social para todos os casos que nela são admitidos. É de extrema importância o peso que o Serviço Social revela nas Equipas Multidisciplinares e o quanto este assegura o acesso a direitos do utente, facilitação do processo pelo qual este está a passar e dignidade no decorrer do internamento, trabalhando com as suas limitações e descobrindo nelas potencial e capacidade para uma reintegração na sociedade de forma segura,

valorizando e afirmando o contributo que cada individuo tem ainda para oferecer em sociedade e nos diversos meios que o rodeiam e fazer parte da sua vida enquanto ser social.

## SUGESTÕES

Com o propósito de dar continuidade ao estudo tido neste trabalho e procurar de que forma o utente pode vir a beneficiar de uma melhor resposta a nível de Serviço Social tanto durante como após a sua alta da UMDR, propõe-se:

- Um estudo com uma amostra maior, de preferência de várias UMDR localizadas em diferentes pontos do país;
- O estudo da perspetiva familiar do utente, com a finalidade de perceber se estes percecionam realmente as verdadeiras limitações e necessidades do doente em fase de reabilitação enquanto o internamento decorre e se os ensinamentos prestados por parte da Equipa são adequados à realidade que depois encontram pós alta quando se trata da satisfação das suas necessidades;
- O estudo da perspetiva dos profissionais de Serviço Social que integram a Equipa Multidisciplinar relativamente à forma como os utentes poderiam de beneficiar de uma melhor resposta social perpetuada até ao pós alta desde a sua admissão nas Unidades desta tipologia. A existirem alterações, quais seriam?
- Perceber até que nível o trabalho por parte do Assistente Social e o seu parecer profissional é predominante nas decisões tomadas em reunião de Equipa. Considera-se que o foco do trabalho desenvolvido nas Unidades de Média Duração é maioritariamente direcionado para a saúde física e de reabilitação, contudo existem internamentos que para além de tratarem esta problemática estão também envolvidos na questão social que, por vezes, demora mais tempo a ser resolvida. A RNCCI foi também criada para “amparar” casos não só meramente de saúde, mas que se encontrem numa situação social delicada, contudo existe atualmente pressão nas altas, algumas delas decididas cedo demais devido aos objetivos de reabilitação física já terem sido atingidos. Existirá a desvalorização do parecer e da avaliação do Assistente Social por parte dos restantes profissionais de saúde que integram as Equipas Multidisciplinares?

- Investir na formação dos profissionais que atuam na área da saúde, neste caso na tipologia de Média Duração e Reabilitação, permitindo o conhecimento atualizado e assim o aperfeiçoamento da sua intervenção, facilitando e beneficiando o trabalho para e com o utente e famílias;



## BIBLIOGRAFIA

A Nossa Saúde. (2023). *SNS - Serviço Nacional de Saúde*. <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/1021>

ACSS. (2006). *Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI no âmbito das experiências piloto –RNCCI 2006*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Enquadramento-das-Unidades-de-Convalescenca-na-RNCCI-Resumo-2006.pdf>

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (s.d.). *Gestão Altas Hospitalares*. ARS | Norte. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/gestao-altas-hospitalares/>

Albuquerque, C. M., & Oliveira, C. P. (2002). *Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança*. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/635>

Bäckström, B. (2016). In *Saúde e doença enquanto construções sociais: A questão das incapacidades e das desigualdades em saúde* (pp. 180–185). Universidade Aberta. CEMRI. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/5809>

Batista de Araújo, I. M. (2004). *Aprendem doença, educam para a saúde* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. RepositóriUM – Repositório Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/2669>

Borges, H., Teodoro, J., & Valente, R. (2006). *Planeamento da Alta Hospitalar do Idoso em Ortotraumatologia*. 16–18. <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/397/1/Enformação%202006%2016.pdf>

Branco, N. M. F. (2010). *Cuidados continuados integrados: Estudo de um caso* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório da Universidade Técnica de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/2978>

Carrondo, E. M. (2006). *Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico* [Tese de

doutoramento]. RepositóriUM – Universidade do Minho.  
<http://hdl.handle.net/1822/6276>

Carvalho, J. (2002). *Saúde e desenvolvimento social e científico*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 17–41.  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/nnXwYMPsZJ39nm7vvGb4n8w/?lang=pt&format=pdf>

Carvalho, G. S. d., & Carvalho, A. (2006). In *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lusociência.

Carvalho, M. I. d. (2015). *Serviço Social com famílias*. PACTOR.

Carvalho, M. I. d., & Pinto, C. (2016). *Serviço Social: Teorias e Práticas*. PACTOR.

Carvalho, M. I., & Pinto, C. (2015). *Desafios do Serviço Social na atualidade em Portugal*. *Serviço Social & Sociedade*, (121), 66–94.  
<https://doi.org/10.1590/0101-6628.014>

Castro, M. M., & Oliveira, L. (2011). *Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social*. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), 10(1), 26–43.  
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7649/6437>

Constituição da República Portuguesa - CRP - Artigo 64.º (2023). *Diário da República* n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49467775>

Cristina Navarro, M., Simões, M., Pereira, M., & Luísa Pintassilgo, A. (2006). *Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para portugueses de Portugal: Apresentação de um projecto*. 36–38.  
<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/20691/1/2006%20Desenvolvimento%20dos%20instrumentos%20de%20avaliação%20de%20QdV%20na%20infecção%20VIH%20da%20OMS.pdf>

Cunha, L. M. A. d. (2007). *Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes* [Dissertação de Mestrado]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/1229>

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho (2006). Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho (2015). Diário da República n.º 145/2015, Série I de 2015-07-28. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/136-2015-69879425>

Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro (2017). Diário da República n.º 26/2017, Série II de 2017-02-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1269-2017-106396948>

Despacho n.º 176-D/2019, de 4 de janeiro (2019). Diário da República n.º 3/2019, 1º Suplemento, Série II de 2019-01-04. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/176-d-2019-117612778>

Direção Geral de Saúde - Ministério Público. (2006). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/146439/rncci%20boas\\_praticas\\_assistentes\\_sociais\\_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555](https://www.seg-social.pt/documents/10152/146439/rncci%20boas_praticas_assistentes_sociais_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555)

Duarte, A. J. A. (2014). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do Algarve: Perspetiva dos familiares, utentes e profissionais de saúde* [Tese de doutoramento, Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Sapientia – Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/6853>

Duarte, C. P. P. (2018). *Inteligência emocional e inteligência espiritual: Contributos para a humanização do Serviço Social numa sociedade em mudança* [Tese de

doutoramento, Universidade de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório da Universidade Técnica de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/17792>

Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *Direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde*. [https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publicação-ers\\_direitos-e-deveres.pdf](https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publicação-ers_direitos-e-deveres.pdf)

Feio, A. (2007). *O corpo da Fisioterapia: Um estudo fenomenológico sobre a experiência da deficiência física permanente* [Dissertação de mestrado, Universidade de Atlântica - Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico da Atlântica. <http://hdl.handle.net/10884/107>

Ferreira, J. M. (2009). *Serviço Social de Modelos de Bem-Estar para a Infância: Modus Operandi do Assistente Social na Promoção da Proteção à Criança e à Família* (Publicação n.º ISCTE-IUL - Repositório Institucional do ISCTE) [Tese de Doutoramento, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa - Departamento de Sociologia]. <https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/3590/1/Doutoramento%20serviço%20social%20tese%20final%20para%20entrega.pdf>

Flesch, L. D., & Araujo, T. C. C. F. d. (2014). Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 19(3), 227–236. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2014000300008>

Fontes, A. P., Botelho, M. A., & Fernandes, A. A. (2013). A funcionalidade dos mais idosos (>75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 91–107. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232013000100010>

Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (N. Salgueiro, Trad.). LUSOCIÊNCIA. [https://www.academia.edu/42384751/O\\_processo\\_de\\_investigação\\_FORTIN](https://www.academia.edu/42384751/O_processo_de_investigação_FORTIN)

Freitas, L., (2017). Ordem dos Enfermeiros. Secção Regional – Região Autónoma da Madeira. *Reabilitação - A eficiência que faz a diferença*

Garcia, R. F. (2015). *Avaliação e controlo da dor em regime ambulatório em doente em cuidados paliativos usando aplicações móveis de tecnologias de informação e comunicação - Proposta de processo eletrónico para gestão de doente a necessitar de controlo de dor, em regime ambulatório* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral - Repositório Digital da Universidade de Coimbra.

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29765/1/Tese%20Cuidados%20Paliativos1.1-2.pdf>

Gaspar, S. M. d. S. (2013). *A Prática da educação para a saúde dos enfermeiros comunicadores* [Dissertação de mestrado, Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório da Universidade Técnica de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/6018>

Gomes, V. S. C. (2013). *O planeamento das altas em unidades de cuidados continuados de longa duração e manutenção: Um estudo de caso na Unidade "Naturidade Rio Maior"* [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona]. ReCiL – Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/5482>

Gonçalves, M. I. (fevereiro de 2022). *Rede Nacional de Cuidados Continuados*. 10. Universidade de Coimbra

Gouveia, H. (2012). *Das Beiras para o Centro: A imagem da Região Centro juntos dos seus habitantes* [Dissertação de mestrado, ISCIA - Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração]. RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6787/1/Hermano%20Gouveia%20protogido.pdf>

Guerra, I. (2017). O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar. *Ciências e Políticas Públicas / Public Sciences & Policies*, 3(1), 57–79. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.cpp2017.viiin1/pp.57-79>

- Hegenberg, L. (1998). *Doença: três enfoques recentes*. Fiocruz. <https://books.scielo.org/id/pdj2h/pdf/hegenberg-9788575412589-06.pdf>
- Heidmann, I. T. S. B., Almeida, M. C. P. d., Boehs, A. E., Wosny, A. d. M., & Monticelli, M. (2006). *Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções*. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(2), 352–358. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072006000200021>
- Hill, M., & Hill, A. (1998). *A Construção de um Questionário*. DINÂMIA'CET-IUL. <https://doi.org/10.7749/dinamiacet-iul.wp.1998.11>
- Instituto da Segurança Social, Administração Central do Sistema de Saúde & Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social (S + SS) – para o Planeamento das Altas Hospitalares*. <https://www.segsocial.pt/documents/10152/25948515/Manual+de+Articulação++Saúde+e+Segurança+Social+para+o+Planeamento+das+Altas+Hospitalares/b815925f-90a5-40e1-b339-c27299282473>
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (2019). Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=)
- Lima, F., Machado, G., Fernandes, M., Sousa, R., & Lima, N. (2009). *A Trajetória do Serviço Social na Residência Multiprofissional em saúde da família de Sobral - CE*. *Sanare*, 8(2), 26–35. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/16>
- Lomônaco, J. F. B., & Cazeiro, A. P. M. (2006). *Concepções de deficiência e reabilitação: um estudo exploratório com graduandos de Fisioterapia*. *Psicologia Escolar e Educacional*, 10(1), 83–97. <https://doi.org/10.1590/s1413-85572006000100008>
- Lopes, F. M. (2012). *Independência Funcional do Doente pós AVC* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu].

Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu.  
<https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1619>

Lopes, G. R. (2017). *A importância do planeamento de Altas em idosos – Um desafio para a política social* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório da Universidade Técnica de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/14951>

Lopes, I., Bracons, H., & Espírito Santo, I. (2022). *A intervenção do Serviço Social nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados em tempo de Pandemia Estudo realizado nas ULDM da Comunidade Intermunicipal do Oeste*. Revista Temas Sociais, 2(2), 87–106. [https://doi.org/10.53809/ts\\_iss\\_2022\\_n.2\\_87-106](https://doi.org/10.53809/ts_iss_2022_n.2_87-106)

Loureiro, A. B. (2020). *A Enfermagem de Reabilitação e o planeamento da alta hospitalar* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP - Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/35449>

Martins, J. P. (2003). *Programação da alta hospitalar do idoso: Um Contributo para a continuidade de cuidados: Estudo exploratório* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. U.Porto - Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/10538>

Morais, J. P. L. d. (2010). *Preparação do regresso a casa: Do hospital ao contexto familiar* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde]. Veritati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/9210>

Novikoff, C. (2021). *Proposições científicas e éticas aplicadas em entrevista e questionário*. Revista Valore, 5. <https://doi.org/10.22408/reva502020472e-5027>

Oliveira, L. G. (2016). *Contributos do Serviço Social no acolhimento, acompanhamento e preparação da alta de doentes internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/5398>

- Ordem dos Enfermeiros, Mateus, A., Ferreira, B., Monforte, E., Ferreira, F., Alvarenga, M., Silva, M., & Leite, M. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. (1), 13–18. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNC%20CI%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20%20Abril%202009.pdf>
- Paço, C. A. (2016). *Solidão e Isolamento na Velhice* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. ULisboa - Repositório da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13212/1/tese%20Carlos%20Paço.pdf>
- Pereira, A. M. L. (2016). *Prática profissional do Assistente Social no contexto da Incapacidade Intelectual* [Dissertação de mestrado, Politécnico de Leiria - Escola Superior de Educação e Ciências Sociais]. IC-Online - Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/1942>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/32305>
- Pimenta, A., Alves, L., & Fonseca, P. (2015). *Práticas Profissionais do Assistente Social com Saúde com Famílias em Contexto Hospitalar: Reflexões a partir de Caminhos Percorridos*. In M. I. d. Carvalho (Ed.), *Serviço Social com Famílias* (pp. 273–298). PACTOR. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32665>
- Pires, J. d. C. V. (2017). Robert Koch (1843-1910) *Percursos científicos de um bacteriologista* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa -



Faculdade Ciências da Saúde]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6647/1/PPG\\_25543.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6647/1/PPG_25543.pdf)

Pires, M. A. E. (2014). *Avaliação da qualidade de vida e do grau de dependência dos idosos apoiados pelo Serviço de Apoio Domiciliário da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa* [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa - Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde]. ReCil - Repositório Científico Lusófona. <https://recil.ensinulusofona.pt/bitstream/10437/5490/1/Avaliação%20da%20Qualidade%20de%20Vida%20e%20do%20Grau%20de%20Dependencia%20dos%20Idosos%20PDF%20SCML.pdf>

Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril (2011). Diário da República n.º 70/2011, Série I de 2011-04-08. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/149-2011-276830>

Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro (2015). Diário da República n.º 197/2015, Série I de 2015-10-08. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/340-2015-70485726>

Proença, J. d., Teixeira, L., & Oliveira, N. (s.d.). A atuação profissional do serviço social junto às famílias: Uma análise na perspectiva socioeducativa. (pp. 5-14). [https://www.franca.unesp.br/Home/stae/eixo1\\_001](https://www.franca.unesp.br/Home/stae/eixo1_001)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002 (2002). Diário da República n.º 69/2002, Série I-B de 2002-03-22. <https://files.dre.pt/1s/2002/03/069b00/27522754.pdf>

Rodrigues, N. P. (2019). *Equilíbrio estático e dinâmico em idosos: Influência da prática da equitação* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Alcoitão]. RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28275/4/Tese%20Mestrado%20%20Nicole%20Rodrigues.pdf>

- Rodrigues, S. (2009). Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira. *O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma Análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família*. 2006. Coimbra: Formasau. Interações: Sociedade E As Novas Modernidades, 9(16). Obtido de <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/9>
- Sampaio, F., Mancini, M., Gonçalves, G., Bittencourt, N., Miranda, A., & Fonseca, S. (2005). *Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta*. Revista Brasileira de Fisioterapia, 9(2), 129–136. [http://www.crefito10.org.br/cmslite/userfiles/file/artigos/cif/ARTIGO\\_2.pdf](http://www.crefito10.org.br/cmslite/userfiles/file/artigos/cif/ARTIGO_2.pdf)
- Santarem, M. D. (2019). *Pontuação das escalas de Braden, Morse e índice de comorbidade de Charlson como preditores de mortalidade intra-hospitalar* [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Medicina]. LUME - Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/202506>
- Santiago, A. M. (2019). *Determinantes sociais e familiares da fragilidade na pessoa idosa* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra - Escola Superior de Educação de Coimbra]. RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31113/1/ANA\\_MARGARIDA\\_SANTIAGO.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31113/1/ANA_MARGARIDA_SANTIAGO.pdf)
- Santo, I. E., & Ferreira, F. M. (2018). Planeamento de alta hospitalar: perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. Alternativas. *Cuadernos de Trabajo Social*, (25), 33. <https://doi.org/10.14198/altern2018.25.02>
- Schlecht, B. B. G. [. (2011). Tradução e adaptação transcultural da Avaliação Cognitiva Dinâmica de Terapia Ocupacional Loewenstein (LOTCA-D) para uso na população brasileira [Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)]. <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/21629>

- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). *O conceito de saúde*. Revista de Saúde Pública, 31(5), 538–542. <https://doi.org/10.1590/s0034-89101997000600016>
- Silva, C. R. (2017). *O sentimento de si, a funcionalidade e a qualidade de vida: a realidade dos idosos institucionalizados da Santa Casa da Misericórdia de Arronches* [Dissertação de mestrado, IPP - Escola Superior de Educação e Ciências Sociais - Escola Superior de Saúde]. RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22159/1/Tese%20de%20Mestrado.pdf>
- Silva, L. A. (2022). *Dimensões da Intervenção do Assistente Social numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos* [Dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa - Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas]. ISCTE-IUL - Repositório Institucional do ISCTE. [https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/26562/1/master\\_liliana\\_pereira\\_silva.pdf](https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/26562/1/master_liliana_pereira_silva.pdf)
- Soeiro, I. M. (2021). *Avaliação do risco de Úlceras por Pressão na Pessoa em Situação Crítica: Comparação da escala de Braden com a Escala Revista Cubbin&Jackson* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde]. IPBeja - Repositório Científico Instituto Politécnico de Beja. [https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5720/1/Isabel%20Soeiro%20-%20Retificação\\_Dissertação%20de%20mestrado\\_PDF\\_A.pdf](https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5720/1/Isabel%20Soeiro%20-%20Retificação_Dissertação%20de%20mestrado_PDF_A.pdf)
- Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2008). *Associações entre suporte familiar e saúde mental*. Psicologia Argumento, 26(54), 207. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.v26i54.19753>
- SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (s.d.). *UCCI | Unidades Dia e Promoção de Autonomia*. SNS - Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/01/28/ucci-unidades-dia-e-promocao-de-autonomia/>

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (s.d.-a). *História do SNS*. SNS - Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>

Tobias, G. P. (2017). *O Serviço Social no apoio às famílias de utentes integrados na RNCCI: Configurando os Sentimentos, Vivências e Expetativas dos familiares na perspetiva dos Assistentes Sociais* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde]. IPB - Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14681/1/Tobias\\_Georgina.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14681/1/Tobias_Georgina.pdf)

Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2023). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37\\_rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a](https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a)

Vieira, C. E. (2010). *O índice de massa corporal e o nível de participação em actividade física da população escolar do Concelho da Covilhã: Estudo com crianças e jovens de ambos os géneros dos 12 aos 19 anos* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas]. uBibliorum - Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1832/1/TESE%20MESTRADO.pdf>

World Health Organization (WHO). *Constitution of the World Health Organization* (1948). <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

## **ANEXOS**

## A Sua Saúde e Bem-Estar

As perguntas que se seguem pedem-lhe sua opinião sobre a sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como se sente, e como é capaz de desempenhar as atividades habituais. *Obrigado por responder a este questionário!*

Para cada uma das seguintes perguntas, por favor marque uma  na caixa que melhor descreve sua resposta.

**1. Em geral, diria que a sua saúde é:**

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**2. As perguntas que se seguem são sobre atividades que pode executar no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde atual o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?**

Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
▼	▼	▼

- a. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, aspirar a casa, andar de bicicleta, ou nadar .....  1 .....  2 .....  3
- b. Subir vários lanços de escada .....  1 .....  2 .....  3

3. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve no seu trabalho ou outras atividades diárias regulares algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼

a. Realizou menos do que queria .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

b. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

4. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve algum dos problemas apresentados a seguir com o seu trabalho ou outras atividades diárias regulares, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼

a. Realizou menos do que queria .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

b. Realizou o trabalho ou outras atividades de forma menos cuidadosa que o habitual .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

5. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas durante as últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu. Quanto tempo, durante as últimas 4 semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Teve muita energia? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Se sentiu triste e deprimido/a? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

***Obrigado por completar estas perguntas!***



## **O PLANO INDIVIDUAL SOCIAL APÓS ALTA**

**O seguinte questionário enquadra-se numa investigação no âmbito de uma tese de Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.**

**Os resultados obtidos terão como finalidade o uso académico, salientando-se assim, que as respostas da população inquirida representam apenas a sua opinião individual, respeitando sempre o seu anonimato.**

**As questões presentes neste questionário têm como finalidade recolher a opinião sobre a sua saúde e autonomia no dia-a-dia. Assim, será possível avaliar o nível de sucesso, satisfação e a situação em que se encontra atualmente tendo em conta o Plano Individual de Serviço Social definido, trabalhado e posto em prática.**

**Obrigado por responder a este questionário!**

A secção 1 destina-se a recolher algumas das suas informações pessoais. Por favor, assinale a opção que se relaciona consigo.

### Secção 1 – Caracterização pessoal e profissional

**Idade:** \_\_\_\_

**Sexo:**

- Masculino
- Feminino

**Estado Civil:**

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Viúvo(a)
- Divorciado(a)
- Outro. Qual? \_\_\_\_

**Habilitações Literárias:**

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo (4ª classe)
- 2º Ciclo (6ª classe)
- 3º Ciclo (9º ano)
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro. Qual? \_\_\_\_

**Situação profissional:**

- Empregado
- Desempregado
- Reformado
- Outro. Qual? \_\_\_\_

Na secção 2, para cada uma das seguintes perguntas, por favor assinale com um X a opção que melhor descreve sua resposta, sendo que numa escala de 1 a 5, é estabelecida a seguinte correspondência:

1 – Discordo totalmente, 2 – Discordo bastante, 3 – Não concordo nem discordo, 4 – Concordo bastante, 5 – Concordo totalmente.

Secção 2



**1 - Após alta da Unidade de Média Duração e Reabilitação manteve os apoios que foram contratualizados?**

Se sim, identifique-os:

\_\_\_\_\_

**2 – Após alta da Unidade existiram apoios que os seus familiares não lhe conseguiram prestar?**

Se a resposta foi positiva, especifique o tipo de apoios:

\_\_\_\_\_

**3 -Após alta da Unidade cancelou algum apoio?**

Se sim, qual/quais e porquê?

\_\_\_\_\_

**4 - Após alta da Unidade teve necessidade de contratualizar mais algum serviço?**

Se sim, qual?

\_\_\_\_\_

**5– Após alta da Unidade surgiu necessidade de uma nova referenciação para a RNCCI?**

Se sim, por qual motivo e para que tipologia?

\_\_\_\_\_

**6 – Considera que o plano individual que foi trabalhado consigo e com a sua família respondeu às suas necessidades após ter tido alta?**

Se não, que falhas identifica?

\_\_\_\_\_

