



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação
Escola Superior de Saúde



A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDAR
PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPAS DE CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS
– UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS MANUEL
FANHA VIEIRA - PROVIDOR

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia e Saúde

Curso de Segundo Ciclo de Estudos em Gerontologia e Saúde

Inês Dias Palmeiro

Orientador: Professor Doutor João Emílio Alves

Coorientadora: Professora Doutora Ana Isabel Silva

Portalegre

2016

A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDAR
PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
– UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS MANUEL FANHA VIEIRA -
PROVEDOR

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia e Saúde

Curso de Segundo Ciclo de Estudos em Gerontologia e Saúde

Inês Dias Palmeiro

Orientador: Professor Doutor João Emílio Alves

Coorientadora: Professora Doutora Ana Isabel Silva

Portalegre

2016

“O que você faz, eu não posso fazer. O que eu faço, você não pode fazer. Mas juntos, eu e você, podemos fazer alguma coisa grande.”

(Madre Teresa de Calcutá)

“Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento efetivo com o outro.”

(Leonardo Boff)

AGRADECIMENTOS

Mais que um mero trabalho final de curso, a concretização da presente dissertação tornou-se num percurso de grande aprendizagem e crescimento profissional e pessoal, o qual não teria sido concluído sem a colaboração e o apoio de diversas partes, a quem expressei com toda a sinceridade um enorme agradecimento.

Hoje, bendigo e agradeço a Deus pela graça de ver terminada mais uma etapa da minha vida, do meu percurso escolar que, com certeza, fará de mim melhor profissional e melhor pessoa.

Aos meus orientadores, Professora Doutora Ana Isabel Silva e Professor Doutor João Emílio Alves, por terem aceite o convite de me acompanharem neste processo, por toda a compreensão, críticas e sugestões, por todas as competências que me transmitiram, permitindo que concluísse a dissertação... Um grande obrigada! Confesso que foi (e sempre será) com imensa satisfação que trabalhei convosco, com a Vossa colaboração.

À minha mãe e ao meu pai, incentivadores e proporcionadores desta «aventura», pelo amor, apoio e sacrifícios. Que um dia eu consiga retribuir-vos o tudo que são e me dão.

À «melhor mana do mundo», pelo amor, apoio, hospitalidade e tudo quanto mais me proporcionou no decorrer deste período, assim como ao cunhado Mário, fazendo com que tudo isto fosse possível. Do fundo do coração, muito, muito obrigada por tal, e pelo meu maior tesouro e inspiração que é a princesinha Constança.

Ao meu David, namorado compreensivo, paciente, tranquilo e encorajador que, longe ou perto, esteve sempre presente com o seu amor... Muito, muito obrigada!

À minha família, à família Martins, aos amigos «de sempre», às amigas «do Mestrado», às colegas do Serviço Social do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre, agradeço-vos por, de alguma forma terem contribuído para a conclusão deste 2.º ciclo de estudos. Contudo, elevo especial agradecimento à Olga, ao João, ao José, à Jesus, à Clarinha, ao Padrinho, à Fi, à Catarina, ao André, à Andreia H., à Susana F. e ao João R., e ainda à Olinda, ao Pe. Vicente, ao Pe. Bernardo, ao Pe. Fernando, ao Pe. Acácio e às irmãs da Comunidade Palavra Viva, especialmente pelas orações.

Por fim, mas nem por isso menos importante, um grande e sincero agradecimento a todos os docentes que contribuíram para a minha formação no âmbito do Mestrado em Gerontologia e Saúde (particularmente à Professora Doutora Helena Arco pelo apoio no desenvolvimento do projeto de dissertação), assim como à Direção da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento pela oportunidade, e a todos os profissionais da Unidade de Média Duração e Reabilitação que colaboraram para a concretização da investigação (em especial à Dra. Vera Araújo), pela sua extrema simpatia, disponibilidade e ótima integração. São, sem dúvida, uma equipa multidisciplinar fantástica! Também aos utentes e suas famílias, alvos de observação, obrigada pela «indireta» colaboração.

A todos vós aqui mencionados, e aos demais que deram um pouco de si para que eu construísse e alcançasse este tanto... OBRIGADA! Bem-haja, Deus vos abençoe!

“Eu posso ir muito além de onde estou”!

RESUMO

A perspetiva contemporânea sobre o processo saúde-doença assenta na premissa de que o mesmo é influenciado pelas diferentes dimensões do ser humano (biológica, psicológica e social). Esta visão holística – pressuposta no modelo biopsicossocial – reforça a necessidade de uma intervenção interdisciplinar no âmbito dos serviços sociais e de saúde, particularmente pelas melhorias dos resultados em saúde que podem advir mediante a atuação conjunta e a integração de conhecimentos de profissionais de diferentes áreas disciplinares, o que requer relações comunicacionais eficazes entre todos os intervenientes.

Assim, evidencia-se a implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que surge em Portugal, em 2006, com um novo paradigma na prestação de cuidados integrados, enfatizando os princípios da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.

A investigação revela a perceção dos profissionais da Unidade de Média Duração e Reabilitação da Unidade de Cuidados Continuados Integrados *Manuel Fanha Vieira - Provedor* acerca da interdisciplinaridade no cuidar.

Os resultados principais apontam a existência de alguma dificuldade na definição do conceito embora se denotem noções claras relativamente à presença de uma abordagem holística, multidisciplinar e integrada na saúde – essencialmente devido às repercussões benéficas na recuperação dos utentes e na organização do trabalho individual – e às condições/princípios necessários para a sua prática

Palavras-chave: Modelo biopsicossocial; interdisciplinaridade na saúde; equipas multidisciplinares; comunicação em saúde; cuidados continuados integrados

ABSTRACT

A contemporary perspective of the process health-disease is based on the premise that it is influenced by the different dimensions of the human being (biological, psychological and social). This holistic view - presupposed on the biopsychosocial model - reinforces the need for an interdisciplinary intervention in the area of social and health services, particularly by the improvement of health outcomes that may arise through joint actions and the integration of professional knowledge from different disciplines, which requires effective communication links between all stakeholders.

Thus highlights the implementation of the national Network of Integrated Continuous Care, which arises in Portugal, in 2006, with a new paradigm in providing integrated care, emphasizing the principles of the multidisciplinary and interdisciplinarity. The research shows the perception of the professionals of the Average Duration Unit and Rehabilitation of the Continuous Care Unit *Manuel Fanha Vieira – Provedor* about interdisciplinarity in care.

The main results show that there is some difficulty in the definition of the concept, although it denote clear notions regarding the urgency of an holistic, multidisciplinary and health integrated approach - essentially due to the beneficial impact on patients recovery and individual work organization - and conditions/principles needed for their practice.

Keywords: biopsychosocial model; interdisciplinarity in health; multidisciplinary teams; health communication; integrated continuous care

ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ECL – Equipas de Coordenação Local

ECR – Equipas de Coordenação Regional

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EGA – Equipas de Gestão de Altas

IAI – Instrumento de Avaliação Integrado

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PII – Plano Individual de Intervenção

P. – Profissional

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCME – Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULS – Unidades Locais de Saúde

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I – PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO: UM PONTO DE PARTIDA	18
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	19
1. A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDAR	19
1.1. EVOLUÇÃO DO MODELO DE INTERVENÇÃO: DO MODELO BIOMÉDICO AO BIOPSISSOCIAL	19
1.2. INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR NA ÁREA DA SAÚDE	21
1.2.1. Condições/princípios par a eficácia de uma equipa multidisciplinar na saúde	30
1.3. COMUNICAÇÃO – ELEMENTO BÁSICO (NA INTERDISCIPLINARIDADE) NO CUIDAR.....	39
1.4. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	44
1.4.1. Enquadramento, missão e princípios da RNCCI	44
1.4.2. Constituição da RNCCI	46
1.4.3. Organização da RNCCI e referenciação de utentes	47
1.4.4. Intervenção interdisciplinar na RNCCI	49
1.4.4.1. Serviço Social na RNCCI.....	53
CAPÍTULO III – ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO	55
1. CONTEXTO DO ESTUDO	55
1.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO TERRITÓRIO – REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO	55
1.2. CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO – UMDR DA UCCI MANUEL FANHA VIEIRA - PROVIDOR	57
2. METODOLOGIA	57
2.1. PARADIGMA.....	57
2.2. TIPO DE ESTUDO	58
2.3. MÉTODOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	58
3. POPULAÇÃO, AMOSTRA E MÉTODO DE AMOSTRAGEM	61
3.1. MÉTODO DE AMOSTRAGEM	61
3.2. CARATERIZAÇÃO SOCIOGRÁFICA DA AMOSTRA ENTREVISTADA	62
4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	64

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
1. OBSERVAÇÃO DIRETA	66
1.1. ACOLHIMENTOS.....	66
1.2. PLANEAMENTO DOS CUIDADOS.....	67
1.3. REUNIÕES FAMILIARES	69
1.4. REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES	71
1.5. ESTILOS COMUNICACIONAIS NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR	73
2. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS	74
2.1. PERCEÇÃO SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE.....	74
2.2. A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDAR	75
2.3. A INTERDISCIPLINARIDADE NA RECUPERAÇÃO DOS UTENTES.....	82
2.4. INTERDISCIPLINARIDADE VS. DESEMPENHO INDIVIDUAL.....	86
2.5. A COMUNICAÇÃO NO CUIDAR	94
2.6. O ESTILO COMUNICACIONAL MAIS ADEQUADO NO CUIDAR	102
2.7. PERCEÇÃO SOBRE A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	104
2.8. A OPERACIONALIZAÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE NA RNCCI	111
2.9. PERCEÇÃO SOBRE O DESEMPENHO INDIVIDUAL	118
CONCLUSÕES E SUGESTÕES	123
BIBLIOGRAFIA	131
ANEXOS	138

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: População residente na região de Lisboa e Vale do Tejo.....	172
Gráfico 2: Distribuição da população residente por grandes grupos etários na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2011	174
Gráfico 3: Distribuição da população residente por grandes grupos etários na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2014	175
Gráfico 4: Taxa bruta de natalidade na região de Lisboa e Vale do Tejo	177
Gráfico 5: Taxa bruta de mortalidade na região de Lisboa e Vale do Tejo.....	179
Gráfico 6: Índice de envelhecimento na região de Lisboa e Vale do Tejo.....	181

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1: Género	62
Tabela 2: Idade	63
Tabela 3: Profissão	63
Tabela 4: Período de experiência profissional.....	63
Tabela 5: Período de prestação de cuidados na UMDR da UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor	64
Tabela 6: Regime de contrato de trabalho na UMDR da UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor	64

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Modelo de intervenção mais adequado na prestação de cuidados.....	76
Quadro 2: A interdisciplinaridade na área da saúde	78
Quadro 3: A operacionalização da interdisciplinaridade na RNCCI.....	111
Quadro 4: Caraterização dos estilos comunicacionais	140
Quadro 5: Caraterização dos estilos comunicacionais segundo McCallister (1994).....	141
Quadro 6: Concelhos da região de Lisboa e Vale do Tejo	170
Quadro 7: População residente na região de Lisboa e Vale do Tejo	172
Quadro 8: Distribuição da população residente por grandes grupos etários na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2011	174
Quadro 9: Distribuição da população residente por grandes grupos etários na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2014	175
Quadro 10: Taxa bruta de natalidade na região de Lisboa e Vale do Tejo.....	177
Quadro 11: Taxa bruta de mortalidade na região de Lisboa e Vale do Tejo	179
Quadro 12: Índice de envelhecimento na região de Lisboa e Vale do Tejo	181
Quadro 13: Guião de observação 1	186
Quadro 14: Guião de observação 2	187
Quadro 15: Guião de observação 2 - Estilos comunicacionais segundo Rego (1999).....	188
Quadro 16: Guião de observação 2 - Estilos comunicacionais segundo McCallister (1994, cit. por Rego, 1999: 114-115).....	189
Quadro 17: Guião 1 de observação dos estilos comunicacionais preenchido	250
Quadro 18: Guião 2 de observação dos estilos comunicacionais preenchido	254
Quadro 19: Perceção sobre o conceito de multidisciplinaridade.....	256
Quadro 20: Perceção sobre o conceito de interdisciplinaridade.....	259
Quadro 21: Justificação sobre a identificação do Modelo Biopsicossocial.....	261
Quadro 22: Condições essenciais para a eficácia de uma equipa multidisciplinar na área da saúde ..	264
Quadro 23: Princípios essenciais para a eficácia de uma equipa multidisciplinar na área da saúde ...	267
Quadro 24: Ganhos da intervenção interdisciplinar na recuperação dos utentes	269
Quadro 25: Limitações da intervenção interdisciplinar na recuperação dos utentes	272
Quadro 26: Grau de satisfação por intervir de forma interdisciplinar	275
Quadro 27: Motivação para intervir de forma interdisciplinar.....	277
Quadro 28: Vantagens da intervenção interdisciplinar no desempenho individual de cada membro da equipa	280
Quadro 29: Desvantagens da intervenção interdisciplinar no desempenho individual de cada membro da equipa	283

Quadro 30: Desafios da abordagem interdisciplinar	286
Quadro 31: Papel atribuído à comunicação na prestação de cuidados	289
Quadro 32: Importância atribuída à comunicação no desenvolvimento da interdisciplinaridade	293
Quadro 33: Vantagens das reuniões multidisciplinares.....	296
Quadro 34: Desvantagens das reuniões multidisciplinares	300
Quadro 35: Identificação do estilo comunicacional pessoal prevalecente	303
Quadro 36: Identificação do estilo comunicacional mais adequado na prestação de cuidados.....	305
Quadro 37: Identificação do estilo comunicacional mais adequado no trabalho em equipa interdisciplinar.....	307
Quadro 38: Desvantagens/aspectos negativos da RNCCI.....	309
Quadro 39: RNCCI enquanto novo paradigma na prestação de cuidados	312
Quadro 40: Papel atribuído ao Assistente Social no processo de intervenção	317
Quadro 41: Principais funções na prestação de cuidados.....	321
Quadro 42: Dificuldades sentidas na prestação de cuidados.....	325
Quadro 43: Estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas na prestação de cuidados	328

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1: Aplicativo informático da RNCCI - página 1	143
Imagem 2: Aplicativo informático da RNCCI - página 2	144
Imagem 3: Aplicativo informático da RNCCI - página 3	145
Imagem 4: Grelha de Avaliação Biopsicossocial – página 1	147
Imagem 5: Grelha de Avaliação Biopsicossocial - página 2.....	148
Imagem 6: Instrumento de Avaliação Integrada Inicial - página 1	150
Imagem 7: Instrumento de Avaliação Integrada Inicial - página 2	151
Imagem 8: Instrumento de Avaliação Integrada Inicial - página 3	152
Imagem 9: Instrumento de Avaliação Integrada Inicial - página 4	153
Imagem 10: Instrumento de Avaliação Integrada Intermédia - página 1	155
Imagem 11: Instrumento de Avaliação Integrada Intermédia - página 2	156
Imagem 12: Instrumento de Avaliação Integrada Intermédia - página 3	157
Imagem 13: Instrumento de Avaliação Integrada Intermédia - página 4	158
Imagem 14: Instrumento de Avaliação Integrada Final - página 1	160
Imagem 15: Instrumento de Avaliação Integrada Final - página 2	161
Imagem 16: Instrumento de Avaliação Integrada Final - página 3	162
Imagem 17: Instrumento de Avaliação Integrada Final - página 4	163
Imagem 18: Exemplar de Nota de Alta no Gestcare - página 1	165
Imagem 19: Exemplar de Nota de Alta no Gestcare - página 2	166
Imagem 20: Exemplar de Nota de Alta no Gestcare - página 3	167
Imagem 21: Exemplar de Nota de Alta no Gestcare - página 4	168
Imagem 22: Avaliação Inicial - página 1	213
Imagem 23: Avaliação Inicial - página 2	214
Imagem 24: Acta da reunião de acolhimento - página 1	216
Imagem 25: Acta da reunião de acolhimento - página 2	217
Imagem 26: Termo de responsabilidade para tratamento de roupas - página 1	219
Imagem 27: Termo de responsabilidade para tratamento de roupas - página 2	220
Imagem 28: Autorização de utilização de dados e imagens.....	222
Imagem 29: Pertences dos utentes – página 1	224
Imagem 30: Pertences dos utentes – página 2.....	225
Imagem 31: Contactos estabelecidos - página 1.....	227
Imagem 32: Contactos estabelecidos - página 2.....	228

Imagem 33: Plano Individual de Intervenção - página 1	230
Imagem 34: Plano Individual de Intervenção - página 2.....	231
Imagem 35: Plano Individual de Intervenção - página 3.....	232
Imagem 36: Plano Individual de Intervenção - página 4.....	233
Imagem 37: Plano Individual de Intervenção - página 5.....	234
Imagem 38: Mapa de utentes internados	245
Imagem 39: Notas da reunião multidisciplinar - página 1	247
Imagem 40: Notas da reunião multidisciplinar - página 2	248

INTRODUÇÃO

A presente dissertação, “A interdisciplinaridade no cuidar: Perceção dos profissionais das Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Unidade de Cuidados Continuados Integrados *Manuel Fanha Vieira - Provedor*”, é desenvolvida no âmbito do Mestrado em Gerontologia (especialização na área da Saúde) do Instituto Politécnico de Portalegre (parceria entre a Escola Superior de Educação e a Escola Superior de Saúde).

A população portuguesa encontra-se bastante envelhecida e vários estudos demonstram que esta situação demográfica se vai manter durante largos anos (Magalhães, 2002, cit. por Gil, 2007). Contudo, o aumento da esperança média de vida “não é sinónimo de uma vida funcional, independente e sem problemas de saúde”, pois “o número de indivíduos com perda de autonomia, invalidez e dependência não pára de aumentar, devido à maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes” (Oliveira, Queirós & Guerra, 2007, cit. por Cunha, 2011:3).

Segundo Ribeirinho (2013:181;182), na intervenção com pessoas idosas devem ser considerados e analisados diferentes níveis: “o estrutural, o organizacional, o familiar, o grupal e individual e suas interconexões”, o que exige uma abordagem interdisciplinar. Assim, é essencial que os serviços destinados aos idosos considerem cada um como um ser biopsicossocial e como elemento central da intervenção; e que disponham de equipas multidisciplinares constituídas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, animadores, entre outros (Ribeirinho, 2013).

Perante este contexto, as políticas públicas de cuidados têm desenvolvido diversas medidas para responder às necessidades dos idosos dependentes (Karsch, 2003, cit. por Cunha, 2011), sendo exemplo em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI], considerada como um novo paradigma na prestação de cuidados, particularmente devido à intervenção interdisciplinar.

A RNCCI encontra-se implementada ao longo de todo o território nacional continental, não sendo exceção a região de Lisboa e Vale do Tejo.

Neste sentido, com a concretização da presente investigação pretende-se, principalmente, compreender a perceção dos profissionais da equipa de cuidados continuados integrados da Unidade de Média Duração e Reabilitação [UMDR] da Unidade de Cuidados Continuados Integrados [UCCI] *Manuel Fanha Vieira - Provedor*, acerca da interdisciplinaridade no

cuidar, impondo-se como questão de partida: “*Qual a perceção dos profissionais da Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Unidade de Média Duração e Reabilitação da UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor acerca da interdisciplinaridade na prestação de cuidados?*”.

Ainda assim, através da realização deste estudo pretende-se igualmente alcançar os seguintes objetivos específicos: identificar a valorização atribuída pelos profissionais à interdisciplinaridade no cuidar; identificar as vantagens e/ou desvantagens da interdisciplinaridade na recuperação dos utentes, na perspetiva dos profissionais; descrever os benefícios e/ou inconvenientes da interdisciplinaridade no desempenho de cada profissional da equipa; compreender a perceção dos profissionais face à importância da comunicação na interdisciplinaridade no cuidar; identificar os estilos comunicacionais prevalentes no seio da equipa que participa nas reuniões multidisciplinares; e caracterizar o modo de operacionalização da interdisciplinaridade desenvolvido pela equipa e individualmente por cada profissional.

Descritos o objeto e os objetivos da investigação, pressupõe-se uma hipótese que se constitui como elemento orientador deste estudo, nomeadamente que “*A interdisciplinaridade no âmbito da saúde, quando entendida de forma integrada pelos profissionais, pode ser benéfica na prestação de cuidados e na gestão do trabalho de cada profissional*”.

Para que as finalidades acima mencionadas sejam alcançadas e a hipótese apresentada seja corroborada ou infirmada, a presente investigação será efetuada mediante a realização de entrevistas semi-diretivas aos profissionais que constituem a equipa (mais propriamente, a uma amostra), e de observação direta sobre a intervenção interdisciplinar dos mesmos, particularmente em acolhimentos, no planeamento dos cuidados, em reuniões familiares e em reuniões multidisciplinares.

Não obstante as dificuldades que poderiam surgir no decorrer da investigação, considerou-se desde início que a mesma poderá contribuir de modo significativo para a compreensão da importância da interdisciplinaridade no cuidar, consoante as suas vantagens e desvantagens na intervenção com idosos (e outros indivíduos) dependentes, bem como, servir de base para futuros estudos e práticas interventivas neste domínio. Destaca-se também o contributo da presente investigação pelo seu caráter pioneiro no contexto organizacional onde será efetuada. Por outro lado, a sua realização poderá proporcionar um maior enriquecimento e valorização, tanto a nível pessoal como profissional, pela aquisição de conhecimentos decorrente do

estudo a realizar, a qual poderá constituir-se como facilitadora da melhoria da qualidade da minha prática profissional (enquanto assistente social) e de outros profissionais de saúde. Neste contexto, importa também referir que a escolha da temática apresentada prende-se com o interesse pessoal pela área da saúde e com as experiências profissionais até então desenvolvidas, nomeadamente a realização de estágio curricular numa Unidade de Convalescença (no âmbito da licenciatura em Serviço Social) e o desempenho de funções como assistente social, em regime de estágio profissional, numa Unidade de Medicina em contexto hospitalar, sendo de destacar que a intervenção multidisciplinar é divergente em ambos os serviços.

Concluindo, importa referir que a dissertação se encontra estruturada, essencialmente, em quatro capítulos. O primeiro, “Problemática da investigação: um ponto de partida”, contempla uma breve abordagem sobre o objeto do estudo que se pretende efetuar. O segundo intitula-se “Enquadramento teórico e conceptual” e engloba uma abordagem sobre os modelos de atuação na saúde (biomédico e biopsicossocial); acerca da interdisciplinaridade na prestação de cuidados, mais precisamente na área da saúde; sobre a importância da comunicação no cuidar, particularmente na intervenção interdisciplinar; sendo ainda efetuada uma breve caracterização da RNCCI, na qual este tipo de intervenção é bastante enfatizado e da intervenção do serviço social neste contexto. Este capítulo foi elaborado com base na pesquisa, análise e síntese da literatura. Por sua vez, no terceiro capítulo, “Estratégia Metodológica”, são identificados: o contexto do estudo; a metodologia aplicada (paradigma, tipo de estudo, e métodos de recolha e análise de dados); a população e amostra que se pretende estudar (e respetiva caracterização sociográfica) e o método de amostragem utilizado; e são apresentados os procedimentos éticos necessários à concretização da investigação. O quarto capítulo, designado “Apresentação e discussão dos resultados”, é constituído pela exposição dos dados obtidos mediante a realização de observação direta (em acolhimentos; no planeamento dos cuidados; em reuniões familiares e em reuniões multidisciplinares) e de entrevistas aos profissionais da UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor* e, paralelamente, pela análise comparativa dos mesmos relativamente à matéria teórica.

Por fim, finalizando a dissertação, são então apresentadas as principais conclusões da investigação e algumas sugestões com base nos resultados obtidos.

CAPÍTULO I – PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO: UM PONTO DE PARTIDA

A crescente esperança média de vida apresenta uma vertente positiva, nomeadamente, quanto aos progressos da medicina que permitem que as pessoas vivam durante mais anos e com melhor qualidade de vida. Contudo, o facto de viverem mais tempo também pode conduzir a uma maior prevalência de problemas de saúde que, muitas vezes, acabam por afetar a autonomia dos indivíduos, levando-os a necessitar do apoio de cuidadores informais e formais.

Considerando que o processo saúde-doença é influenciado pelas diferentes dimensões do ser humano (biológica, psicológica e social), torna-se relevante que as instituições e serviços sociais e de saúde atuem de acordo com esta questão, mediante uma abordagem biopsicossocial.

Assim, justifica-se e destaca-se a intervenção por parte de equipas interdisciplinares, uma vez que a atuação conjunta de diferentes profissionais e a integração de conhecimentos de distintas áreas disciplinares contribui para uma melhoria dos resultados em saúde.

Em Portugal, a RNCCI surge como um novo paradigma na prestação de cuidados, essencialmente devido à prestação de cuidados integrados e aos princípios da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.

Concluindo, é ainda de realçar a importância que a comunicação assume na construção de uma equipa interdisciplinar eficaz nesta área, uma vez que a comunicação no seio da equipa influencia a segurança e o bem-estar dos seus utentes. Quanto melhor forem as relações comunicacionais, melhor será a prestação de cuidados e os seus resultados, devendo atender-se não apenas ao conteúdo da mensagem mas também à forma como a mesma é transmitida, utilizando, preferencialmente, um estilo comunicacional assertivo. Porém, outras estratégias são relevantes para a eficácia de uma equipa interdisciplinar, sendo exemplo a realização de reuniões multidisciplinares, nas quais a comunicação é privilegiada, pela partilha de ideias e procura de soluções para os conflitos inter e intra grupais.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1. A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDAR

1.1. EVOLUÇÃO DO MODELO DE INTERVENÇÃO: DO MODELO BIOMÉDICO AO BIOPSIKOSSOCIAL

Os conceitos de saúde e de doença não são universais nem irrevogáveis, pelo contrário são suscetíveis de frequentes avaliações e alterações (Lopes, Ribeiro, Santo, Ferreira & Frederico, 2012). Neste sentido, o conceito de saúde tem sido alvo de diversas mudanças no decorrer dos tempos (Carvalho, 2012), tendo num passado recente sido encarada apenas como “ausência de doença”, e atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (1947), como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades” (Lopes *et al.*, 2012: 26). Através deste conceito contemporâneo de saúde, denota-se, de certo modo, a necessidade de se evoluir de um modelo de intervenção centrado na doença e nas suas causas, que desatende os fatores psicológicos e sociais (modelo biomédico), para um modelo centrado no utente, em que se considere que todas as suas dimensões (biológica, psicológica e social) influenciam o seu processo de saúde-doença (modelo biopsicossocial) (Lopes *et al.*, 2012).

O modelo biomédico encontra-se fundamentado na filosofia de Descartes, o qual encarava o corpo e a mente como partes distintas e dissociáveis, e foi construído na sequência de várias perspetivas sobre a evolução da medicina, da sua teoria e prática, como Foucault procurou demonstrar (Marco, 2003/2007). Até meados de 1770 prevalecia uma “*medicina das espécies*” mediante a qual se “classificava as doenças como espécie”; se “supunha que as doenças fossem entidades sem qualquer ligação necessária com o corpo e a transmissão das doenças ocorresse quando algumas de suas “qualidades” misturavam-se, por meio de “afinidade”, com o tipo de temperamento do paciente”; e se pensava que “ambientes não naturais” contribuíam para a propagação da doença, crendo-se que os indivíduos que residiam em meios rurais estavam menos suscetíveis a moléstias do que os que residiam em meio urbano (Marco, 2003/2007: 37). Por outro lado, a medicina clínica foi também considerada como uma “*medicina dos sintomas*”, encarando as doenças como acontecimentos dinâmicos causados por diversos sintomas que surgiam como “sinais de ocorrências patológicas”, sendo que no final do século XIX, esta teoria foi substituída por uma “*medicina dos tecidos*”, em

que “as doenças já não denotavam espécies nem conjunto de sintomas” mas “indicavam lesões em tecidos específicos”, passando os médicos a concentrarem-se mais no doente individual, no sentido de tentarem conhecer melhor a patologia em questão e de procurarem “causas ocultas e não apenas sintomas específicos” (Marco, 2003/2007: 37).

Assim surge o modelo biomédico, segundo o qual “a recuperação e o processo terapêutico são conceptualizados como dependentes de variáveis bioquímicas e das tecnologias, descurando o impacto das variáveis interpessoais na explicação dos processos de saúde”, e os utentes são encarados pelos profissionais de saúde como sujeitos passivos “no seu processo de doença”, sendo estes profissionais os únicos portadores “do conhecimento e (...) responsáveis pela recuperação” (Lamela & Bastos, 2012: 686; 687; 688).

Por seu turno, após a definição de saúde (pela OMS) que revela uma perspetiva holística e atendendo às limitações do modelo biomédico, Engel, em 1977, apresenta o modelo biopsicossocial, o qual defende que a doença é consequência de modificações que ocorrem a nível biológico, psicológico e social, ou seja, este modelo já anuncia a importância das dimensões interpessoais na saúde dos indivíduos (Lamela & Bastos, 2012), incluindo “os determinantes da saúde: comportamentais, sociais, económicos, políticos e ambientais” (Carvalho, 2012: XXIII). Como refere Costa (2007), a doença não surge por um acaso mas devido a vários fatores como o estilo de vida, a idade, a profissão, aspetos psicológicos, culturais, entre outros.

De acordo com este modelo holístico, a doença é tida em consideração, enquanto experiência do indivíduo, nomeadamente, no que concerne à “percepção dos sintomas”, à “experienciação da dor”, à “adesão a um tratamento ou às indicações clínicas”, entre outros (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999, cit. por Carrondo, 2006: 34), de maneira que o doente é encarado como um agente ativo no seu processo de saúde-doença, pelo que todas as ações e decisões relativamente a tratamentos, entre outros, são efetuadas não somente pelos profissionais de saúde mas em conjunto com o próprio utente (Lamela & Bastos, 2012).

Neste sentido, o modelo biopsicossocial assenta em alguns princípios como: “o corpo humano é um organismo biológico, psicológico e social, ou seja, recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, os quais produzem, por sua vez, maneiras de se comportar”; a “saúde e doença são condições que estão em equilíbrio dinâmico; estão codeterminadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, todas em constante interação” (Belloch & Olabarria, 1993, cit. por Pereira, Barros & Augusto, 2011: 526); e os diagnósticos

e os respetivos tratamentos adequados devem ser efetuados mediante uma perspetiva holística, devendo intervir-se nestas três variáveis (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004; Engel, 1980, cit. por Lamela & Bastos, 2012), pelo que “a investigação e o tratamento não podem permanecer exclusivamente nas especialidades médicas”. Afinal, “a melhor maneira de cuidar de pessoas que estão doentes” é através de uma intervenção integrada, efetuada por uma equipa multidisciplinar de saúde, cujos elementos sejam “profissionais especializados em cada uma das três áreas” (Belloch & Olabarria, 1993, cit. por Pereira *et al.*, 2011: 526).

Apesar de a proposta apresentada por Engel (1977) ser considerada como uma forma de operacionalização da definição de saúde elaborada pela Organização Mundial de Saúde e, conseqüentemente, como um forte contributo “para a humanização dos cuidados de saúde” (Lamela & Bastos, 2012: 685), atualmente, a aplicação dos princípios preconizados pelo modelo biopsicossocial na praxis dos serviços de saúde ainda “está no início de seu processo de efetivação” (Pereira *et al.*, 2011: 526). Na verdade, a mudança de uma conceção biomédica sobre a saúde para uma conceção biopsicossocial é complexa, pois requer uma sucessiva mudança de visão da própria pessoa sobre si mesma, sobre os outros e sobre o mundo, e diversas “reconfigurações (ou re-significações) nos sentidos de saúde-doença-cura, do tratar-cuidar, bem como de noções de saúde coletiva, comunidade, controle social, avaliação, corpo, culturas, saberes populares/especializados, participação, cooperação”, qualidade de vida e autonomia (Pereira *et al.*, 2011: 532).

Em suma, como referem Pereira *et al.* (2011: 525), o caminho é que a perceção acerca da saúde se converta “de uma condição de dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista dos mecanismos do corpo humano” (modelo biomédico), “para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente, nas relações sociais e subjetivas” (modelo biopsicossocial), uma vez que, segundo Amorim (2009), a realidade dos doentes e dos profissionais de saúde no século XXI evidencia as limitações do modelo biomédico, o qual é considerado desajustado face às necessidades efetivas dos doentes.

1.2. INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR NA ÁREA DA SAÚDE

Segundo Neves (2012: 126), “As novas tecnologias em uso na saúde, a globalização da informação e o incentivo ao auto cuidado e autorresponsabilidade pela saúde”, conduzem à

necessidade de um maior e melhor apoio qualificado, “pelo que as políticas de saúde atuais” propõem, de certo modo, a alteração do “paradigma na prestação de cuidados de saúde”.

Deste modo, contrariando o modelo biomédico que coloca a sua centralidade “no indivíduo, no diagnóstico e tratamento das doenças, na fragmentação do ser humano e do trabalho e na assistência médica curativa e hospitalar” (Scherer, Pires & Jean, 2013: 3204), a área da saúde torna-se interdisciplinar “em meados do século XX, quando a crise político-ideológica que imperava no setor impulsionou modificações no conceito de saúde e foram introduzidos, gradualmente, outros saberes para pensar seu campo” (Luz, 2000, cit. por Costa, 2007: 110-111).

De acordo com Sabroza (2001, cit. por Pinheiro, Kletemberg, Gonçalves, Pires & Ramos, 2010: 3), tornou-se “necessário entender a saúde e a doença como um processo experimentado pelos seres humanos individualmente, mas que também tem uma forte dimensão coletiva”, designadamente pelas “relações entre as condições de saúde e os seus determinantes biológicos, culturais, socioeconómicos e ambientais, dentro dos ecossistemas modificados pelo trabalho humano”¹.

Assim, é possível afirmar que o modelo biopsicossocial – que preconiza que a “doença não é fruto do acaso (...) tem determinações (modo de vida, faixa etária, profissão, desenvolvimento científico, fatores psicológicos, culturais, etc.), insere-se no social e influi nas relações dos sujeitos” (Costa, 2007: 108) – subentende “ações integradas e interdisciplinares” (Pereira *et al.*, 2011: 527).

Segundo Fazenda (2001 cit. por Costa, 2007), o conceito de interdisciplinaridade começou a ser enfatizado na década de 1970, iniciando-se a procura para a sua definição, destacando-se então a importância do “Seminário Internacional do Centro de Pesquisa e Inovação do Ensino sobre Pluridisciplinaridade e Interdisciplinaridade” que decorreu em França no referido ano (Batista, 2006 cit. por Menezes & Yasui, 2013: 1820) e da Declaração de Alma-Ata da Organização Mundial de Saúde, no ano de 1978, na qual vêm reconhecidas as “vantagens da participação e do trabalho conjunto na definição das necessidades sociais e de cuidados de saúde” (Squire, 2002/2005: 203). Neste sentido, Scherer *et al.* (2013: 3209) acrescentam que

¹ “*es necesario entender la salud y la enfermedad como un proceso vivido por los seres humanos individualmente, pero que también tiene fuerte dimensión colectiva*”; “*relaciones entre las condiciones de salud y sus determinantes biológicos, culturales, socioeconómicos y ambientales, dentro de los ecosistemas modificados por el trabajo humano*” (Sabroza, 2001, cit. por Pinheiro, Kletemberg, Gonçalves, Pires & Ramos, 2010: 3)

para além do “contexto político-institucional”, também “a estrutura do sistema de saúde, incluindo a organização, a gestão dos serviços de saúde e a cultura institucional, (...) influenciaram a interdisciplinaridade”.

Por sua vez, na década seguinte (1980) já se procurava traçar um método para a sua prática, e desde a década de 1990 adiante, começou-se a construir uma teoria sobre a interdisciplinaridade (Costa, 2007).

No entanto, Costa (2007: 114) através de uma investigação concluiu que existe alguma dificuldade por parte dos próprios profissionais de saúde em definirem o conceito de interdisciplinaridade, surgindo dois apontamentos distintos, designadamente a “interdisciplinaridade como integração de profissionais e saberes”, e a “interdisciplinaridade como trabalho em equipe multiprofissional”, denotando-se então alguma confusão entre dois conceitos: o de interdisciplinaridade e o de multidisciplinaridade.

De facto, de acordo com múltiplos estudos, o sistema de trabalho na saúde é dinâmico e flexível, sendo possível formar equipas que se traduzem apenas na simples agregação de profissionais ou que consistem exatamente em “equipas de trabalho integradas” (Neves, 2012: 126), ou seja, sendo possível existir trabalho multidisciplinar ou interdisciplinar.

A multidisciplinaridade “implica uma justaposição de diversas disciplinas” mas “não pressupõe, necessariamente, trabalho em equipe e coordenação”, de tal modo que não existe acordo relativamente a “conceitos e métodos” (Costa, 2007: 109), enquanto que a interdisciplinaridade se refere a uma maior integração entre as diferentes disciplinas e a um maior intercâmbio de conhecimentos entre esses profissionais, devendo cada um assimilar conteúdos de outras disciplinas (para além da sua), interpretá-los, compará-los e incorporá-los, sendo este um meio de enriquecimento para todos os intervenientes das várias áreas disciplinares (Costa, 2007). De certo modo, a intervenção interdisciplinar conduz “a uma espécie de interdependência entre as disciplinas (...) tendo como consequência a transformação mútua desses campos” (Menezes e Yasui, 2013: 1820).

A interdisciplinaridade subentende a existência de interação e integração entre as diversas disciplinas e não apenas a sua agregação, “de seus conceitos e diretrizes, de sua metodologia e procedimentos, de seus dados e da organização de ensino” (Almeida *et al.*, 2012: 122), sendo também importante salientar que um conjunto de indivíduos que trabalham no mesmo contexto não tem necessariamente que ser uma equipa, pois para que tal suceda é fundamental que existam aspetos comuns que conduzam à sua união (Costa, 2007).

Para alguns profissionais, a prática interdisciplinar torna-se efetiva quando origina alterações no método de trabalho mas também na elaboração coletiva dos diagnósticos de saúde, na identificação de problemas em conjunto, na programação de ações, nos atendimentos coletivos e na partilha de conhecimentos para estes atendimentos. Assim sendo, a interdisciplinaridade caracteriza-se “pelo estabelecimento de um plano terapêutico comum, pela atitude em trocar saberes, pela liberdade de “invadir” o atendimento do outro e pela liberdade, também, do usuário participar das decisões sobre o seu processo terapêutico” (Scherer *et al.*, 2013: 3208). Neste âmbito, importa sublinhar o que referem Keating, Beth Landrum, Arora, *et al.* (2010, cit. por Tuggey & Lewin, 2014: 142), nomeadamente que a “participação ativa do doente no planeamento dos cuidados tem sido associada a uma maior satisfação do paciente com os cuidados recebidos e com resultados clínicos positivos”².

Analisando os dois conceitos (multi e interdisciplinaridade), torna-se perceptível que, embora divergentes, ambos se relacionam, na medida em que o trabalho de uma equipa multidisciplinar “pode expressar a possibilidade de integração das disciplinas científicas” (Costa, 2007: 109), e que nos podemos referir à interdisciplinaridade como a “interação das multi disciplinas que podem contribuir para uma determinada reflexão-compreensão-ação” (Pombo, 2004, cit. por Nunes, Silva, Oliveira & Oliveira, 2010: 176).

Nesta linha, Neves (2012:127) afirma que a intervenção multidisciplinar requer colaboração, interação e negociação entre os profissionais que constituem a equipa, no sentido de ser possível alcançar a interdisciplinaridade cogitada e operacionalizada nas práticas de saúde e na prestação de cuidados aos indivíduos, que é fundamental para conceber “a complexidade do ser humano”, desconstruindo assim, segundo Ferreira (2015: 202), a sua “visão reducionista e fragmentada”, enfatizada no modelo biomédico.

Na verdade, a “perspectiva interdisciplinar mostrou-se como necessária para o alcance de um cuidar mais integral ao ser humano em sua complexidade”, permitindo um melhor “acolher, perceber-sentir e cuidar a pessoa” (Nunes *et al.*, 2010: 173-174), ao atender às suas dimensões física, psicológica, espiritual e à sua história de vida (Pessoa, Pagliuca e Damasceno, 2006, cit. por Nunes *et al.*, 2010).

A multidimensionalidade (e a conseqüente complexidade) que caracteriza o ser humano e a diversidade das suas necessidades revelam que para que os profissionais de saúde reconheçam

² “Active patient participation in care planning has been associated to higher patient satisfaction with care received and with positive clinical outcomes” (Keating, Beth Landrum, Arora, *et al.*, 2010, cit. por Tuggey & Lewin, 2014: 142).

e respondam de forma adequada a esses problemas são precisos “amplos recursos assistenciais”, o que “só é possível através de um trabalho em equipa multidisciplinar”, ou seja, “tem de existir um conjunto articulado e contínuo das ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, obrigando para cada caso a articulação dos saberes e responsabilidades específicos de cada profissional que garantam uma assistência mais integral e adequada” (Ferreira, 2015: 201-202).

A maioria da prestação de cuidados não pode ser efetuada apenas por um profissional, área disciplinar ou organização, tornando-se necessário criar parcerias, pois mediante a “complementaridade e integração de cuidados, as parcerias podem melhorar oportunidades, recursos e resultados em saúde” (Neves, 2012:126) e “a qualidade dos serviços prestados” (Costa, 2007). Squire (2002/2005: 228) especifica ainda que o sucesso destas parcerias depende da “relação de trabalho eficaz entre os serviços sociais e de saúde, as organizações com estatuto legal reconhecido, o sector do voluntariado e o público em geral”, sendo esta intersectorialidade “um dos paradigmas-chave da Health for All da OMS e de muitos dos mais recentes relatórios do Reino Unido e da União Europeia”. Afinal, segundo a autora, esta cooperação e o desenvolvimento de parcerias são ações propícias ao cuidado da “comunidade como um todo”, mediante a prestação de apoio social e de saúde.

Esta forma de trabalhar em equipa apresenta outras vantagens a nível intergrupar, principalmente no que diz respeito: à reciprocidade de apoio entre os profissionais, superando as dificuldades individuais; ao reconhecimento; à “garantia da unidade, continuidade e diferenciação de cuidados”; à partilha de vivências; à “possibilidade de participar na formação e no aperfeiçoamento de competências”; e ao processo de “tomada de decisões difíceis” (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010: 768), o qual é bastante complexo (Chiavenato, 1999: 213, cit. por Ferreira, 2015: 182).

Deste modo, Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes (2010: 53), sublinham a relevância de uma equipa de saúde ser constituída por profissionais de várias disciplinas, “do corpo clínico e não clínico” de maneira a desenvolver uma “cultura de segurança”, que promova a comunicação e a tomada de decisões coletiva de elementos essenciais “na avaliação, decisão e implementação de medidas”.

Contrariando o modelo atual ineficaz que assenta “na perícia e competência pessoal, na auto-suficiência e na responsabilidade individual” (Santos *et al.*, 2010: 53), alguns profissionais de saúde consideram que a prática interdisciplinar permite resolver diversos problemas,

conduzindo a uma maior eficácia e eficiência nas intervenções em saúde (Scherer *et al.*, 2013). De facto, a intervenção interdisciplinar possibilita cuidar do ser humano tendo em consideração as suas diversas dimensões mas também os vários fatores que permitem não só recuperar mas também promover e proteger a sua saúde (Pinheiro *et al.*, 2010).

No entanto, importa mencionar que estas vantagens podem não surgir todas num mesmo período mas, na realidade, este método de trabalho proporciona benefícios não só para os utentes mas também para os profissionais das equipas, conduzindo a uma maior “concretização da satisfação pessoal e profissional” (Bernardo *et al.*, 2010: 768).

A construção de um trabalho interdisciplinar na área da saúde é muitas vezes comprometida devido a aspetos relacionados com “a fragilidade do núcleo de competência profissional, a não valorização do seu próprio trabalho, dificuldades pessoais, timidez, imaturidade, medo de errar, disputas de poder” (Scherer *et al.*, 2013: 3209); à vigência do modelo biomédico; (Menezes & Yasui, 2013; Costa 2007); aos “espaços de poder que o encastelamento disciplinar propicia”, à inexistência de comunicação “entre as instituições de ensino e pesquisa”, e às dificuldades dos profissionais em operacionalizarem “conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas” (Costa, 2007: 111), ou seja, “no momento de agir existe a dificuldade de efetivar a cooperação e o trabalho integrado” (Scherer *et al.*, 2013: 3207). Nesta linha, mediante um estudo realizado com profissionais de saúde, Scherer *et al.* (2013: 3209), aferiram que outros dois aspetos identificados como limitadores desta prática consistem no “desconhecimento de como trabalhar de forma interdisciplinar, e limitações da formação na graduação”.

Na realidade, muitos “profissionais da área da saúde tiveram como cenários de prática em seus cursos de graduação, notadamente, ambientes hospitalares e clínicas, em que predominava um modelo de atenção individualizado e especializado” (Almeida *et al.*, 2012: 120), de tal forma que o trabalho em equipa na área da saúde é, frequentemente, considerado como tecnicista, sendo, de certo modo, caracterizado pela atribuição de tarefas e ações específicas (Pereira, 2010).

Porém, atualmente, torna-se fundamental que todos os profissionais que lidam com o «cuidar», desenvolvam as suas capacidades de trabalhar em equipa multidisciplinar revelando-se essencial o desenvolvimento de “um novo paradigma de ensino aprendizagem que desenvolva um conhecer-ser-saber-fazer a interdisciplinaridade” (Nunes *et al.*, 2010: 178).

Para que a prática interdisciplinar seja efetiva, tornam-se necessárias algumas reformulações nos sistemas de ensino, nomeadamente ao nível da “ideia de autossuficiência” que é transmitida durante a formação dos profissionais, pois aspetos como este dificultam “a construção de práticas interdisciplinares” (Menezes & Yasui, 2013: 1820) que permitem saber lidar com o todo que é o ser humano, revelando-se então necessário incluir no ensino e formação dos profissionais “o desenvolvimento de habilidades para lidar com a dimensão subjetiva do ser humano: a do paciente, das comunidades, dos colegas de trabalho e a sua própria” (Pereira *et al.*, 2011: 531), devendo nesse processo reformulador atribuir-se “tanta importância às competências relacionais, como às instrumentais e cognitivas” (Organização Mundial de Saúde, 1888, cit. por Pereira, 2010:12). Afinal, “vários trabalhos de avaliação de equipas em saúde têm chegado à conclusão que (...) são as competências não técnicas que mais prejudicam os seus resultados globais, assim como a satisfação de cada membro” (Pereira, 2010:12). Neste contexto, Graça (1992, cit. por Pereira, 2010:13) concluiu “que as equipas falham, predominantemente, ao nível das capacidades relacionais, por falta de saber ser e estar em grupo”.

Ainda assim, esta reformulação deve ocorrer não somente no ensino dos estudantes desta área mas também na formação dos profissionais que se encontram no ativo, no contexto real de intervenção (Pereira *et al.*, 2011). Para Bernardo *et al.* (2010), independentemente da profissão, das responsabilidades assumidas e das competências técnicas, qualquer elemento de uma equipa pode não se encontrar preparado para este trabalho coletivo, devendo estar mais apto apenas quem teve formação nessa área. Deste modo, a formação no seio da própria equipa assume um papel bastante relevante pela aprendizagem de competências que daí podem advir, contribuindo para tal as reuniões de equipa, “estudos de caso, revisão de temas”, entre outros. Também a formação externa é importante para o desenvolvimento do trabalho em equipa, pelo que os profissionais devem procurar participar, por exemplo, em “congressos, workshops, cursos de actualização, seminários”, entre outros (Bernardo *et al.*, 2010: 764).

Por outro lado, Sebastiani & Maia (2005, cit. por Pereira *et al.*, 2011: 526-527) acrescentam que também os “modelos de gestão, de financiamento e funcionamento do sistema de saúde como um todo” têm de sofrer reformulações para que a interdisciplinaridade se torne verídica nos serviços de saúde, pois ainda que a sua operacionalização dependa da “consciência e do compromisso dos profissionais, de conhecimentos e competências, envolvendo a subjetividade e a intersubjetividade dos atores”, também é influenciado “pelo modelo de

gestão e pelas condições materiais e organizacionais nas quais se desenvolvem as atividades de trabalho” (Scherer *et al.*, 2013: 3210).

Nesta corrente, Cunha, Meneses & Oliveira (2013:132) relatam que o facto de os profissionais assumirem uma posição de defesa face à sua área profissional, não permite que seja efetuada a reconfiguração organizacional necessária para superar determinadas dificuldades, tendo também Pires (2008, cit. por Pinheiro *et al.*, 2010: 7) afirmado que outras dificuldades para a prática interdisciplinar estão relacionadas com a “história da organização das profissões de saúde”; e ainda com a “ausência de mecanismos de controlo de qualidade da assistência”; e a “influência da organização capitalista do trabalho no sector da saúde, e do modelo hegemónico de produção de conhecimento em saúde”³.

De acordo com uma pesquisa recente, também “a sobrecarga de trabalho e conseqüente falta de tempo” são encaradas como “elementos que podem dificultar a articulação das ações em equipa, na medida em que os profissionais não encontram espaço na vida cotidiana para interfaces e conexões entre os vários saberes e práticas”⁴ (Colmé, 2008, cit. por Pinheiro *et al.*, 2010: 7), no entanto, as autoras da investigação colocam a hipótese de “as atividades em excesso e falta de tempo”⁵ poderem surgir devido à inexistência de interdisciplinaridade, pois esta prática poderá permitir uma melhor organização e desenvolvimento ao nível do trabalho. Sendo a saúde considerada “como área de enorme complexidade e grande importância humana, social e política”, encontra-se “sujeita a constantes desafios” (Cunha *et al.*, 2013:132), assim como a prática interdisciplinar. Segundo uma investigação realizada por Nancarrow *et al.* (2013: 7), algumas equipas de saúde identificaram diversos desafios colocados pela interdisciplinaridade, nomeadamente: a “clareza de visão, incertezas e alterações no serviço”; a “comunicação e relações externas”; a “comunicação e relações internas”; a “rotação e progressão na carreira”; as “instalações, recursos, procedimentos e administração”; o “trabalho em conjunto”; a “gestão, liderança, tomada de decisão e autonomia”; a “moral e motivação”; “o tratamento do doente, a comunicação, a capacidade e

³ “*historia de la organización de las profesiones de salud*”; “*inexistencia de mecanismos de control de la calidad de la asistencia prestada*”; “*influencia de la organización capitalista del trabajo en el sector salud, y por el modelo hegemónico de producción de conocimiento en salud*” (Pires, 2008, cit. por Pinheiro *et al.*, 2010: 7)

⁴ “*la sobrecarga de trabajo y la conseqüente falta de tiempo*”; “*elementos que pueden dificultar la articulación de las acciones en el equipo, en la medida en que los profesionales no encuentran espacios en lo cotidiano para realizar interfaces y conexiones entre los diversos saberes y prácticas*” (Colmé, 2008, cit. por Pinheiro *et al.*, 2010: 7)

⁵ “*el exceso de actividades y falta de tiempo*” (Pinheiro *et al.*, 2010: 7)

os resultados”; a “diversidade de funções, papéis e responsabilidades profissionais”; e “as atividades de desenvolvimento dos serviços”⁶.

Por sua vez, Bernardo *et al.* (2010: 769) consideram que outro desafio está relacionado com a resolução de situações conflituosas, pois as equipas interdisciplinares depositam muito tempo a tentar resolver conflitos, e, sendo “inevitáveis, o esforço deve dirigir-se no sentido da sua resolução e não despende muito tempo e esforço na sua prevenção”.

Os conflitos podem refletir-se negativamente nas vivências dos utentes e nas suas interações com os serviços de saúde (Landau & Borgonovi, 2008. Cit. por Cunha *et al.*, 2013), podendo colocar em causa a segurança dos utentes, diminuir a qualidade dos cuidados prestados e ampliar os respetivos custos, revelando-se fundamental que os profissionais das organizações de saúde desenvolvam competências ao nível da comunicação e do trabalho em equipa e tenham capacidade para aprender com os erros, pois estes aspetos podem conduzir a uma resolução de conflitos mais eficaz (Cunha *et al.*, 2013). Para tal, Bernardo *et al.* (2010) acrescentam que os profissionais necessitam conhecer e ter consciência da situação que gerou o conflito, devendo permanecer o respeito entre todos e discutir-se o problema com as partes envolvidas, não envolvendo pessoas exteriores, a não ser que não seja possível alcançar um consenso ou forma de resolver a questão.

Neste contexto, Scherer *et al.* (2013: 3207) sublinham a ideia de que “O trabalho aparece como articulado à vida, exigindo quebra de preconceitos, mudança de atitude, e às vezes se confunde entre relações profissionais e pessoais”, sendo relevante que os profissionais tenham a capacidade de reconhecer e separar as questões da vida pessoal da profissional, e vice-versa, pois segundo Bernardo *et al.* (2010: 769) os conflitos tendem a ser “destrutivos sempre que tenham um carácter pessoal”.

A acrescida suscetibilidade da área da saúde relativamente à ocorrência de diversos conflitos requer então a referida mudança organizacional devendo a mesma passar “pela integração de aptidões de desenvolvimento, equipas colaborativas, estratégias de comunicação, lideranças esclarecidas, processos de gestão construtiva de conflitos e um maior diálogo entre as partes” (Cunha & Leitão, 2011, cit. por Cunha *et al.*, 2013:132).

⁶ “Clarity of vision, uncertainty and changes to service”; “Communication and relationships-external”; “Communication and relationships-internal”; “Rotation and career progression”; “Facilities, resources, procedures and administration”; “Joint-working”; “Management, leadership, decision-making and autonomy”; “Morale and motivation”; “Patient treatment, communication, capacity and outcomes”; “Role mix, professional roles and responsibilities”; “Service development activities” (Nancarrow *et al.*, 2013: 7).

Concluindo, a intervenção interdisciplinar, “pode ser encarada (...) como uma necessidade intrínseca ao campo da saúde, frente à complexidade de seu objeto” (Menezes & Yasui, 2013: 1821), uma vez que conduz a uma melhoria dos resultados e qualidade dos serviços de saúde (Neves, 2012). Contudo, importa ainda mencionar que a interdisciplinaridade não é experienciada de igual forma por todos os profissionais, e “nem todos os momentos vividos numa Unidade de Saúde são interdisciplinares, não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe” (Saupe, Cutolo, Wendhausen & Benito, 2005, cit. por Scherer *et al.*, 2013: 3206). Neste contexto, através da sua investigação, Scherer *et al.* (2013), revelam que a interdisciplinaridade é algo difícil de efetivar e por vezes aparenta alguma contradição por existir e não existir ao mesmo tempo, não sendo fácil observá-la no trabalho diário, em todos os momentos.

1.2.1. Condições/princípios par a eficácia de uma equipa multidisciplinar na saúde

Scherer *et al.* (2013: 3203-3204) mediante uma investigação sobre “*a interdisciplinaridade no trabalho de profissionais de um Curso de Residência em Saúde da Família na Região Sul do Brasil*”, concluíram que a interdisciplinaridade é “um processo complexo em função da multiplicidade de recursos necessários para a sua efetivação” e eficácia.

Através da análise da literatura, foi possível aferir a existência de 20 condições/princípios que influenciam a eficácia de uma equipa interdisciplinar, nomeadamente: a comunicação; a definição de objetivos e planos de cuidados comuns; a clareza e limitação de competências; a aceitação de responsabilidades partilhadas; a realização de reuniões de equipa; a intervenção centrada no utente; as competências técnicas dos profissionais; as relações entre os profissionais; a cooperação e espírito de ajuda; o respeito, confiança, compreensão, valorização, tolerância, igualdade e diferenciação; a coesão, reconhecimento, motivação e sentimento de pertença à equipa; a capacidade e disponibilidade para aprender; a capacidade de adaptação e de superação de desafios; a adequação e distribuição de intervenções e recursos; a capacidade de gestão do tempo; a avaliação de desempenho frequente; a liderança; o apoio das estruturas superiores; as características individuais dos profissionais; e as características estruturais da equipa.

A comunicação é um elemento essencial “no funcionamento e desenvolvimento de qualquer serviço e de qualquer instituição” (Ferreira, 2015: 106), pois está sempre presente no

quotidiano e, é totalmente necessária para o desenvolvimento das interações humanas, uma vez que ““fomenta a cooperação e a compreensão entre as pessoas, elementos essenciais à socialização”” (Frederico e Leitão, 1999: 32, cit. por Ferreira, 2015: 106). Neste sentido, a eficácia de uma equipa depende então de algumas competências dos profissionais, nomeadamente a nível comunicacional, devendo imperar um estilo assertivo e a capacidade de escutar o outro (Santos *et al.*, 2010). A comunicação “regular e eficaz” assume tamanha importância neste processo de procura da eficácia, pois conduz a uma maior coesão da equipa e colaboração entre os profissionais (Neves, 2012: 131), e pode acontecer em diversas situações, nomeadamente em reuniões periódicas, contatos informais para discutir determinados problemas, no planeamento de ações, projetos, resultados, entre outros (Ferreira, 2015). Segundo Nancarrow *et al.* (2013), atividades como estas, a partilha acerca dos processos dos doentes (Schmalenberg, Kramer, King, Krugman, Lund, Poduska & Rapp, 2005 cit. por Nancarrow *et al.*, 2013) e “as abordagens caso-conferência”⁷ (Birks, Crotty, Giles, Halbert, Rowett, Whitehead & Williams, 2004; Crotty, Halbert, Rowett, Giles, Birks, Williams & Whitehead, 2004, cit. por Nancarrow *et al.*, 2013: 1), contribuem para o melhoramento das intervenções em equipa interdisciplinar.

Também a existência de objetivos comuns assume um papel bastante relevante (Santos *et al.*, 2010), de tal modo que Bernardo *et al.* (2010: 765) afirmam que o “Propósito partilhado” é uma das características que conduz à eficácia de uma equipa interdisciplinar, desde que esses objetivos sejam aceites por todos os profissionais e sejam claramente definidos. Neste âmbito, a elaboração de um plano de cuidados releva-se um instrumento essencial pois permite “a partilha de informações, de ações desenvolvidas e a desenvolver e resultados obtidos com as mesmas, proporcionando cuidados holísticos”, promovendo também a comunicação com os utentes e no seio da equipa (Ferreira, 2015: 196).

No que concerne à clareza na definição de responsabilidades e competências, Bernardo *et al.* (2010) referem ser necessário que os membros da equipa assimilem a diferença de papéis e conhecimentos de cada um (consoante a sua área laboral), sendo assim importante, segundo Neves (2012), que exista uma aprendizagem recíproca entre todos. Neste contexto, importa referir que “A liberdade responsável impõe por um lado assumir a responsabilidade dos cuidados prestados e por outro respeitar os limites impostos para a prática da liberdade” (Ferreira, 2015: 160), de tal modo, que é relevante que os profissionais das equipas tenham a

⁷ “*case-conferencing approaches*” Birks, Crotty, Giles, Halbert, Rowett, Whitehead & Williams, 2004; Crotty, Halbert, Rowett, Giles, Birks, Williams & Whitehead, 2004, cit. por Nancarrow *et al.*, 2013: 1)

capacidade “de construir um percurso de reconhecimento da (...) imprescindibilidade e insubstituibilidade” (Ferreira, 2015: 174). Ainda assim, é de salientar que a “sincronização dos esforços de todos os elementos é fundamental para evitar sobreposições ou incapacidade de atingir os objectivos” (Santos *et al.*, 2010: 54), pois como vários autores afirmam, nas equipas na área da saúde, os profissionais atuam de forma liberal e por vezes imprevisível, no entanto, devido ao facto de existir uma interligação entre as suas ações, os procedimentos tomados por um profissional podem implicar alterações no contexto para os restantes (Neves, 2012). Na verdade, a efetivação da interdisciplinaridade exige a “invasão das fronteiras disciplinares” (Scherer *et al.*, 2013: 3210), tornando-se essencial que os profissionais de cada área disciplinar tenham noção dos seus limites para que não se sintam «ameaçados» aquando da aproximação com outra área (Gomes & Deslandes, 1994, cit. por Menezes & Yasui, 2012), pelo que Fourez (s/d cit. por Menezes & Yasui, 2012: 1824), acrescenta que a sua prática “tem uma dimensão inegável de atitude pessoal (...), de sensibilidade, de capacidade para ceder”.

De acordo com Bernardo *et al.* (2010: 765-767), outra das características que contribui para a eficácia de uma equipa é o “*Empowerment*”, na medida em que “a equipa tem a iniciativa e a capacidade de tomar decisões”, devendo existir um sentimento de responsabilidade pelas decisões grupais, por parte de todos. Assim, outro fator que influencia a eficácia da equipa está relacionado com a aceitação da partilha de responsabilidades (Santos *et al.*, 2010) ““e riscos”” (Nunes *et al.*, 2005: 155, cit. por Ferreira, 2015: 151).

No que diz respeito à realização de reuniões de equipa, Alves (2008, cit. por Ferreira, 2015: 203), através da realização do estudo ““Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho””, concluiu que as reuniões multidisciplinares são bastante relevantes na medida em que são um momento comum no qual os profissionais partilham, debatem e refletem sobre as experiências no âmbito do seu trabalho, ou seja, estas reuniões contribuem para aprendizagens mútuas, reflexões individuais e grupais, para tomar decisões, e essencialmente para otimizar as intervenções práticas de forma a responderem adequadamente às necessidades dos utentes.

Por seu turno, Bernardo *et al.* (2010: 763) referem que para uma equipa ser eficaz é necessário que atue visando sempre não só “o funcionamento da equipa” mas também “a qualidade de vida e o bem-estar do doente” e o “apoio dos familiares e/ou cuidadores”. Afinal, todos os membros da equipa devem encarar o utente como o elemento central de toda

a intervenção e como tal o centro de toda a atenção (Ferreira, 2015), devendo os profissionais centrarem-se na garantia dos seus direitos (Nunes *et al.*, 2005: 155, cit. por Ferreira, 2015)

Neste âmbito, também as competências técnico-profissionais são importantes, essencialmente no estabelecimento de relação com os utentes, uma vez que para existir uma relação de confiança entre o utente e o profissional, é necessário que o utente acredite que aquela pessoa tem competências adequadas para o auxiliar e que agirá com o objetivo de lhe prestar o melhor, de acordo com os seus interesses (Nunes *et al.*, 2005: 146 cit. por Ferreira, 2015).

Ainda assim, é possível afirmar que também a “cordialidade” (Mezomo, 2001, 191-192, cit. por Ferreira, 2015: 41) e bons relacionamentos interpessoais no seio da equipa, propiciam a eficácia de uma equipa multidisciplinar (Santos *et al.*, 2010).

Na verdade, o trabalho em equipa é igualmente eficaz devido à pluralidade “dos contribuintes específicos de cada profissão, sempre num clima de (...) cooperação” (Barbieri, 1997, cit. por Pereira 2010:13), “clima de apoio entre a equipa;”⁸ (Nancarrow *et al.*, 2013: 1) e “espírito de entreatajuda”, contrariando a competição e a passividade, fatores que não devem existir numa equipa (Santos *et al.*, 2010: 54). O apoio mútuo entre os profissionais influencia as suas interações, assim como “a resolução de problemas e a tomada de decisão” (Bernardo *et al.*, 2010:767), pelo que é importante que todos atendam essencialmente aos resultados da equipa e menos aos individuais e procurem evitar culpabilizar um profissional em particular ou a equipa por qualquer erro, fazendo deste um meio de aprendizagem de modo a prevenir que surja algo idêntico novamente (Santos *et al.*, 2010).

Considerando que a colaboração é um elemento-chave para a eficácia de uma equipa, Henneman, Lee & Cohen (1995: 108, cit. por Nancarrow *et al.*, 2013: 2) afirmam que a mesma “exige competência, confiança e compromisso por parte de todos os envolvidos. Respeito e confiança, tanto para si mesmo como para com os outros (...) Como tal, paciência, carinho e tempo são necessários para construir um relacionamento de modo que a colaboração possa ocorrer”⁹. Afinal, também a cooperação entre os indivíduos consiste num dos “elementos essenciais à socialização” (Frederico e Leitão, 1999: 32, cit. por Ferreira, 2015: 106).

⁸ “*supportive team climate*” (Nancarrow *et al.*, 2013: 1).

⁹ “*requires competence, confidence and commitment on the part of all parties. Respect and trust, both for oneself and others (...) As such, patience, nurturance and time are required to build a relationship so that collaboration can occur*” (Henneman, Lee & Cohen, 1995: 108, cit. por Nancarrow *et al.*, 2013: 2)

Para Squire (2002/2005), o respeito mútuo no seio da equipa, a valorização recíproca entre os seus membros e o reconhecimento das capacidades particulares de cada um, são elementos fundamentais para que exista um verdadeiro trabalho em equipa, sendo que para ser possível alcançar a melhoria, a manutenção e a promoção da saúde dos indivíduos é essencial que exista uma melhor compreensão entre os profissionais e um melhor desempenho por parte de todos. De facto, intervenções em equipa são eficazes através do contributo particular de cada área profissional, desde que prevaleça um ambiente não só de respeito mas também de confiança (Barbieri, 1997, cit. por Pereira, 2010), de tolerância (Mezomo, 2001, 191-192, cit. por Ferreira, 2015: 41) e compreensão entre os seus profissionais face às competências, funções e responsabilidades de cada um (Nancarrow *et al.*, 2013), tornando-se necessário refletir primeiramente sobre as próprias funções e papéis desenvolvidos na equipa para posteriormente compreender as práticas dos outros (Neves, 2012). Contudo, como referem Bernardo *et al.* (2010: 765), estas equipas devem fundamentar-se também nos princípios “da igualdade e da diferenciação”, uma vez que cada profissional tem uma opinião relativamente a um problema, a qual deve ser escutada e respeitada, ainda que com critérios divergentes. Afinal, ainda que ““Os deveres e as responsabilidades dos profissionais”” se centrem ““na garantia dos direitos da pessoa assistida””, deve existir ““respeito pela dignidade do colega da equipa multiprofissional”” (Nunes *et al.* 2005: 155, cit. por Ferreira, 2015: 151).

Nesta linha, outra das características que conduz à eficácia de uma equipa interdisciplinar é a sua coesão, pois é um grande potenciador de motivação para pertencer à mesma (Santos *et al.*, 2010), tal como o reconhecimento da contribuição e dos sucessos individuais e da própria equipa, uma vez que conduz ao sentimento de valorização pessoal e, conseqüentemente, a uma maior motivação para alcançar os objetivos da equipa (Bernardo *et al.*, 2010). Ferreira (2015), citando Mezomo (2001:191-192), reforça a importância do reconhecimento interno e externo, pois este permite o desenvolvimento da autoestima que posteriormente influencia as relações entre os indivíduos e a qualidade do desempenho pessoal. No entanto, a motivação pessoal também depende do sentimento de pertença face à organização onde os profissionais estão inseridos, o que propicia, igualmente, um melhor desempenho individual e grupal (Ferreira, 2015). Segundo Bernardo *et al.* (2010) os fatores motivacionais assumem um papel relevante, na medida em que os profissionais se encontram satisfeitos e orgulhosos por constituírem a equipa e pelo funcionamento desta.

Como, de certo modo, foi referido anteriormente, as parcerias em saúde baseiam-se, essencialmente, na partilha de competências e saberes, na mutualidade de aprendizagens, na disponibilidade e aceitação para adquirir “mais formação e educação” com o propósito de uma melhoria nas intervenções (Squire, 2002/2005: 209). Nesta linha, Bernardo *et al.* (2010: 763) acrescentam que para que uma equipa seja eficaz é necessário que a mesma apresente “uma dinâmica que permita a reorganização e integração de conhecimentos de cada profissional, em cada momento, segundo as necessidades das situações”.

Assim sendo, a otimização da qualidade dos serviços de saúde encontra-se intimamente relacionada com a partilha de experiências (Squire, 2002/2005) e o intercâmbio de saberes (Neves, 2012), tornando-se necessário que estes profissionais apresentem “capacidade de aprendizagem, iniciativa, criatividade” (Santos *et al.*, 2010: 55). Como concluiu Alves (2008, cit. por Ferreira, 2015) no seu estudo, as reuniões multidisciplinares são bastante relevantes neste âmbito, pela partilha de conhecimentos e experiências que ocorrem nestes momentos. Neste contexto, Ferreira (2015: 109) afirma, por exemplo, “que a enfermagem para cuidar do indivíduo como um ser holístico tem vindo a apropriar-se de conhecimentos de outras disciplinas”.

Outra das seis características, identificadas por Bernardo *et al.* (2010: 765-767), que contribuem para a eficácia de uma equipa na saúde é a “Flexibilidade”, pois as estruturas e métodos de funcionamento podem ser alterados. Como refere Ferreira (2015: 181), “O ambiente de trabalho nas instituições de saúde está em constantes transformações exigindo a criação de novas estratégias de desenvolvimento e a necessidade constante de aprender e de crescer profissionalmente”. Neste sentido, “Os profissionais devem estar preparados para competir, para vencer, conforme ocorram as mudanças nas necessidades organizacionais” (Ferreira, 2015: 181), e apresentar “competências para lidar com os desafios do meio” (Scherer *et al.*, 2013: 3210), para lidar com controvérsias, de maneira a conseguirem dar resposta à diversidade de personalidades e de ocorrências de discordâncias interpessoais e a desenvolverem o ambiente de tranquilidade necessário nos diversos âmbitos da saúde, evidenciando-se a relevância que “a negociação, a mediação e a conciliação entre profissionais de saúde, utentes e suas famílias e outros envolvidos” assume neste processo (Cunha & Leitão, 2011 e Platt, 2008, cit. por Cunha *et al.*, 2013: 132). Assim, é possível afirmar que a “capacidade de (...) adaptabilidade” e de “resistência ao stress” poderão contribuir para que o trabalho em equipa seja realmente eficaz (Santos *et al.*, 2010: 55).

Neste âmbito, Santos *et al.* (2010) acrescentam que uma estrutura capaz de resolver conflitos contribui para a coesão, e conseqüentemente, para a eficácia de uma equipa multidisciplinar na saúde, pois se por um lado, os conflitos podem “enfraquecer ou destruir um grupo por meio de ataques pessoais entre os membros, por gerar raiva ou por aumentar a competição entre os membros do grupo”, por outro, podem ter alguma utilidade no seio do grupo, tendo “como resultado encorajar mudanças, estimular o interesse a cooperação dos membros (...) e esclarecer o objectivo do grupo” (Atkinson & Murray, 1985/1989: 73). Ou seja, para Atkinson & Murray (1985/1989) são consideradas eficazes, as equipas que usufruem das divergências de ideias como ponto de partida para conceber outras diferentes, analisando os argumentos geradores da discórdia e tentando tirar partido da ideia de cada membro, de modo a encontrarem a solução mais adequada para o problema em questão, sendo que em equipas com menos eficácia, os conflitos podem ser simplesmente ignorados pelos seus elementos ou tornarem-se numa competição, na qual se sai vencedor ou perdedor.

Mediante a análise sistemática da literatura e a realização de uma investigação de cariz qualitativo acerca da perceção de vários profissionais de saúde, Nancarrow *et al.* (2013), aferiram que duas das características que propiciam a eficácia por parte de uma equipa interdisciplinar consistem na necessidade da existência de “recursos e procedimentos adequados”¹⁰ e na “combinação apropriada de competências”¹¹ (Nancarrow *et al.*, 2013: 1), ou seja, de “um “ambiente físico” adequado ao desempenho das funções” (Ferreira, 2015: 41) e de uma adequada distribuição e articulação entre as intervenções (Santos *et al.*, 2010). Santos *et al.* (2010: 55) sublinham esta ideia, afirmando que para que uma equipa seja eficaz “é fundamental que as instituições de saúde formalizem e apoiem as actividades em equipa”, através do “fornecimento de recursos (administrativos, financeiros e temporais)”. Nesta linha, Mezomo (2001: 191-192, cit. por Ferreira, 2015: 41) acrescenta que “o “tempo disponível” deve ser adequado à execução do trabalho a realizar”, e que se deve tentar adaptar a ““natureza do trabalho”” às “expectativas pessoais”, de maneira a que os indivíduos se consigam superar e encontrar outros desafios e otimizar o seu desempenho, “contribuindo para terem um “padrão pessoal de qualidade, determinado pelo senso ético e pelo senso de certo e errado, que faz a pessoa assumir a responsabilidade por suas acções””. Estes fatores são, então, potenciadores do desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo.

¹⁰ “*appropriate resources and procedures*” (Nancarrow *et al.*, 2013: 1).

¹¹ “*appropriate skill mix*” (Nancarrow *et al.*, 2013: 1).

Segundo Bernardo *et al.* (2010: 767), o “Ótimo rendimento” é outra das características contribuintes da eficácia de uma equipa multidisciplinar, pois a qualidade do rendimento da equipa é elevada, desde que sejam cumpridas “as especificações de custo, qualidade e tempo”. Neste contexto, Ferreira (2015: 197) refere que a falta de tempo na vida profissional tem sido considerada como um problema, afirmando ainda que “os níveis de pressão com que somos confrontados no exercício das nossas atividades profissionais são (...) maiores, sendo-nos requerido que façamos cada vez mais e melhor e, se possível, em menos tempo”, ideia partilhada por Santos *et al.* (2010: 54), os quais também sublinham que, principalmente as equipas de trabalho na área da saúde, “deverão estar particularmente adaptadas a desempenhar uma quantidade grande de trabalho em pouco tempo”. Assim, importa mencionar que a gestão do tempo se assume como uma estratégia essencial para a construção da autonomia profissional, na medida em que permite aos profissionais obterem: uma maior disponibilidade de tempo; uma melhoria no seu desempenho e até no da equipa; uma melhoria nos processos comunicacionais e relacionais com os restantes elementos da equipa; um aumento da motivação para a equipa; uma melhoria na capacidade de programar ações; e um aumento da eficácia e da satisfação grupal e individual (Abreu e Moreira, 2002: 28, cit. por Ferreira, 2015).

Por outro lado, Santos *et al.* (2010) afirmam que a autocorreção também contribui para a eficácia de uma equipa, pelo que Bernardo *et al.* (2010: 765-767) referem ser primordial analisar “periodicamente o próprio funcionamento da equipa”. Na verdade, “A avaliação do desempenho é um “processo estratégico que pode ser usado como instrumento de gestão, nesta função tem como objectivo melhorar os resultados da organização, melhorando o desempenho individual”” (Frederico e Leitão, 1999: 145, cit. por Ferreira, 2015: 204) e a qualidade dos serviços de saúde; e evitando erros (Santos *et al.*, 2010). Neste âmbito, as reuniões multidisciplinares assumem também alguma importância, uma vez que “incentivam os indivíduos à sua autoformação através da apropriação de um conjunto de influências e experiências” pelas quais passaram “reflectindo acerca destas e fazendo um trabalho sobre si de autoconstrução como profissional e pessoa”, capacitando-o para um agir autónomo e responsável” (Alves, 2008, cit. por Ferreira, 2015: 203).

Relativamente à liderança, Squire (2002/2005: 209) refere que a “partilha de poder uns com os outros”, tem o propósito de uma melhoria nas intervenções, pelo que Bernardo *et al.* (2010: 763) defendem que o funcionamento de uma equipa multidisciplinar deve assentar “numa

liderança aceite” e participativa, podendo ser desenvolvida por vários elementos em momentos diferentes, o que denota alguma flexibilidade que contribui para a eficácia da equipa. As autoras acrescentam que o propósito do papel do líder é “dar satisfação às expectativas dos seus membros no que diz respeito à realização profissional, assim como ao promover um tempo programado para actividades de lazer em grupo”, e funcionar “como elemento catalisador das dificuldades que possam surgir” (Bernardo *et al.*, 2010: 763).

De acordo com Nancarrow *et al.* (2013: 1), para que estas equipas sejam efetivamente eficazes são necessárias: “recompensas pessoais, formação e desenvolvimento”¹². Deste modo, no sentido de melhorar a atuação individual e coletiva, “é fundamental que as instituições de saúde formalizem e apoiem as actividades em equipa” (Santos *et al.*, 2010: 55), através de “uma boa política de comunicação interna, que proporcione a informação necessária sobre os objetivos do serviço/instituição, as estratégias a utilizar e os projetos presentes e futuros (Ferreira, 2015: 179); da “formação adequada dos seus membros” para trabalharem em equipa e adquirirem ou desenvolverem conhecimentos e capacidades de “comunicação, liderança” e de “procedimentos de segurança; e também mediante a “manutenção de canais de comunicação (formal e informal) que permitam avaliar (...) mostrar interesse e responder às necessidades específicas das diferentes equipas” (Santos *et al.*, 2010: 55). Neste sentido, as autoras mencionam ainda que se torna igualmente importante que os órgãos superiores (de gestão) mantenham contatos informais com os profissionais das equipas, estejam presentes em algumas reuniões de equipa, participem na avaliação de desempenho, respondam com prontidão às questões problemáticas apresentadas pela equipa e facilitem “o acesso à informação relacionada com os objectivos da instituição e com as tarefas a realizar pela equipa” (Santos *et al.*, 2010: 55).

Para Nancarrow *et al.* (2013: 1), outro dos fatores que contribui para que as equipas sejam efetivamente eficazes são as “características individuais que suportam o trabalho em equipa interdisciplinar”¹³. Assim, é possível afirmar que os “valores éticos” a “ênfase nos pontos fortes das pessoas”, e o “bom humor” ganham particular relevância no trabalho em equipa (Mezomo, 2001, 191-192, cit. por Ferreira, 2015: 41). Segundo Menezes & Yasui (2012: 1820), a prática interdisciplinar só sucede se os profissionais tiverem a “percepção do não saber”, se tiverem a consciência e admitirem as suas limitações e insuficiências.

¹² “*personal rewards, training and development*” (Nancarrow *et al.*, 2013: 1).

¹³ “*characteristics that support interdisciplinary team work*” (Nancarrow *et al.*, 2013: 1).

De outro modo, três fatores que também podem influenciar a dinâmica de uma equipa, consistem na “sua dimensão, composição, estrutura” (Bernardo *et al.*, 2010: 763).

Em suma, apesar de a prática interdisciplinar ser um desafio na área da saúde, é essencial que os profissionais se esforcem no sentido de a alcançar pois é uma grande potenciadora “para aproximar o trabalho em saúde das necessidades da população”¹⁴ (Pinheiro *et al.*, 2010: 1).

1.3. COMUNICAÇÃO – ELEMENTO BÁSICO (NA INTERDISCIPLINARIDADE) NO CUIDAR

A comunicação no contexto da saúde é considerada de extrema relevância “na formação, pesquisa e intervenção, inscrevendo-se numa perspetiva sistémica, interativa e multi/interdisciplinar” (Ramos, 2012: 1).

Na verdade, o ser humano não é um ser isolado, sendo considerado um animal social, o qual necessita de comunicar para se desenvolver, de tal modo que “não haveria vida social sem comunicação”, assim como “vida organizacional” (Rego, 1999: 19) e trabalho em grupo (Robbins, 1998/1999).

Segundo Currell & Chambel (2001: 358), a comunicação é principiada por um emissor/fonte, “que codifica um significado intencional numa mensagem”, a qual é transmitida por um canal até ser decodificada (“no significado percebido”) pelo recetor que posteriormente pode ou não emitir um *feedback* ao emissor, sendo que, de acordo com Rego (1999: 60), a mensagem pode ser enviada por meio verbal, escrito e não-verbal, incluindo este último os “gestos, expressões faciais, posturas do corpo”, entre outros.

No entanto, este processo pode sofrer perturbações que colocam em causa a eficácia da comunicação, e conseqüentemente a eficácia do grupo de trabalho (Robbins, 1998/1999).

Segundo Currell & Chambel (2001), a comunicação no seio do grupo assume tamanha importância, de maneira que dela depende um maior ou menor êxito no alcance dos seus objetivos, como vimos anteriormente.

Partilhando a mesma ideia, Lamela & Bastos (2012: 686; 684) concluem que “tal como em qualquer outra interação humana, a comunicação em contexto de saúde assume-se como uma dimensão de relevo na explicação do sucesso dos objetivos dessas interações”, e a sua

¹⁴ “para aproximar el trabajo en salud de las necesidades de la población” (Pinheiro *et al.*, 2010: 1).

qualidade “assume-se como uma das principais variáveis explicativas do processo de saúde-doença”.

Nesta corrente, também Santos *et al.* (2010: 52) consideram que em contexto hospitalar e noutras unidades de internamento, “a efectiva articulação entre os vários profissionais de saúde está muito dependente da comunicação”, de tal modo que “perturbações e/ou falhas na comunicação entre e intra equipas de saúde podem ser causa de diminuição da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento e de danos potenciais para os doentes” (Santos *et al.*, 2010: 48). Lamela & Bastos (2012: 686) acrescentam que quanto melhor for a relação comunicacional, melhor tende a ser a “adesão terapêutica”, a “satisfação com os cuidados de saúde” e a “recuperação dos utentes”, sendo possível afirmar que “as relações comunicacionais funcionam como um mecanismo de operacionalização da perspectiva biopsicossocial da saúde pública” (Roter & Hall, 2006 cit. por Lamela & Bastos, 2012: 688), pois, de acordo com este modelo, o utente é um agente ativo no seu processo de doença.

Assim, o facto de se comunicar com os utentes, transmitindo-lhes informações, “satisfaz várias necessidades”, designadamente “ao nível médico-legal” (admitindo o consentimento informado); “ao nível psicológico” (colaborando para uma melhor compreensão e aceitação da doença e da incapacidade, na diminuição de sintomas depressivos e de ansiedade, na preservação da dignidade e do respeito, na promoção da satisfação e do sentimento de segurança, e para uma maior adesão e compromisso, aceitação das intervenções terapêuticas e sentimento de responsabilidade do utente); e “ao nível médico-institucional” (diminuindo “o número de dias de internamento e de medicamentos ingeridos” e facilitando a recuperação dos utentes) (Ramos, 2012: 3).

A descentralização dos serviços de saúde e inexistência de interdisciplinaridade nesta área tendem a implicar que a comunicação entre os profissionais de saúde se torne problemática, podendo mesmo comprometer a continuidade dos cuidados e causar repercussões negativas para os utentes, como referido anteriormente (Santos *et al.*, 2010). Deste modo, Santos *et al.* (2010: 53) revelam ser primordial “a comunicação entre os membros da equipa (...) para fomentar a partilha de um mesmo modelo mental”, ou seja, de perceções comuns face a objetivos, princípios e formas de atuar, a tarefas individuais, entre outros.

No entanto, Santos *et al.* (2010: 54) destacam também que o facto de uma equipa integrar profissionais de diferentes áreas disciplinares pode tornar igualmente problemática a comunicação entre si, pois por vezes “a hierarquia resultante de uma cultura profissional e

institucional leva a que alguns grupos profissionais possam sentir dificuldade em se expressar abertamente com outras classes profissionais”, e “em alguns contextos existe a norma de evitamento da crítica dentro do mesmo grupo profissional”, o que pode provocar alguns erros, uma vez que “o *feedback* a um procedimento incorrecto e a proposta de alternativas mais eficazes não são verbalizados, impedindo uma correcção atempada”.

Neste âmbito, realça-se a função do líder da equipa, enquanto promotor de uma comunicação sem barreiras – originadas pelas diferenças hierárquicas e de poder – e de relações marcadas pela valorização pessoal e respeito recíproco; e ainda, enquanto gestor de conflitos (Santos *et al.*, 2010: 54), os quais surgem inevitavelmente, sempre que duas ou mais pessoas procuram “fundir ideias e interesses dentro de um grupo”, pois “não existem duas pessoas que ajam ou pensam do mesmo modo” (Atkinson & Murray, 1985/1989: 73).

Deste modo, “O treino dos profissionais em comunicação (...) e técnicas para apreender com os erros poderão contribuir para que os conflitos possam ser mais eficazmente resolvidos”, proporcionando diálogos mais proveitosos, nos quais todos os intervenientes se sintam vencedores/úteis, uma vez que as soluções definidas “permitem integrar os interesses dos vários envolvidos” (Cunha *et al.*, 2013: 133).

Como verificamos no subcapítulo anterior, um dos potenciadores de uma comunicação eficaz no seio da equipa e, conseqüentemente, da eficácia desta, consiste na realização de reuniões multidisciplinares, uma vez que impedem a ocorrência de lapsos mediante a emissão formal de informação a cada um dos elementos, impõem uma maior reflexão face a propostas para solucionar determinados problemas e funcionam, de certo modo, como promotoras do espírito de equipa (Santos *et al.*, 2010).

Estas reuniões devem realizar-se frequentemente e constituir-se como um momento formal durante o qual os profissionais partilham informação, tomam decisões, distribuem tarefas, e avaliam o seu desempenho individual e grupal, de forma a encontrarem estratégias para colmatar os seus aspetos negativos e manter e/ou melhorar os positivos, no sentido da execução de um trabalho com qualidade e erros diminutos (Santos *et al.*, 2010).

Rego (1999) também refere que a realização de reuniões de equipa pode apresentar algumas vantagens na medida em que: permite um aumento da qualidade das decisões através do contributo dos vários intervenientes; contribui para a existência de um maior empenho por parte de cada elemento da equipa e um maior sentimento de responsabilidade face às tomadas de decisões; facilita o intercâmbio de ideias e conhecimentos (que se podem complementar), e

consequentemente, uma melhor comunicação e colaboração entre os membros; contribui para que cada elemento conheça melhor as funções do outro e não apenas as suas; e permite o desenvolvimento dos relacionamentos no seio da equipa.

No entanto, o mesmo autor revela que é necessário atender aos obstáculos que possam surgir relativamente às reuniões, competindo ao líder procurar resolver essas questões. De entre vários inconvenientes das reuniões é possível destacar alguns, nomeadamente a falta de vontade de alguns elementos em participar na reunião «espelhada» em opiniões falsas; o surgimento de conflitos causados pelas diferenças no debate das ideias; a frustração e desmotivação causadas pelo facto de uma opinião não ser levada avante na tomada de decisão; um número elevado de participantes na reunião pode impossibilitar que todos participem do mesmo modo, com a mesma frequência; as divergências de posições e funções podem resultar numa maior participação por parte dos membros mais “prestigiados/destacados” e na “inibição dos restantes”; e o facto de as responsabilidades relativamente a problemas consequentes da tomada de decisão serem direccionadas ao grupo e não apenas a um indivíduo (Rego, 1999: 136).

Por outro lado, Santos *et al.* (2010: 54) afirmam, de certo modo, que é importante que também fora do contexto das reuniões exista comunicação entre os profissionais da equipa, discutindo opiniões, “problemas, soluções de um modo mais informal, recebendo feedback dos colegas e permitindo uma estruturação mais construtiva de ideias, que então já reflectidas, farão parte da agenda das reuniões”. Contudo, para os autores, “esta comunicação informal pode ser também promovida em plataformas Web para facilitar a entrada de dados, análise e consulta de relatórios”. Neste contexto, Spruyt (2011: 2) acrescenta que embora nestas reuniões sejam “partilhados dados pertinentes acerca dos utentes e definidos e documentados os objetivos do atendimento”, esta partilha de informações entre os vários profissionais da equipa pode igualmente “ocorrer através de faxes, e-mails, contactos telefónicos, práticas clínicas partilhadas, e reuniões familiares”¹⁵.

Os fatores problemáticos que, maioritariamente, são assinalados como fortes indutores de erro nos serviços de saúde estão relacionados não só com a comunicação, mas também com o treino no trabalho em equipa e as tomadas de decisões (Santos *et al.*, 2010), as quais surgem mediante um consenso resultante do intercâmbio de “opiniões, informações e sugestões” entre

¹⁵ “*At such meetings, pertinent patient details are shared and goals of care are refined and documented*” (...) “*may occur through faxes, emails, phone contacts, shared clinics, and family meetings*” (Spruyt, 2011: 2)

os membros do grupo de trabalho, e influenciam o sucesso deste (Curral & Chambel, 2001: 369).

De acordo com Ramos (2012: 14-15) é relevante que durante a sua formação, os profissionais de saúde integrem “conhecimentos psicossociais, antropológicos e comunicacionais”, pois estes podem contribuir para “melhorar a comunicação”, “combater os estigmas e os estereótipos”, e facilitar a “compreensão dos processos de comunicação e das lógicas individuais e culturais dos comportamentos”. Afinal, como afirmam Santos *et al.* (2010: 55), os profissionais que constituem uma equipa na área da saúde devem possuir determinadas aptidões para tal, particularmente “competências comunicacionais”, como a capacidade de escuta e um estilo comunicacional assertivo.

Por seu turno, embora Rego (1999) concorde que adotando um estilo assertivo existirá uma maior eficácia, persuasão e sucesso e melhores relacionamentos e ambientes de trabalho, também refere que o mesmo sucederá se o emissor adequar o seu estilo comunicacional ao do recetor. Na verdade, são vários os estilos comunicacionais conhecidos com características divergentes (Anexo 1), nomeadamente o assertivo, o passivo e o agressivo; e ainda, segundo McCallister (1994, cit. por Rego, 1999), o nobre, o socrático, o reflexivo, o magistrado, o candidato e o senador; sendo que cada pessoa tende a apresentar um predominante (Rego, 1999).

Para Rego (1999: 112) o estilo assertivo aparenta contribuir mais para a eficácia comunicacional na medida em que, “quando somos assertivos é que comunicamos as nossas divergências e defendemos os nossos pontos de vista sem deixarmos, contudo, de respeitar as ideias dos outros e de contribuirmos para a melhoria da tomada de decisões”, enquanto que quando “somos agressivos, interferimos na liberdade dos outros e criamos obstáculos à comunicação” e quando “somos passivos, desvalorizamos os nossos interesses, direitos e liberdades”.

Relativamente a esta matéria, Lamela & Bastos (2012) revelam ainda que a adesão terapêutica e o êxito das intervenções no contexto da saúde são também bastante influenciadas pelos estilos comunicacionais entre os profissionais e os utentes, sendo relevante que os prestadores de cuidados compreendam o estilo do doente e adequem o seu “ao nível de integração comunicacional do doente para aumentar a eficácia e satisfação desta comunicação” (Beck, Daughtridge, & Sloane, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000, cit. por Lamela & Bastos, 2012: 686). Segundo Rego (1999: 27), a forma como comunicamos é tão pertinente quanto o

conteúdo do que dizemos ou escrevemos”, pois o modo como é interpretada a mensagem está relacionado com a maneira como a mesma é transmitida.

Concluindo, a forma como é exercida a relação comunicacional na área da saúde influencia bastante a garantia do aumento da qualidade das intervenções por parte destes profissionais, de uma melhor relação entre estes e os utentes e entre os próprios profissionais, da otimização de resultados em saúde (Santos *et al.*, 2010) e de uma eficiente organização e gestão dos cuidados e sistemas de saúde (Ramos, 2012), tornando-se imprescindível reduzir a possibilidade de sucederem défices na comunicação entre os vários intervenientes (Santos *et al.*, 2010). Deste modo, a comunicação nesta área implica “a análise e a utilização de processos e estratégias de comunicação”, de maneira a “informar e influenciar os comportamentos e as decisões dos indivíduos, dos grupos e das comunidades, no sentido da promoção da saúde, bem-estar e prevenção das situações de doença, risco e vulnerabilidade” (Ramos, 2012: 3).

Finalizando este subcapítulo, é ainda de referir que também a Organização Mundial de Saúde e outras entidades têm enfatizado “a importância da comunicação em saúde para o desenvolvimento de competências e instrumentos com vista à criação de contextos e à implementação de políticas e práticas de prevenção e de inovação promotores de saúde” (NPC, 2011, cit. por Ramos, 2012: 4); e que dada a relevância que assumem nos processos de saúde, as relações interpessoais entre profissionais de diferentes áreas (saúde e social) e os utentes (particularmente os idosos) são, atualmente, objeto de diversas investigações importantes para a saúde da população (Lamela & Bastos, 2012).

1.4. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

1.4.1. Enquadramento, missão e princípios da RNCCI

Nas últimas décadas tem-se verificado na sociedade portuguesa um crescente envelhecimento da população, sendo Portugal, atualmente, um dos países mais envelhecidos da Europa e do mundo, devido essencialmente à diminuição das taxas de mortalidade e de fecundidade. A redução da mortalidade e o conseqüente aumento da esperança média de vida devem-se a avanços médico-científicos, enquanto a redução da fecundidade está relacionada com

alterações sociais (população mais instruída; maior taxa de atividade feminina no mercado de trabalho; e urbanização) e económicas (terciarização da economia) (Rosa, 2012).

Considerando estas transformações demográficas é normal que se verifique um acréscimo das necessidades de cuidados de saúde e de respostas para estas, pois com o avanço da idade tende a aumentar “o risco de doenças crónicas não transmissíveis ou degenerativas (como tumores, diabetes, doenças cardiovasculares, Alzheimer) e aumentam as dificuldades de mobilidade, de visão e audição” (Rosa, 2012:34), problemas que frequentemente causam uma perda gradual de autonomia, levando o indivíduo a depender de apoio familiar ou social (Rosa, 2012). Neste âmbito, outra das alterações que ocorreu está relacionada com a prestação de cuidados, no sentido em que, se antigamente os idosos, os dependentes e os mais vulneráveis eram apoiados por familiares, atualmente, com a ausência da mulher (principal prestadora de cuidados) no domicílio, este tipo de apoio ficou comprometido (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2009).

Perante esta realidade da sociedade portuguesa surgiram insuficiências nos Sistemas de Saúde e Social, tornando-se imprescindível reorganizá-los e encontrar respostas adequadas às necessidades dos indivíduos em situação de dependência, no que concerne à “própria evolução das doenças e situações sociais” (Lopes *et al.*, 2010: 9). Segundo a UMCCI (2011: 7), “reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento ativo, são os desafios no momento, a nível global”.

Assim, com o propósito de “garantir a prestação de cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência” (UMCCI, 2013:54), surge a RNCCI, um modelo organizacional decorrente da parceria entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social [MTSS] e o Ministério da Saúde, como descreve o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

Esta Rede integra instituições públicas e privadas destinadas à prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social, tanto no domicílio do utente como em instalações próprias, sendo a sua principal missão a prestação de cuidados integrados, provendo a recuperação global de utentes que se encontram dependentes, mediante a promoção da sua autonomia e a melhoria da sua funcionalidade¹⁶.

Relativamente aos princípios que constituem o «fio condutor» na prestação de serviços da RNCCI, estes são: “a prestação individualizada e humanizada de cuidados”; “a continuidade

¹⁶ Informação acedida em <http://www.acss.min-saude.pt/>

dos cuidados entre os diferentes serviços”; “a equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas”; “a proximidade na prestação dos cuidados”; “a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados”; “a avaliação da situação de dependência do doente e definição de objetivos de funcionalidade e autonomia e a sua consequente manutenção”; “a participação das pessoas dependentes e respetivos familiares na elaboração do plano individual de intervenção”; “a corresponsabilização da família ou cuidadores na prestação da assistência”; e “a eficiência e qualidade no serviço prestado” (UMCCI, 2013:14).

1.4.2. Constituição da RNCCI

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é garantida pela RNCCI através de Unidades de Internamento (Unidades de Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação; e Unidades de Longa Duração e Manutenção) e de Equipas de Cuidados Continuados Integrados [ECCI], existentes ao longo de todo o território nacional continental, cada uma com as suas especificidades¹⁷ (Artigos 13º, 15º, 17º e 27º, respetivamente do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho). Ainda assim, é de referir que a RNCCI também integra “unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental”, criadas no Decreto -Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro (Ministério da Saúde, 2015: 5084), e de acordo com o Portal do Instituto da Segurança Social I.P., está ainda em projeto a implementação de Unidades de Ambulatório (Artigo 21º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho), e segundo a Portaria n.º 343/2015 de 12 de outubro, de unidades e equipas de cuidados integrados pediátricos.

No que concerne às UMDR (tipologia onde foi efetuada a investigação da dissertação), importa esclarecer que as mesmas se encontram em locais próprios e estabelecem articulação com um hospital de agudos, no sentido da prestação de cuidados de saúde, de reabilitação, e de apoio psicossocial, a indivíduos que se encontram provisoriamente dependentes e que têm grande probabilidade de recuperação¹⁸. Este tipo de unidade pretende a estabilização clínica e a recuperação total do indivíduo dependente, e admite apenas utentes cujo período calculado de reabilitação seja entre 30 a 90 dias (Instituto da Segurança Social, I.P., 2014).

¹⁷ Informação acedida <http://www.acss.min-saude.pt>

¹⁸ Informação acedida <http://www.acss.min-saude.pt>

Finalizando, embora a RNCCI atualmente seja constituída pelos serviços acima mencionados, até Julho de 2015, integrava também as Unidades e Equipas de Cuidados Paliativos, as quais passaram a integrar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, criada pela Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro e regulamentada no Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro. Assim, no Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho constam as alterações ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho e ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, tendo-se definido que de uma forma diferente, “as unidades e serviços da RNCCI, em função das necessidades, podem prestar ações paliativas, como parte da promoção do bem-estar dos utentes” (Ministério da Saúde, 2015: 5081).

1.4.3. Organização da RNCCI e referenciação de utentes

A coordenação da RNCCI é efetuada a nível nacional pela Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], e é operacionalizada pelas Equipas de Coordenação Regional [ECR] e Equipas de Coordenação Local [ECL] que asseguram a coordenação a nível regional e local, respetivamente. Neste sentido, as ECR encontram-se sediadas nas Administrações Regionais de Saúde, enquanto as ECL estão integradas nos Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES] ou em Unidades Locais de Saúde [ULS] nas quais não existam ACES (Ministério das Finanças, Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2014).

Embora desempenhem funções distintas, as três equipas coordenadoras partilham uma mesma característica, nomeadamente a multidisciplinaridade, uma vez que são constituídas por profissionais de saúde e da segurança social (UMCCI, 2009).

Na verdade, esta descentralização de serviços “visa uma articulação efectiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da RNCCI, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes” (UMCCI, 2009:11).

O acesso à RNCCI depende de determinados critérios clínicos, pelo que apenas podem beneficiar de cuidados por parte da RNCCI pessoas que se encontrem em pelo menos uma das seguintes circunstâncias: “dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro”; “dependência funcional prolongada”; “idosas com critérios de fragilidade”; “incapacidade grave, com forte impacte psicossocial” (Ministério da Saúde e

MTSS, 2006:3862-3863); dependência na realização das atividades de vida diárias “na sequência de episódios de doença aguda e ou com presença de síndromes geriátricos”; “doença crónica, com episódios frequentes de reagudização e que necessitem de seguimento e acompanhamento prolongados”; “doença grave, progressiva e incurável”; e com “necessidade de continuidade de tratamentos que contribuam para (...) a manutenção preventiva de agudizações” (Ministério das Finanças, Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2014: 4869).

Mediante o estabelecimento destes critérios, para poderem aceder à Rede, os utentes são sujeitos a avaliação por parte das ECR, das ECL e das equipas referenciadoras.

Especificando, a referenciação de utentes para a Rede (incluindo para os cuidados integrados pediátricos) pode ser efetuada por duas equipas distintas, consoante o local onde o utente se encontra, ou seja, pelas Equipas de Gestão de Altas [EGA] (integradas nos hospitais, e constituídas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e um assistente social) no que concerne aos utentes internados em hospital de agudos, ou pelas equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários, mediante sinalização prévia dos profissionais de saúde e de serviço social dos ACES ou das ULS, no que diz respeito aos utentes que se encontram no domicílio (“residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência”, segundo a alínea o), do artigo 3º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho) (Ministério das Finanças, Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2014).

Independentemente da equipa que referencie os utentes (EGA ou equipa dos cuidados de saúde primários), o processo de referenciação (no qual tem de constar uma avaliação médica, de enfermagem e social) e de admissão de utentes na RNCCI, envolve também a ECL da área de residência do utente - que avalia e valida a proposta de tipologia de cuidados - e, posteriormente, a ECR dessa região - que “determina a admissão do utente em unidade ou equipa da RNCCI, preferencialmente, de acordo com a unidade indicada pelo utente, na medida dos recursos/vagas existentes” (Ministério das Finanças, Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2014: 4871).

Por fim, no que concerne ao acesso de utentes aos cuidados de saúde mental, o processo diverge, pois o mesmo é determinado “pela respectiva equipa coordenadora”, mediante proposta dos serviços locais de saúde mental “ou das instituições psiquiátricas do sector social” (Ministério da Saúde, 2010: 261).

1.4.4. Intervenção interdisciplinar na RNCCI

Segundo Neves (2012:126), “as tendências internacionais indicam que em muitos países está em curso o desenvolvimento de equipas multidisciplinares como principal recurso de prestação de serviços em todas as áreas da saúde”.

Neste contexto, de acordo com a UMCCI (2013), nas últimas décadas têm sido desenvolvidas na Europa, novas políticas de saúde e de apoio social e redes de cuidados destinadas aos idosos e a indivíduos dependentes, baseadas no modelo de intervenção integrado, este que engloba cuidados de saúde e sociais. Assim, foi necessário “evoluir a partir do (...) Modelo Biomédico Tradicional, com foco de atenção centrado exclusivamente na alteração biológica e na doença, para um modelo de avaliação e cuidado integral” que abrange não só “os cuidados médicos baseados nos diagnósticos das doenças dos utentes” mas também “o cuidado com as funções físicas, relativas à vida diária, o cuidado com as funções cognitivas e emocionais, e os cuidados sociais (preocupação com o contorno familiar), com um enquadramento intersectorial e multidisciplinar” (UMCCI, 2013:10).

Em Portugal, um exemplo efetivo de prestação de cuidados por parte de equipas multidisciplinares com base no modelo biopsicossocial, é a RNCCI.

A forma como os serviços da Rede estão organizados e o facto da prestação de cuidados ser integrada (cuidados de saúde e de apoio social), requerem que entre os profissionais das diferentes áreas exista interação e cooperação, e que todos encarem cada utente tendo em consideração a sua globalidade, pois só assim será possível: “i) um desempenho competente, sob o ponto de vista técnico e de atitude compreensiva e respeitadora das particularidades bio-psico-socio-culturais e espirituais de cada utente, e ii) a construção de uma linguagem comum, uma metalinguagem, facilitadora da comunicação em equipa multidisciplinar e do trabalho interdisciplinar” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2006:3).

Este novo paradigma na prestação de cuidados assenta no objetivo de responder às necessidades integrais e de continuidade de cuidados dos utentes, sendo necessário para tal, a atuação conjunta de profissionais e instituições do âmbito da saúde e do serviço social (UMCCI, 2013).

A «*intersectorialidade*» e a multidisciplinaridade, contempladas neste novo modelo, verificam-se desde o ingresso dos utentes na Rede até ao momento da sua alta (MTSS & Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2009). O facto da coordenação da RNCCI ser efetuada a nível

nacional (pela ACSS), regional (pelas ECR) e local (pelas ECL), e de existir uma articulação entre as distintas tipologias de cuidados, os serviços de saúde primários e hospitalares e outros serviços e instituições da comunidade, demonstra a articulação entre diferentes setores e a intervenção em rede (UMCCI, 2013). Por outro lado, as EGA e as equipas referenciadoras dos centros de saúde; as ECR e as ECL; e as equipas das unidades de internamento e de cuidados continuados no domicílio, são constituídas por profissionais de ambas as áreas, saúde e serviço social (UMCCI, 2009). Assim, a multidisciplinaridade na Rede fundamenta-se no facto de a intervenção em equipa (composta por elementos de distintos contextos laborais), permitir o alcance de “uma visão global e multidimensional das diferentes necessidades que apresentam os utentes” (UMCCI, 2013:12). Neste âmbito, a interdisciplinaridade é traduzida pela indispensabilidade de articular as competências e conhecimentos dos diferentes profissionais da equipa, no sentido de assegurar “o desenvolvimento de processos de cuidados ajustados às necessidades dos utentes, através da definição conjunta e complementar de um plano individual de intervenção que se consubstancia num plano de cuidados, com metas e objetivos definidos” (UMCCI, 2013:12;13). Segundo a UMCCI (2013), a complementaridade na prestação de cuidados, vai além da atuação conjunta de diversos profissionais e da variedade de cuidados (saúde e apoio social), pois engloba igualmente, a participação ativa dos próprios utentes e dos seus cuidadores informais em todo o processo.

Considerando que a metodologia de trabalho na Rede se encontra assente na intervenção em equipa, existem alguns “instrumentos de utilização comuns previstos para a prestação dos cuidados”, designadamente: “registos de admissão”; “diagnóstico das necessidades (de saúde e sociais) da pessoa em situação de dependência”; “plano individual de intervenção inicial (PII) e registo de atualização periódica do plano individual de intervenção”; e “informações de alta” (UMCCI, 2013:14), sendo de referir que alguns destes registos são obrigatoriamente efetuados no aplicativo informático da Rede – SI *Gestcare* (Anexo 2).

Neste aplicativo constam, individualmente, os processos dos utentes que integram a Rede, os quais são constituídos por diversos módulos (multidisciplinares) que devem ser preenchidos de acordo com as normas estabelecidas (não sendo possível editá-los posteriormente) e dentro dos prazos definidos para cada tipologia de cuidados (UMCCI, 2010). Podem aceder ao *Gestcare* e ter acesso aos dados de todos os utentes nele introduzidos, os profissionais das ECR, das ECL, das EGA, das equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários, das Unidades de Internamento e das ECCI (ACSS, 2014), pois o processo de cada utente é

iniciado no aplicativo no momento em que é referenciado, e atualizado durante o período em que usufrui dos cuidados por parte da RNCCI e aquando de uma nova referenciação (UMCCI, 2010). De acordo com a UMCCI (2010), esta é, então, uma forma de se conseguir monitorizar continuamente os dados dos utentes.

Nesta linha, importa salientar um dos instrumentos que consta no aplicativo, nomeadamente o Instrumento de Avaliação Integrada [IAI], o qual foi criado, conjuntamente, pela RNCCI e a Universidade Nova de Lisboa, e está validado pelo Instituto Nacional de Administração e pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa (UMCCI, 2013). Este instrumento contém informações acerca do estado clínico e social dos utentes, sendo realizada sobre cada um, uma análise biopsicossocial, segundo a Grelha de Avaliação Biopsicossocial (Anexo 3), a partir da qual cada campo do IAI e seus indicadores são avaliados. Os dados presentes neste instrumento são resultado de uma visão integral sobre o indivíduo, considerando-o como «um todo», pois permitem identificar as condições físicas, funcionais, mentais, sociais e de hábitos de vida em que os utentes se encontram (UMCCI, s/d). Ainda assim, a utilização do IAI contribui para uma “abordagem diagnóstica de deteção e monitorização longitudinal, de pessoas em situação de dependência, delineada com base em instrumentos internacionais validados”; para a elaboração de “(...) um plano individual de intervenção em que a ênfase é posta na manutenção e recuperação de capacidades”; e para a “monitorização da informação de natureza biopsicossocial, de forma uniformizada e passível de ser informatizada, a nível local e central, tanto o registo de dados como a sua análise” (UMCCI, s/d). Para tal, os profissionais das unidades de internamento, por exemplo, devem preencher os IAI três a quatro vezes durante o internamento dos utentes, particularmente após a admissão do utente na unidade (nas primeiras 72 horas), passados 15 dias da sua entrada (no caso das Unidades de Convalescença) ou mensalmente (nas UMDR e Unidades de Longa Duração) e no final de cada internamento, aquando da alta (UMCCI, 2010). Exemplificando, uma vez que o período previsto de internamento nas UMDR é de três meses, devem ser preenchidos três a quatro IAI: no início (Anexo 4), após o primeiro e/ou segundo mês (Anexo 5) e no término do internamento (Anexo 6).

Atendendo que nestes serviços o utente deve ser considerado como elemento central na prestação de cuidados, “a RNCCI adopta uma nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social, assente na planificação de objetivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazos)” (UMCCI, 2007, cit. por Silva,

2010: 19). Esta planificação é efetuada no Plano Individual de Intervenção [PII], no qual consta o conjunto de objetivos a alcançar, no sentido de responder às necessidades identificadas de cada utente, sendo também mencionadas as ações que serão realizadas para colmatar esses problemas. A definição destes fins visa a recuperação global ou a manutenção do utente, a nível clínico e social (UMCCI, 2007, cit. por Silva, 2010). Na elaboração do PII devem igualmente ser consideradas as perspetivas e expectativas do utente e/ ou dos seus cuidadores face aos cuidados prestados (UMCCI, 2011). Neste contexto, é também identificado o “Gestor de Caso” que é o “elemento de articulação entre todos os intervenientes, facilitando a comunicação e a coordenação entre a equipa prestadora de cuidados e o utente /família”, sendo então “o responsável pela atualização e acompanhamento do Plano Individual de Intervenção, consubstanciando-se num interlocutor privilegiado” (UMCCI, 2011:141). A elaboração do PII permite, ainda, a elaboração de outro documento, nomeadamente, o Plano Individual de Cuidados, este que é “baseado na avaliação, que orienta a frequência e os serviços de saúde e/ou apoio social que o utente recebe”, tendo como finalidade “individualizar os cuidados e facilitar a sua continuidade” (UMCCI, 2007, cit. por Silva, 2010:19;20).

Por outro lado, no sentido de esclarecer no que consistem as “informações de alta” ou notas de alta (Anexo 7), é necessário abordar as questões relacionadas com o seu planeamento. Segundo a UMCCI (2011: 142), o planeamento da alta consiste no “processo pelo qual são antecipadamente programadas e organizadas as respostas às necessidades de continuidade de cuidados de saúde e apoio social de um utente internado/ integrado, após a alta” e, de acordo com Ávila (s/d) deve ser elaborado pelos profissionais da equipa, assim como pelo próprio utente e/ou seus cuidadores informais. A preparação da alta deve ser iniciada após a admissão do utente na Unidade, e durante este processo deve-se preparar os cuidadores informais (ensinando-os de forma ajustada e conveniente) e articular com outras entidades da comunidade (como serviços de saúde, a rede solidária, autarquias, entre outras), para que a continuidade de cuidados no «pós-alta» seja garantida. A proposta de alta ou de mobilidade do utente só é executada depois da ECL da área da Unidade a aprovar, com um período mínimo antecedente de 48 horas. Assim, após esta aprovação, aquando da alta do utente da Unidade, são-lhe então fornecidas informações relevantes com o objetivo de assegurar a sua segurança e a continuidade dos cuidados, após a sua saída da Unidade (UMCCI, 2011).

Em suma, este novo paradigma na organização e prestação de cuidados – a RNCCI – a par da “sua intersecção com os vários níveis do Serviço Nacional de Saúde e com as políticas de apoio social”, contribuiu para uma alteração (ainda que morosa) “dos novos princípios de organização e funcionamento, transversal a todo o sistema” (UMCCI, 2013:6). Segundo o MTSS & Gabinete de Estratégia e Planeamento (2009:31), “o mérito da parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social é inquestionável (...)” e “a Rede (...) apresenta-se como uma mais-valia (...)”, especialmente pelo facto de prestar cuidados integrados aos utentes, desde o seu ingresso na Rede até ao instante da alta. Neste sentido, tendo em vista a garantia da articulação e a continuidade de cuidados, a intervenção em equipa e a transdisciplinaridade são consideradas valores primordiais (UMCCI, 2013). Porém, esta alteração do paradigma na prestação de cuidados e das suas metodologias requer “um esforço na formação de profissionais” (UMCCI, 2013:13).

1.4.4.1. Serviço Social na RNCCI

O Serviço Social, “área de conhecimento das ciências Sociais e Humanas” (Ferreira, 2014: 329), é desde o princípio do século anterior (séc. XX), “uma das áreas disciplinares que (...) integra as equipas dos serviços de saúde”, estando esta institucionalização “diretamente relacionada com o movimento hospitalar e a consequente alteração do contexto de exercício da medicina, progressivamente inscrita nas novas unidades de saúde” (Branco & Farçadas, 2012: 1). A integração do Serviço Social na área da Saúde encontra-se então relacionada com a “natureza coletiva da prestação de cuidados de saúde” e a “consagração das equipas multiprofissionais” neste contexto (Cowles, 2003, cit. por Branco & Farçadas, 2012: 1), ou seja, com a “evolução da conceção de saúde de uma visão biomédica para uma perspetiva biopsicossocial” (Dhooper, 1997, cit. por Branco & Farçadas, 2012: 4).

No que concerne à intervenção dos profissionais de Serviço Social na RNCCI e, especificamente nas Unidades de Internamento, importa mencionar que a sua finalidade é “a humanização e a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e famílias, e ainda a rentabilização dos recursos de saúde e sociais próprios de cada Unidade de Internamento” (DGS, 2006: 9).

Neste sentido, os assistentes sociais intervêm através da prestação de apoio psicossocial ao utente e/ou a seus familiares/cuidadores, e “da articulação dos serviços, internos e externos ao

hospital, assegurando a ligação à rede de suporte ao doente e família, onde se inscreve o planeamento da alta”, processo complexo que carece de especial atenção uma vez que “uma alta mal planeada, baseada em falsas suposições ou incompletas informações, não resultará eficaz e levantará posteriormente dificuldades que terão consequências negativas na evolução clínica do doente e na sobrecarga dos serviços de saúde” (DGS, 2006: 9).

Finalizando, a intervenção dos assistentes sociais nas Unidade de Internamento da RNCCI é operacionalizada, essencialmente, em quatro momentos, designadamente: nos acolhimentos; na construção do PII; nos acompanhamentos psicossociais; e na “preparação da continuidade dos cuidados”, ainda que a particularidade de cada ação dependa “da natureza da doença e estadio da sua evolução, bem como da vocação da instituição, dos tipos de cuidados e serviços que esta presta e dos tempos de internamento que tem previstos” (DGS, 2006: 9).

CAPÍTULO III – ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO

A investigação científica “é um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação”, permitindo “descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos” (Fortin, Côté & Vissandjée, 1996/1999:15). Entre a investigação e a teoria existe uma ligação inevitável e significativa, uma vez que a teoria assume um papel importante no desenvolvimento do processo de investigação, tanto para a produzir, como para a verificar, contribuindo também para o aumento da “compreensão dos fenómenos estudados pela investigação”, sendo que “esta nova compreensão conduz à análise de outros problemas” (Fortin, Côté & Vissandjée, 1996/1999:15).

Assim, a investigação científica contribui para o sucessivo desenvolvimento de determinada profissão e para a definição dos parâmetros da mesma, pois “permite precisar as esferas de aplicação que lhe são próprias e definir as suas finalidades e os seus objetivos junto da comunidade”, consistindo num “processo rigoroso de aquisição, quer dos domínios das ciências da saúde, das ciências humanas ou das ciências sociais” (Fortin, Côté & Vissandjée, 1996/1999:18).

1. CONTEXTO DO ESTUDO

1.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO TERRITÓRIO – REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO

O presente estudo foi realizado na UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor* da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento [SCME].

Considerando que a UMDR procura responder, principalmente, às necessidades da população da região de Lisboa e Vale do Tejo¹⁹, é efetuada de seguida uma breve caracterização sociodemográfica da mesma, com base nos valores estatísticos apresentados para essa mesma região.

A região de Lisboa e Vale do Tejo é constituída por 4 NUTS III, nomeadamente pela Área Metropolitana de Lisboa, Lezíria do Tejo, Médio Tejo e Oeste, integrando 52 concelhos

¹⁹ Informação prestada pela Coordenadora da UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*

(Anexo 8) e 355 freguesias, ocupando uma área de aproximadamente 12 204 Km² ²⁰. No entanto, importa referir que, embora os concelhos da Sertã e de Vila de Rei em termos territoriais estejam inseridos na Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro²¹ e não na de Lisboa e Vale do Tejo, no ponto de vista estatístico²² (de acordo com a mais recente versão: NUTS 2013) encontram-se incluídos na NUTS III Médio Tejo, pelo que os valores abaixo apresentados incluem também os dados relativos a ambos os concelhos.

Observando o gráfico n.º 1 e o respetivo quadro (Anexo 9), é possível aferir que num período de 3 anos, entre 2011 e 2014, a população residente na região de Lisboa e Vale do Tejo diminuiu cerca de 32 458 habitantes.

Relativamente à distribuição da população residente por grandes grupos etários, apresentada nos gráficos n.º 2 e n.º 3 (Anexo 10), verificou-se que entre 2011 e 2014: a percentagem de jovens (0 - 14 anos) diminuiu em todas as NUTS III, exceto na Área Metropolitana de Lisboa, onde aumentou ligeiramente; a percentagem de pessoas em idade ativa (15 - 64 anos) apenas aumentou uma percentagem pouco significativa no Médio Tejo, tendo diminuído nas restantes 3 sub-regiões; e a percentagem de pessoas com 65 ou mais anos, tem vindo a aumentar transversalmente em todas as regiões.

Por sua vez, os dados referentes à taxa bruta de natalidade (Anexo 11) demonstram uma redução, entre 2011 e 2014, no que concerne ao número de nascimentos nas 4 NUTS III que constituem a região de Lisboa e Vale do Tejo, enquanto o gráfico n.º 5 (Anexo 12) correspondente à taxa bruta de mortalidade, indica um aumento geral (ainda que pouco significativo) quanto ao número de óbitos, apesar de no Oeste se ter mantido o mesmo valor de 11,1‰ em ambos os anos.

Por último, importa realçar os valores apresentados no gráfico n.º 6 (Anexo 13), os quais indicam que o índice de envelhecimento na região de Lisboa e Vale do Tejo tem vindo a aumentar, particularmente, entre os anos de 2011 e 2014, sendo que, em ambos os períodos, o índice de envelhecimento apresentava valores bastante elevados, demonstrando um acentuado envelhecimento da população.

²⁰ Informação acedida em <http://www.ccdr-lvt.pt>

²¹ Informação acedida em <https://www.ccdrc.pt>

²² Informação acedida em <https://www.ine.pt> e <http://www.pordata.pt/>

1.2. CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO – UMDR DA UCCI MANUEL FANHA VIEIRA - PROVEDOR

A UMDR é uma das tipologias de Unidade da RNCCI que integram a UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*, sendo esta última uma das valências da SCME (Anexo 14).

Inaugurada a 22 de Dezembro de 2010²³, a UMDR tem capacidade para responder a 40 utentes, e é composta por dois pisos de internamento, cada um com 6 quartos individuais e 7 duplos. Cada área de intervenção (enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, terapia da fala, terapia ocupacional e fisioterapia) dispõe de pelo menos um gabinete de trabalho, distribuídos pelos 3 pisos da UCCI. Entre outras estruturas, a Unidade dispõe ainda de um ginásio (para fisioterapia e terapia ocupacional), de salas de convívio/estar/refeições em todos os pisos, sala multiusos (para a realização de reuniões de equipa, de reuniões familiares e de outras atividades como ações de formação), Gabinete da Qualidade, entre outros²⁴.

Concluindo, através da prestação de cuidados continuados integrados, a UCCI pretende promover a recuperação integral e a autonomia dos utentes, assim como melhorar as suas capacidades funcionais, provendo a “manutenção do conforto e qualidade de vida”, a sua dignidade e o seu bem-estar, através da intervenção de uma equipa multidisciplinar (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares de fisioterapia, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, animadores socioculturais e auxiliares de ação médica), privilegiando-se “o trabalho em equipa e em cooperação” e a humanização dos cuidados, procurando-se respeitar a individualidade de cada utente, adequando as respostas consoante a situação de cada um²⁵.

2. METODOLOGIA

2.1. PARADIGMA

Para a concretização da presente investigação, o método aplicado é o qualitativo de tipo fenomenológico, mediante o qual os investigadores objetivam “compreender um fenómeno,

²³ Informação disponível em <http://www.scment.pt/>

²⁴ Informação recolhida na UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*

²⁵ Informação disponível em <http://www.scment.pt/>

para extrair dele a essência do ponto de vista daqueles que vivem ou viveram a experiência”, sendo cada indivíduo um elemento de referência (Rousseau & Saillant, 1996/1999:148)

De acordo com as referidas autoras, na investigação qualitativa destacam-se cinco métodos de recolha de dados, nomeadamente, a entrevista, a observação participante, o diário, a gravação, o vídeo.

2.2. TIPO DE ESTUDO

No que concerne ao tipo de estudo, considerou-se que o mais adequado para explorar a problemática em questão, seria o estudo de caso, o qual “consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização”, sendo a sua aplicação relevante “para responder às interrogações sobre um acontecimento ou um fenómeno contemporâneo sobre o qual existe pouco ou nenhum controlo” (Yin, 1994, cit. por Duhamel & Fortin, 1996/1999:164), e “para verificar uma teoria, estudar um caso que é reconhecido como especial e único (...), explicar relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção” (Duhamel & Fortin, 1996/1999:164).

De acordo com Duhamel & Fortin (1996/1999), este tipo de estudo pode basear-se em documentos, na observação ou na entrevista, de modo a que seja possível compreender a problemática estudada e posteriormente descrever a sua complexidade.

2.3. MÉTODOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

Os instrumentos de recolha de dados selecionados para a realização da presente investigação foram a observação estruturada/sistemática e a entrevista semidiretiva, cujos guiões, de elaboração própria, se encontram em anexo (15 e 16, respetivamente).

A opção pelo método de observação justifica-se pelo facto de o mesmo constituir “frequentemente o meio privilegiado de medir comportamentos humanos ou conhecimentos”, sendo de esclarecer que através da observação estruturada é possível “observar e (...) descrever, de forma sistemática, comportamentos e acontecimentos que dizem respeito ao problema de investigação” (Fortin, Côté & Fillion, 2006/2009:371).

Neste sentido, importa mencionar que mediante a observação pretendeu-se atingir dois dos objetivos específicos definidos para a realização desta investigação, nomeadamente:

caraterizar o modo de operacionalização da interdisciplinaridade desenvolvido pela equipa e individualmente por cada profissional; e identificar os estilos comunicacionais prevaletentes no seio da equipa, particularmente da que participa nas reuniões multidisciplinares. De forma a alcançar o primeiro objetivo, foram estabelecidos como focos principais da observação quatro atividades da equipa multidisciplinar: os acolhimentos; o planeamento de cuidados; reuniões familiares; e as reuniões multidisciplinares. Ainda assim, relativamente a cada atividade procurou-se aferir o contexto físico onde eram realizadas; os recursos materiais necessários e utilizados; e os sujeitos participantes em cada uma. No que concerne ao segundo objetivo acima descrito, o respetivo foco principal foram as reuniões multidisciplinares, nas quais se procurou identificar o estilo comunicacional de cada um dos profissionais presentes nessa atividade e, posteriormente, o mais comum na equipa.

A observação direta na UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor* decorreu entre os dias 21 de julho de 2015 e 3 de setembro do mesmo ano, sendo de referir que a permanência na Unidade foi pontual e não diária, de acordo com a agenda pessoal e a ocorrência das atividades. Durante este período foi possível observar 10 acolhimentos; 18 planeamentos de cuidados (de utentes com alta efetivada e dos utentes cujo acolhimento foi alvo da observação); 3 reuniões familiares; e 5 reuniões multidisciplinares. Nestes momentos de observação foram anotadas num diário pessoal, informações consideradas necessárias para descrever e compreender cada atividade e para identificar o estilo de comunicação característico de cada profissional, sendo possível verificar estas descrições no capítulo seguinte, no qual são apresentados os resultados da investigação.

No que concerne à entrevista, Fortin, Grenier & Nadeau (1996/1999: 245;246), descrevem-na como o “modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões da investigação formuladas”, através do qual, como referem Quivy & Campenhoudt (1995/2005: 192), é possível obter “informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados”.

No que concerne especificamente à entrevista semidiretiva, a mesma é constituída por um número restrito de questões relativamente abertas que servem de orientação para o investigador, no encaminhamento da entrevista. A formulação das perguntas e a ordem pela qual são colocadas ao entrevistado podem não ser as mesmas das registadas no guião, pois neste tipo de entrevista, o entrevistado tem a possibilidade de responder abertamente, da forma e pela ordem que entender, sendo o investigador responsável “por reencaminhar a

entrevista para os objetivos (...) e por colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível”, sempre que o discurso do entrevistado se desvie do assunto central (Quivy & Campenhoudt, 1995/2005:192).

Contudo, este instrumento de recolha de dados também apresenta algumas desvantagens como: “o tempo necessário para a entrevista e o seu custo elevado”; o facto de a amostra ser mais limitada por causa dos custos acrescidos; e a maior dificuldade em codificar e analisar os dados recolhidos, pois requer bastante tempo (Fortin, Grenier & Nadeau, 1996/1999:249).

O guião de entrevista executado é constituído por 19 questões, organizadas por 9 dimensões temáticas – definidas no sentido de alcançar os objetivos inicialmente propostos para a realização da investigação –, designadamente: “*Perceção sobre a interdisciplinaridade*”; “*Perceção sobre a interdisciplinaridade no cuidar*”; “*Perceção sobre a interdisciplinaridade na recuperação dos utentes*”; “*Perceção sobre a interdisciplinaridade vs. desempenho individual*”; “*Perceção sobre a comunicação no cuidar*”; “*Perceção sobre o estilo comunicacional mais adequado no cuidar*”; “*Perceção sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*”; “*Perceção sobre a operacionalização da interdisciplinaridade na RNCCI*”; e “*Perceção sobre o desempenho individual*”.

A realização das entrevistas foi efetuada no mesmo período da observação, entre os dias 21 de julho e 3 de setembro de 2015, pontualmente, consoante o seu agendamento com os profissionais. A duração média das entrevistas foi de aproximadamente 31 minutos, tendo-se denotado uma grande discrepância de tempo entre algumas, dada a flexibilidade do instrumento aplicado. Para a concretização das mesmas foram necessários alguns recursos como os guiões das entrevistas (que incluem o questionário de caracterização sociográfica dos entrevistados) e um gravador de voz.

Após a efetivação das entrevistas, procedeu-se à sua audição e transcrição integrais, e posteriormente à respetiva análise de conteúdo pelo processo de categorização, pois este método permite uma melhor interpretação e compreensão do conteúdo dos relatos dos entrevistados face às temáticas abordadas, particularmente acerca da *Interdisciplinaridade no cuidar*.

A análise de conteúdo é definida por Bardin (2015: 44) como

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não)

que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

A autora refere que quando se procura codificar a informação através da análise de conteúdo, torna-se necessário proceder à categorização da mesma, processo que permite “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto” (Bardin, 2015: 147).

Segundo Bardin (2015: 145), “as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos”. Esclarecendo, cada unidade de registo consiste na “unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin, 2015: 130), ou seja, dizem respeito aos «fragmentos» do conteúdo geral das entrevistas que conduzem à categorização.

Neste sentido, a partir dos excertos (palavras ou frases) das entrevistas realizadas, foram identificadas as categorias e subcategorias relativas a cada uma das 9 dimensões temáticas da entrevista e, ainda, a outra dimensão que tivera sido acrescentada após a transcrição das entrevistas, designadamente: “*Perceção sobre o desempenho individual e grupal*”.

Por fim, importa referir que à medida que cada entrevista era analisada, procedia-se à transcrição das unidades de registo para quadros de análise, o que permitiu a organização dos dados em categorias e subcategorias, como é possível verificar no capítulo seguinte.

3. POPULAÇÃO, AMOSTRA E MÉTODO DE AMOSTRAGEM

3.1. MÉTODO DE AMOSTRAGEM

Fortin (1996/1999:202) afirma que “uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”, “junto da qual a informação é recolhida”, enquanto a amostra consiste num “sub-conjunto de uma população”, devendo ser representativa, ou seja, a amostra deve apresentar as mesmas características que a população que se pretende estudar.

O método de amostragem (processo de seleção da amostra (Fortin, 1996/1999)) adotado na presente investigação foi o não probabilístico, a partir do qual se tenta “reduzir o mais fielmente possível a população” (Fortin, 1996/1999:213). Especificando, a amostra foi

escolhida através do método de seleção racional (um dos métodos não probabilísticos), definido por Fortin (1996/1999:209) como “uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu caráter típico”.

Assim, o critério definido para inclusão na amostra do presente estudo requeria que cada sujeito fosse: “profissional integrante da equipa multidisciplinar que se encontre a prestar cuidados ou serviços na UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor* há mais de um mês”, tendo sido necessário o apoio da Coordenadora e da Enfermeira Responsável da Unidade para a identificação desses profissionais que viriam a constituir a amostra.

A população da investigação corresponde ao total de profissionais que integram a equipa multidisciplinar da UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*, ou seja, é constituída por 2 assistentes sociais; 16 enfermeiros; 3 fisioterapeutas; 3 médicos (1 a tempo inteiro e 2 a tempo parcial); 2 psicólogos; 2 terapeutas da fala; e 2 terapeutas ocupacionais²⁶, sendo a amostra estudada composta por 1 assistente social; 8 enfermeiros; 2 fisioterapeutas; 1 médico; 1 psicólogo; 1 terapeuta da fala; e 1 terapeuta ocupacional.

No entanto, é de mencionar que a UMDR dispõe de outros profissionais que, mesmo não sendo parte integrante da equipa multidisciplinar, também colaboram (com funções distintas) durante o processo de internamento dos utentes, nomeadamente, 2 administrativas, 2 animadoras socioculturais, 19 auxiliares de ação médica e 2 rececionistas. Ainda que de forma mais indireta, a UMDR conta igualmente com alguma colaboração por parte de uma dietista que presta serviço através de empresa SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais –, na qual se encontra integrada.

3.2. CARATERIZAÇÃO SOCIOGRÁFICA DA AMOSTRA ENTREVISTADA

A amostra alvo da presente investigação foi constituída por 15 profissionais da UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira – Provedor*, tendo-se aferido as seguintes características:

	Género	
	Feminino	Masculino
n	14	1
% (≈)	93,3%	6,7%

Tabela 1: Género
Fonte: Elaboração própria

²⁶ Informação recolhida através de contacto informal com a médica coordenadora da Unidade

➤ Através da análise da Tabela 1 conclui-se que a maioria da amostra era composta por mulheres, tendo apenas sido entrevistado um elemento do sexo masculino.

	Idade (anos)								
	23	27	28	29	30	31	32	33	57
n	1	1	2	3	3	2	1	1	1
% (≈)	6,7%	6,7%	13,3%	20%	20%	13,3%	6,7%	6,7%	6,7%

Tabela 2: Idade
Fonte: Elaboração própria

➤ De acordo com os dados acima descritos é possível aferir que a faixa etária dos entrevistados está compreendida entre os 23 e os 57 anos, sendo a média de idades de, aproximadamente, 31 anos.

	Profissão						
	Assistente Social	Enfermeiro	Fisioterapeuta	Médico	Psicólogo	Terapeuta da Fala	Terapeuta Ocupacional
n	1	8	2	1	1	1	1
% (≈)	6,7%	53,3%	13,3%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%

Tabela 3: Profissão
Fonte: Elaboração própria

➤ Considerando que a enfermagem é a profissão predominante na UMDR, o mesmo se reflete na amostra, pelo que a maioria dos entrevistados (cerca de 53,3%) eram enfermeiros. Os restantes profissionais eram das áreas do serviço social, da fisioterapia, da medicina, da psicologia, da terapia da fala e da terapia ocupacional.

	Período de experiência profissional								
	1 ano e meio	2 anos	4 anos	6 anos	7 anos	8 anos	9 anos	10 anos	31 anos
n	1	1	3	2	2	2	1	2	1
% (≈)	6,7%	6,7%	20%	13,3%	13,3%	13,3%	6,7%	13,3%	6,7%

Tabela 4: Período de experiência profissional
Fonte: Elaboração própria

➤ No que concerne ao período de experiência de cada profissional, denota-se alguma discrepância, uma vez que existem profissionais com cerca de 2 anos de experiência e outro com 31. Neste sentido, a média de anos de experiência profissional da amostra entrevistada é de cerca de 8 anos.

	Período de prestação de cuidados na UMDR				
	3 meses	8 meses	1 ano e meio	4 anos	5 anos
n	1	1	1	3	9
% (≈)	6,7%	6,7%	6,7%	20%	60%

Tabela 5: Período de prestação de cuidados na UMDR da UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor
Fonte: Elaboração própria

➤ A maioria dos profissionais entrevistados (60%) referiu trabalhar na UMDR há aproximadamente 5 anos, ou seja, desde a abertura da mesma, ainda que a sua inauguração só tenha sucedido meses depois, em Dezembro.

	Regime de contrato de trabalho na UMDR	
	Tempo inteiro	Tempo parcial
n	15	0
% (≈)	100%	0

Tabela 6: Regime de contrato de trabalho na UMDR da UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor
Fonte: Elaboração própria

➤ Finalizando, mediante os dados apresentados na Tabela 6 verificamos que o regime de contrato de trabalho dos 15 elementos da amostra é de tempo inteiro. Contudo, é de referir que em caso de necessidade, alguns profissionais, estando afetos à SCME, podem prestar serviços «simultaneamente» noutras valências da Instituição, não constando especificamente no seu contrato a valência onde estão efetivos.

4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para que fosse possível a efetiva realização da presente investigação, foi necessário, antecedentemente, acautelar os procedimentos éticos.

No caso específico deste estudo, foi necessária a autorização do Sr. Provedor da SCME; a aprovação da Mesa Administrativa, e da Coordenadora da UMDR; e o consentimento informado de cada um dos profissionais entrevistados.

Esclarecendo, o pedido de autorização para a realização da investigação foi dirigido ao Sr. Provedor (Anexo 17) e entregue no Departamento de Recursos Humanos da SCME, tendo posteriormente recebido um e-mail com resposta positiva à solicitação anteriormente efetuada, por parte de uma técnica do referido departamento (Anexo 18).

O primeiro contacto pessoal na Instituição foi estabelecido com a Coordenadora da UMDR, tendo sido um momento de apresentação pessoal e profissional, e de explicitação mais aprofundada sobre a natureza e as finalidades da investigação. Sem colocar qualquer entrave e disponibilizando-se para colaborar, a Coordenadora começou por me fornecer algumas informações sobre a UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*, e depois por me apresentar o espaço físico da Unidade, assim como grande parte dos seus técnicos. Através deste contacto também se acordou que seria pertinente envergar uma bata branca e fazer-me acompanhar de um cartão de identificação (Anexo 19) durante a permanência na Unidade; e também se agendou a data de início da observação e das entrevistas.

Posteriormente, identificados os profissionais que constituiriam a amostra, foi estabelecido contacto com cada um deles, para apresentação pessoal e informação acerca da investigação (ainda que maior parte já estivesse anteriormente informada pela Coordenadora da Unidade) e da necessidade da sua colaboração, colocando a hipótese de recusarem. Contudo, a resposta foi positiva por parte de todos os profissionais, pelo que se foram agendando as entrevistas consoante a disponibilidade de cada um.

Neste âmbito, antes de iniciar cada entrevista, foram explicitados mais aprofundadamente os objetivos e a pertinência do estudo e o direito à confidencialidade, e posteriormente assinavam-se os consentimentos informados (Anexo 20) pelas duas partes (entrevistadora e entrevistado).

Ainda assim, outra questão que ficou acutelada através de um consentimento informado (Anexo 21), relaciona-se com a utilização de documentos internos da UMDR e do aplicativo informático da RNCCI, fornecidos pela Coordenadora da Unidade, para poderem constar em anexo na presente dissertação, de forma a enriquecer a informação descrita.

Concluindo, importa mencionar que todos estes registos estão arquivados de forma a poderem comprovar-se todas as autorizações.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. OBSERVAÇÃO DIRETA

1.1. ACOLHIMENTOS

Durante o período de investigação na UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*, foi possível realizar observação em 10 acolhimentos a utentes e seus familiares/prestadores de cuidados, sendo que a sua maioria (6) foi realizada no quarto dos utentes, 3 no refeitório do piso onde o utente iria ser internado (alguns por motivo do quarto ser partilhado com outro utente), e apenas 1 na sala de reuniões, por ter sido realizado somente com os familiares em data posterior à da entrada do utente.

O acolhimento, como a própria palavra indica, consiste na admissão e receção do utente e dos seus cuidadores, sendo normalmente efetuado aquando da sua entrada na Unidade, no entanto, por incapacidade do mesmo e/ou por ausência da família/cuidadores, pode realizar-se posteriormente. Este é um momento considerado como privilegiado, uma vez que é durante este contato pessoal que existe um intercâmbio de informações essenciais ao internamento do utente na Unidade (Anexo 22).

Geralmente, salvo algumas exceções por imprevistos ou outros compromissos, estão presentes nos acolhimentos quatro profissionais de diferentes áreas da equipa multidisciplinar, designadamente de medicina, de enfermagem (enfermeiro responsável), de psicologia e de serviço social, os quais intervêm consoante o tipo de questões abordadas. No entanto, na impossibilidade da presença de todos estes elementos, o acolhimento é efetuado pelos que estiverem disponíveis.

Através da observação dos acolhimentos aferiu-se serem necessários alguns recursos materiais para a sua realização, designadamente: cadeiras e mesas de apoio, canetas, e alguns documentos internos da Unidade: “Avaliação inicial” (Anexo 23); “Acta da reunião de acolhimento” (Anexo 24); “Termo de responsabilidade para tratamento de roupas” (Anexo 25); “Autorização de utilização de dados e imagens” (Anexo 26); “Pertences do utente” (Anexo 27); e “Contactos estabelecidos” (Anexo 28).

Em suma, crê-se que o acolhimento consiste num momento bastante relevante para o internamento dos utentes na Unidade, por ser presencial, pela permuta de informações que nele ocorre (sendo tão importantes as informações prestadas ao utente e/ou seus cuidadores,

como as que estes transmitem), mas também pelo facto de este momento de “bem receber” por parte profissionais de diferentes áreas de intervenção, ser muito importante quer para os utentes, quer para os familiares que os acompanham, pois permite que se sintam integrados, apoiados e confortáveis, atenuando algum receio que poderiam ter face ao internamento.

Neste âmbito, Martins *et al.* (2008: 1092) refere que o acolhimento se resume no atendimento “a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, dando respostas mais adequadas às necessidades dos usuários hospitalizados e de seus familiares”, requerendo a sua efetivação “atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a co-responsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro”.

1.2. PLANEAMENTO DOS CUIDADOS

No que concerne ao planeamento dos cuidados, mais precisamente à elaboração dos PII, os profissionais da UMDR elaboraram um protótipo no programa informático *Microsoft Office Word*, de acordo com as normas da RNCCI, resumidas no enquadramento teórico com base na informação da UMCCI (2007, cit. por Silva, 2010; 2011; e 2013).

O documento “Plano Individual de Intervenção” (Anexo 29) está dividido em vários campos que devem ser então preenchidos pelos profissionais que intervêm com os utentes, sendo de realçar que nem todos os utentes necessitam de intervenção por parte de todas as áreas disciplinares (enfermagem, fisioterapia, medicina, psicologia, serviço social, terapia da fala e terapia ocupacional), de tal modo que, apesar do seu formato ser igual para todos os utentes da Unidade, o que difere é a informação particular de cada um que neles é redigida.

Para cada utente é elaborado apenas um PII, que consta no seu processo individual (em formato papel e informático), e a sua reavaliação na UMDR é realizada mensalmente nas reuniões multidisciplinares, ou seja, três vezes durante o internamento do utente, uma vez que o período previsto de internamento nesta tipologia de Unidade é de 90 dias.

Geralmente compete ao profissional de psicologia (a não ser que não esteja presente) a atualização dos PII durante a reunião, de acordo com as indicações dos outros profissionais, isto é, este técnico é quem coordena a ordem de revisão dos PII (tem previamente anotados os nomes dos utentes cujos PII têm de ser revistos em cada reunião e envia antecedentemente esta informação aos outros profissionais via e-mail) e edita os mesmos num computador

portátil que é sempre utilizado nas reuniões para este fim. O psicólogo questiona a cada profissional que intervém com aquele utente se determinado objetivo foi resolvido ou não, ou se está em resolução e coloca essa informação no PII do utente, sendo também este profissional quem insere novos objetivos que possam surgir durante o internamento e que os restantes profissionais considerem pertinente que conste no PII.

Assim, neste contexto de observação, registam-se como contextos físicos, os locais onde os profissionais acedem aos computadores para elaboração inicial dos PII, a sala multiusos onde são realizadas as reuniões de equipa e, conseqüentemente a reavaliação dos PII, e os locais onde se encontram os processos em formato papel dos utentes internados e dos que já tiveram alta. Quanto aos recursos materiais, destacam-se os computadores utilizados para elaboração e reavaliação dos PII, as impressoras usadas para a sua impressão, canetas para as suas assinaturas e os *dossiers* onde se encontram em formato papel, assim como as cadeiras e mesa da sala de reuniões.

Numa perspetiva pessoal, visando a recuperação global do utente, a nível clínico e social, o PII revela-se um documento bastante relevante e fundamental para uma melhor organização e integração das intervenções por parte das diferentes áreas disciplinares, uma vez que nele constam o conjunto de objetivos que se pretendem atingir durante o internamento do utente, a curto ou médio prazo, no sentido de responder às suas necessidades, sendo também mencionadas as ações que serão realizadas para colmatar esses problemas, permitindo igualmente que todos os profissionais tenham conhecimento das diversas intervenções e da evolução do utente noutros âmbitos, através das suas reavaliações. Assim, corrobora-se a ideia de Ferreira (2015) quanto aos benefícios da elaboração do plano de cuidados, contrariamente ao que sucede com o parecer de Keating, Beth Landrum, Arora, *et al.* (2010, cit. por Tuggey & Lewin, 2014) face ao mesmo assunto, uma vez que não foi observável.

Por fim, importa referir que dada a forma como são elaborados os PII inicialmente (individualmente por cada profissional), apenas tive oportunidade de observar os PII depois de todos os profissionais os terem preenchido e posteriormente à reavaliação de alguns. Como foi mencionado anteriormente, no total foram observados 18 PII, designadamente 10 dos utentes em cujo acolhimento foi efetuada observação, e 8 de utentes cuja alta já tivera sido efetivada, verificando os seus processos em formato papel arquivados.

Ainda assim, para melhor compreensão de todo o processo de planeamento dos cuidados sugere-se a leitura do redigido no Anexo 30.

1.3. REUNIÕES FAMILIARES

Como descrito no capítulo anterior, no decorrer do período de investigação, foi possível presenciar apenas 3 reuniões familiares, realizadas na sala multiusos da Unidade (contexto físico), devendo-se este número reduzido ao facto de a maioria dos utentes e seus cuidadores serem residentes em localidades distantes do Entroncamento, pelo que, muitas vezes, os familiares não têm oportunidade de visitá-los com frequência nem de reunir com a equipa multidisciplinar, devido à distância, à falta de disponibilidade e à dificuldade de articulação de horários entre os cuidadores e a equipa. Visto isto, grande parte dos contatos com os familiares/cuidadores dos utentes é efetuada via telefónica.

As reuniões familiares consistem em sessões presenciais com os utentes e/ou suas famílias/cuidadores, e podem ser solicitadas por qualquer elemento da equipa multidisciplinar ou pelo próprio utente ou seus prestadores de cuidados, surgindo sempre com um motivo, isto é, devido à necessidade de se tratar determinado assunto, sendo o mais comum a preparação da alta.

De acordo com a observação realizada, geralmente, o responsável pela marcação e realização destas reuniões, é o profissional de serviço social, com a finalidade acima referida. No entanto, para além das questões relacionadas com a parte social, também outras de âmbito clínico eram tratadas, pelo que estavam presentes profissionais de outras áreas (não necessariamente de todas), consoante os assuntos a abordar.

Apesar de não terem participado, os utentes sobre os quais se realizaram estas três reuniões familiares tinham conhecimento da sua concretização e já tinham sido abordados por alguns profissionais no sentido de se conhecer as suas perspetivas e expectativas relativamente à alta da Unidade.

Por outro lado, nas reuniões familiares, também foi possível observar a abordagem face a outros assuntos relacionados com o internamento, como o esclarecimento relativamente à prorrogação da alta da Unidade ou pedido de transferência para outra tipologia (só podem ocorrer por motivos clínicos), a outras respostas da RNCCI (ECCI e descanso do cuidador) e à possibilidade de agudização e perda de vaga; a discussão acerca do atraso no pagamento das mensalidades à Unidade e das suas consequências (se a utente agudizar, perder a vaga e tiver dívida à Unidade não pode ser referenciada novamente enquanto não for resolvida essa

situação); a mediação de problemas familiares visando o bem-estar e a defesa dos bens dos utentes; e a solicitação de alguns documentos que estavam em falta no processo da utente.

A presença da diversidade de profissionais nestas reuniões torna-se relevante pelo facto de a família/cuidador perceber e sentir que é prestado apoio por parte de todos, e poder esclarecer questões relativas a cada uma das áreas de intervenção. Na verdade, como referiam os profissionais, também se torna mais fácil para todos e mais esclarecedor para os familiares e para os utentes, escutarem da parte do profissional especialista as indicações sobre aquela área específica. Esclarecendo, os próprios profissionais relatavam que não fazia sentido que fosse o técnico de serviço social, por exemplo, a informar que o utente não tinha potencialidade para alcançar a marcha com apoio de uma bengala, sendo esta uma competência do âmbito fisioterapia. Por outro lado, o facto de estar presente mais do que um profissional, permite igualmente salvaguardar a ocorrência de situações mais complexas e delicadas, pois “todos ouviram o mesmo”.

As reuniões familiares assumem tamanha importância essencialmente pela possibilidade de este contacto pessoal permitir um melhor diálogo entre ambas as partes (profissionais e cuidadores), e uma melhor preparação/programação da continuidade de cuidados após a alta da Unidade e a prestação de apoio psicossocial aos familiares/cuidadores do utente. Afinal, com estas intervenções prevê-se, principalmente, «ensinar» a cuidar melhor após a alta, visando o bem-estar e o conforto do utente, de tal forma que o profissional de serviço social referiu numa das reuniões que “o que importa é assegurar o seu futuro e a segurança”. Ainda assim, nestas reuniões denotou-se igualmente a relevância da família na recuperação do utente (enquanto fator motivacional) e no planeamento da sua alta, pois a doença não apresenta repercussões apenas no utente mas também na vida dos elementos da sua rede de suporte informal, a família/cuidadores próximos.

Mediante a observação deste tipo de reuniões foi então possível confirmar o que referem Bernardo *et al.* (2010), Spruyt (2011), e Cunha *et al.* (2013) citando Cunha & Leitão (2011) e Platt (2008), quanto às vantagens da comunicação com os familiares/cuidadores dos utentes; a UMCCI (2013) relativamente à operacionalização dos princípios da Rede que incluem os cuidadores no planeamento e no processo de reabilitação; e a DGS (2006) face à prestação de apoio psicossocial por parte do Assistente Social.

Quanto aos recursos materiais utilizados para a realização destas reuniões aferiram-se vários: telefones da Unidade (para a administrativa agendar as reuniões com os familiares de acordo

com as indicações dos profissionais); a sala de multiusos (com os respetivos equipamentos – mesa e cadeiras), e o documento “Contactos estabelecidos” (Anexo 28), no qual, o profissional de psicologia (mais comum) ou outro elemento da equipa, regista um resumo do que foi tratado na reunião e das diligências que cada interveniente se responsabilizou por efetuar posteriormente.

Finalizando, é de mencionar que no Anexo 31 constam informações mais específicas acerca da realização destes contactos formais estabelecidos com os familiares/cuidadores dos utentes.

1.4. REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES

Durante o período de observação na UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*, foram presenciadas 5 reuniões multidisciplinares, as quais são realizadas semanalmente, no mesmo dia e à mesma hora, salvo algumas exceções.

Este é um momento de encontro pessoal entre os profissionais das diferentes áreas disciplinares que constituem a equipa multidisciplinar (enfermagem, fisioterapia, medicina, psicologia, serviço social, terapia da fala e terapia ocupacional), no qual são debatidos diversos assuntos relacionados com os utentes, com a própria equipa, o funcionamento da Unidade, com exigências da coordenação da RNCCI, entre outros conteúdos que sejam pertinentes resolver (Anexo 32).

No entanto, é de referir que as reuniões são realizadas essencialmente para «discussão» e partilha de informações sobre os utentes internados e/ou os utentes agudizados (internados em Hospital de agudos), sendo neste momento que a equipa refere situações que ocorreram com o utente em cada contexto de intervenção, reavalia e/ou «encerra» os PII, dialoga sobre o planeamento de altas (a efetivar brevemente), acerca da possibilidade de prorrogação do período de internamento e/ou de pedido de transferência de tipologia de unidade ou para as ECCI, e que existe partilha de informação relativamente a reuniões familiares realizadas anteriormente e nas quais não tiveram presentes todos os profissionais.

No que concerne à reavaliação dos PII, importa sublinhar que sendo efetuada mensalmente, nem todos os utentes são revistos em todas as reuniões, a não ser por algum motivo particular. O facto de os profissionais procurarem conhecer a evolução clínica e/ou social do utente nas várias vertentes, permite-lhes adequar as suas intervenções e o tipo de resposta no pós-alta, revelando-se aqui também a importância da articulação entre todas as disciplinas, visando a

recuperação integral dos utentes. Neste âmbito, através da observação nas reuniões multidisciplinares foi também possível observar, de certo modo, que a ação de um profissional pode influenciar a de outro.

Na maioria das reuniões observadas estiveram presentes todos os profissionais das diferentes áreas de intervenção (e ainda uma estagiária de psicologia em âmbito curricular), sendo de referir que na ausência de alguns por motivos pessoais ou profissionais, existiu outro profissional dessa área que o substituiu e que tinha indicações escritas pelo profissional ausente relativamente aos utentes cujo PII ia ser reavaliado (daí também a importância do e-mail enviado anteriormente pelo psicólogo) ou a outros utentes, se necessário.

Um aspeto interessante observado nas reuniões é que, sendo por norma realizadas de manhã e sem se terem visto antes, cada profissional que chega à sala de reuniões cumprimenta com dois beijinhos os que já lá encontram, denotando-se, de certo modo, o bom relacionamento existente entre todos. No entanto, dada a diversidade de personalidades e de áreas disciplinares, é certo que por vezes também existiam divergências de opiniões e diferentes visões sobre determinados aspetos, mas do que foi possível observar prevaleceu sempre o respeito entre todos e o objetivo central da intervenção, a recuperação e bem-estar do utente.

A observação das reuniões multidisciplinares contribuiu para enfatizar as teses de vários autores mencionados anteriormente relativamente à justificação, às vantagens e à frequência com que deve suceder a realização deste tipo de reunião, nomeadamente Rego (1999), Santos *et al.* (2010) e Alves (2008, cit. por Ferreira, 2015).

Finalizando, refere-se que para a realização das reuniões multidisciplinares verificou-se necessária a utilização de alguns recursos materiais como: a sala multiusos/de reuniões (equipada com uma mesa e cadeiras); o computador portátil para edição dos PII; a listagem de utentes cujo PII é para reavaliar naquele momento (e-mail enviado pelo psicólogo); internet (para envio antecedente do referido e-mail); e o “Mapa de utentes internados” (para melhor orientação dos profissionais principalmente no que diz respeito à identificação pessoal dos utentes, ao número da cama de internamento, e às datas de entrada e de alta prevista na Unidade (Anexo 33)). Ainda assim, também se observou que alguns profissionais optavam por utilizar o documento “Notas da reunião multidisciplinar” (Anexo 34) para anotarem questões que considerassem importantes relativamente a cada utente abordado.

1.5. ESTILOS COMUNICACIONAIS NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Com o objetivo de identificar os estilos comunicacionais prevalecentes no seio da equipa multidisciplinar, foi efetuada observação nas reuniões de equipa, ou seja, apenas sobre um dos profissionais de cada área de intervenção, participantes neste momento. Especificando, neste âmbito foram observados 7 dos 15 profissionais constituintes da amostra da investigação, nomeadamente das áreas de enfermagem, fisioterapia, medicina, psicologia, serviço social, terapia da fala e terapia ocupacional.

Os estilos comunicacionais identificados como base da observação foram acedidos no Manual “*Comunicação nas organizações – Teoria e Prática*”, da autoria de Rego (1999), sendo possível separá-los em dois grupos distintos. Desta forma, no primeiro guião de observação constam os estilos assertivo, agressivo e passivo (Anexo 35); e no segundo os estilos definidos por McCallister (1994, cit. por Rego, 1999), designadamente o candidato, o magistrado, o nobre, o reflexivo, o senador e o socrático (Anexo 36). No sentido de facilitar e corroborar a identificação dos estilos comunicacionais relativamente a cada profissional, nos guiões de observação constam as suas características, adaptadas do redigido no manual acima mencionado.

Utilizando o guião elaborado para este fim, no decorrer da observação tentou-se anotar algumas frases que justificassem o tipo de estilo comunicacional de cada profissional, no entanto, considerando que as relações intergrupais se denotaram bastante positivas, parte dos excertos verbalizados pelos profissionais referem-se a questões relacionadas com os utentes. Ainda assim, importa sublinhar que estas notas são meramente exemplificativas pois não foi possível registar relatos que comprovassem todas as características identificadas face aos estilos prevalecentes dos profissionais.

Analisando o Quadro 17 (Anexo 35), é possível aferir que através da observação direta se concluiu que o estilo comunicacional prevalecente no seio da equipa que participa nas reuniões multidisciplinares é o assertivo, não se tendo considerado que algum profissional apresentasse características dos estilos agressivo e passivo.

No que diz respeito à observação dos estilos comunicacionais definidos por McCallister (1994, cit. por Rego, 1999), como demonstrado no Quadro 18 (Anexo 36), aferiu-se que os profissionais G e H apresentavam as três particularidades do estilo Candidato, sendo de esclarecer que relativamente à característica deste estilo que diz respeito à “agregação dos

estilos socrático e reflexivo”, apenas se considerou que ambos os profissionais apresentassem as características a); b); e c) tanto do estilo reflexivo como do socrático. Por sua vez, concluiu-se que o estilo prevalente dos restantes profissionais (C; D; I; J; K) seria o Magistrado, ainda que somente apresentassem as características a) e b) deste estilo, ou seja, “caraterísticas do estilo Nobre e do Socrático” e “Diz aquilo que pensa, sem filtros, mas detalhadamente”. Na realidade, estes cinco profissionais apresentavam as quatro particularidades referentes ao estilo Nobre, e as três alusivas ao estilo Socrático, as quais estão apenas identificadas e sem respetivas anotações.

Em suma, entre os dois grupos de estilos comunicacionais definidos para a observação, conclui-se que os predominantes no seio da equipa que participa nas reuniões multidisciplinares, são o assertivo (Anexo 35) e o Magistrado (Anexo 36). Estes factos, podem ser justificados, possivelmente, pelo tipo de relação estabelecida entre a equipa, onde pareceu predominar um grande «à vontade», a sinceridade, o respeito, a compreensão e até a amizade, fatores que também contribuíam para uma verdadeira integração entre as diferentes disciplinas.

2. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

2.1. PERCEÇÃO SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE

O presente subcapítulo diz respeito ao tema “Perceção sobre a interdisciplinaridade”, o qual é constituído por duas categorias, nomeadamente “A multidisciplinaridade” e “A interdisciplinaridade”, às quais correspondem oito e dez subcategorias, respetivamente.

Assim, no sentido de alcançar um dos objetivos definidos para a realização desta investigação - *identificar a valorização atribuída pelos profissionais à interdisciplinaridade no cuidar* – são apresentados e analisados dois quadros (Anexos 37 e 38).

De acordo com os dados apresentados no Quadro 19 (Anexo 37) é possível aferir que, quando questionados acerca do conceito de multidisciplinaridade, a maioria dos profissionais relaciona as suas respostas com o trabalho em equipa constituída por profissionais de diferentes áreas, a qual intervém com objetivos comuns, embora cada profissional tenha uma função distinta. Porém, ainda que em menor número, alguns entrevistados associaram também

ao conceito, a existência de comunicação e de respeito entre os profissionais, e o estabelecimento de relações entre os mesmos, assim como a interdependência de funções.

No que concerne à categoria “A interdisciplinaridade” (Anexo 38), denota-se alguma dificuldade por parte de alguns profissionais, em definirem o conceito, sendo possível verificar respostas como “Não sei! Perguntas difíceis...”(p.M) e como “Para mim é a mesma coisa” (p.H), associando-o ao conceito de multidisciplinaridade, como que sinónimos.

Neste contexto, parte da amostra voltou a referir que a interdisciplinaridade consiste no trabalho em equipa multidisciplinar, delineado por objetivos comuns, existindo uma partilha de ideias e de informações. Contudo, apenas um profissional refere que a interdisciplinaridade sucede quando existe complemento entre as intervenções de várias áreas disciplinares no sentido de alcançar o objetivo partilhado, enquanto outro afirma que o conceito tem a ver com a integração de outros elementos na intervenção, nomeadamente dos utentes e seus cuidadores e a rede de apoio formal. Por seu turno, também um entrevistado menciona existir, neste âmbito, uma comunicação mais aprofundada entre os profissionais das diferentes áreas, e outro define a interdisciplinaridade como a operacionalização da multidisciplinaridade, associando-a ao desenvolvimento de relações entre todos os membros da equipa.

Após a revisão da literatura e a análise dos dois quadros (Anexos 37 e 38), é possível corroborar uma das conclusões que Costa (2007) obteve mediante a realização do seu estudo com profissionais de saúde, o qual demonstra alguma dificuldade no que diz respeito à definição do conceito de interdisciplinaridade, existindo confusão com o de multidisciplinaridade. Ainda assim, conduzindo-nos para o âmbito da saúde, é de salientar que apenas um profissional fez referência ao facto de a interdisciplinaridade incluir a participação ativa do utente, como referem Scherer *et al.* (2013).

Concluindo, importa mencionar que apesar de as duas questões relacionadas com estas categorias se cingirem aos conceitos de multidisciplinaridade e de interdisciplinaridade no geral, e não especificamente na área da saúde, alguns profissionais definiram-nos com base na sua experiência profissional. Afinal, é o exemplo que detém.

2.2. A INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDAR

Visando, igualmente, alcançar o objetivo da investigação referido no subcapítulo anterior, procurou-se conhecer a perceção da amostra acerca de determinadas questões relacionadas,

particularmente, com a interdisciplinaridade no cuidar. Assim, correspondem a este tema as seguintes categorias: “Modelo de intervenção mais adequado na prestação de cuidados” (Quadro 1); “O modelo biopsicossocial” (Anexo 39); “A interdisciplinaridade na área da saúde” (Quadro 2); “Condições essenciais para a eficácia de uma equipa multidisciplinar na área da saúde” (Anexo 40); e “Princípios essenciais para a eficácia de uma equipa multidisciplinar na área da saúde” (Anexo 41), sendo que a cada uma correspondem diversas subcategorias e a estas últimas, várias unidades de registo.

Quadro 1: Modelo de intervenção mais adequado na prestação de cuidados

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade no cuidar		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Modelo de intervenção mais adequado na prestação de cuidados	Modelo Biopsicossocial	p. A – “Sim, eu acho que temos que ver não é só a parte médica e parte da doença (...) às vezes é mais importante a parte psicológica (...) o bem-estar da pessoa”
		p. B – “O biopsicossocial”
		p. C – “Eu acho que envolve tudo, eu acho que nós temos de trabalhar a parte médica, a parte psíquica, a parte social”
		p. D – “O biopsicossocial!”
		p. E – “O biopsicossocial...”
		p. F – “o biopsicossocial”
		p. G – “Biopsicossocial!”
		p. H – “Sim. (...) Porque esse não se centra só na parte clínica e (...) leva em conta a pessoa e a parte social dela”
		p. J – “O biopsicossocial, sem dúvida nenhuma!”
		p. K – “é o biopsicossocial.”
		p. L – “o biopsicossocial...”
		p. M – “É o biopsicossocial.”
		p. N – “O biopsicossocial.”
		p. O – “O biopsicossocial. (...) Acho que é o essencial.”
	Modelo Biomédico e Modelo Biopsicossocial	p. I – “Sinceramente, os dois!”

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à identificação do “Modelo de intervenção mais adequado na prestação de cuidados”, apresentada no Quadro 1, a maioria dos profissionais (catorze) afirmou ser o Modelo Biopsicossocial, ainda que apenas um tenha referido que os dois modelos são adequados, atribuindo igual relevância entre o Modelo Biomédico e o Biopsicossocial.

Por outro lado, analisando as respostas referentes à justificação da escolha do Modelo Biopsicossocial, apresentadas no Quadro 21 (Anexo 39), foi possível definir cinco subcategorias, designadamente: “Fatores bio-psico-sociais influenciam a reabilitação”;

“Diversas áreas disciplinares”; “Abordagem holística”; “Personalização de cuidados”; e “Melhores resultados”.

Especificando, a maioria dos profissionais considera essencial compreender o utente como um todo e intervir nas suas diferentes dimensões, não apenas a nível físico mas também a nível psicológico (e emocional) e social, atendendo também ao seu contexto, aos seus cuidadores e às suas vivências. Neste sentido, alguns dos entrevistados acrescentam que a sua escolha recai sobre o facto de este modelo realçar a existência de interligação entre os fatores bio-psico-sociais no processo saúde-doença das pessoas, influenciando a sua autonomia e recuperação em qualquer parte. Assim, no sentido de dar resposta a todas estas dimensões, de atingir os objetivos estabelecidos comumente, surge também a justificação associada à imprescindibilidade da existência de intervenção por parte de diversas áreas disciplinares, como referem dois dos profissionais. Por sua vez, também dois entrevistados consideram que o modelo Biopsicossocial é o mais adequado porque conduz a uma personalização dos cuidados (atendendo às características particulares de cada utente em cada dimensão), enquanto apenas um refere que a operacionalização deste modelo se revela da maior importância na prestação de cuidados, na medida em que permitirá melhores resultados em saúde, principalmente na recuperação dos utentes.

Concluindo, é de referir que o profissional que mencionou serem adequados ambos os modelos, aquando da justificação da resposta, acabou por destacar, de certo modo, a importância do Modelo Biopsicossocial, respondendo que “a parte social (...) é importante, não nos podemos cingir só à parte clínica”. Este facto pode ser justificado por alguma dificuldade em distinguir o que é conjeturado em cada modelo.

Após analisar os resultados referentes às duas categorias acima relatadas (Quadros 1 (apresentado acima) e 21 (Anexo 39)), é possível concluir que todos os profissionais entrevistados têm interiorizado o atual conceito de saúde, descrito no subcapítulo teórico destinado a este tema, e que têm bem assente a indispensabilidade de uma visão holística sobre o utente e da intervenção de vários profissionais (não somente da área da medicina), com diferentes conhecimentos e experiências, para alcançar as necessidades dos utentes nas suas várias vertentes, uma vez que todas se encontram interligadas.

Neste âmbito, importa sublinhar que, embora tenha sido apenas referida por um entrevistado, a resposta relacionada com a subcategoria “Melhores resultados” vai também ao encontro do descrito anteriormente no enquadramento teórico (mencionando Costa, 2007; Keating, Beth

Landrum, Arora, *et al.*, 2010, cit. por Tuggey & Lewin, 2014; Neves, 2012, entre outros) no que diz respeito à intervenção integrada subentendida neste modelo.

Por outro lado, nenhum dos entrevistados referiu diretamente a importância dada à participação ativa dos indivíduos no seu processo saúde-doença, como vimos anteriormente na revisão literária, mediante afirmações de Scherer *et al.* (2013) e de Keating, Beth Landrum, Arora, *et al.* (2010, cit. por Tuggey & Lewin, 2014). Porém, pode-se, de certo forma, supor este aspeto quando os profissionais falam acerca da identificação das necessidades de cada utente, pois para tal é necessária a colaboração destes e/ou dos seus cuidadores, os quais também devem ser incluídos em todo o processo de reabilitação, como demonstra a literatura e referem alguns elementos da amostra estudada.

Quadro 2: A interdisciplinaridade na área da saúde

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade no cuidar		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
A interdisciplinaridade na área da saúde	Atingir objetivos	p. A – “Eu acho muito importante porque tem de haver várias áreas na área da saúde que trabalhem para aquele objetivo”
		p. B – “acho que esse tipo de intervenção interdisciplinar (...) é mesmo (...) para (...) chegarmos todos às mesmas conclusões, com os mesmos objetivos.”
		p. C – “o papel (...) dos enfermeiros (...) o grande papel do médico... o papel de psicólogo, do serviço social e o papel do fisioterapeuta, que é fundamental para a reabilitação, das terapias ocupacionais e terapia da fala, são importantes”
		p. D – “com o contributo das diversas áreas, respeitando as áreas profissionais em intervenção (...) Com vista a alcançar objetivos de forma mais eficaz”
		p. E – “Porque a equipa toda a trabalhar em comum, acho que chega mais facilmente aos objetivos”
		p. F – “todas as áreas (...) trabalhem para um mesmo objetivo.”
		p. G – “se trabalharmos todos em conjunto, cada um com a sua perspetiva sobre a pessoa, temos de estar todos interligados para conseguir unir tudo e não retalhar a pessoa toda... Temos é que partilhar informações e trabalhar em conjunto para... De todas as perspetivas unilas e trabalhar em prol mesmo da pessoa e do objetivo final.”
		p. I – “É mesmo importante que haja esta interligação entre todos para que se consiga alcançar realmente o objetivo porque sozinhos não conseguimos alcançar o objetivo”
		p. K – “Somos todos, cada um na sua área, importantes (...) Nós aqui em cuidados continuados só podemos chegar ao nosso objetivo se trabalharmos todos em conjunto e em prol do mesmo”
		Interdependência de funções
	p. B – “Nós nunca trabalhamos sozinhos”	
	p. I – “Individualmente, cada área, nós não conseguimos fazer milagres”	
	p. L – “A parte de enfermagem não trabalha sozinha, a parte médica também não e sozinha nem a parte de enfermagem nem a parte médica consegue trabalhar só, sem a parte social...”	

	Intervenções e resultados mais positivos	<p>p. B – “Para poder haver uma melhor intervenção no cuidar...!”</p> <p>p. D – “para atender às necessidades de uma forma mais profícua, mais focada naquilo que é a necessidade do utente”</p> <p>p. E – “Porque a equipa toda a trabalhar em comum (...) acaba por conseguir chegar a resultados mais satisfatórios.”</p> <p>p. H – “Eu acho que uma intervenção com uma equipa assim há melhores resultados”</p> <p>p. L – “Acho que cada um quando contribui com a sua parte, estamos a fazer o melhor para que o utente tenha alta mais depressa, que tenha melhorias efetivas no seu bem-estar (...) todos juntos conseguimos achar sempre o melhor caminho”</p> <p>p. O – “acho que a partir daí (...) até o doente consegue ter outras melhoras (...) Acho que todas as áreas têm a sua importância no doente”</p>
	Intervenção integral	<p>p. F – “Vamos mexer em tudo, não é só no problema (...) Está tudo interligado! (...) Saberem se vão ou não este fim-de-semana, saberem se podem fazer isto ou não, saberem se podem comer isto ou não, isso vai tudo influenciar o estado de espírito deles e vai influenciar a reabilitação.”</p> <p>p. G – “Para mim é o extremo de importância porque... (...) Se a pessoa é vista como um ser biopsicossocial... Multiáreas, multiperspetivas sobre a pessoa”</p> <p>p. H – “Se não houver aquele elemento, há uma área que vai deixar de ser trabalhada”</p> <p>p. I – “precisamos que haja uma importância de todas essas áreas (...) Tudo tem de estar resolvido (...) Às vezes há casos de utentes que a nível terapêutico até estão a ter uma boa recuperação mas se são um caso social ou psicológico, isso por vezes influencia também na recuperação deles.”</p> <p>p. J – “é uma forma de conseguir trabalhar com a pessoa e definir planos de intervenção em que se consiga adotar mesmo o modelo biopsicossocial e chegar ao todo do utente e, portanto, todas as áreas envolvidas, a área social, a área psicológica, a fisioterapia, a enfermagem, o médico...”</p> <p>p. K – “Todos os intervenientes com o doente, em todas as áreas do doente... (...) Acho que cada área é fundamental para conseguirmos chegar ao bem-estar do doente porque a parte da saúde não é só a parte física, é a parte funcional, é a parte social”</p> <p>p. M – “é conseguir alcançar este todo que realmente a pessoa é porque (...) uma pessoa com patologia normalmente tem muitas coisas associadas, tem uma história de vida, é um ser humano com emoções, com frustrações”</p> <p>p. N – “Porque (...) engloba as várias vertentes da pessoa quer a nível físico, quer a nível psicológico, a nível emocional e social, e é importante tentar perceber as necessidades que a pessoa tem”</p>

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito à categoria “A interdisciplinaridade na área da saúde” (Quadro 2), depois de lhes ser explicitado no que consiste efetivamente o conceito, aferiu-se que na opinião dos profissionais esta prática se torna relevante na medida em que permite alcançar mais facilmente os objetivos estabelecidos para os utentes, e que subentende a necessidade da interdependência de funções entre as diferentes disciplinas, sendo assim possível conseguir intervenções e resultados mais positivos.

De facto, a maioria dos entrevistados (nove) afirmou que, intervindo de forma interdisciplinar, é possível alcançar mais eficazmente os objetivos propostos para os utentes, ou seja, que somente com o contributo de cada área disciplinar e a integração dos seus conhecimentos e práticas, será realmente atingida a reabilitação esperada para cada um.

Nesta linha, alguns profissionais reconhecem a importância da interdisciplinaridade na interdependência de funções, isto é, na influência que a intervenção por parte de uma área disciplinar poder ter na de outra, complementando-a, sendo de mencionar que seis entrevistados consideram que só mediante esta prática será possível conhecer as necessidades globais dos utentes e alcançar os objetivos definidos para os mesmos, obtendo melhores intervenções e resultados em saúde.

Por sua vez, cerca de metade da amostra estudada (oito profissionais) sublinha a abordagem holística conjecturada na interdisciplinaridade, pois existindo efetivamente intervenção por parte de diferentes áreas disciplinares (médicos, enfermeiros, terapeutas de reabilitação, psicólogos, assistentes sociais) todas as dimensões do utente têm possibilidade de ser cuidadas. Afinal, como refere um dos entrevistados: “precisamos que haja uma importância de todas essas áreas (...) Tudo tem de estar resolvido (...) Às vezes há casos de utentes que a nível terapêutico até estão a ter uma boa recuperação mas se são um caso social ou psicológico, isso por vezes influencia também na recuperação deles” (p. I).

Analisando as respostas dos profissionais constituintes da amostra estudada e comparando-as com a matéria teórica, conclui-se que, de uma forma geral, embora nem todos concebam corretamente no que consiste a interdisciplinaridade (confundindo-a até com a multidisciplinaridade), após explicitado o conceito, todos reconhecem a sua necessidade e relevância, principalmente no que concerne: ao cuidado integral que é então prestado, como refere Nunes et al. (2010); à interdependência de funções, também mencionada por Menezes e Yasui (2012); e ao alcance de resultados mais positivos, como defendem Neves (2012), e Costa (2007), ainda que possamos também relacionar o alcance dos objetivos, referido pelos profissionais, com este ponto.

Relativamente à categoria “Condições essenciais para a eficácia de uma equipa multidisciplinar na área da saúde” (Anexo 40), correspondem-lhe doze subcategorias, sendo estas as condições referidas pelos profissionais da amostra.

A maioria dos entrevistados (onze) mencionou que uma equipa pode ser eficaz se existir uma definição de competências e cada profissional reconhecer não só as suas funções mas também

as dos outros para que não exista sobreposição de intervenções; e se no seu seio existir uma comunicação eficaz (saber escutar e dialogar e ser assertivo na partilha de informações e opiniões) e meios para que tal suceda.

A subcategoria “Trabalhar em prol de objetivos comuns” foi a terceira condição mais referida pelos profissionais, os quais consideram ser essencial que nenhum membro da equipa se desvie das finalidades de cada intervenção, objetivando sempre a reabilitação dos utentes. Neste âmbito, cinco profissionais afirmaram ser igualmente importante que haja consenso no seio da equipa, ainda que possam surgir opiniões divergentes, de tal modo que um profissional considera que outra das condições consiste na aceitação de ideias discordantes, sabendo “(...) distinguir (...) o pessoal do profissional...” (p.K).

O “Espírito de equipa” constitui outra das subcategorias definidas face à categoria abordada, pois quatro dos entrevistados consideram que o caminho para a eficácia passa pelo saber trabalhar em conjunto e reconhecer as suas vantagens.

Ainda assim, também a “Abordagem biopsicossocial e centrada no utente” e a “Definição de objetivos” (mediante a identificação das necessidades de forma conjunta e as expectativas do utente), foram reconhecidas por quatro e três profissionais, respetivamente, enquanto condições necessárias para que uma equipa seja eficaz.

Por fim, embora cada uma tenha sido referida apenas por um profissional, outras quatro condições foram aferidas, designadamente: a existência de “Planos de intervenção”; a realização de “Reuniões de equipa”; a detenção de “Conhecimentos técnico-profissionais” por parte dos membros da equipa; e a presença de “Recursos materiais” que lhes permitam desenvolver as suas intervenções.

Analisando o Quadro 22, é possível então aferir que algumas das condições referidas pelos profissionais estudados, vão ao encontro do que demonstra a literatura, nomeadamente quanto à definição de objetivos e de planos de cuidados comuns (Bernardo *et al.*, 2010); Ferreira, 2015; Santos *et al.*, 2010); à clareza, limitação e reconhecimento de competências (Bernardo *et al.*, 2010; Ferreira, 2015; Neves, 2012; Santos *et al.*, 2010); à necessidade de uma comunicação eficaz (Ferreira, 2015; Nancarrow *et al.*, 2013; Neves, 2012; Rego, 1999; Santos *et al.*, 2010); à realização de reuniões de equipa (Alves, 2008 cit. por Ferreira, 2015); à necessidade dos profissionais deterem competências técnicas (Nunes *et al.*, 2005 cit. por Ferreira, 2015); à indispensabilidade das intervenções serem centradas nos utentes (Bernardo *et al.*, 2010); Ferreira, 2015); ao espírito de equipa e à entajuda (Barbieri, 1997, cit. por

Pereira 2010); Bernardo *et al.*, 2010); Nancarrow *et al.*, 2013); Santos *et al.*, 2010); e à necessidade de recursos materiais (Ferreira, 2015; Nancarrow *et al.*, 2013).

O facto de algumas das condições apresentadas na parte teórica não terem sido identificadas pelos profissionais estudados e vice-versa, pode ser explicado pelo que referem Scherer *et al.* (2013), os quais afirmam que a interdisciplinaridade pode não ser experienciada de igual forma por todos os profissionais.

Para além das condições essenciais para a eficácia de uma equipa multidisciplinar na área da saúde, alguns elementos da amostra estudada identificaram também alguns princípios que correspondem às seguintes subcategorias: “Respeito face aos profissionais” (identificado pela maioria); “Respeito face aos utentes”; “Humildade”; “Valorização recíproca”; “Coesão”; “Ética”; e “Honestidade” (Anexo 41).

Recorrendo à revisão bibliográfica anteriormente abordada sobre esta temática, é possível concluir que apenas os princípios da humildade e da honestidade referidos pelos profissionais alvo deste estudo, não constam na matéria teórica.

Na verdade, para Squire (2002/2005), o respeito mútuo no seio da equipa, a valorização recíproca entre os seus membros e o reconhecimento das capacidades particulares de cada um, são elementos fundamentais, enquanto Nunes *et al.* (2005: 155, cit. por Ferreira, 2015) acrescentam que também se devem respeitar/garantir os direitos dos utentes. Por seu turno, Santos *et al.* (2010) também mencionam a coesão enquanto princípio para a eficácia de uma equipa, principalmente porque tende a conduzir a um maior sentimento de motivação que contribui igualmente para esse fim. E, quanto à “Ética”, Mezomo (2001, 191-192, cit. por Ferreira, 2015: 41) defende igualmente que os “valores éticos” assumem tamanha relevância no trabalho em equipa.

2.3. A INTERDISCIPLINARIDADE NA RECUPERAÇÃO DOS UTENTES

Procurando responder ao objetivo da investigação que consiste em “*identificar as vantagens e/ou desvantagens da interdisciplinaridade na recuperação dos utentes na perspetiva dos profissionais*”, surgiu o tema “Perceção sobre a interdisciplinaridade na recuperação dos utentes”, o qual é constituído por duas categorias, designadamente: “Ganhos da intervenção interdisciplinar na recuperação dos utentes” e “Limitações da intervenção interdisciplinar na recuperação dos utentes”.

Relativamente à primeira categoria foi possível identificar cinco subcategorias, denominadas: “Intervenção integral”; “Atingir os objetivos”; “Conhecer o utente noutras contextos”; “Resultados mais positivos” e “Sentimento de segurança”, sendo estes os ganhos referidos pelos entrevistados.

Noutra vertente, quanto às limitações da prática interdisciplinar na recuperação dos utentes, o número de subcategorias é mais elevado, tendo sido identificadas doze: “Ideias divergentes”; “Falta de consenso”; “Falta de comunicação”; “Falta de respeito”; “Ego profissional”; “Desconhecimento da interdisciplinaridade”; “Falta de coesão”; “Gestão do tempo”, “Falta de reconhecimento”; “Conflitos”; “Nenhuma”; e “Receção negativa”.

De acordo com os dados apresentados no Quadro 24 (Anexo 42), é possível aferir que a maioria dos profissionais estudados referiu que um dos ganhos da interdisciplinaridade na recuperação dos utentes está relacionado com o facto de, através desta forma de intervenção, a pessoa poder ser cuidada no seu todo. Embora os utentes integrem a Unidade, essencialmente, para reabilitação do foro físico ou da fala, como mencionam alguns profissionais, caso outras áreas não sejam tratadas (como a psicológica e a social), esse objetivo pode não ser totalmente atingido, pois existe interligação entre as intervenções de cada disciplina. Por exemplo, se um utente “sentir que ir para casa é uma barreira (...), isso tudo, se não estiver resolvido e se não estiver minimamente orientado, vai ter repercussões ao nível da reabilitação, isso é bastante notório” (p. I). Assim, existindo interdisciplinaridade, os profissionais consideram que “o utente tem a ganhar”, pois acabam encarando e cuidando “o utente exatamente como um todo e todas as áreas (...) estão sobre a atenção de algum profissional” (p.J), e “Se não houver aquele elemento, há uma área que vai deixar de ser trabalhada” (p. H).

Neste sentido, alguns entrevistados voltam a referir que através da intervenção interdisciplinar, mediante o contributo de cada área, é possível alcançar mais fácil e eficazmente os objetivos definidos para cada utente, cuja finalidade principal é a reabilitação. Face à questão dos ganhos na recuperação dos utentes, alguns profissionais também voltaram a sublinhar o facto de a prática interdisciplinar conduzir a resultados mais positivos na sua saúde e reabilitação, enquanto um profissional acrescenta ainda que se essa prática for mesmo efetiva e eficaz, a adaptação dos utentes poderá ser mais favorável, pois sentir-se-ão apoiados e então, confortáveis e em segurança.

Outro dos elementos da amostra considerou que a existência de interdisciplinaridade contribui para que os profissionais conheçam características, vivências e atitudes do utente em diferentes

contextos e circunstâncias, através da partilha de informação entre os profissionais, o que permite uma visão holística acerca do utente e compreender determinadas questões sobre o mesmo. Exemplificando, caso um utente esteja em estado depressivo e desmotivado, e isso for comunicado pelo psicólogo aos restantes elementos da equipa, estes profissionais devem ter esse aspeto em consideração e adequar as suas intervenções, por exemplo, introduzindo-lhe uma componente motivacional.

Na verdade, como verificamos no enquadramento teórico, outros autores chegaram às mesmas conclusões que os profissionais entrevistados para a presente investigação, sendo exemplos Scherer *et al.* (2013), os quais revelam que vários profissionais de saúde encaram a interdisciplinaridade como contribuinte para uma maior eficácia e eficiência nas intervenções neste âmbito; e Pinheiro *et al.* (2010), os quais consideraram que este cuidar integral permite chegar ao «todo» da pessoa no seu processo de reabilitação mas também possibilita agir para promover e proteger a sua saúde.

No que concerne à segunda categoria do tema agora abordado, através da análise do quadro 25 (Anexo 43), compreendemos que a subcategoria “ideias divergentes” foi definida pelo facto de alguns profissionais entrevistados identificarem este aspeto como uma das limitações na recuperação dos utentes, uma vez que consideram que tendem a existir divergências de opiniões entre as diferentes áreas disciplinares, e que isso pode conduzir a que cada profissional intervenha da forma que considera mais pertinente, podendo surgir conflitos e não acontecer a integração e complemento entre as intervenções. Neste sentido, dois elementos da amostra estudada mencionam que também a falta de consenso pode prejudicar os utentes, assim como a falta de respeito entre todos os elementos da equipa multidisciplinar, referida apenas por um profissional. De facto, como vimos anteriormente, Bernardo *et al.* (2010: 765), defendem que estas equipas devem atender os princípios “da igualdade e da diferenciação”, uma vez que cada profissional apresenta uma opinião acerca de determinada questão, a qual deve ser escutada e respeitada.

Para alguns dos entrevistados, a inexistência ou dificuldade em comunicar ou uma comunicação pouco eficaz não permitem que se desenvolva a interdisciplinaridade o que, conseqüentemente, vai limitar o processo de reabilitação dos utentes. Vários autores defendem o mesmo, afirmando que as competências dos profissionais a nível comunicacional, a utilização de um estilo assertivo e a capacidade de escutar o outro são cruciais para a eficácia de equipa na saúde (Santos *et al.*, 2010), assim como uma comunicação favorável e

frequente, uma vez que também propicia uma maior coesão da equipa e colaboração entre os seus membros (Neves, 2012).

Por outro lado, de acordo com alguns entrevistados (três), quando os profissionais depositam mais importância na defesa da sua categoria laboral, em elevar o seu ego profissional, do que na integração de conhecimentos e intervenções com outras áreas disciplinares, os utentes podem sofrer algumas repercussões, podendo a recuperação não ser tão completa, como também revelam Cunha *et al.* (2013), afirmando que quando os profissionais assumem uma posição de defesa face à sua área profissional, não permitem que seja efetuadas as alterações necessárias para melhorar os seus resultados.

Dois dos entrevistados consideram que a recuperação dos utentes pode ser comprometida, caso algum dos elementos da equipa de saúde não reconheça no que consiste a prática interdisciplinar e as suas vantagens, ideia, de certo forma, convergente com a de Costa (2007: 111), a qual menciona que um dos motivos que comprometem a prática interdisciplinar na saúde tem a ver com as dificuldades dos profissionais em operacionalizarem “conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas”.

Neste âmbito, um dos entrevistados defende também que a falta de compreensão face aos benefícios da interdisciplinaridade por parte de alguns profissionais, pode igualmente conduzir à limitação de determinadas intervenções interdisciplinares a desenvolver por outras áreas que não a sua, por não reconhecerem a relevância dessas ações. Na verdade, também Scherer *et al.* (2013: 3209) afirmam que o desenvolvimento da interdisciplinaridade na área da saúde é muitas vezes dificultado por fatores associados à “fragilidade do núcleo de competência profissional” e à “não valorização do seu próprio trabalho”. Ainda perante este aspeto, denota-se a importância do intercâmbio de saberes e da assimilação de competências entre os profissionais das diferentes áreas disciplinares, como refere Costa (2007).

A subcategoria “Gestão do tempo” surgiu devido à resposta de um dos entrevistados que relatava que, embora os profissionais tentem gerir o tempo da melhor forma para benefício dos utentes, o facto de um utente beneficiar de intervenção por parte de várias áreas pode prejudicá-lo, na medida em que, poderá existir uma sobrecarga de atividades e, conseqüentemente, um menor aproveitamento de cada uma. Esta opinião vem também salientar o que referem Santos *et al.* (2010: 54) e Ferreira (2015) acerca da necessidade de os profissionais das equipas de saúde terem de se adaptar e conseguir realizar uma grande quantidade de serviços em tempos reduzidos.

Outra das limitações identificadas está relacionada com a ocorrência de conflitos entre os profissionais, pois dois dos elementos da amostra consideram que o utente pode ser prejudicado se esses cuidadores formais não tiverem a capacidade para aceitar e compreender o outro/a outra área e o discernimento para separar questões da vida pessoal da profissional e vice-versa, acabando por se desviar do principal foco da intervenção que deve ser o utente. Como vimos anteriormente no enquanto teórico, os conflitos podem, efetivamente, refletir-se negativamente nas vivências dos utentes, incluindo nos serviços de saúde (Landau & Borgonovi, 2008. Cit. por Cunha *et al.*, 2013), podendo diminuir a qualidade dos cuidados (Cunha, *et al.*, 2013), pelo que se torna relevante que os profissionais procurem não confundir a vida pessoal com a profissional (Scherer *et al.*, 2013).

Nesta linha, outro dos entrevistados relata que a inexistência de coesão na equipa também pode gerar dificuldades no processo de recuperação dos utentes, de maneira que alguns autores consideram que relacionamentos benéficos no seio da equipa multidisciplinar contribuem para a sua maior eficácia (Mezomo, 2001, 191-192, cit. por Ferreira, 2015; Santos *et al.*, 2010).

Embora tenha sido apenas referida por um profissional, uma das subcategorias que emergiu da análise de conteúdo sob a presente categoria, é a “receção negativa”, pois de acordo com a opinião deste elemento, se o utente não for acolhido da melhor forma, aquando da sua entrada na Unidade ou noutro serviço de saúde, o seu processo de reabilitação pode ficar comprometido. Afinal, o utente pode sentir-se pouco à vontade e/ou recusar-se a colaborar, podendo mesmo piorar a sua situação face à data da sua entrada no serviço. Deste modo, é de salientar a importância da aquisição de competências técnico-profissionais para intervir no âmbito da saúde, pois são ferramentas essenciais no estabelecimento de relações de confiança com os utentes, como mencionam Nunes *et al.* (2005: 146 cit. por Ferreira, 2015).

Finalizando, importa referir que três dos quinze profissionais estudados, não reconhecem qualquer limitação da interdisciplinaridade na recuperação dos utentes.

2.4. INTERDISCIPLINARIDADE VS. DESEMPENHO INDIVIDUAL

Com a finalidade de, através da presente investigação, “descrever os benefícios e/ou inconvenientes da interdisciplinaridade no desempenho de cada profissional da equipa”, após a análise inicial das respetivas entrevistas, surgiu o tema “Perceção sobre a

interdisciplinaridade vs. desempenho individual”, o qual é constituído por cinco categorias, designadamente: “Grau de satisfação por intervir de forma interdisciplinar”; “Motivação para intervir de forma interdisciplinar”; “Vantagens da intervenção interdisciplinar no desempenho individual de cada membro da equipa”; “Desvantagens da intervenção interdisciplinar no desempenho individual de cada membro da equipa”; e “Desafios da abordagem interdisciplinar”, correspondendo a cada uma, diversas subcategorias e unidades de registo.

Analisando a primeira categoria, apresentada no Quadro 26 (Anexo 44), verificamos que a maioria dos profissionais entrevistados se encontram satisfeitos com o facto de intervirem de forma interdisciplinar, e que apenas um terço da amostra menciona estar bastante satisfeito.

Quanto à justificação destas respostas, foram identificados dez fatores motivacionais, ou seja, dez subcategorias, como é possível verificar no Quadro 27 (Anexo 45).

Para alguns profissionais, a sua satisfação com a prática interdisciplinar está relacionada com a partilha de ideias e informações que daí emerge, pois permite melhorar as intervenções de cada um. Neste sentido, um dos profissionais refere que “é importante (...) trabalharmos em equipa porque podemos pedir uma opinião” (p.A), enquanto outro admite que a avaliação da sua área face aos utentes “também tenha de ser conduzida perante os aspetos que são referidos pelos outros elementos” (p.I).

Por seu turno, cinco dos entrevistados justificam o seu grau de satisfação, considerando que esta prática proporciona “uma melhor intervenção no cuidar...!” (p.B), isto é, resultados mais positivos na saúde dos indivíduos, atingindo-se mais eficazmente os objetivos definidos para cada um.

Também as relações benéficas no seio da equipa foram consideradas, por dois elementos, como fator motivacional para se intervir interdisciplinarmente, assim como o sentimento de integração e utilidade. Esclarecendo este último ponto, um dos profissionais referiu que se encontra satisfeito por se sentir parte integrante da equipa e, assim, poder contribuir para o objetivo principal do grupo que consiste na reabilitação dos utentes.

Por sua vez, a justificação de alguns profissionais também se encontra associada às vantagens que a interdisciplinaridade subentende, nomeadamente no que concerne a uma intervenção integral (abordagem biopsicossocial), cujo foco principal é o utente, sendo de salientar que um dos profissionais sublinhou a necessidade de “trabalhar em equipa com o doente e a família, fazendo parte da equipa” (p. G), ou seja, de se integrar o próprio utente e os seus cuidadores no processo de intervenção, encarando-os como elementos da equipa.

Outras das justificações apresentadas por alguns profissionais têm a ver com o facto de considerarem que a equipa em que estão integrados intervém com base nos objetivos estabelecidos comumente; de o trabalho interdisciplinar conduzir a uma partilha de responsabilidades, permitindo que os profissionais se salvaguardem uns aos outros, e se apoiem na gestão de conflitos com os utentes e/ou seus cuidadores; e essa prática proporcionar um intercâmbio de conhecimentos entre as várias áreas disciplinares, que contribui para a compreensão do utente no seu todo.

Porém, um dos elementos da amostra também justificou o seu elevado grau de satisfação no facto de os próprios utentes reconhecerem (por exemplo, agradecendo) o trabalho eficaz da equipa.

Aprofundando um pouco mais a análise destes dados, revela-se que as justificações dos profissionais que se encontravam bastante satisfeitos estão relacionadas com as subcategorias: “Melhores resultados em saúde”; “Relações intergrupais”; “Reconhecimento”; “Responsabilidades partilhadas”; “Abordagem biopsicossocial e centrada no utente”; e “Gestão de conflitos”, enquanto as respostas dos satisfeitos se encontram divididas por todas as subcategorias, exceto pelas seguintes: “Reconhecimento”; “Responsabilidades partilhadas”; e “Gestão de conflitos”.

Finalizando esta análise, é de sublinhar o que defendem Bernardo *et al.* (2010: 768), que consideram que a interdisciplinaridade proporciona uma maior “concretização da satisfação pessoal e profissional”. Por outro lado, embora não tenha sido abordada por nenhum profissional, como verificamos na revisão bibliográfica, Abreu e Moreira (2002: 28, cit. por Ferreira, 2015) acrescentam que também a gestão do tempo conduz ao aumento da satisfação grupal e individual.

No que diz respeito às “Vantagens da intervenção interdisciplinar no desempenho individual de cada membro da equipa” (Anexo 46), foram aferidas cinco, as quais constituem as seguintes subcategorias: “Partilha de responsabilidades”; “Melhores intervenções”; “Intercâmbio de opiniões e informações”; “Resolução de conflitos”; e “Enriquecimento profissional e pessoal”.

Na verdade, três dos entrevistados consideram que uma das vantagens está relacionada com a partilha de responsabilidades, uma vez que parte das decisões face à intervenção com os utentes é tomada em equipa, o que permite, igualmente, que os seus membros se resguardarem uns aos outros, e que atuem sentindo-se mais seguros.

Por sua vez, a maioria dos profissionais (onze) refere que intervir de forma interdisciplinar permite melhorar as intervenções de cada membro da equipa, essencialmente pela partilha de opiniões e informações e pelo complemento entre as suas ações, pois como foi mencionado “há coisas que os outros elementos detetam que têm influência sobre o nosso trabalho” (p. I), sendo importante conseguir “fazer a nossa parte indo ao encontro também do que nos foi solicitado pelo colega” (p.I).

Neste âmbito, o próprio intercâmbio de ideias e informações entre as diferentes áreas, foi também indicado como uma das vantagens no desempenho individual, uma vez que permite conhecer o utente noutros contextos do internamento e intervenção, evitar que se sobreponham ações e/ou que se realizem ações contrárias e compreender as competências da outra área, o que, posteriormente, vai influenciar positivamente as intervenções individuais. Como refere um dos profissionais, “partilhando estas informações conseguimos ter dados para melhorar também o nosso trabalho e para não influenciar negativamente o trabalho de um e de outro (...) eles têm (...) outra perspetiva que às vezes eu não consigo ter” (p. G).

Quanto à “resolução de conflitos”, os dois entrevistados que mencionam esta vantagem, fundamentam-na, por um lado no facto de existir um enriquecimento profissional e pessoal através dos conflitos que a interdisciplinaridade pode propiciar entre as várias áreas disciplinares, e por outro, na facilidade e segurança – proveniente desse trabalho em equipa –, com que os profissionais resolvem determinadas situações conflituosas com os utentes e/ou seus cuidadores.

Por fim, três elementos consideram que esse enriquecimento profissional e pessoal também consiste efetivamente numa vantagem da prática interdisciplinar no desempenho individual de cada membro da equipa, pois creem que esta forma de intervir lhes tem permitido crescer, desenvolver-se nestes dois níveis, tornando-se melhores profissionais e pessoas.

Recorrendo à revisão da literatura, conclui-se que algumas das vantagens identificadas pela amostra da presente investigação, vão ao encontro do que defendem alguns autores, nomeadamente, Bernardo *et al.* (2010: 768), que refere serem benefícios da interdisciplinaridade, a reciprocidade de apoio entre os profissionais, superando as dificuldades individuais, o processo de “tomada de decisões difíceis”, a partilha de vivências, e a “possibilidade de (...) aperfeiçoamento de competências”; Santos *et al.* (2010:53) também no que concerne à “cultura de segurança”, enquanto promotora da tomada de decisões e à possibilidade de aprender com os outros e com os erros e/ou situações mais complexas; e

Squire (2002/2005: 209) que afirma que esta prática pode propiciar “mais formação e educação” contribuindo para uma melhoria nas intervenções.

Relativamente à categoria “Desvantagens da intervenção interdisciplinar no desempenho individual de cada membro da equipa” (Anexo 47), correspondem-lhe seis subcategorias.

A primeira, definida com base na resposta de três dos entrevistados, refere-se ao “Abdicar das próprias opiniões”, ou seja, estes profissionais afirmam que intervir de forma interdisciplinar pode gerar algumas discordâncias e como têm de chegar a um consenso, alguns elementos da equipa podem ver as suas opiniões não serem consideradas e como tal sentirem-se, por exemplo, frustrados. Deste modo, sublinha-se a ideia de Rego (1999) quanto à frustração e desmotivação que podem surgir pelo facto de uma opinião não ser levada avante, e compreende-se que Ferreira (2015: 181) afirme que os profissionais na saúde “devem estar preparados para competir, para vencer”, e que Cunha & Leitão (2011, cit. por Cunha, Meneses & Oliveira, 2013) e Platt (2008, cit. por Cunha, Meneses & Oliveira, 2013), considerem essencial que os mesmos tenham capacidade para reagir a controvérsias, respondendo à multiplicidade de personalidades e de eventuais discordâncias interpessoais.

Nesta linha, outra das desvantagens identificadas por três dos entrevistados, tem exatamente a ver com a ocorrência de conflitos entre os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar. Afinal, a área da saúde é propícia à ocorrência de situações conflituosas (Cunha *et al.*, 2013), e como referem Bernardo *et al.* (2010: 769) os conflitos tendem a ser “destrutivos”.

Quanto à segunda subcategoria, percebemos que dois dos profissionais não identificam desvantagens a nível individual, no entanto, é de salientar que os profissionais A e C também não referiram desvantagens mas não o expressaram verbalmente como os profissionais D e I.

À subcategoria “Gestão do tempo” correspondem duas perspetivas, de dois profissionais, sendo que a primeira tem a ver com o facto de um profissional não conseguir prestar melhores ou mais intensivos cuidados por ter de dividir o período de intervenção com profissionais de outras áreas. Exemplificando, embora o principal objetivo seja a reabilitação integral do utente, “Quando ele precisa de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala” (p.F), terá menos tempo de intervenção por parte de determinada terapia do que um utente que só necessite, por exemplo, de terapia da fala, pois neste caso o técnico poderá intervir durante períodos (horas) mais elevados. Neste âmbito, é também de salientar o que referem Ferreira (2015) e Santos *et al.* (2010), que partilham a ideia de que, cada vez mais, é exigido aos

profissionais de saúde capacidades para desempenhar uma quantidade de trabalho acrescida com qualidade elevada, no menor tempo possível. Por outro lado, a segunda ideia relacionada com a “Gestão do tempo”, referida por outro entrevistado, encontra-se associada ao tempo acrescido que algumas atividades interdisciplinares (por exemplo sessões coletivas que envolvam técnicos de diferentes áreas) requerem, ainda que esse profissional reconheça que, posteriormente, “o resultado final é muito, muito, muito, muito rico!” (p.G). Esta questão é igualmente abordada por Colmé (2008, cit. por Pinheiro *et al.*, 2010), o qual defende que o excesso de trabalho e o pouco tempo disponível podem causar dificuldades no desenvolvimento de ações a realizar em equipa. Porém, como verificámos anteriormente, Pinheiro *et al.* (2010) sugerem que essa excessividade de atividades e o escasso tempo podem ocorrer devido à inexistência de uma interdisciplinaridade efetiva, pois esta prática traz benefícios para a organização do trabalho.

Também a “Falta de reconhecimento” por parte dos colegas de equipa, foi apontada como uma das desvantagens no desempenho individual, uma vez que quando alguns elementos da equipa não compreendem a importância de determinadas atividades que profissionais de outra área pretendem desenvolver com os utentes, podem sentir-se «invasos» e/ou limitá-los, de maneira a que essas ações que seriam benéficas para os utentes, não aconteçam ou aconteçam com pouca frequência, levando a que os profissionais «contrariados» se possam sentir desmotivados, e que isso se reflita na sua prestação de cuidados.

Embora tenha sido apenas referida por um terço da amostra estudada, a “Indefinição/não assimilação de competências” foi a desvantagem mais mencionada, pois consideram que nem sempre é fácil compreender onde começa e termina a intervenção de cada um, uma vez que existem áreas que se cruzam e que, conseqüentemente, se podem confundir. Este aspeto pode levar a que alguns profissionais, ainda que inconscientemente, acabem por intervir em vertentes que não lhes competem, podendo assim surgir conflitos ou até alguns erros.

Relativamente às duas últimas desvantagens, importa sublinhar que Menezes & Yasui, (2012: 1820) e Neves (2012) também partilham da opinião de que a prática interdisciplinar conduz a alguma interligação e interdependência entre as diferentes áreas, o que, segundo Scherer *et al.* (2013: 3210), pode conduzir à “invasão das fronteiras disciplinares”. Deste modo, alguns autores declaram que se torna relevante que os profissionais das equipas reconheçam a disparidade de papéis e conhecimentos particulares de cada um (Neves, 2012), tenham noção dos seus limites para que não se sintam «ameaçados» aquando da aproximação com outra área

(Gomes & Deslandes, 1994, cit. por Menezes & Yasui, 2012), e tenham a capacidade de reconhecer a sua “imprescindibilidade e insubstituibilidade” (Ferreira, 2015: 174), no sentido de “evitar sobreposições ou incapacidade de atingir os objectivos” (Santos *et al.*, 2010: 54). Ainda assim, salientamos igualmente a conclusão de Scherer *et al.* (2013: 3209) que demonstra que “a fragilidade do núcleo de competência profissional” e “a não valorização do seu próprio trabalho” dificultam a efetivação da interdisciplinaridade; e a ideia de Cunha *et al.* (2013), que afirma que caso os profissionais assumam uma posição de defesa face à sua área profissional, não será possível resolver determinadas questões complexas.

Como referido no início do presente subcapítulo, mediante a análise dos dados recolhidos através das entrevistas, foi ainda definida a categoria “Desafios da abordagem interdisciplinar” (Anexo 48), à qual correspondem nove subcategorias, nomeadamente: “Consenso”; “Ideias divergentes”; “Abdicar das próprias opiniões”; Reconhecer e respeitar competências”; “Determinar funções”; “Gestão do tempo”; “Operacionalizar a interdisciplinaridade”; “Humildade”; e “Identificar erros e corrigi-los”.

Três dos profissionais entrevistados consideram que um dos desafios que a prática interdisciplinar coloca aos elementos das equipas tem a ver com existência de consenso entre todos, de tal forma que quatro afirmam que a pluralidade de ideias distintas no seio da equipa (provenientes da variedade de áreas disciplinas e personalidades que a constituem) também assenta num desafio, pois creem que nem sempre é fácil compreender e aceitar a opinião do colega e vice-versa.

Neste âmbito, outra das subcategorias definidas consiste no “Abdicar das próprias opiniões”, uma vez que as ideias de determinado profissional podem não ser levadas avante por decisão da maioria da equipa, o que requer aceitação por parte da pessoa «contrariada», processo, por vezes, difícil.

De facto, como verificamos na revisão bibliográfica, Bernardo *et al.* (2010) também consideram que os profissionais das equipas devem entender que cada um pode apresentar uma opinião distinta sobre determinada questão mas que todas devem ser escutadas e respeitadas, independentemente da que seja considerada, de tal modo que Fourez (s/d cit. por Menezes & Yasui, 2012: 1824) refere que a interdisciplinaridade requer “capacidade para ceder”, enquanto Cunha & Leitão (2011 e Platt, 2008, cit. por Cunha *et al.* 2013) salientam a necessidade dos profissionais terem também capacidade para reagir a controvérsias, nomeadamente à existência de diversas maneiras de ser e de discordâncias no seio da equipa.

Relativamente ao “Reconhecer e respeitar competências”, quatro entrevistados revelam que por vezes existe alguma dificuldade na equipa (e por isso desafio), em conhecer e respeitar as especificidades funcionais de profissionais de áreas distintas, sendo que três referiram ainda que um dos desafios está relacionado com o não reconhecimento do limite de funções, ou seja, com a dificuldade em determinar e perceber quais as funções de cada um, uma vez que existem áreas que se cruzam e se confundem.

Também estes dois desafios identificados pelos entrevistados do presente estudo vão ao encontro do que diz a literatura, particularmente quanto a Nancarrow *et al.* (2013: 7) que aferiram que a “diversidade de funções, papéis e responsabilidades profissionais” foi identificada por algumas equipas de saúde como um dos desafios colocados pela prática interdisciplinar; a Bernardo *et al.* (2010) e Nancarrow *et al.* (2013) que referem ser essencial que as competências, funções e responsabilidades de cada profissional estejam bem definidas e claras, e que sejam compreendidos por todos; a Ferreira (2015) que destaca a importância dos profissionais conhecerem e respeitarem os limites das suas funções para não interferir erradamente nas dos outros, reconhecendo que nenhum é insubstituível e imprescindível; a Gomes & Deslandes (1994, cit. por Menezes & Yasui, 2012) que sublinham que a noção destes limites é relevante para que os profissionais não se sintam «invadidos» quando se apercebem da aproximação de competências com outra área; e a Neves (2012) e Scherer *et al.* (2013) que revelam que da prática interdisciplinar pode resultar que os procedimentos tomados por um profissional da equipa possam implicar alterações no contexto para os restantes, devido à interligação entre as suas ações.

A “Gestão do tempo”, identificada por apenas dois profissionais, diz respeito ao facto de algumas atividades interdisciplinares requerem algum tempo para a sua realização (exemplo: “reuniões (...) em equipa” (p. B)), e de a interdisciplinaridade na intervenção direta com os utentes se refletir na organização do trabalho dos profissionais, de maneira que a intervenção de um profissional pode gerar implicações na de outro (exemplo: “agora estamos a optar (...) faz fisioterapia de manhã e vem à terapia da fala à tarde” (p. F)). Quanto a este desafio, destacam-se, mais uma vez, as afirmações dos autores Ferreira (2015) e Santos *et al.* (2010) face ao ser exigido aos profissionais de saúde que integram este tipo de equipas, que realizem o melhor no menor tempo possível.

De outro modo, três dos entrevistados consideram a própria operacionalização da interdisciplinaridade como um desafio, pois acham alguma dificuldade em desenvolver este

trabalho em equipa (que exige compreensão, reconhecimento e integração entre as diferentes áreas disciplinares), que não lhes tivera sido transmitido e inculcido durante a sua formação nos estabelecimentos de ensino. Nancarrow *et al.* (2013: 7) também concluíram que o “trabalho em conjunto” é considerado por algumas equipas de saúde como um dos desafios colocados pela interdisciplinaridade, de tal modo que Costa (2007) e Scherer *et al.* (2013), que vão ao encontro destes pareceres, afirmam que estas dificuldades em efetivar a prática interdisciplinar devem-se ao facto de durante a formação dos profissionais não lhes serem inculcidas estas formas de intervir ou de não lhes atribuírem tamanha importância. Afinal, como referem Almeida *et al.* (2012) a experiência prática durante a formação de muitos profissionais foi realizada em contextos onde predominam intervenções individuais, onde não existe integração entre as diferentes áreas disciplinares.

Concluindo, refere-se que um dos profissionais menciona que ser humilde também é um dos desafios colocados pela interdisciplinaridade, enquanto outro destaca a dificuldade em, por vezes, reconhecer a existência de erros e encontrar forma de os evitar, atenuar ou corrigir.

2.5. A COMUNICAÇÃO NO CUIDAR

O tema seguinte, designado por “Perceção sobre a comunicação no cuidar”, encontra-se associado a um dos objetivos definidos para o presente estudo, pois com a sua realização pretendia-se igualmente “*compreender a perceção dos profissionais face à importância da comunicação na interdisciplinaridade no cuidar*”. Neste sentido, foram identificadas quatro categorias relativas ao referido tema: “Papel atribuído à comunicação na prestação de cuidados”; “Importância atribuída à comunicação no desenvolvimento da interdisciplinaridade”; “Vantagens das reuniões multidisciplinares”; e “Desvantagens das reuniões multidisciplinares”.

No que concerne à primeira categoria (Anexo 49), foram identificadas nove subcategorias correspondentes, designadamente: “Papel fundamental”; “Informação clínica”; “Relação terapêutica”; “Transmissão de segurança, confiança e motivação”; “Conhecer necessidades e adequar plano de cuidados”; “Comunicação interdisciplinar influencia prestação de cuidados”; “Melhores intervenções”; “Pedido de intervenção”; e “Comunicação não-verbal”.

A grande maioria dos profissionais entrevistados considera que a comunicação assume um papel de extrema importância na prestação de cuidados, não só nas interações com os utentes

mas entre toda a equipa profissional, opinião que vai ao encontro do que defende Ramos (2012:1), a qual realça a comunicação nas intervenções em saúde “numa perspetiva sistémica, interativa e multi/interdisciplinar”, como vimos anteriormente.

Quatro dos entrevistados especificam que a comunicação com os utentes é essencial no sentido de lhes serem transmitidas as informações relativas ao seu estado de saúde e de lhes serem prestadas algumas indicações favoráveis à sua recuperação, para que possam colaborar nesse processo.

Por sua vez, sete profissionais afirmam que a comunicação é relevante no estabelecimento de relação com os utentes, de maneira que, caso o utente não queira ou não tenha capacidade para comunicar, será mais difícil criar uma relação terapêutica empática. Destes profissionais, um considera ainda que a comunicação permite igualmente estabelecer relações com os cuidadores e integra-los, como aos utentes, em todo o processo de reabilitação, enquanto outro menciona que, independentemente da incapacidade ou estado de inconsciência dos utentes, é importante que se continue a comunicar verbalmente com os mesmos.

No que diz respeito à “Transmissão de segurança, confiança e motivação”, importa referir que um terço dos profissionais defende que uma comunicação eficaz com os utentes, lhes poderá transmitir bem-estar, sentimentos de segurança e confiança, o que poderá propiciar o aumento da sua motivação e, conseqüentemente, da sua colaboração na própria recuperação.

Através da análise da literatura verificamos que alguns autores partilham estas ideias, sendo exemplos Lamela & Bastos (2012) e Ramos (2012), os quais creem que quando a comunicação é eficaz e os utentes vão sendo informados acerca da sua situação, mais fácil e positivamente aderem à terapêutica, maior será a sua satisfação pessoal relativamente aos cuidados prestados, e melhor será a sua reabilitação (e as respostas às suas necessidades) e a sua integração em todo o processo. Por seu turno, também Ferreira (2015), Rego (1999) e Robbins (1998/1999) revelam que a comunicação é um elemento fundamental no desenvolvimento do ser humano, nas suas relações uns com os outros, sendo que Santos *et al.* (2010) referem que a relação entre os profissionais de saúde e os utentes depende, particularmente, da forma como comunicam. E, Ramos (2012) destaca a influência que a comunicação produz na promoção do sentimento de segurança por parte dos utentes e noutros aspetos a nível psicológico, e ainda ao nível da organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Neste âmbito, nove profissionais mencionam que a comunicação lhes permite “Conhecer necessidades e adequar plano de cuidados”, uma vez que consideram que ao dialogar com os utentes ou até mesmo com as famílias/cuidadores, é possível conhecer melhor o utente, identificar a suas necessidades globais, e, posteriormente, elaborar um plano de intervenção adequado ou agir em conformidade com o que o utente/cuidador lhes transmite num momento preciso. Porém, é de salientar que um destes entrevistados refere que, por vezes, a comunicação não-verbal também é importante nestes procedimentos, pois “há muita gente que não consegue falar e a observar é que agente consegue ver se a pessoa está a sentir mal, tem dor ou está bem ou não está...” (p. F), enquanto outro afirma que a incapacidade do utente em comunicar pode comprometer estes aspetos, uma vez que “o utente ao não comunicar, não consegue (...) verbalizar nada que possa não estar ao encontro com aquilo que ele quer.” (p.E).

Assim, esta perceção converge com o que defendem Santos *et al.* (2010) sobre a influência da comunicação na identificação das necessidades dos utentes e na prestação direta de cuidados; e Ferreira (2015) acerca da elaboração de um plano de cuidados, enquanto elemento importante no cuidar, o qual surge através da comunicação entre os vários intervenientes, com o objetivo de definir ações para responder às necessidades identificadas, requerendo reflexão e discussão sobre as mesmas.

A subcategoria “Comunicação interdisciplinar influencia prestação de cuidados”, foi definida pelo facto de dois entrevistados terem referido que a comunicação entre os elementos de diferentes áreas disciplinares que constituem a equipa de saúde vai influenciar a comunicação com os utentes e a forma de lhes prestar cuidados. Ou seja, caso a comunicação seja eficaz no seio da equipa, isso refletir-se-á positivamente no cuidar dos utentes.

Neste contexto, três profissionais creem também que a comunicação entre todos os envolvidos no processo terapêutico é, efetivamente, um dos meios para obter resultados mais positivos, “Melhores intervenções”.

De igual modo, como verificamos no enquadramento teórico, Santos *et al.* (2010) consideram que uma relação comunicacional positiva e eficaz no seio da equipa e com os utentes contribuirá para a melhoria das intervenções em saúde, para otimizar os resultados.

Concluindo, um entrevistado adianta que somente comunicando com os restantes colegas de equipa é possível solicitar apoio e intervenção por parte de outras áreas, no sentido de resolver os problemas do utente, enquanto quatro profissionais admitem que a “Comunicação não-

verbal”, por vezes, assume maior relevância do que a verbal, pois existem situações que observadas revelam mais informação do que sendo verbalizadas. Nesta linha, um destes entrevistados afirma ainda que quando o utente é incapaz de se expressar verbalmente, é muito relevante que se encontrem estratégias de maneira a que “consiga comunicar de alguma forma que lhe seja possível (...) Gestual ou escrita... Ou por tabelas de comunicação” (p. H). Analisando os dados do quadro 32 (Anexo 50), é possível aferir que à categoria “Importância atribuída à comunicação no desenvolvimento da interdisciplinaridade”, também correspondem nove subcategorias.

De acordo com quatro profissionais, a comunicação entre os membros da equipa é um componente fundamental para o desenvolvimento da interdisciplinaridade, considerando três dos entrevistados que o facto de comunicarem entre si possibilita que alcancem o consenso necessário sobre determinadas questões.

Na verdade, estes dois aspetos coincidem com as conclusões de Santos *et al.* (2010: 53), como apreendemos na revisão da literatura, nomeadamente no que concerne ao facto de os autores afirmarem que a integração entre os profissionais de saúde se encontra intimamente relacionada com a comunicação que estabelecem entre si, e que a comunicação interdisciplinar é uma das características que contribui para que uma equipa seja eficaz e obtenha elevada qualidade, revelando-se essencial que através da comunicação entre os profissionais seja possível alcançar “um mesmo modelo mental” partilhado por todos. E, como referem Curral & Chambel (2001), esta visão comum e a permuta de ideias e informações conduzem ao consenso necessário para a tomada de decisões.

Por outro lado, quatro elementos da amostra estudada referiram que a comunicação entre os profissionais permite compreenderem as funções uns dos outros e, conseqüentemente, promoverem a continuidade de cuidados, pois se todos conhecerem as papéis de cada um, não existirá sobreposição e/ou contradição entre as intervenções das diversas áreas disciplinares.

Quanto à subcategoria “Partilha de informação”, a mesma foi identificada através da opinião de um terço da amostra, que considera que a comunicação no seio da equipa se torna relevante, essencialmente, pela partilha de informações sobre os utentes, uma vez que cada profissional de cada área de intervenção deverá prestar o seu parecer relativamente à evolução do utente ou a situações que sucedem com o mesmo no seu contexto de trabalho, de maneira a que possa existir a integração de intervenções cogitada na prática interdisciplinar.

Ainda assim, um dos profissionais menciona que a comunicação contribui para o “Estabelecimento de relações”, necessário ao efetivo trabalho em equipa interdisciplinar, enquanto outro relata que a comunicação entre todos os seus membros lhes possibilita avaliar o seu desempenho coletivo, como equipa.

Santos *et al.* (2010) também mencionam que as relações entre os profissionais dependem da forma como comunicam entre si, de maneira que quanto melhor for a relação comunicacional, melhor será a relação profissional entre eles. Nesta corrente de pensamento, Ramos (2012) acrescenta que a eficiência da organização e gestão dos cuidados e sistemas de saúde depende, igualmente, da relação comunicacional entre os profissionais.

De outro modo, dois dos entrevistados creem que a comunicação é importante para o desenvolvimento da interdisciplinaridade, na medida em que permite a “Partilha de ideias” entre os profissionais, sendo que um elemento considera que a comunicação neste sentido, para intercâmbio de opiniões, poderá ajudar a “Evitar conflitos” no seio da equipa.

Assim, aferimos alguma convergência entre as subcategorias “Partilha de informação” (acima descrita) e “Partilha de ideias” e as teses de Atkinson & Murray (1985/1989) e de Currell & Chambel (2001), uma vez que, de certo modo, também estes autores destacam a importância do intercâmbio de opiniões e informações entre os profissionais, do contributo das várias disciplinas, no sentido de chegarem ao consenso esperado e às decisões necessárias.

Relativamente aos conflitos, Cunha *et al.* (2013) ao invés de destacarem a relevância da comunicação no sentido de evitar a ocorrência de conflitos, sublinham a necessidade de os profissionais possuírem competências comunicacionais e para intervirem em equipa, de maneira a conseguirem resolver os conflitos mais eficazmente.

Finalizando, três profissionais relatam ainda que a comunicação favorável entre os membros da equipa contribui para que a sua intervenção seja mais benéfica. Neste contexto, é de salientar que, embora não fosse pertinente constar no quadro de análise da categoria agora abordada (Anexo 50), dois profissionais consideram que também a existência de meios propícios para a existência de uma comunicação eficaz, nomeadamente a proximidade física, facilita a prática interdisciplinar (exemplos: “E nós estamos tão perto, no mesmo edifício, podemos falar uns com os outros, temos telefone... Mesmo que não seja em reunião, falamos a toda a hora, à hora de almoço vamos conversar um bocadinho... Isso é a coisa mais fácil que existe” (p. C); “Mas nós comunicamos muito porque estamos aqui todos, também é mais

fácil (...) Estamos sempre a comunicar, estamos sempre presentes, estamos sempre juntos e vamos sempre discutindo casos.” (p. F)).

Assim, as respostas que justificam a identificação desta última subcategoria vão ao encontro do que foi anteriormente descrito sobre a literatura, particularmente no que diz respeito a Curral & Chambel (2001) e Lamela & Bastos (2012), autores que defendem que a comunicação no seio da equipa é um fator de extrema relevância no processo de alcance dos seus objetivos, e a Santos *et al.* (2010), os quais referem que, de facto, um melhor desempenho individual e coletivo depende das capacidades dos profissionais em comunicar uns com os outros e dos meios de comunicação existentes no seu contexto de intervenção.

No que concerne às “Vantagens das reuniões multidisciplinares” (Anexo 51), é possível aferir que foram identificadas diversas subcategorias, designadamente: “Resolução de conflitos”; “Melhora a comunicação intergrupala”; “Partilha de informações”; “Partilha de opiniões e ideias”; “Conhecer o utente noutros contextos”; “Feedback a todos os profissionais da equipa”; “Elaboração e reavaliação de PII”; “Coesão grupal”; “Encontro pessoal”; “Periodicidade”; “Avaliação das intervenções”; e “Aprendizagem mútua”.

A primeira subcategoria surge com base nas afirmações de três profissionais, os quais consideram que as reuniões multidisciplinares são importantes para resolver determinados problemas/conflitos que possam surgir entre os profissionais, incluindo os que não participam nas reuniões.

Neste contexto, Santos *et al.* (2010) referem que estas reuniões podem constituir-se, sim, num momento privilegiado no qual os profissionais definem estratégias de forma a ultrapassarem algumas situações negativas.

Por sua vez, a subcategoria “Melhora a comunicação intergrupala” foi identificada mediante a resposta positiva, por parte de todos os elementos da amostra, quando questionados se “(...) as reuniões multidisciplinares são uma mais-valia para melhorar a comunicação entre os membros da equipa? Porquê?”.

De facto, Rego (1999) partilha da mesma opinião, concluindo que as reuniões contribuem bastante para melhorar a comunicação entre os elementos da equipa, o que, de certo modo, é também referido por Ferreira (2015).

A grande maioria dos entrevistados relata ainda que uma das vantagens deste tipo de reunião está relacionada com o facto de este ser um momento no qual está presente um representante de cada área disciplinar, existindo assim, uma “Partilha de informações” acerca da evolução e

da situação atual dos utentes nos diferentes contextos de intervenção e das suas expetativas e dos seus cuidadores, enquanto dois profissionais acrescentam que este momento também propicia a “Partilha de opiniões e ideias”, o que lhes permite, posteriormente definir e integrar as suas intervenções, e ainda “Conhecer o utente noutras contextos”. Contudo, é de salientar a afirmação de um destes profissionais que afirma que, embora não estejam presentes nestas reuniões todos os profissionais que intervém com os utentes, sempre que se considere necessário para esclarecimento de alguma questão, durante este período, são contactados os restantes profissionais, sendo que outra vantagem identificada por três profissionais está associada ao “Feedback a todos os profissionais da equipa”, nomeadamente àqueles que não estão presentes, para que as suas intervenções sejam também baseadas nas decisões da equipa multidisciplinar.

Neste sentido, importa referir que Alves (2008, cit. por Ferreira, 2015), Rego (1999), Santos *et al.* (2010) e Spruyt (2011) também revelam que nestas reuniões são partilhadas e discutidas opiniões e informações acerca dos utentes ou de outras questões pertinentes.

Quanto à “Elaboração e reavaliação de PII”, nove profissionais consideram que as reuniões multidisciplinares são importantes, essencialmente, porque é nesta ocasião que são elaborados e reavaliados alguns PII e que são planeadas as altas, sendo este o principal motivo da sua realização. Esta perceção é partilhada por Spruyt (2011) que também refere que nestas reuniões se procede à deliberação e à documentação dos objetivos a alcançar em cada intervenção.

Por outro lado, dois dos entrevistados creem que a realização destas reuniões contribui para a coesão da equipa, sendo de referir que quatro consideram vantajoso o facto de este ser um momento de “Encontro pessoal” entre os profissionais.

Associadas à “Coesão grupal”, como aferimos anteriormente, encontram-se perspetivas de alguns autores, pois também Santos *et al.* (2010) e Rego (1999) referem que as reuniões de equipa promovem o espírito de grupo, e a colaboração e o estabelecimento de relações entre os seus membros, respetivamente; e Neves (2012) afirma que a comunicação frequente e profícua contribui para a coesão das equipas em saúde, sendo que, segundo Ferreira (2015), esta comunicação pode ocorrer no momento das reuniões multidisciplinares.

Relativamente ao “Encontro pessoal”, também Alves (2008, cit. por Ferreira, 2015), mediante o seu estudo sobre equipas multiprofissionais, concluiu que as reuniões multidisciplinares são

um momento comum importante, pois estão presentes profissionais das diferentes áreas de intervenção.

De outro modo, um dos elementos estudados realça a “Periodicidade” das reuniões, atribuindo importância à sua realização frequente, e outros cinco sublinham que uma das vantagens tem a ver a avaliação de desempenho que pode ocorrer nestes momentos, nos quais os profissionais revêm e avaliam as suas intervenções individuais e grupais, no sentido de as melhorar e “proporcionar o melhor ao utente.” (p. L).

No que diz respeito à “Periodicidade”, aferimos que Santos *et al.* (2010) partilham da mesma opinião que alguns dos entrevistados, considerando que este tipo de reunião deve ser realizado frequentemente, e face à “Avaliação das intervenções”, realçamos as deliberações de Alves (2008, cit. por Ferreira, 2015), Santos *et al.* (2010), Rego (1999) e Ferreira (2015), os quais consideram que nas reuniões são tomadas decisões e realizadas reflexões tanto a nível grupal como individual.

Finalizando, um profissional destaca ainda a “Aprendizagem mútua” que pode ocorrer nas reuniões multidisciplinares, pois os profissionais vão assimilando questões de outras áreas disciplinares e enriquecendo os seus conhecimentos, tal como defendem Rego (1999), Bernardo *et al.*, (2010), e Alves (2008, cit. por Ferreira, 2015), afirmando que nestes momentos existe uma aprendizagem recíproca entre os profissionais, o que contribui para reconhecerem as funções uns dos outros e melhorarem as intervenções da equipa, respondendo de forma adequada às necessidades dos utentes.

Noutra perspetiva, abordaram-se igualmente as “Desvantagens das reuniões multidisciplinares” (Anexo 52), às quais correspondem cinco subcategorias designadas por: “Representante da área de enfermagem não presta cuidados”; “Perda ou distorção de informação”; “Falta de consenso”; “Tempo despendido”; e “Não tem desvantagem”.

Especificando, seis profissionais consideram um pouco desvantajoso o facto de a área de enfermagem ser representada nas reuniões por um profissional que não se encontra na prestação direta de cuidados, e que conseqüentemente, não conhece «tão bem» os utentes, apesar de lhe serem cedidas informações sobre os mesmos. Assim, um profissional sugere que estivessem presentes pelo menos um enfermeiro prestador de cuidados de cada piso de internamento. Contudo, é de salientar que embora partilhem dessa opinião, alguns destes profissionais reconhecem que a forma como os serviços estão organizados não permite aos cuidadores «diretos» estarem presentes nestes momentos.

Relativamente a esta subcategoria, salientamos a tese de Rego (1999) que defende que uma das desvantagens das reuniões poderá estar relacionada, exatamente, com o facto de participarem um número elevado de profissionais. Deste modo, seria importante, por exemplo, a elaboração, pela equipa, de um documento específico onde o representante de enfermagem resumisse tudo o que foi abordado sobre os utentes revistos nas reuniões e posteriormente o cedesse aos prestadores de cuidados diretos para que o analisassem nas passagens de turno.

Por seu turno, quatro entrevistados revelam que a presença de apenas um representante de cada área disciplinar pode ser limitador, na medida em que poderá ocorrer “Perda ou distorção de informação”, pois apesar de existir partilha de informações entre os presentes e os restantes profissionais que também intervém diretamente com os utentes, poderá existir alguma lacuna na comunicação posterior, depositada na reunião aos presentes e/ou transmitida da reunião aos ausentes.

Na verdade, Robbins (1998/1999) sublinha que, caso o processo comunicacional (abordado anteriormente com base em Currell & Chambel (2001)) na equipa sofra perturbações, a sua eficácia pode ser comprometida, assim como, segundo Santos *et al.*, 2010, a qualidade da assistência prestada, podendo causar malefícios aos utentes, pelo que se deve tentar evitar a ocorrência de défices na comunicação.

Ainda assim, um elemento da amostra considera desvantajoso que nas reuniões nem sempre seja possível os profissionais alcançarem um acordo comum, enquanto outros cinco indicam que o “Tempo despendido” é uma desvantagem, pois ainda que admitam a importância das reuniões multidisciplinares no processo de recuperação dos utentes, alguns referem que o facto de um profissional estar ausente do serviço para tal, implica que alguns utentes não tenham intervenção nessa área e/ou que alguns profissionais fiquem sobrecarregados durante esse período.

Por fim, importa referir que três dos entrevistados não reconhecem nenhuma desvantagem na realização das reuniões multidisciplinares.

2.6. O ESTILO COMUNICACIONAL MAIS ADEQUADO NO CUIDAR

No sentido de alcançar o objetivo da investigação que diz respeito a “*identificar os estilos comunicacionais prevalentes no seio da equipa que participa nas reuniões*”

multidisciplinares”, foram colocadas algumas questões aos profissionais entrevistados, sendo que, a partir da análise das respetivas respostas, surgiu o tema “Perceção sobre o estilo comunicacional mais adequado no cuidar”, ao qual correspondem três categorias, designadamente: “Identificação do estilo comunicacional pessoal prevalente”; “Identificação do estilo comunicacional mais adequado na prestação de cuidados”; e “Identificação do estilo comunicacional mais adequado no trabalho em equipa interdisciplinar”.

Após a análise dos dados apresentados no quadro 35 (Anexo 53), referente à categoria “Identificação do estilo comunicacional pessoal prevalecente”, conclui-se que a maioria dos entrevistados refere que o seu estilo comunicacional predominante é o assertivo, ainda que cinco considerem ser mais passivos, e um não consiga identificar o seu estilo preponderante, afirmando que consoante as circunstâncias, tanto comunica de forma agressiva, como assertiva ou passiva.

Ainda assim, comparando os dados obtidos através das entrevistas com os resultados da observação (Anexo 35) é possível verificar algumas divergências quanto ao estilo comunicacional prevalecente dos profissionais observados nas reuniões multidisciplinares.

Especificando, o estilo identificado pelos profissionais C, D, I e K nas entrevistas coincide com o estilo identificado mediante a observação, confirmando-se o «domínio» de uma comunicação assertiva. No entanto, contrariando os resultados da observação (todos apresentam um estilo assertivo), os profissionais G e H identificam o estilo passivo como sendo o seu mais comum, e o profissional K considera apresentar um misto dos três estilos, identificando o assertivo mas não o considerando como o imperante.

Concluindo, é de salientar que o facto de estes dados não coincidirem na sua totalidade, pode estar relacionado com a existência de relações interpessoais favoráveis no seio da equipa que participa nas reuniões multidisciplinares, pois o «a vontade», a compreensão e o respeito observados nestes momentos podem contribuir para que todos os presentes utilizem um estilo comunicacional assertivo. Neste sentido, importa referir que não é possível corroborar a tese de Santos *et al.* (2010), abordada anteriormente, relativamente aos fatores que podem tornar problemática a comunicação no seio da equipa, relacionados com as diferenças entre as diversas áreas disciplinares.

No que concerne à categoria “Identificação do estilo comunicacional mais adequado na prestação de cuidados” (Anexo 54), a mesma é constituída por duas subcategorias, uma vez

que a maioria dos profissionais identificou o estilo “Assertivo” como o mais adequado, enquanto apenas um referiu serem dois estilos, “Assertivo e passivo”.

Na verdade, como verificamos no enquadramento teórico, alguns autores referem que no contexto da saúde, a adesão terapêutica e o êxito das intervenções dependem dos estilos comunicacionais utilizados na relação entre os profissionais e os utentes, pelo que os cuidadores devem adequar o seu estilo consoante as competências de comunicação dos utentes (Beck, Daughtridge, & Sloane, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000, cit. por Lamela & Bastos, 2012).

De igual modo, mas no que concerne à categoria “Identificação do estilo comunicacional mais adequado no trabalho em equipa interdisciplinar” (Anexo 55), também catorze profissionais mencionam que se deve utilizar um estilo assertivo no seio da equipa interdisciplinar, e somente um afirma ser necessário “Um pouco da cada...” (p. I), do “Assertivo e passivo”.

Em suma, a opinião dos entrevistados face a esta última subcategoria vai ao encontro do que defendem Rego (1999) e Santos *et al.* (2010), os quais revelam que entre a equipa deve prevalecer um estilo comunicacional assertivo pois alcançarão maior eficácia, embora o primeiro autor também reconheça que essa meta poderá ser atingida desde que o emissor adeque o seu estilo de acordo com o do recetor.

2.7. PERCEÇÃO SOBRE A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

O tema “Perceção sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” é constituído por duas categorias, sendo que a primeira diz respeito às “Desvantagens/aspectos negativos da RNCCI”; e a segunda à “RNCCI enquanto novo paradigma na prestação de cuidados”.

A análise dos respetivos quadros (Anexos 56 e 57) permite, assim, responder a uma das finalidades do presente estudo que consiste em “*caraterizar o modo de operacionalização da interdisciplinaridade desenvolvido pela equipa*”.

Embora nenhuma questão da entrevista estivesse relacionada com as “Desvantagens/aspectos negativos da RNCCI” (Anexo 56), a referida categoria foi identificada com base nas respostas de alguns profissionais, correspondendo-lhe doze subcategorias.

Quatro profissionais consideram que a RNCCI lhes exige demasiada burocracia, nomeadamente quanto aos registos obrigatórios que devem efetuar no aplicativo *Gestcare* e

que requerem algum tempo, sendo exemplo alguns dos instrumentos apresentados no enquadramento teórico, segundo a UMCCI (2013), e como se pode verificar no Anexo 2 da dissertação.

Por sua vez, três dos entrevistados relatam, de certo modo, que nem sempre as equipas responsáveis pela validação de propostas de internamento na Rede, avaliam corretamente as situações, existindo, por vezes, “Referenciações inadequadas”, ou seja, estes profissionais consideram que alguns utentes que dão entrada na Unidade não apresentam os critérios necessários para ingressarem naquela tipologia. Neste âmbito, um profissional refere também que, por vezes, sucedem “Avaliações erradas de prorrogação de internamentos”, isto é, que também a avaliação destas situações não é realizada da melhor forma, podendo ser cedida a um utente que na realidade não necessita e recusado a um utente que carece efetivamente de mais período de cuidados no internamento. Na verdade, através de um estudo sob uma amostra composta por 58 unidades de internamento, a Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2015: 2) concluiu que “em 16% das unidades os contatos locais entenderam que não houve cumprimento de todos os critérios de referenciação por tipologia de unidade”, tendo também sido mencionadas “situações em que não existiu correspondência entre os critérios clínicos registados na plataforma da rede e a situação real do utente”.

Relativamente à subcategoria “Inexistência de interdisciplinaridade”, a mesma é identificada pelo facto de um profissional considerar que esta prática não é predominante na Rede, enquanto a “Falta de informação sobre o funcionamento da RNCCI”, se encontra baseada nas respostas de três profissionais que revelam que a RNCCI é pouco divulgada nos serviços de saúde, que ainda existe algum desconhecimento por parte dos profissionais desta área relativamente ao seu funcionamento, o que pode comprometer, por exemplo, a realização de algumas referenciações, como refere um destes três profissionais.

Estas ideias contrariam, então, o preconizado pela RNCCI quanto ao princípio da interdisciplinaridade que se constitui como um dos «fios condutores» na prestação de cuidados nos seus serviços, e quanto à articulação que devem existir entre a Rede e os serviços de saúde primários e hospitalares e à “equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas” (UMCCI, 2013: 14), como vimos anteriormente.

Neste âmbito, outro dos aspetos negativos mencionados (e também relacionado com as referenciações) surge mediante as declarações de dois dos entrevistados, os quais revelam que a maioria dos utentes que ingressam na UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*,

são oriundos de localidades ou regiões distantes do Entroncamento, sendo que um considera que este acontecimento sucede pelo facto de os profissionais responsáveis pela referenciação nas áreas mais próximas, não as realizarem (sem se perceber o motivo), e outro refere que a culpa desta situação tem a ver com o “funcionamento e dinâmica da Rede” (p. I). Afinal, recorrendo à revisão literária e, particularmente, ao Anexo 8 da dissertação, percebemos que a UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*, pretende responder, principalmente, às necessidades dos utentes da região de Lisboa e Vale do Tejo, a qual é constituída por um número elevado de concelhos, mais precisamente 52. Por outro lado, importa referir que segundo a ERS (2015), de facto, Lisboa e Vale do Tejo é uma das duas regiões em que o acesso à Rede por parte da população residente é diminuto.

De outro modo, dois profissionais mencionam que as vagas de internamento na RNCCI são limitadas. Esclarecendo, um considera que existe sobrelotação devido à permanência de utentes nas Unidades por motivos sociais, enquanto o outro adianta que deveriam ser implementadas mais Unidades pois nem sempre se consegue responder a todos os utentes que necessitam deste tipo de apoio.

Relacionada a este aspeto, foi igualmente identificada a subcategoria “Reduzidas equipas domiciliárias”, uma vez que dois profissionais consideram que deveriam existir mais equipas neste contexto, sugerindo um deles que seria relevante funcionarem como no Brasil, em que “após a alta para o domicílio ou para um lar ou para onde fosse, uma equipa acompanhava a continuidade do utente fora da instituição, o que aqui muitas vezes é perdido” (p.I).

Ainda assim, outro entrevistado destaca que a diversidade de técnicos nas ECCI é reduzida, assim como o limite de vagas para se poder usufruir destes cuidados no domicílio, sendo estes mais dois aspetos negativos da Rede.

Por seu turno, um profissional refere que existe “Falta de feedback de auditorias”, ou seja, que por vezes os profissionais não obtêm resposta das equipas coordenadoras da Rede relativamente a estas avaliações, para que possam melhorar determinadas questões; enquanto outro considera desvantajoso que a Rede não exija que no acolhimento aos utentes e/ou seus cuidadores esteja presente um profissional da área da reabilitação, pois seria importante para “identificar certas questões” (p. I). Afinal, o objetivo do internamento é mesmo esse, a recuperação dos utentes.

Analisando o aspeto referente às auditorias e comparando-o com a literatura, apenas é possível conferir que, apesar de não obter feedback das mesmas, o profissional tem a perceção

sobre no que consiste este tipo de avaliação e a sua importância, pois, de acordo com a ACSS (2015: 7), através da sua realização pretende-se alcançar a “identificação de pontos de melhoria, com um enfoque local e regional”.

Concluindo, outra das desvantagens aferidas refere-se às “Limitações do *Gestcare*”, pois segundo o único profissional que a mencionou, o aplicativo informático não permite guardar sigilo sobre determinados assuntos, “Qualquer pessoa (...) dentro da (...) Unidade (...) pode entrar no aplicativo e escrever o que quer que seja, em qualquer área de qualquer um” (p. I), o que, de certo modo, não salvaguarda as questões éticas. Ainda assim, este entrevistado realça também o facto de no aplicativo não constar um separador específico para as áreas de reabilitação, devendo estes profissionais inserir os seus registos no separador “outras avaliações” (p. I), como podemos comprovar no Anexo 2.

Mediante a análise ao quadro 39 (Anexo 57), é possível aferir em que medida os profissionais entrevistados encaram a “RNCCI enquanto novo paradigma na prestação de cuidados”, tendo sido identificadas dezanove subcategorias neste âmbito.

A primeira, “Continuidade de cuidados”, é referida por seis profissionais, por considerarem que até à implementação da Rede, não existiam em Portugal, serviços deste género, nos quais os utentes após alta do hospital de agudos (de onde saem sem grandes avanços na recuperação), pudessem usufruir de uma continuidade de cuidados mais intensiva e direcionada aos seus problemas (comparando, por exemplo, com a realização de fisioterapia no domicílio, através do cuidados de saúde primários), ainda que, por vezes, tenham de aguardar no domicílio ou numa instituição por vaga nos serviços. Ou seja, segundo alguns destes entrevistados, antes da criação da RNCCI, não era possível verificar o progresso da recuperação dos utentes, e a continuidade de cuidados não era assegurada da melhor forma ou era inexistente.

Neste âmbito, cinco elementos da amostra mencionam, particularmente, que a RNCCI é uma “Mais-valia nos cuidados de saúde”, por tudo o que de novo traz aos serviços de saúde.

Por outro lado, dois profissionais referem que a existência de “Regras específicas” também fazem da Rede um novo paradigma na prestação de cuidados, sendo que um menciona que estas normas permitem melhorar as intervenções, e o outro particulariza-as, indicando algumas: “reuniões semanais, (...) O PII... (...) obrigam-nos (...) a reverem (...) a maneira como constroem os objetivos, a reverem toda a sua abordagem (...) na direção do novo paradigma biopsicossocial e centrado no utente” (p. G).

Quanto à subcategoria “Princípios da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade”, a mesma surge devido às respostas de sete entrevistados, os quais consideram que estes dois princípios são essencialmente destacados e operacionalizados nos serviços da Rede, ao invés do acontece noutros serviços de saúde (como hospitais de agudos), daí considerarem-nos como fatores justificativos da avaliação da Rede como um novo paradigma.

Um terço da amostra estudada indica que outro desses fatores está relacionado com o facto de a Rede exigir a “Integração da família” em todo o processo de reabilitação (incluindo na identificação das necessidades e respetivos objetivos), considerando-os como elementos da intervenção, e intervindo junto deles se necessário.

De outro modo, seis profissionais referem ainda que a Rede permite uma diminuição do “Período de internamento em hospitais de agudos”, uma vez que passou a existir a possibilidade de os utentes desenvolverem a sua reabilitação nos Cuidados Continuados.

A subcategoria “Preparação da alta” foi, de certo modo, identificada por seis entrevistados, os quais mencionam que integrando os serviços da Rede, nomeadamente os de internamento, existe maior probabilidade de os utentes regressarem ao domicílio mais compensados e recuperados do que quando saem do hospital de agudos, podendo retomar a sua vida e satisfazer as suas necessidades, dentro das suas limitações. Ainda assim, alguns destes profissionais referem que esta melhor preparação da alta, através da continuidade de cuidados de reabilitação, é também relevante para os familiares/cuidadores, uma vez que não é só o utente quem sofre repercussões dos seus problemas de saúde, de tal modo que um elemento refere que aquando da alta do hospital de agudos “nem o próprio sabia lidar com a doença nem os outros que o rodeavam conseguiam em tão pouco tempo perceber o que se estava a passar e qual a melhor maneira de lidar com a pessoa” (p. K). Relativamente a esta subcategoria, um dos profissionais destaca ainda a importância de a Rede exigir que a alta seja preparada desde o ingresso do utente nos serviços.

Segundo dois entrevistados, outro dos aspetos que contribui para que a Rede seja considerada um novo paradigma tem a ver com as “Relações terapêuticas” que se estabelecem nestes contextos, pois ambos creem que, contrariamente ao que sucede noutros serviços de saúde, é possível criar relações de proximidade com os utentes.

Quanto à “Definição de objetivos”, um profissional menciona que é importante, de facto, existirem profissionais de diferentes áreas disciplinares a intervir num mesmo contexto, de maneira a que seja possível alcançar os objetivos definidos, enquanto outro destaca que na

Rede “um utente (...) entra com um objetivo e acaba por sair (...) com esse objetivo concluído” (p. E).

Por sua vez, a subcategoria “Aplicativo informático comum” foi apenas referida por um entrevistado, o qual demonstra o seu agrado face à inovação deste meio de inserção de registos acerca das intervenções com os utentes, que é próprio da RNCCI.

A “Abordagem biopsicossocial e centrada no utente”, salientada por dois profissionais, demonstra que a Rede preconiza que as intervenções no seu âmbito sejam efetuadas tendo em consideração os fatores bio-psico-sociais dos utentes, e que estes sejam os elementos centrais de todas as ações, contrariando o que sucede, por exemplo, nos hospitais de agudos.

Também identificadas, cada uma, por dois entrevistados, a subcategoria “Elaboração de PII” encontra-se associada às exigências da Rede face à realização destes planos, mais precisamente quanto às suas respetivas normas de elaboração; enquanto a subcategoria “Expetativas do utente e família” realça do facto de na Rede ser necessário questionar os utentes e seus familiares/cuidados acerca das suas expetativas face ao internamento na Unidade.

Dois profissionais encaram a RNCCI como um novo paradigma no cuidar, na medida em que nos seus serviços são prestados (obrigatoriamente) não só cuidados de saúde mas também apoio social, o que se torna relevante no processo de reabilitação dos utentes, sendo que um elemento da amostra refere mesmo que a Rede permite uma maior “Eficácia das intervenções” comparando-a com outros serviços de saúde.

De acordo com um entrevistado, a realização dos “Acolhimentos”, aquando do ingresso dos utentes nas Unidades, nos quais estão presentes profissionais de diferentes áreas de intervenção, também é reveladora deste novo paradigma, assim como o “Tempo de prestação de cuidados”, identificado por dois profissionais, os quais afirmam que no âmbito da Rede, embora tenham bastante trabalho, têm mais tempo para prestar os cuidados e dialogarem com os utentes.

Ainda sobre a categoria aqui analisada, um entrevistado encara a RNCCI como um novo paradigma, por ser um “Modelo recente” em Portugal, enquanto outros três justificam esta «caraterização» da Rede pelo facto de a mesma dispor de “Diversas valências” de prestação de cuidados, designadamente o internamento nas Unidades, as ECCI, o internamento para descanso do cuidador, e as particularidades específicas para o tratamento de feridas.

Em suma, considerando cada um dos dezanove fatores referidos pelos profissionais entrevistados e comparando-os com a revisão da literatura exposta no enquadramento teórico, é possível aferir que, de forma generalizada, a amostra estudada tem uma noção correta acerca do funcionamento da RNCCI e do que a mesma apregoa. Na verdade, a RNCCI surge recentemente (há cerca de 10 anos) com o objetivo de garantir cuidados continuados integrados, de saúde e apoio social, aos indivíduos em situação de dependência (UMCCI, 2013), sendo por isso considerada como uma mais-valia na prestação de cuidados (MTSS & Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2009), e apresenta como princípios fundamentais “a proximidade na prestação dos cuidados”, “a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados”, “a avaliação da situação de dependência do doente e definição de objetivos de funcionalidade e autonomia”; “a participação das pessoas dependentes e respetivos familiares na elaboração do plano individual de intervenção”; “a corresponsabilização da família ou cuidadores na prestação da assistência”; e “a eficiência e qualidade no serviço prestado”, entre outros (UMCCI, 2013:14). Neste âmbito, tal como mencionam alguns dos entrevistados, a Rede também exige que a abordagem com os utentes seja centrada nestes (UMCCI, 2007, cit. por Silva, 2010) e realizada “sob o ponto de vista técnico e de atitude compreensiva e respeitadora das particularidades bio-psico-socio-culturais e espirituais de cada utente” (DGS, 2006: 3), e que sejam cumpridas determinadas regras como a utilização de alguns instrumentos na prestação de cuidados, sendo exemplos a elaboração e reavaliação dos PII (UMCCI, 2013), nos quais devem constar as perspetivas e expectativas do utente e/ ou dos seus cuidadores quanto aos cuidados prestados (UMCCI, 2011); e outros registos no *Gestcare*, o aplicativo informático comum a todos os profissionais integrados na Rede, incluindo ainda as EGA e as equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários (ACSS, 2014). Ainda assim, importa referir que relativamente aos PII, segundo a UMCCI (2007, cit. por Silva, 2010: 19), a sua elaboração consiste efetivamente numa “uma nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social, assente na planificação de objetivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazos)”.

Por outro lado, confirma-se igualmente a opinião dos entrevistados relativamente: ao planeamento da alta, o qual deve ser efetuado pelos profissionais da equipa conjuntamente com próprio utente e/ou seus familiares/cuidadores (Ávila, s/d), devendo-se preparar-se estes últimos para que a continuidade de cuidados no «pós-alta» seja assegurada (UMCCI, 2011); e

ao “Período de internamento em hospitais de agudos”, pois embora não tenha sido referido no enquadramento teórico, de acordo com a ACSS²⁷, com a implementação de algumas unidades de internamento pretende-se “Contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos” e “Evitar a permanência desnecessária nos serviços dos hospitais de agudos”. Finalizando, aferimos igualmente o reconhecimento dos entrevistados face aos diferentes serviços prestados pela RNCCI (Ministério da Saúde e MTSS, 2006).

2.8. A OPERACIONALIZAÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE NA RNCCI

Visando alcançar o objetivo mencionado no subcapítulo anterior – *caraterizar o modo de operacionalização da interdisciplinaridade desenvolvido pela equipa* –, foi ainda identificado outro tema após a análise inicial das entrevistas: “Perceção sobre a operacionalização da interdisciplinaridade na RNCCI”, sendo que a este correspondem duas categorias: a primeira é intitulada de “A operacionalização da interdisciplinaridade na RNCCI” (Quadro 3), e a segunda de “Papel atribuído ao Assistente Social no processo de intervenção”.

Quadro 3: A operacionalização da interdisciplinaridade na RNCCI

Tema		
Perceção sobre a operacionalização da interdisciplinaridade na RNCCI		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
A operacionalização da interdisciplinaridade na RNCCI	Notas de alta	p. A – “fazemos a nossa avaliação de enfermagem, a médica faz a avaliação dela... Por exemplo depois na alta, cada um põe lá as suas notas”
	Registos no <i>Gestcare</i>	p. A – “Dentro do aplicativo da Rede acho que (...) cada um mete lá a sua avaliação”
		p. C – “ao nível (...) do aplicativo da Rede, onde (...) todos fazem o processo informatizado”
		p. D – “o preenchimento do aplicativo por parte de todos os profissionais”
		p. F – “o aplicativo porque consigo ir lá ver o que a médica escreveu, o que é que a psicóloga escreveu...”
		p. H – “No aplicativo também tem as várias avaliações”
		p. L – “acesso ao processo do utente, podemos consultar... No aplicativo”
		p. N – “nós temos um aplicativo informático em que cada profissional de cada área insere os dados na Rede. (...) é através (...) daquele aplicativo em que os vários profissionais conseguem colocar as suas intervenções, as suas avaliações para depois poder estar tudo junto na mesma pasta ou ficheiro para que depois possam ser lidos ou observados”
		p. O – “nós temos o aplicativo da Rede que tem de ser atualizado uma vez por mês pelas áreas todas, e pronto, a partir daí a Rede vai ter a informação de todas as áreas e saber o estado atual do doente.”
	Reuniões multidisciplinares	p. A – “através das reuniões de equipa”
p. B – “Através das reuniões multidisciplinares semanais”		
p. C – “ao nível das reuniões”		

²⁷ Informação acedida em <http://www.acss.min-saude.pt>

		<p>p. D – “Fazemos as reuniões de equipa”</p> <p>p. E – “reunião”</p> <p>p. G – “reuniões semanais”</p> <p>p. H – “ao nível das reuniões...”</p> <p>p. I – “as reuniões”</p> <p>p. J – “As reuniões multidisciplinares”</p> <p>p. K – “Nas reuniões”</p> <p>p. L – “tem a parte das reuniões...”</p> <p>p. M – “através das reuniões”</p> <p>p. N – “São, são!”</p> <p>p. O – “As reuniões...”</p>
	Planos de Intervenção Individuais	<p>p. B – “através da realização de Planos de Intervenção Individuais com o contributo das diversas áreas profissionais”</p> <p>p. C – “nós quando fazemos um PII, nós todos vemos as necessidades e traçamos objetivos para aquele utente, todos os profissionais”</p> <p>p. G – “O PII”</p> <p>p. H – “pelo PII”</p> <p>p. J – “no Plano Individual de Intervenção que se faz em conjunto”</p> <p>p. K – “Através dos Planos Individuais de Cuidados em que todos participamos”</p>
	Processo dos utentes em formato papel	<p>p. C – “Todos fazem o mesmo (...) têm o processo num dossier sobre cada utente”</p> <p>p. F – “os registos em papel e fazermos a avaliação e reavaliarmos e pormos no processo”</p> <p>p. H – “no processo clínico”</p> <p>p. L – “acesso ao processo do utente, podemos consultar... (...) o processo em papel”</p>
	Acolhimentos	<p>p. D – “os acolhimentos são feitos em equipa”</p> <p>p. E – “o acolhimento da equipa”</p> <p>p. H – “Ao nível dos acolhimentos”</p> <p>p. I – “Sim.”</p> <p>p. M – “Ah, sim!”</p> <p>p. N – “São, são!”</p> <p>p. O – “no acolhimento há um de cada, há um enfermeiro coordenador, há um médico, há o psicólogo, o assistente social”</p>
	Reuniões com utentes e/ou familiares	<p>p. D – “reuniões com os cuidadores, familiares ou às vezes mesmo com os utentes, são feitos em equipa”</p> <p>p. E – “Sim, isso também... E é muito importante.”</p> <p>p. F – “há muitas vezes que, por exemplo, que assistente social tem que ter uma reunião com um utente e diz “olha, não podes vir comigo à reunião? Para facilitar, para tu explicares, para eu não estar a dizer que a pessoa não consegue, e assim estás lá tu”... e eu “Não, vamos lá, vamos lá os dois” (...) porque é injusto estar a assistente social a dizer ao filho que o pai não pode estar cá mais tempo, não consegue andar... Está ali a tentar dizer uma coisa de cada e às vezes é bom ter alguém ao lado para ajudar.”</p> <p>p. H – “Nas reuniões familiares”</p> <p>p. N – “São, são! (...) existem horas combinadas e isso tudo, também no sentido da própria família perceber quais são as intervenções de cada área, o que acaba por ser uma mais-valia.”</p>
	Contactos informais entre os profissionais	<p>p. E – “acho que no próprio dia-a-dia e cada situação em concreto, às vezes pode precisar de termos alguma comunicação extra entre os profissionais de saúde para benefício daquele utente (...) quando alguém tem dúvida sobre outra área que não é nossa, há sempre um contacto com o profissional de saúde inerente àquela área (...) Tentamo-nos articular para que corra bem com toda a gente.”</p>

		<p>p. F – “Estamos sempre a comunicar, estamos sempre presentes, estamos sempre juntos e vamos sempre discutindo casos. Há muitas vezes que eu pergunto a opinião mesmo a uma pessoa que não tenha nada a ver com a área”</p> <p>p. K – “Até os nossos próprios contactos informais, as nossas rotinas, parece que se foram moldando ao nosso trabalho e aquele momento do “bom dia” muitas vezes é utilizado para alguma transmissão de informação.”</p> <p>p. L – “Também se houver alguma coisa telefonamos para a psicóloga, qualquer coisa telefonamos para a assistente social, qualquer coisa com a médica, com os fisioterapeutas... Estamos sempre todos em linha uns com os outros (...) e qualquer dúvida que tenhamos é só entrarmos em contacto uns com os outros.”</p>
	Espaços de intervenção comuns	<p>p. G – “uma área na terapia ocupacional (...) que simula o ambiente das AVD’s: cozinha, minimercado... (...) tem todos os estímulos também... Pode ser o físico, o cognitivo, o social (...) a ideia é usar aquele espaço também em conjunto porque o fisio há-de querer que a pessoa se agache mais um bocadinho e a T.F. usa as letras do minimercado e de lerem o que é o objeto para a parte da linguagem, e eu quero que ele execute a ocupação do ir às compras. (...) A ideia era operacionalizar a interdisciplinaridade.”</p>
	Contacto com os utentes	<p>p. I – “termos uma abordagem com essa pessoa a dizer “olhe mas encontra-se também melhor a nível...?”... (...) consegue-se perceber que nós trabalhamos numa equipa porque conseguimos perceber além da nossa área, que há outros elementos que são importantes para a nossa intervenção mas que vêm de outra parte. (...) uma pessoa vem de fora mas vê que o utente já alcançou por exemplo uma bengala, realmente já alcançou a marcha com uma bengala mas já foi tratar da bengala como uma ajuda técnica com o serviço social, e não está ali nenhum elemento mas acabamos por haver essa articulação.”</p> <p>p. K – “Eu acho que o dia-a-dia é pautado um bocadinho pela interdisciplinaridade. Aconteceu-me hoje de manhã estar a falar com uma doente do piso 2 e olhar para mim e ver-me a chamar o fisioterapeuta porque ela estava a colocar questões que eu não sabia responder e a psicóloga porque eu sabia que aquilo que ela ia ouvir não era aquilo (...) que ela estava a pensar que ia ouvir.”</p>
	Atividades de vida diárias dos utentes	<p>p. J – “nas atividades diárias do utente, em que o dia-a-dia do utente está planificado segundo as áreas profissionais que intervêm com aquele utente”</p>
	Planeamento de altas	<p>p. J – “funcionamos muito em equipa multidisciplinar no planeamento de altas, por exemplo, a médica para dar alta a um utente tem que ouvir todas as áreas profissionais”</p>
	Sinalização para outros profissionais	<p>p. M – “Sim, nós aqui fazemos muito isso”</p> <p>p. O – “noutras situações temos que chamar o psicólogo, temos que chamar...”</p>

Fonte: Elaboração própria

A categoria “A operacionalização da interdisciplinaridade na RNCCI” surgiu com base nas respostas dos elementos da amostra estudada, tendo sido identificadas treze subcategorias correspondentes, nomeadamente: “Notas de alta”; “Registos no *Gestcare*”; “Reuniões multidisciplinares”; “Planos de Intervenção Individuais”; “Processo dos utentes em formato papel; “Acolhimentos”; “Reuniões com utentes e/ou familiares; “Contactos informais entre os

profissionais”; “Espaços de intervenção comuns”; “Contacto com os utentes”; “Atividades de vida diárias dos utentes”; “Planeamento de altas”; “Sinalização para outros profissionais”.

No que concerne à primeira subcategoria, a mesma foi reconhecida pela afirmação de um profissional que relata que nas “Notas de alta” constam avaliações e pareceres dos profissionais das áreas que intervieram com aquele utente, enquanto a segunda, identificada pela maioria da amostra, demonstra que a prática interdisciplinar também é efetivada através dos “Registos no *Gestcare*”, uma vez que é exigido a todos os profissionais que coloquem as suas avaliações no aplicativo e que cada um tem acesso aos registos relativos a cada área de intervenção e não somente à sua, no processo individual de cada utente.

Como verificamos na literatura, no momento da alta da Unidade, são fornecidas ao utente as notas de alta, mais precisamente informações relevantes, registadas pelo profissionais das diversas áreas, cuja finalidade é assegurar a sua segurança e a continuidade dos cuidados (UMCCI, 2011); e no *Gestcare* constam, de facto, separadores específicos para os registos de cada área de intervenção (Anexo 2), os quais podem ser acedidos por todos os profissionais «inseridos» na Rede (UMCCI, 2010). Contudo, neste âmbito, é também de sublinhar que esta ideia dos entrevistados vai, de certo modo, ao encontro do que defendem Santos *et al.* (2010: 54), ao afirmarem que a comunicação necessária para o efetivo trabalho em equipa também pode ser “promovida em plataformas Web para facilitar a entrada de dados, análise e consulta de relatórios”.

Por sua vez, todos os entrevistados, exceto um, referem que a interdisciplinaridade acontece no momento das “Reuniões multidisciplinares”, e seis mencionam que prova dessa prática são também os “Planos de Intervenção Individuais”, uma vez que são elaborados através do contributo de todos os profissionais envolventes, das diversas áreas interventivas.

Relativamente às reuniões multidisciplinares, a opinião dos profissionais converge com o apresentado na literatura, uma vez que, enfatizando o princípio da interdisciplinaridade, a RNCCI também incentiva à promoção da “participação ativa de todos os profissionais em reuniões de discussão de casos” (UMCCI, 2011: 30), e que Alves (2008, cit. por Ferreira, 2015: 203), Bernardo *et al.* (2010: 764), Ferreira (2015) e Santos *et al.* (2010), também consideram que a realização de reuniões multidisciplinares é reflexo da interdisciplinaridade, principalmente pelas relações comunicacionais (partilha de informações, opiniões, experiências, entre outros) que ocorrem nesses momentos, as quais são também necessárias para a eficácia da equipa.

No que diz respeito aos PII, é possível, igualmente, corroborar a matéria teórica, nomeadamente quanto a Scherer *et al.* (2013: 3208), os quais referem que na opinião de alguns profissionais, a interdisciplinaridade também se torna efetiva através da elaboração coletiva dos diagnósticos de saúde, da identificação de problemas em conjunto, da programação de ações, ou seja, da definição de “plano terapêutico comum”.

De acordo com quatro dos elementos estudados, os “Processo dos utentes em formato papel” são também uma forma de operacionalizar a interdisciplinaridade pois, assim como no *Gestcare*, neste tipo de processo arquivado em *dossiers* também constam dados, avaliações e registos multidisciplinares sobre os utentes, os quais podem ser acedidos por qualquer elemento da equipa, como descrito também pela UMCCI (2011). Esclarecendo, de acordo com a literatura (não abordada anteriormente), nos processos individuais de cada utente devem constar, por exemplo: a “Identificação e contacto do médico assistente da unidade ou do ambulatório”; a “ Identificação e contacto do Gestor de Caso da unidade ou da equipa prestadora”; o “Plano individual de intervenção”; “Registos diários relativos à evolução do estado de saúde do utente”; “Nota de alta” (apenas após a saída utente da Unidade); “Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados, ou relatórios dos mesmos”, entre outros (UMCCI, 2011: 23).

Quanto às subcategorias “Acolhimentos” e “Reuniões com utentes e/ou familiares”, identificadas por sete e cinco profissionais respetivamente, as mesmas surgem pelo facto de nestes momentos participarem profissionais de algumas das áreas de intervenção, o que, na opinião destes profissionais, é reflexo da prática interdisciplinar.

Na verdade, Nunes *et al.* (2010: 173-174) também consideram que intervir de forma interdisciplinar conduz a um melhor “acolher, perceber-sentir e cuidar a pessoa”, e Scherer *et al.* (2013: 3208) afirmam que alguns profissionais indicam que a interdisciplinaridade se torna efetiva nos atendimentos coletivos e na partilha de conhecimentos para estes atendimentos, caracterizando-se também pela necessidade dos utentes em participarem nas decisões acerca do seu processo de intervenção. Neste contexto, Spruyt (2011) acrescenta que a partilha de informações inerente à prática interdisciplinar também pode ocorrer nas conferências com os familiares.

Quatro entrevistados revelam que também através dos “Contactos informais entre os profissionais” é possível verificar a interação e integração entre as diversas disciplinas, pois sempre que necessário, em qualquer circunstância e não somente nos momentos formais em

que se encontram, os profissionais trocam ideias, informações e solicitam apoio relativamente a determinadas questões, sendo que um profissional considera que a interdisciplinaridade é visível nos próprios espaços físicos da Unidade, uma vez que existem materiais e locais comuns utilizados para diferentes intervenções disciplinares.

Recordando a revisão da literatura realizada na presente dissertação, é possível aferir que a ideia de alguns elementos da amostra estudada converge com as teses de Ferreira (2015), Santos *et al.* (2010) e Spruyt (2011), pois estes autores defendem que o intercâmbio de informações e opiniões e a discussão de determinados assuntos, necessários à operacionalização da interdisciplinaridade também podem ocorrer através do estabelecimento de contactos informais entre os profissionais. Por sua vez, importa referir que Nancarrow *et al.* (2013) e Ferreira (2015) também são apologistas de que a prática interdisciplinar ocorre e é eficaz na existência de recursos materiais que permitam a integração das diferentes disciplinas.

De um outro modo, dois dos profissionais estudados revelam que através do “Contacto com os utentes” também apreendemos a existência da interdisciplinaridade, na medida em que dialogando com eles se consegue perceber que o outro profissional de determinada área já abordou e/ou tratou certo assunto, e que através deste contacto pode ser necessário solicitar a presença de outro profissional para esclarecer certas questões que não dizem diretamente respeito ao que iniciou o diálogo, ou para atenuar alguma situação mais complexa que possa surgir através dessa abordagem ao utente.

Concluindo, um dos elementos da amostra referiu ser possível verificar a prática interdisciplinar nas “Atividades de vida diárias dos utentes”, uma vez a que “o dia-a-dia do utente está planificado segundo as áreas profissionais que intervêm com aquele utente” (p. J); enquanto também um menciona que o mesmo sucede no “Planeamento de altas” pois para que a alta seja efetiva, é necessário que exista integração entre as diferentes áreas e que cada profissional dê o seu parecer sobre a situação do utente em cada contexto de intervenção; e dois profissionais consideram que a prática interdisciplinar também acontece na “Sinalização para outros profissionais”, isto é, quando é detetada a necessidade de intervenção por parte de uma área distinta, sendo necessário informar e solicitá-la ao colega de equipa.

Ainda assim, importa mencionar que, de certa forma, a definição de preparação de alta pela UMCCI (2011), também faz alusão à interdisciplinaridade que ocorre neste processo, pois o planeamento não se cinge apenas à continuidade de cuidados numa vertente mas nos dois

âmbitos: saúde e social. De outro modo, salienta-se que somente assimilando, compreendendo e respeitando as funções dos profissionais de áreas distintas – o necessário à efetivação da interdisciplinaridade (Costa, 2007) – será possível proceder à correta sinalização de utentes para intervenção de outros profissionais.

No que diz respeito ao “Papel atribuído ao Assistente Social no processo de intervenção” (Anexo 58), segunda categoria do tema abordado no presente subcapítulo, o mesmo é descrito através da identificação de dez subcategorias.

A primeira, designada por “Mais-valia no processo de intervenção”, foi referida pela grande maioria dos entrevistados, ou seja, estes treze profissionais consideram que o Assistente Social assume um papel bastante relevante no processo de reabilitação dos utentes no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados, de tal modo que um afirma que “estas unidades não poderiam existir se não houvesse o serviço social” (p. J).

Nesta linha, doze profissionais adiantam que o técnico de serviço social contribui significativamente e é fundamental no processo de “Planeamento da alta”, começando a abordar este assunto desde o ingresso dos utentes na Unidade e dando continuidade durante todo o período de internamento, procurando e informando os utentes e seus cuidadores acerca das respostas sociais existentes, para que, aquando da alta, os utentes possam beneficiar dos cuidados e apoios de âmbito social necessários ao seu bem-estar no domicílio.

Assim, cinco entrevistados especificam ainda que a importância do Assistente Social está relacionada com a prestação de “Apoio psicossocial”, tanto aos utentes como aos seus cuidadores, no sentido de os informar e encaminhar para determinados serviços para que possam solicitar e adquirir certos recursos de apoio social (institucionais, económicos, etc).

A subcategoria “Diagnóstico social” foi referida por sete profissionais, na medida em que consideram que a análise e descrição acerca do contexto social do utente (exemplo: relações familiares e barreira arquitetónicas da habitação), efetuada pelo técnico de serviço social é de extrema importância no processo de reabilitação.

Por sua vez, a quinta subcategoria identificada, diz respeito à “Mediação entre a família e a equipa”, pois quatro profissionais consideram que o Assistente Social assume este papel, enquanto a subcategoria “Rotatividade de utentes” surge com base na resposta de um profissional que revela, de certo modo, que mediante a intervenção deste técnico, é mais fácil efetivar altas e, posteriormente, ingressarem novos utentes nas Unidades.

De outro modo, um profissional menciona também que a “Prorrogação de internamento” também é, por vezes, competência dos Assistentes Sociais, assim como participar no momento do “Acolhimento” aos utentes, como afirma outro elemento da amostra.

Segundo sete entrevistados, particularmente através da elaboração e partilha de informação face ao diagnóstico social dos utentes (acima abordado), o assistente social contribui para o desenvolvimento da própria interdisciplinaridade, uma vez que o fornecimento desses dados aos restantes profissionais conduz à integração entre as disciplinas, de tal forma que pode influenciar a definição das intervenções por parte das outras áreas disciplinares.

Quanto ao estabelecimento de “Contactos com a comunidade”, designadamente com outros serviços de saúde e de apoio social, apenas um profissional referiu que essa função compete ao técnico de serviço social.

Finalizando, é possível aferir que, de uma forma generalizada, os profissionais entrevistados reconhecem as principais funções do Assistente Social na Rede ou na tipologia de Unidade onde intervém (UMDR), pois de acordo com a DGS, estes técnicos colaboram na “preparação da continuidade dos cuidados” DGS (2006: 9); prestam apoio psicossocial ao utente e/ou a seus familiares/cuidadores; devem proceder à “recolha de informação sobre a situação” (DGS, 2006: 7) de cada utente e à “avaliação dos factores psicossociais interferentes na saúde de pessoas, grupos e comunidades” (DGS, 2006: 5) e “dos factores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação” (DGS, 2006: 5); “Promover a manutenção, o reforço ou o restabelecimento das relações interpessoais do doente com a equipa, a família e as redes de sociabilidades” (DGS, 2006: 6); contribuir para “a rentabilização dos recursos de saúde e sociais próprios de cada Unidade de Internamento” (DGS, 2006: 9); participar no momento dos acolhimentos; recolher “referências junto de todos os outros elementos da equipa” (DGS, 2006: 10) e partilhar “informação de âmbito (...) psicossocial” (DGS, 2006: 11); e ainda mobilizar e promover a articulação com os serviços comunidade, no sentido de conseguir respostas adequadas às necessidades dos utentes.

2.9. PERCEÇÃO SOBRE O DESEMPENHO INDIVIDUAL

O tema “Perceção sobre o desempenho individual” inicialmente era constituído por apenas uma categoria, designada por “Principais funções na prestação de cuidados”, uma vez que, no sentido de *“caraterizar o modo de operacionalização da interdisciplinaridade desenvolvido*

pela equipa”, foi questionado aos profissionais quais as suas principais funções na prestação de cuidados. Contudo, ao analisar estas respostas foi ainda possível identificar outras duas categorias, as quais consistem nas “Dificuldades sentidas na prestação de cuidados” e nas “Estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas na prestação de cuidados”.

A categoria “Principais funções na prestação de cuidados” (Anexo 59) é constituída por dezoito subcategorias, as quais são expostas de seguida.

A primeira, intitulada “Cuidados técnicos” foi identificada com base na resposta de sete profissionais, os quais especificam as suas ações, relacionadas por exemplo, com a preparação e administração da medicação, o tratamento de feridas alterando os pensos, e com o controlo da tensão arterial e/ou da falta de ar dos utentes.

De outro modo, três dos entrevistados referem que comunicar com os utentes, dialogar e escutá-los também é uma das funções, enquanto quatro mencionam serem responsáveis por algumas das “Atividades de Vida Diárias” dos utentes, nomeadamente ao nível da higiene pessoal, da alimentação e até dos seus momentos de lazer.

Relativamente à subcategoria “Apoio psicossocial”, um profissional considera que, embora não seja assistente social, por vezes assume um pouco esse papel, sendo que seis elementos também afirmam prestarem “Apoio psicológico”, principalmente, aos utentes, destacando-se o relato de um destes que adianta que presta igualmente este tipo de apoio aos restantes profissionais que se encontram na prestação direta de cuidados, pelo *stress* que daí advém.

Por sua vez, seis profissionais referem que as suas funções estão relacionadas com a reabilitação dos utentes, agindo no sentido de os ajudar a desenvolverem determinadas competências para se tornarem o mais autónomos e saudáveis possíveis.

Segundo um terço da amostra estudada, para além de intervirem diretamente com os utentes, também é de sua competência prestar apoio aos seus familiares/cuidadores, particularmente a nível psicológico e informando-os acerca da realidade do utente durante o internamento.

Neste âmbito, quatro dos entrevistados apontam como sendo suas funções o estabelecimento de relações, sendo possível aferir dois tipos: com os próprios colegas de equipa e/ou com os utentes.

Seis profissionais revelam também que lhes compete proceder a determinadas avaliações relativamente aos utentes, tornando-se importante referir que cada um mencionou um tipo: avaliação psicológica; avaliação face às capacidades comunicacionais; avaliação face aos

sentimentos e necessidades; avaliação de necessidade de intervenções invasivas; avaliação de sinais vitais; e avaliação global do seu estado de saúde.

No que diz respeito à subcategoria “Plano de Intervenção Individual”, três profissionais consideram que uma das suas competências é participar na elaboração deste documento, enquanto no que se refere à “Mediação”, dois entrevistados afirmam assumir o papel de mediadores, um entre todos os elementos da equipa multidisciplinar, e outro entre a equipa de enfermagem (que não participa, por exemplo, nas reuniões de equipa) e a restante equipa multidisciplinar.

Ainda assim, dois profissionais revelam ter a função de motivar os utentes; um de os aconselhar sobre estratégias para ultrapassarem as suas dificuldades; e três de participarem no planeamento das altas.

Concluindo, foram também identificadas como funções de alguns dos entrevistados: a “Gestão de conflitos” entre os próprios profissionais ou com as famílias dos utentes (referida por um profissional); a organização da “Burocracia” exigida pela Rede (mencionada por dois profissionais); a “Gestão de consultas” dos utentes (também afirmada por dois profissionais); e a efetivação de uma “Intervenção biopsicossocial” (indicada por três profissionais).

Não sendo possível comparar cada ponto dos dados acima descritos com a revisão de literatura, uma vez que as especificidades das intervenções de cada profissional não consta como objetivo primordial da presente dissertação, neste âmbito importa apenas referir que mediante os resultados aferidos relativamente à categoria abordada, se denota a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicossocial enfatizados no novo paradigma na prestação de cuidados, que é a RNCCI, e descritos anteriormente com base nas comunicações da DGS (2006), do Ministério da Saúde e MTSS (2006), da UMCCI (2007, cit. por Silva, 2010) e da UMCCI (2013).

No que diz concerne às “Dificuldades sentidas na prestação de cuidados” (Anexo 60), correspondem oito subcategorias, ou seja, foram identificados oito «obstáculos».

A primeira, “Rácio profissionais/utentes”, surge pelo facto de seis profissionais considerarem que face ao número de utentes internados nas unidades deveriam existir mais profissionais na prestação direta de cuidados, nomeadamente enfermeiros, animadores socioculturais e fisioterapeutas. Face a esta dificuldade, a ERS (2015: 120) que, na realidade, uma das regiões onde o rácio “de médicos e enfermeiros (afetos a cuidados continuados e paliativos) por habitantes” é inferior ao nível nacional, é Lisboa e Vale do Tejo.

Neste contexto, quatro profissionais revelam que nem sempre é fácil gerir o tempo das intervenções, por causa, efetivamente, do número reduzido de profissionais relativamente ao de utentes; do tempo que requer a preparação de determinadas atividades interdisciplinares benéficas a desenvolver com os utentes; e pelo facto de existir alguma disparidade no que concerne ao tipo de necessidades dos utentes, uma vez que alguns requerem mais tempo que outros, existindo, de certo modo, alguma desigualdade nos cuidados, segundo um destes entrevistados.

Por outro lado, um dos elementos afirma que, por vezes, existe alguma dificuldade por parte dos profissionais em estabelecer relação com as famílias/cuidadores dos utentes, enquanto outro refere que “As próprias funções” também constituem uma dificuldade na prestação de cuidados, pois nem sempre é possível proporcionar aos utentes a melhor e mais adequada resposta mas sim a possível, dentro do que é da competência dos profissionais das Unidades.

Assim, um profissional revela que outra das limitações tem a ver com os “Recursos materiais”, particularmente com o facto de não ser permitido aos profissionais “acrescentar mais uma camita ou outra...” (p. F).

Quanto à antepenúltima subcategoria, “Gestão de expetativas e exigências”, dois profissionais afirmam que os utentes e/ou seus cuidadores, por vezes, são bastante exigentes e apresentam expetativas elevadas face ao processo de reabilitação, cabendo aos profissionais responsáveis por essas áreas, desmistificarem-nas, tarefa algo difícil.

Por fim, é de referir que as dificuldades relativas à existência de “Conflitos” com utentes (por vezes, pelo extenso período de internamento) foram mencionadas por apenas um dos entrevistados, assim como a dificuldade referente aos “Profissionais especializados”, que destaca a necessidade de existirem, particularmente, mais enfermeiros especialistas na área da reabilitação.

No sentido de tentar ultrapassar determinadas dificuldades que sucedem no cuidar, alguns profissionais identificaram estratégias, as quais constituem uma das categorias do tema abordado no presente subcapítulo da dissertação. Contudo, é de referir que relativamente às “Estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas na prestação de cuidados” (Anexo 61), foram identificadas quatro subcategorias: “Feedback do utente e da família”; “Gestão do tempo de intervenção de cada área”, “Motivação”; e “Negociação”.

Especificando, um profissional considera que uma das estratégias está relacionada com o facto de ser solicitado ao utente e/ou aos seus cuidadores que os informem sempre que

acharem algum aspeto menos positivo durante o internamento, para que a equipa o possa corrigir.

Por outro lado, um dos entrevistados refere ser importante que os profissionais tenham capacidade de gerir o seu tempo de intervenção de maneira a não prejudicarem quer o utente (por excesso ou privação de atividades), quer os próprios colegas que também intervêm nesse processo.

Quanto à terceira subcategoria, a mesma surge mediante a resposta de um profissional que considera relevante motivar os utentes para que colaborem na sua própria reabilitação; e relativamente à última, um dos elementos da amostra afirma ser necessário negociar com o utente e/ou seus cuidadores ao longo de todo o internamento pois as opiniões destes devem ser escutadas e respeitadas (enquanto elementos integrantes de todo o processo), e nem sempre existe consenso face às intervenções.

Concluindo, importa referir que não tendo sido possível encontrar um meio de comparação literário relativamente às dificuldades na prestação de cuidados percecionadas pelos profissionais das unidades de internamento da RNNCI e, conseqüentemente, às estratégias para as ultrapassar, não fora efetuada qualquer anotação comparativa na análise das duas últimas categorias.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A realidade atual com que nos deparamos, principalmente a nível nacional e na região de Lisboa e Vale do Tejo, evidencia uma sociedade cada vez mais envelhecida, que reflete um acréscimo da esperança média de vida. No entanto, embora presentemente exista a possibilidade de os indivíduos viverem durante um período de tempo mais alargado, devido ao progresso das ciências e da medicina, não significa que vivam com qualidade, uma vez que, tendem a surgir e prevalecer declínios normais do envelhecimento (a nível físico, psicológico/cognitivo e social) e patologias crónicas, podendo comprometer a sua autonomia e independência, o que requer, frequentemente, apoio por parte dos familiares e/ou das estruturas da comunidade.

Considerando estes aspetos e as transformações que têm sucedido na prestação de apoio informal aos idosos e aos mais vulneráveis (com a crescente inclusão da mulher no mercado de trabalho), torna-se crucial incrementar políticas e medidas que promovam o desenvolvimento e a melhoria dos serviços de apoio formal, nomeadamente nos âmbitos da saúde e da área social, incluindo, por exemplo, uma nova abordagem de cuidados integrados, centrada no utente e de intervenção multi e interdisciplinar, que atenda ao «todo» da pessoa, às suas dimensões bio-psico-sociais, proporcionando-lhe respostas adequadas às suas necessidades globais. Segundo a ERS (2015: 1), “perspetiva-se que a procura por cuidados continuados e paliativos aumente nos próximos anos (...) especialmente em Portugal”.

Em Portugal, a aposta em medidas inovadoras neste contexto, iniciou-se no ano de 2006, com a implementação da RNCCI, considerada, então, um novo paradigma no cuidar, principalmente por prover a garantia “da prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” – integrando diversas tipologias de unidades de internamento e equipas domiciliárias –, e por promover uma intervenção assente nos princípios da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, sendo assim prestados cuidados de saúde e de apoio social (Ministério da Saúde e MTSS, 2006: 3858).

Nesta linha, o objeto da presente investigação prende-se com a importância da interdisciplinaridade no cuidar, pelo que se procurou conhecer as perceções de quem intervém em serviços de prestação de cuidados integrados que preconizam uma abordagem interdisciplinar, particularmente dos profissionais da equipa de cuidados continuados integrados da UMDR da UCCI *Manuel Fanha Vieira – Provedor*, mediante a realização de entrevistas e de observação direta.

Terminado o estudo verifica-se que foi possível alcançar respostas relativamente a todos os objetivos específicos definidos para a sua concretização, expondo-se de seguida as principais conclusões e, conseqüente, algumas sugestões para futura análise.

No que concerne ao conceito-chave da investigação, “interdisciplinaridade”, comprovou-se alguma dificuldade na sua definição, pois a maioria dos profissionais confunde-o com o de multidisciplinaridade, atribuindo-lhes características comuns, considerando-os, de certa forma, como sendo sinónimos.

No entanto, quanto ao modelo de intervenção mais adequado no cuidar, todos os entrevistados reconhecerem a importância e a necessidade de se intervir mediante o modelo biopsicossocial, que coloca a sua ênfase no utente, enquanto ser biológico, psicológico e social, declara a interligação entre estas três dimensões e a influência que assumem no processo saúde-doença e supõe a participação ativa destes na promoção e reabilitação da saúde, conduzindo a uma melhoria dos resultados neste âmbito. Recordemos que a realidade contemporânea dos profissionais e dos doentes revela que através da intervenção com base no modelo biomédico não é possível responder de forma adequada às suas necessidades (Amorim, 2009). Através destas declarações apreendemos também que os profissionais defendem, de certo modo, o atual conceito de saúde definido pela OMS, que engloba o “bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades” (Lopes *et al.*, 2012: 26).

Após esclarecimento (distinguindo os dois conceitos) acerca do que consiste, efetivamente, a interdisciplinaridade, os profissionais, de forma generalizada, enaltecem a sua operacionalização, na medida em que consideram que existindo uma abordagem holística e intervenção integrada por parte de diferentes áreas disciplinares, todas as dimensões do utente serão cuidadas, que os objetivos definidos para os utentes serão mais facilmente atingidos e com maior eficácia e que, através desta prática, é facilitado o conhecimento das necessidades integrais dos utentes, obtendo-se melhores resultados em saúde e intervenções individuais e coletivas, resultantes da interdependência de funções aqui preconizada.

De acordo com os profissionais constituintes da amostra, existem diversas condições e princípios que conduzem a uma maior e melhor interação e integração entre as diferentes áreas disciplinares e, conseqüentemente, a melhores intervenções e resultados em saúde, verificando-se nestas perspetivas convergências significativas com o exposto no enquadramento teórico e outras diferentes. Neste sentido, o estabelecimento de objetivos, a elaboração de planos de intervenção, o trabalho em prol de objetivos comuns, a existência de consenso e de uma comunicação eficaz entre os profissionais, a realização de reuniões de equipa, a detenção de conhecimentos técnicos por parte dos profissionais, a intervenção baseada na abordagem biopsicossocial e centrada no

utente, o espírito de entreajuda no seio da equipa, a existência de recursos materiais adequados e a capacidade em aceitar opiniões divergentes, são condições que propiciam a eficácia de uma equipa interdisciplinar na saúde, assim como o respeito face aos colegas de equipa e aos utentes, a humildade, a valorização recíproca e a coesão no seio da equipa, a existência de ética e honestidade.

Deste modo, aferiu-se que os profissionais atribuem uma valorização acrescida relativamente à interdisciplinaridade no cuidar.

Os utentes beneficiam de alguns ganhos quando as intervenções a que são sujeitos são realizadas interdisciplinarmente, pois através da integração entre as diferentes áreas disciplinares são cuidados no seu todo, isto é, consoante as suas características a nível biológico, psicológico e social, pois todos os profissionais ficam a conhecer as suas necessidades nas diversas vertentes, adequando e interligando as suas ações nesse sentido. Assim, torna-se também mais fácil que sejam atingidos os objetivos definidos para a sua reabilitação, que esses resultados de saúde sejam mais positivos e que no utente surja um maior sentimento de segurança face aos profissionais.

Relativamente às limitações da prática interdisciplinar na recuperação dos utentes, apenas três profissionais não identificaram qualquer uma. No entanto, face às restantes denota-se, novamente, alguma dificuldade na perceção do que consiste a prática interdisciplinar, pois se sucederem algumas das situações referidas no seio da equipa é porque a interdisciplinaridade não é efetiva. Neste sentido, podemos considerar que algumas das limitações indicadas não são provocadas pela intervenção interdisciplinar mas constituem-se como fatores provenientes do trabalho multidisciplinar que podem comprometer a recuperação plena dos utentes. Como verificamos na dissertação, existindo uma verdadeira e eficaz prática interdisciplinar, os profissionais deveriam: aceitar opiniões divergentes; encontrar um consenso face a determinada questão; comunicar entre si; respeitar-se mutuamente; não se preocupar demasiado com o seu ego profissional mas com os resultados da equipa; compreender as vantagens deste tipo de intervenção; reconhecer os benefícios de atividades interdisciplinares; constituir um grupo coeso; reconhecer e assimilar a importância da intervenção de todas as áreas; não deixar que os conflitos intragrupais influenciem a prestação de cuidados; e deter competências técnicas e profissionais para saber bem acolher e lidar com os utentes. Porém, admite-se uma das limitações referidas, nomeadamente a relacionada com a “gestão do tempo” por parte da equipa, pois ainda os profissionais tentem gerir, conjuntamente, as atividades da melhor maneira para proveito dos utentes, sendo sujeitos a intervenções de diversas áreas, estes podem não ter capacidade para aproveitar os benefícios de cada uma.

Relativamente a esta limitação, no sentido de melhorar o aproveitamento de tempo e de melhores intervenções, sugere-se a realização de atividades multidisciplinares que promovam o desenvolvimento de competências e capacidades dos utentes em diferentes vertentes, sendo necessário para tal, uma preparação antecipada por parte dos profissionais das áreas envolvidas. Por exemplo, no caso de doentes com afasia, em que se verifica uma necessidade de estimulação das funções da atenção, da memória, da perceção e das funções mentais da linguagem, é possível uma intervenção complementar das áreas da psicologia, terapia ocupacional e terapia da fala, realizada em sessões de grupo com esses mesmos doentes.

Assim, podemos concluir que, na perspetiva dos profissionais, a prática interdisciplinar apresenta mais vantagens do que desvantagens na recuperação dos utentes.

Procurando-se descrever as repercussões que a interdisciplinaridade origina no desempenho individual de cada profissional da equipa, aferiram-se alguns benefícios e inconvenientes. Mediante a intervenção interdisciplinar, os profissionais sentem-se mais seguros e «resguardados» pelo facto de algumas decisões face aos utentes serem tomadas em equipa, existindo uma partilha de responsabilidades. Consideram que as próprias intervenções individuais podem ser mais positivas pela articulação com outras áreas e o intercâmbio de ideias e informações que ocorre entre si, que esta integração lhes permite desenvolverem-se pessoal e profissionalmente, e que se torna também mais fácil a resolução de conflitos com os utentes e/ou seus cuidadores. Noutra perspetiva, as desvantagens da interdisciplinaridade no desempenho individual encontram-se relacionadas com a frustração que pode surgir pelo facto de uma ideia pessoal não ser aceite na equipa; com a ocorrência de conflitos que podem gerar algum «mal-estar» no seio do grupo; a limitação do período de cada atividade originada pelas diversas necessidades dos utentes que requerem intervenções de várias áreas; o tempo que algumas ações interdisciplinares exigem para a sua concretização; a desmotivação proveniente da falta de reconhecimento de profissionais de outras áreas que por não compreenderem a relevância de determinadas ações limitam a sua realização; e com a dificuldade em delimitar e assimilar a diferença de competências.

Como afirmado anteriormente, a comunicação assume um papel crucial no desenvolvimento da interdisciplinaridade, uma vez que promove a eficácia da equipa; conduz ao consenso necessário entre os seus elementos; permite a compreensão mútua entre as diferentes áreas relativamente à importância das funções de cada uma e, conseqüentemente, a complementaridade entre si; proporciona o intercâmbio de informações sobre os utentes e de opiniões face a determinadas questões; facilita o estabelecimento de relações favoráveis entre os profissionais; contribui para uma melhor avaliação do desempenho coletivo; e possibilita evitar a ocorrência de conflitos. Neste âmbito, compreende-se a perspetiva dos profissionais quanto à importância da comunicação

na prática interdisciplinar, evidenciando-se a realização de reuniões multidisciplinares, enquanto promotoras da melhoria da comunicação no seio da equipa.

De acordo com a literatura e a maioria dos profissionais entrevistados, o estilo comunicacional assertivo deve ser o imperante quer na prestação de cuidados, quer no desenvolvimento da interdisciplinaridade, sendo também este o prevalecente na amostra estudada. Embora exista alguma divergência entre os resultados das entrevistas e os da observação, isto é, entre os estilos pessoais prevalecentes identificados pelos próprios profissionais e os aferidos por meio da observação nas reuniões multidisciplinares, conclui-se, de facto, que o estilo pessoal predominante no seio da equipa alvo de investigação é o assertivo.

A RNCCI é considerada um novo paradigma na prestação de cuidados, particularmente por ser um modelo pioneiro e inovador em Portugal, que possibilita aos utentes em situação de dependência usufruírem de uma continuidade de cuidados integrados (de saúde e apoio social) em unidades de internamento ou no domicílio, devendo as intervenções serem baseadas na abordagem biopsicossocial e centrada no utente e nos princípios da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade, aspetos que contribuem para uma maior eficácia, melhores resultados. Ainda assim, outros fatores que contribuem para esta perspetiva estão associados às exigências específicas que a Rede impõe relativamente à realização de reuniões multidisciplinares e dos acolhimentos, à elaboração e reavaliação dos PII (assentes nas expetativas do utente e família), à construção dos objetivos que têm de se definir (e procurar alcançar) para o processo de reabilitação dos utentes, à integração da família/cuidadores no processo de recuperação dos utentes, à forma (prévia) como devem ser preparadas as altas e à obrigatoriedade de preenchimento dos campos de registo e instrumentos presentes no aplicativo informático da Rede – *Gestcare* –, o qual também se constitui como uma «caraterísticas» deste novo paradigma, por ser exclusivo nos seus serviços e por só poder ser acedido por profissionais que atuem o seu âmbito. Por outro lado, também o facto de a RNCCI – dispor de diversas valências de cuidados – contribuir para a diminuição do período de internamento nos hospitais de agudos, permitir o estabelecimento de relações mais próximas com os utentes (comparando com outros serviços de saúde) e facilitar a gestão do tempo de prestação de cuidados, favorecendo um maior diálogo com os utentes, conduzem à caracterização da Rede como um modelo organizacional «revolucionário» no contexto dos serviços de saúde. A RNCCI é, então, considerada como uma mais-valia na prestação de cuidados.

No que concerne à operacionalização da interdisciplinaridade na RNCCI, aferiram-se a existência de alguns documentos, de espaços de intervenção e a realização de diversas atividades. Especificando, as notas de alta, os PII e os processos dos utentes em formato papel são

considerados como modos de operacionalizar a interdisciplinaridade, assim como a existência de espaços físicos comuns que permitem o desenvolvimento de intervenções de diferentes áreas profissionais. No entanto, a prática interdisciplinar na Rede encontra-se também «refletida» no *Gestcare* (através dos registos que os profissionais das diferentes áreas devem inserir e aos quais todos podem aceder), nos contactos informais com os utentes (agindo com base nas decisões da equipa e/ou compreendendo que outro profissional já abordou certo assunto) e com os colegas da equipa (pela partilha de ideias e informações necessários à interdisciplinaridade), na sinalização de utentes para avaliação e intervenção de outras áreas disciplinares, nas atividades de vida diárias dos utentes (o período de intervenção diário de cada área é definido conjuntamente e influencia a organização do dia-a-dia dos utentes), na realização dos acolhimentos, de conferências familiares e de reuniões multidisciplinares, e no planeamento dos cuidados e das altas. Nesta linha, é de sublinhar que o mesmo se constatou através da observação nas últimas quatro atividades acima referidas, ou seja, que os acolhimentos, as reuniões com as famílias e seus cuidadores, as reuniões de equipa e a elaboração do plano de cuidados consistem em formas de operacionalização da interdisciplinaridade e momentos fundamentais no processo de reabilitação dos utentes.

Por sua vez, no que diz respeito às principais funções individuais na prestação de cuidados, destaca-se a ilação de que, de facto, na Rede e, particularmente na unidade contexto de investigação, são prestados cuidados de saúde (cuidados técnicos, apoio nas atividades de vida diárias e na reabilitação, apoio psicológico) e de apoio social (apoio psicossocial, apoio familiar, estabelecimento de relações, mediação interpessoal), existindo uma intervenção biopsicossocial. Contudo, nesta parte é de salientar que alguns profissionais referiram exercer algumas ações que não são especificamente de sua competência (por exemplo, vários afirmam prestar apoio psicológico), o que suscita a dúvida se existirá alguma confusão face às funções ou se este aspeto é reflexo da integração das disciplinas, em que um profissional adequa as suas intervenções de acordo com as indicações do outro de área distinta.

Neste âmbito, importa também salientar algo que foi abordado no enquadramento teórico e que não foi pronunciado por nenhum profissional em momento algum das entrevistas, as questões da liderança. É certo que nenhuma das perguntas abordava especificamente esse tema mas ainda assim, dado que a investigação se relaciona com o trabalho em equipa, seria natural que os profissionais a referissem. Querirá isto dizer que, efetivamente, existe uma liderança partilhada no seio da equipa estudada? Fica a questão e a sugestão de serem desenvolvidos estudos sobre esta temática, mais precisamente acerca da forma como é estabelecida a liderança em contextos de saúde onde existe interdisciplinaridade.

Através da presente investigação revela-se, então, que a saúde é um campo de “intervenção interdisciplinar” (Ferreira, 2015: 15), tornando-se indispensável que os profissionais ajam “em articulação e complementaridade” (Ferreira, 2015: 143), “a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde doença” (Almeida & Mishima, 2001, cit. por Teixeira, 2011: 39).

No entanto, parece que a prática interdisciplinar se encontra mais cogitada do que efetivada (Costa, 2007), possivelmente devido às limitações dos estabelecimentos de ensino que continuam a não incluir nos conteúdos lecionados uma abordagem significativa sobre a intervenção interdisciplinar na saúde (Costa, 2007; Almeida *et al.*, 2012; Scherer *et al.*, 2013). Assim, revela-se primordial que ocorram reformulações no ensino e formação, essencialmente “no sentido de valorizar a interdisciplinaridade como estratégia de aquisição de suporte conceitual e prático para a formação de profissionais de saúde que possam ver o paciente como um ser integral” (Souza & Pitanguy, 2008: 387), “de maneira a obter efeitos imediatos na qualidade das futuras gerações de profissionais de saúde das diferentes áreas” (Almeida *et al.*, 2012: 120).

Neste contexto, embora Elston & Holloway (2001, cit. por Nancarrow *et al.*, 2013: 3) refiram “que uma cultura interdisciplinar só poderá ser possível à medida que novas gerações de profissionais de saúde entrem no mercado de trabalho”²⁸, não deve deixar de se reformular, igualmente, a formação dos profissionais que se encontram no contexto prático de intervenção (Pereira *et al.*, 2011) para que os profissionais reconheçam os seus benefícios e efetivem a interdisciplinaridade nos seus contextos de trabalho (Nunes *et al.*, 2010; Menezes & Yasui, 2012; Pereira *et al.*, 2011). Neste âmbito, mesmo reconhecendo que a mudança de uma conceção biomédica sobre a saúde para uma conceção biopsicossocial é complexa, sugere-se a realização de ações de formação, por exemplo, sobre os benefícios da interdisciplinaridade na saúde e a importância da intervenção de cada área disciplinar no processo saúde-doença. Afinal, como refere Costa (2007: 112): “Ser interdisciplinar é se arriscar na busca do novo”.

Atendendo que “a melhor maneira de cuidar de pessoas que estão doentes” é através de uma intervenção integrada” (Belloch & Olabarria, 1993, cit. por Pereira *et al.*, 2011: 526), que este modelo “pode em breve tornar-se o padrão de prestação de cuidados de alta qualidade”²⁹ (Tuggey & Lewin, 2014: 142), evidencia-se a implementação de mais serviços da RNCCI e de outros idênticos, que atuem de acordo com as suas diretrizes.

²⁸ “*that interdisciplinary culture may only be possible as the new generations of healthcare professionals enter the workforce*” (Elston & Holloway, 2001, cit. por Nancarrow *et al.*, 2013: 3)

²⁹ “*may soon become the standard to deliver high quality care*” (Tuggey & Lewin, 2014: 142).

Em jeito de conclusão, refletindo, principalmente sobre os aspetos acima abordados, importa referir que é possível corroborar a hipótese que se constituiu como elemento orientador da investigação, que “*A interdisciplinaridade no âmbito da saúde, quando entendida de forma integrada pelos profissionais, pode ser benéfica na prestação de cuidados e na gestão do trabalho de cada profissional*”!

Independentemente da sua morosidade (pelo elevado tempo exigido para a análise dos dados, normal dos métodos de recolha utilizados) e das dificuldades, ainda que pouco significativas, que ocorreram durante a sua realização (relacionadas com o agendamento das entrevistas que, por motivos profissionais dos entrevistados, foram algumas vezes alteradas e com a imprevisibilidade da hora concreta da realização dos acolhimentos, visto que a entrada dos utentes pode suceder na UMDR durante o período todo da manhã), crê-se que a presente dissertação contribui para a compreensão da interdisciplinaridade como uma mais-valia no cuidar, não apenas pelos resultados que se repercutem nos utentes mas também pelas consequências positivas que pode originar na organização e eficácia do trabalho individual.

Nesta corrente, sugere-se a concretização de futuros estudos abordando esta temática, pois dado o carácter recente da Rede, poucas investigações têm sido realizadas sobre o trabalho em equipa e a prática interdisciplinar nesse contexto, realçando-se a tese de Paula António (2014), acerca da “*Perceção de profissionais de saúde relativamente ao trabalho em equipa, em Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*”.

Finalizando, e em jeito de nota pessoal, a realização da dissertação permitiu um maior enriquecimento e valorização a nível pessoal e profissional, pela aquisição de conhecimentos decorrente do estudo, o que refletir-se-á, com certeza, na qualidade das intervenções enquanto Assistente Social.

BIBLIOGRAFIA

A Região. In *Portal da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo*. Acedido a 2 de Janeiro de 2016 em <http://www.ccdr-lvt.pt/pt/a-regiao/7279.htm>.

ACSS (2014). Circular Informativa N° 23/2014/DRS/NFRNCCI/ACSS. In *Portal da Administração Central do Sistema de Saúde, IP*. Acedida a 30 de Dezembro de 2015 em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Informativa%20n%C2%BA%2023-2014.pdf>.

ACSS (2015). Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 1º Semestre 2015. In *Portal da Administração Central do Sistema de Saúde, IP*. Acedido a 30 de Dezembro de 2015 em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI_%201.%20BA%20Semestre%202015.pdf.

Almeida, M., Morais, R., Guimarães, D., Machado, M., Diniz, R. & Nuto, S. (2012, Janeiro-Março). Da Teoria à Prática da Interdisciplinaridade: a Experiência do Pró-Saúde Unifor e Seus Nove Cursos de Graduação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 1 (vol. 36), 119-126. Acedida a 16 de Julho de 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000200016&script=sci_arttext.

Amorim, M. (2009). *Para lá dos números... aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2*. Tese de doutoramento publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto (Área de Conhecimento – Saúde Mental). Acedida a 10 de Julho de 2015 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7211/2/Aspectos%20psicossociais%20e%20Qualidade%20de%20Vida%20do%20indivduo%20com%20Diabetes%20Mellitus%20tipo%202.pdf>.

António, P. (2014). Perceção de profissionais de saúde relativamente ao trabalho em equipa, em Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Dissertação de mestrado publicada, Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Área de conhecimento – Cuidados Continuados Integrados) Acedida a 15 de Janeiro de 2016 em [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5489/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20P%20Ant%C3%B3nio%20\(Vers%C3%A3o%20Final%20corrigida\).pdf?sequence=](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5489/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20P%20Ant%C3%B3nio%20(Vers%C3%A3o%20Final%20corrigida).pdf?sequence=).

Atkinson, L. & Murray, M. (1989). *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A. (Original publicado em 1985).

Ávila, O. (s/d). *Planeamento de Altas – Continuidade de Cuidados*. Acedido a 21 de Dezembro de 2015 em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/ApresentacaoDraOlgaAvila.pdf>.

Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.

Bernardo, A; Rosado, J. & Salazar, H. (2010). Trabalho em equipa. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (org.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2.ª edição – pp. 761-772). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Branco, F. & Farçadas, M. (2012). O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspetivas e Desafios. In Carvalho, M. (org.), *Serviço Social na Saúde* (pp. 1-23). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.

Carrondo, E. (2006). *Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Tese de doutoramento publicada, Universidade do Minho (Área de Conhecimento – Currículo e Supervisão em Educação Básica, Ramo de Estudos da Criança). Acedida a 10 de Julho de 2015 em [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6276/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENT O.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6276/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENT%20O.pdf).

Carvalho, M. I. (org.) (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.

Costa, R. P. (2007, Junho). Interdisciplinaridade e equipas de saúde: concepções. *Mental*, 8, 107-124. Acedida a 13 de Agosto de 2015 em <http://www.redalyc.org/pdf/420/42050808.pdf>.

Cunha, M. (2011). *Impacto Positivo do Acto de Cuidar no Cuidador Informal do Idoso: Um estudo exploratório nos domicílios do concelho de Gouveia*. Dissertação de mestrado publicada, Universidade de Lisboa (Curso de Mestrado Integrado em Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde). Acedida a 5 de Julho de 2015 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4334/1/ulfpie039519_tm.pdf.

Cunha, P.; Meneses, R. & Oliveira, M. (2013, Junho). Gestão de conflitos na área da saúde: uma proposta de reflexão. *Arquivos de Medicina*, 27 (n.º 3), 132-134. Acedida a 13 de Julho de 2015 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v27n3/v27n3a06.pdf>.

Cural, L. & Chambel, M. (2001). Processos de comunicação nas organizações. In Ferreira, J.; Neves, J. & Caetano, A. (org.), *Manual de Psicossociologia das Organizações* (pp. 357-375). Amadora: McGraw-Hill.

Direção-Geral da Saúde. (2006). *Manual da Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido a 16 de Julho de 2015 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008206.pdf>.

Duhamel, F. & Fortin, M. F. (1999). Os estudos de tipo descritivo. In Fortin, M. F. (org.), *O Processo de Investigação – Da concepção à realização* (pp. 161-172). Loures: Lusociência. (Original publicado em 1996)

Entidade Reguladora da Saúde. (Dezembro 2015). Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos. In Portal da Entidade Reguladora da Saúde. Acedido a 22 de Janeiro de 2016 em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_-_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf.

Equipas domiciliárias. (s/d). In *Portal da Administração Central do Sistema de Saúde*. Acedido a 20 de Dezembro de 2015 em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/OndeEstamos/tabid/1152/language/pt-PT/Default.aspx>.

Ferreira, J. (2014). Serviço social: profissão e ciência, contributos para o debate científico nas ciências sociais. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27 (2), 329-341. Acedido a 14 de outubro de 2015 em https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/9608/1/publisher_version_44782_79343_2_PB.pdf.

Ferreira, M., M. (2015). *Autonomia Profissional – Só um indivíduo autónomo terá sucesso!*. Espanha: Bubok Editorial.

Fortin, M. F. (1999). Métodos de amostragem. In Fortin, M. F. (org.), *O Processo de Investigação – Da concepção à realização* (pp. 201-214). Loures: Lusociência. (Original publicado em 1996)

Fortin, M. F.; Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. (Original publicado em 2006).

Fortin, M. F., Côté, J. & Vissandjée, B. (1999). A investigação científica. In Fortin, M. F. (org.), *O Processo de Investigação – Da concepção à realização* (pp. 15-24). Loures: Lusociência. (Original publicado em 1996)

Fortin, M.F., Grenier, R. & Nadeau, M. (1999). Métodos de colheita de dados. In Fortin, M. F. (org.), *O Processo de Investigação – Da concepção à realização* (pp. 239-265). Loures: Lusociência. (Original publicado em 1996)

Gil, A. P. (2007). Envelhecimento activo: complementaridades e contradições. *Fórum Sociológico.17 (III Série): 25-36*. Acedido a 5 de Julho de 2015 em <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/FS17-Art.3.pdf>.

Historial da SCME. In *Portal da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento*. Acedido a 10 de Dezembro de 2015 em http://www.scmnt.pt/conteudos/File/historia_scme_ii.pdf.

Instituto da Segurança Social, I.P.. (2014). Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Acedido a 15 de Julho de 2015 em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncii.

Lamela, D. & Bastos, A. (2012). Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. *Psicologia & Sociedade, 24 (3)*, 684-690. Acedido a 10 de Julho de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n3/21.pdf>.

Lopes, M., Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira C., Vieira, I., *et al.* (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro*. Évora: Escola Superior de Enfermagem São João de Deus & Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde. Acedido a 14 de Julho de 2015 em <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC1.pdf>.

Lopes, M. A., Ribeiro, A. R., Santo, I. E., Ferreira, F. & Frederico, L. (2012). Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar. In Carvalho, M. (org.), *Serviço Social na Saúde* (pp. 25-53). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.

Marco, M. A. (org.) (2007). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 2003).

Martins, J., Nascimento, E., Geremias, C., Schneider, D., Schweitzer, G., Neto, H. (2008). O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 10 (4)*, 1091-1101. Acedida a 22 de Janeiro de 2016 em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a22.pdf.

Menezes, M. & Yasui, S. (2013). A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (vol. 18), 1817-1826. Acedida a 10 de outubro de 2015 em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013001400032&script=sci_abstract&tlng=es.

Ministério das Finanças, Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2014). Portaria n.º 174/2014, de 10 de Setembro. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 174, 4865-4882.

Ministério das Finanças, Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2015). Portaria n.º 343/2015 de 12 de outubro: Cuidados continuados integrados pediátricos. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 199, 8815-8831.

Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1.ª série – A., n.º 109, 3856-3865.

Ministério da Saúde (2010). Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro: Unidades de Cuidados Continuados de Saúde Mental. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 19, 257-263.

Ministério da Saúde (2015). Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho: Primeira alteração ao Decreto -Lei n.º 101/2006, de 6 de junho e segunda alteração ao Decreto -Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro – Rede Nacional de Cuidados Paliativos. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 145, 5081-5091.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social & Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Acedido a 17 de Julho de 2015 em http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf.

Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. In *Portal da Human Resources for Health*. Acedido a 14 de Setembro de 2015 em <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/19>.

Neves, M. (2012, Dezembro). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Enfermagem Referência*, 8 (III série). Pp.125-134. Acedida a 10 de Julho de 2015 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a13.pdf>.

Nunes, E., Silva, L., Oliveira, J. & Oliveira, P. (2010). Refletindo o ‘Transpessoal’ humano – uma compreensão multidisciplinar em transversalidade com o estado da arte de ser. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (III série), 173-180. Acedida a 18 de Julho de 2015 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a18.pdf>.

Onde estamos (s/d). In *Portal da Administração Central do Sistema de Saúde*. Acedido a 18 de Dezembro de 2015 em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osRecursosSa%C3%BAdede/CuidadosContinuadosIntegrados/OndeEstamos/tabid/1152/language/pt-PT/Default.aspx>.

Pereira, M. (2010). *Dinâmicas e percepções sobre trabalho de equipa: Um estudo em ambiente cirúrgico*. Dissertação de mestrado publicada, Universidade da Beira Interior (Curso de Mestrado Integrado em Medicina), Covilhã. Acedida a 14 de Julho de 2015 em <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/tema.php?id=1f2d0a7c4b76bf84>.

Pereira, T., Barros, M. & Augusto, M. (2011, Julho-Dezembro). O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. *Mental*, 17, 523-536. Acedida a 16 de Julho de 2015 em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42023679002>.

Pinheiro, G., Kletemberg, D., Gonçalves, L., Pires, D., & Ramos, F. (2010, Outubro). Globalización y proceso de trabajo en salud: el desafío de la interdisciplinaridade. *Enfermería Global*, 20, 1-9. Acedida a 14 de outubro de 2015 em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300020&lng=en&nrm=iso.

Quem somos e o que fazemos. In *Portal da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento*. Acedido a 10 de Dezembro de 2015 em <http://www.scment.pt/valencias.aspx?n=2/27>.

Quivy, R & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4.ª edição). Lisboa: Gradiva. (Original publicado em 1995)

Ramos, M. N. (2012, Dezembro). Comunicação em Saúde e Interculturalidade – Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Vol. 6, n.º 4, 1-19. Acedido a 15 de Julho de 2015 em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3148/1/NataliaR.pdf%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde%20e%20Interculturalidade%20-%20Perspectivas.pdf>.

RNCCI. (s/d). In *Portal da Administração Central do sistema de Saúde*. Acedido a 10 de Janeiro de 2016 em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoRedeServicoRecursosSaude/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>.

Região Centro – Municípios. In *Portal da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro*. Acedido a 2 de Janeiro de 2016 em http://www.ccdrc.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=1895%3Amapa-regiao-centro-ambito-da-ccdrc-77-municipios-municipios&catid=726%3Aregiao-centro-ambito-da-ccdrc-77-municipios&Itemid=249&lang=pt.

Rego, A. (1999). *Comunicação nas organizações – Teoria e Prática* (1.ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Ribeirinho, C. (2013). Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais. In Carvalho, M. (org.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 177-200). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.

Robbins, S. (1999). *Comportamento organizacional* (8ª edição). Rio de Janeiro: LTC Editora. (Original publicado em 1998).

Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Dos Santos.

Rousseau, N. & Saillant, F. (1999). Abordagens de investigação qualitativa. In Fortin, M. F. (org.), *O Processo de Investigação – Da concepção à realização* (pp. 147-160). Loures: Lusociência. (Original publicado em 1996)

Santos, M.; Grilo, A.; Andrade, G.; Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57. Acedida a 14 de Julho de 2015 em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/6-Comunicacao%20em%20saude%20e%20a%20seguranca%20do%20doente.pdf>.

Scherer, M., Pires, D., & Jean, R. (2013, Novembro). A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (vol. 18), 3203-3212. Acedida a 14 de outubro de 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011.

Silva, A. (2010). *EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados*. Dissertação de mestrado publicada, Universidade de Aveiro (Curso de Mestrado em Gerontologia). Acedida a 10 de Julho de 2015 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4034/1/4443.pdf>.

Spruyt, O. (2011). Team Networking in Palliative Care. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(Suppl), S17–S19. Acedido a 14 de Setembro de 2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140085/>.

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência. (Original publicado em 2002).

Tuggey, E. & Lewin, W. (Julho 2014). A multidisciplinary approach in providing transitional care for patients with advanced cancer. *Annals of Palliative Medicine*, 3 (3), 139-143. Acedido a 30 de Setembro de 2015 em <http://www.amepc.org/apm/article/view/4068/5057>.

Unidade de Cuidados Continuados - Manuel Fanha Vieira. In *Portal da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento*. Acedido a 10 de Dezembro de 2015 em <http://www.scmnt.pt/valencias.aspx?n=1/4>.

UMCCI. (s/d). *Critérios de monitorização biopsicossocial na RNCCI*. Acedido a 18 de Dezembro de 2015 em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/ApresentacaoIAI_UMCCI.pdf.

UMCCI. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido a 18 de Dezembro de 2015 em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>.

UMCCI (2010). *Directiva Técnica nº 1/UMCCI/2010*. Acedida a 30 de Dezembro de 2015 em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/NOVA2010_DirectivaTecnican.1-UMCCI-2010-Modulosdepreenchimentoobrigatorio.pdf.

UMCCI. (2011). *Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua*. Acedido a 18 de Dezembro de 2015 em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf.

UMCCI. (2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – Relatório Final*. Acedido a 20 de Dezembro de 2015 em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatorio%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20RNCCI%202012.pdf>.

Unidades de Ambulatório. (2014). In *Portal do Instituto da Segurança Social, I.P.*. Acedido a 21 de Dezembro de 2015 em <http://www4.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>.

Unidade de Convalescência. (s/d). In *Portal da Administração Central do Sistema de Saúde*. Acedido a 20 de Dezembro de 2015 em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursoemSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/OndeEstamos/tabid/1152/language/pt-PT/Default.aspx>.

Unidade de Longa Duração e Manutenção. (s/d). In *Portal da Administração Central do Sistema de Saúde*. Acedido a 21 de Dezembro de 2015 em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursoemSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/OndeEstamos/tabid/1152/language/pt-PT/Default.aspx>.

Unidade de Média Duração e Reabilitação. (s/d). In *Portal da Administração Central do Sistema de Saúde*. Acedido a 20 de Dezembro de 2015 em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursoemSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/OndeEstamos/tabid/1152/language/pt-PT/Default.aspx>.

Valências. In *Portal da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento*. Acedido a 10 de Dezembro de 2015 em <http://www.scment.pt/valencias.aspx>.

Fontes:

- Portal do INE - Instituto Nacional de Estatística
- Portal da *PORDATA*- *Base de Dados Portugal Contemporâneo*

ANEXOS

ANEXO 1 – CARATERIZAÇÃO DOS ESTILOS COMUNICACIONAIS

Caraterização dos estilos comunicacionais

Estilo comunicacional	Caraterísticas
Agressivo	O indivíduo: Tem tendência para atacar os outros no sentido de concretizar os seus propósitos; É ameaçador e intimidador; É irónico e desagradável; Tem dificuldade em controlar-se emocionalmente; Não é cooperante; Apresenta dificuldades em compreender ideias divergentes e reagir perante estas;
Passivo	O indivíduo: Procura evitar situações conflituosas; Não é persistente perante desafios provocados por outros e desiste; Tende a abdicar de defender as suas ideias apenas para agradar; Considera que cada um deve conhecer os limites perante os outros;
Assertivo	O indivíduo: Apresenta capacidade para sustentar de forma construtiva os direitos individuais ou do seu grupo mas também para compreender os dos outros; É direto e sincero; É persistente a defender os seus pontos de vista mas demonstra interesse em conhecer e perceber os dos outros.

Quadro 4: Caraterização dos estilos comunicacionais
Fonte: Elaboração própria adaptada de Rego (1999:28)

Estilo Comunicacional	Caraterísticas
Candidato	O indivíduo: Apresenta uma agregação dos estilos socrático e reflexivo; Tende a ser franco, analítico e comunicativo; Partilha, simpaticamente, bastante informação com as outras pessoas;
Magistrado	O indivíduo: Apresenta caraterísticas do estilo Nobre e do Socrático; Diz aquilo que pensa, sem filtros, mas detalhadamente; Tende a ser algo autoritário e fazer-se superior, tentando sobressair e dirigir os debates;
Nobre	O indivíduo: Partilha de forma aberta e sincera os seus pontos de vista; É direto, dizendo exatamente aquilo que está a pensar; Aborda diretamente as questões em causa, sem rodeios; Utiliza frases curtas para transmitir os seus pensamentos;
Reflexivo	O indivíduo: Demonstra alguma preocupação com as questões interpessoais das relações comunicacionais; Tende a ser delicado; É bom ouvinte; Se se apercebe que está ou vai magoar ou ofender o outro, prefere não pronunciar mais nada; Procura evitar conflitos, preferindo agradar aos outros com palavras que estes desejam ouvir e concordar com ideias com as quais na verdade não concorda.
Senador	O indivíduo: Apresenta características do estilo nobre mas também do reflexivo, utilizando os dois de forma independente, ou seja, tanto podem usar um como outro, não existindo uma fusão dos dois;
Socrático	O indivíduo: Defende que as discussões devem ir ao pormenor da questão; Considera relevante discutir os assuntos e só posteriormente tomar decisões; Gosta de dar a conhecer os seus fundamentos e de os comparar com os dos outros.

Quadro 5: Caraterização dos estilos comunicacionais segundo McCallister (1994)
Fonte: Elaboração própria adaptada de Rego (1999: 114;115), citando McCallister (1994)

ANEXO 2 – APLICATIVO INFORMÁTICO DA RNCCI – SI *GESTCARE*
(documento do *Gestcare* cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira – Provedor)

Ola [Redacted] Sair Sobre...

Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI

Principal **Episódios** Ficha Utentes Contratos

EPISÓDIO: 38676063-1 DO UTENTE: [Redacted] ? Ajuda

EPISÓDIO

#Episódio: 38676063-1 Fase: Admitido Estado: Admissão Efectivada

PROVENIÊNCIA

Origem Hospital
 Instituição Hospital de [Redacted]
 Especialidade Medicina Interna Médico Dra [Redacted]
 Serviço
 Data de Internamento Hosp. Agudos 2015-04-02 Data Prevista Alta Hosp. Agudos 2015-04-30

3º PAGADOR/ ENTIDADE FINANCEIRA RESPONSÁVEL

Tipo Causa
 Designação Número
 Descrição

CAUSA SOLICITAÇÃO

Descanso do cuidador Não
 Utente em situação de fragilidade Dependência em AVD
 Doenças crónicas com episódio de agudização Não Aplicável
 Necessidade de continuidade de cuidados Reabilitação
 Necessidade de vigilância e tratamentos complexos Outras
 Cuidados paliativos Não Aplicável
 Necessidade de ensino doente/cuidadores Auto-cuidados
 Outra causa de solicitação

REFERENCIAÇÃO

EGA/CS [Redacted]
 ECL [ECL MÉDIO TEJO](#) ECL Morada Preferencial [ECL ESTUÁRIO DO TEJO](#)
 ECR [ECR LVT](#) Prestador [UCCI MANUEL FANHA VIEIRA - PROVEDOR / \[Redacted\]](#)

TIPOLOGIA

Tipologia Proposta Unidade de Média Duração e Reabilitação
 Alteração Tipologia Não
 Nova Tipologia Unidade de Média Duração e Reabilitação
 Justificação:
 Data de Admissão na RNCCI

CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado Data do consentimento 2015-07-22
 Termo de Aceitação de Internamento Data do Termo de Aceitação de Internamento 2015-07-22

UNIDADES PREFERENCIAIS

1ª Unidade de Preferência [SCM ARRUDA DOS VINHOS / L.M.M.06.11.0001](#)
 2ª Unidade de Preferência [LIGA DOS AMIGOS DO HOSPITAL DE SANTARÉM / L.L.M.07.10.0003](#)
 3ª Unidade de Preferência [UMDR - CASA DE SANTA MARIA / L.L.M.12.01.0006](#)

MORADA PREFERENCIAL

Região Lisboa e vale do tejo Distrito [Redacted]
 Concelho [Redacted] Freguesia [Redacted]
 Artéria [Redacted]
 Localidade [Redacted] Código Postal [Redacted]
 Telemóvel Telefone
 FAX Email

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

Estado Civil Viúva/a Número Anos Escolaridade 1º estadio de educação básica (4º classe / 6º ano)

PARA VISUALIZAR AS DIVERSAS AVALIAÇÕES E CONTACTOS PRIVILEGIADOS PRESSIONE NOS BOTÕES EXISTENTES ABAIXO REPRESENTADOS POR: ☺

▲ AVALIAÇÕES SOCIAIS

Início < Anterior (1 - 7 de 7) Próximo > Final

Data Criação:	Última Modificação por:	Estado Registo
2015-06-31 17:36	uc [Redacted]	Correcto
2015-07-27 11:46	uc [Redacted]	Correcto
2015-07-24 10:00	uc [Redacted]	Correcto
2015-07-02 08:56	uc [Redacted]	Correcto

https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?action=DetailView&module=Episodi... 03-09-2015

Imagem 1: Aplicativo informático da RNCCI - página 1
 Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira – Provedor

2015-06-15 12:18	uc	Correcto
2015-05-25 09:54	uc	Correcto
2015-04-23 10:52	uega	Correcto

AVALIAÇÕES MÉDICAS

Novo

Data Criação:	Diagnóstico Principal	Última Modificação por:	Estado Registo
2015-08-25 12:38	INFECCAO BACTERIANA EM SITUAÇOES CLASSIFICADAS NOUTRA PARTE OU LOCAL N/ESPECIFIC - 041	uc	Correcto
2015-07-27 13:37	SINTOMAS RELATIVOS AO APARELHO RESPIRATORIO E SINTOMAS TORACICOS, NCOP - 786	uc	Correcto
2015-07-16 18:00	Nada a Assinalar	uc	Correcto
2015-06-03 11:37	Nada a Assinalar	uc	Correcto
2015-05-19 16:53	Nada a Assinalar	uc	Correcto
2015-04-23 18:00	SINTOMAS RELATIVOS AO APARELHO RESPIRATORIO E SINTOMAS TORACICOS, NCOP - 786	uega	Correcto

AVALIAÇÕES ENFERMAGEM

Novo

Data Criação:	Última Modificação por:	Estado Registo
2015-07-31 11:27	uc	Correcto
2015-07-15 07:11	uc	Correcto
2015-06-15 09:58	uc	Correcto
2015-05-25 22:27	uc	Correcto
2015-04-23 18:01	uega	Correcto

OUTRAS AVALIAÇÕES

Novo

Data Criação:	Avaliação:	Última Modificação por:	Estado Registo
2015-09-02 09:31	Fisioterapia	uc	Correcto
2015-08-17 11:44	Terapeuta da Fala	uc	Correcto
2015-07-23 14:13	Terapia Ocupacional	uc	Correcto
2015-07-16 11:10	Terapeuta da Fala	uc	Correcto
2015-06-12 12:05	Psicologia	uc	Correcto
2015-06-11 15:04	Fisioterapia	uc	Correcto
2015-06-04 15:15	Terapeuta da Fala	uc	Correcto
2015-06-02 14:53	Terapia Ocupacional	uc	Correcto
2015-06-02 14:49	Terapia Ocupacional	uc	Correcto
2015-05-26 14:17	Fisioterapia	uc	Correcto

VIGILÂNCIA DE DIABETES

AVALIAÇÃO DOR

Novo

Data Criação:	Dor (0 - 5)	Temperatura	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória	TA Máx.	TA Min.	Última Modificação por:	Estado Registo
2015-07-31 11:29	1	35.4	78	16	91	58	uc	Correcto
2015-07-15 15:24	2	36.6	99		144	98	uc	Correcto
2015-06-15 10:23	1	36.2	89	17	105	75	uc	Correcto
2015-05-25 22:40	1	35.7	104		98	76	uc	Correcto

RISCO DE QUEDAS - MORSE

Novo

Data Criação:	Classificação:	Risco:	Última Modificação por:	Estado Registo
2015-07-31 11:29	45	Médio Risco	uc	Correcto
2015-07-15 15:26	25	Médio Risco	uc	Correcto
2015-06-15 10:17	50	Médio Risco	uc	Correcto
2015-05-25 22:40	50	Médio Risco	uc	Correcto
2015-04-23 18:06	50	Médio Risco	uega	Correcto

ULCERA DE PRESSÃO - RISCO - ESCALA DE BRADEN

Novo

Data Criação:	Risco:	Pontuação:	Última Modificação por:	Estado Registo
2015-07-31 11:30	Baixo Risco	18	uc	Correcto
2015-06-15 10:27	Risco Elevado	16	uc	Correcto
2015-05-25 22:39	Risco Elevado	17	uc	Correcto
2015-04-23 18:02	Risco Elevado	14	uega	Correcto

ULCERAS DE PRESSÃO - AVALIAÇÃO

Novo

Data Criação:	Pontuação total	Localização	Direção	Última Modificação por:	Estado Registo
2015-06-15 10:15	23	outro	esquerda	uc	Correcto
2015-05-25 22:44	23	outro	esquerda	uc	Correcto

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?action=DetailView&module=Episodi...> 03-09-2015

Imagem 2: Aplicativo informático da RNCCI - página 2
 Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira – Provedor

2015-04-23 18:05 24 outro esqueda uega ██████ Correcto

IAI - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA (ANTIGO MAB)

Novo

Data Criação:	Tipo de avaliação:	Perfil Biopsicossocial:	Pontuação Física:	Última Modificação por:	Estado Registo:
2015-06-15 10:10	internamento	0-1---0-0-3-0-1-9---0-2-0-3	1	uc ██████	Correcto
2015-05-25 22:38	admissao	0-1---0-1-1-0-1-0---0-1-0-3	1	uc ██████	Correcto
2015-04-23 10:50	internamento	0-1---9-9-3-0-1-9---9-1-9-9	1	uega ██████	Correcto

NOTA DE ALTA

Novo

Data Criação:	Destino após Alta:	Motivo de Alta:	Última Modificação por:	Estado Registo:
2015-07-27 09:47	Outra Resposta da Rede	Transferência para outra tipologia	uc ██████	Correcto

CONTACTOS PRIVILEGIADOS

Novo

Data Criação:	Nome:	Tipo de Contacto:	Telefone:	Telemóvel:	Última Modificação por:	Estado Registo:
2015-04-23 10:49	████████████████████	Familiar			uega ██████	Correcto

REGISTO DE EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

REGISTO DE FÁRMACOS

REACÇÕES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

AGUDIZAÇÕES / RESERVA DE VAGA

CÁLCULO COMPARTICIPAÇÃO

CUIDADOS PALIATIVOS - AVALIAÇÃO

REGISTO DE PENSOS E AÓSITOS

IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADE DE APOIO SOCIAL

REGISTO DE CONSUMO DE FRALDAS

REGISTO DO TEMPO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO DOMICÍLIO


AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON

Tempo de resposta do Servidor: 0.44 segundos.
© 2014 GestCare CCI

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?action=DetailView&module=Episodi...> 03-09-2015

Imagem 3: Aplicativo informático da RNCCI - página 3
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

ANEXO 3 – GRELHA DE AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

Classificação

Portugalia

Respondeu ao Inquérito: _____
 o próprio
 o prestador de cuidados

ADMISSÃO NA RNCCI Data: ____/____/____


MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial
 Inquérito referente a 4 semanas antes

Data de nascimento: ____/____/____
 Idade: ____ anos Iniciais: _____

BI / Passaporte: _____

SEXO	IDADE	SEMI	RESPOSTA	CLASSIFICAÇÃO
01 Feminino	01 80 ou mais anos	01 Inascuilino	02 50 a 64 anos	03 16 a 49 anos
02 com queixas	02 60 ou mais anos	02 com queixas	03 65 a 79 anos	04 sem queixas
03 com queixas	03 com queixas	03 com queixas	04 80 ou mais anos	05 sem queixas
04 com queixas	04 com queixas	04 com queixas	05 85 a 99 anos	06 sem queixas
05 com queixas	05 com queixas	05 com queixas	06 90 ou mais anos	07 sem queixas
QUEIXAS DE SAUDE				
a menor pontuação				
01	02	03	04	05
06	07	08	09	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30
31	32	33	34	35
36	37	38	39	40
41	42	43	44	45
46	47	48	49	50
51	52	53	54	55
56	57	58	59	60
61	62	63	64	65
66	67	68	69	70
71	72	73	74	75
76	77	78	79	80
81	82	83	84	85
86	87	88	89	90
91	92	93	94	95
96	97	98	99	100
LOCOMOÇÃO				
a menor pontuação				
101	102	103	104	105
106	107	108	109	110
111	112	113	114	115
116	117	118	119	120
121	122	123	124	125
126	127	128	129	130
131	132	133	134	135
136	137	138	139	140
141	142	143	144	145
146	147	148	149	150
151	152	153	154	155
156	157	158	159	160
161	162	163	164	165
166	167	168	169	170
171	172	173	174	175
176	177	178	179	180
181	182	183	184	185
186	187	188	189	190
191	192	193	194	195
196	197	198	199	200
AUTONOMIA INSTRUMENTAL				
a menor pontuação				
201	202	203	204	205
206	207	208	209	210
211	212	213	214	215
216	217	218	219	220
221	222	223	224	225
226	227	228	229	230
231	232	233	234	235
236	237	238	239	240
241	242	243	244	245
246	247	248	249	250
251	252	253	254	255
256	257	258	259	260
261	262	263	264	265
266	267	268	269	270
271	272	273	274	275
276	277	278	279	280
281	282	283	284	285
286	287	288	289	290
291	292	293	294	295
296	297	298	299	300

Imagem 4: Grelha de Avaliação Biopsicossocial - página 1
 Fonte: Acedido em <http://www.acss.min-saude.pt>, a 11/1/2016



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

QUEIXAS EMOCIONAIS	0 muito tempo / sem resp 1 metade de tempo 2 pouco tempo 3 nunca 3 com queixas	0 muito tempo / sem resp 1 metade de tempo 2 pouco tempo 3 nunca 3 com queixas	
P32 Triste / deprimido *			
P33 Nervoso / ansioso *			
P34 Outras Queixas Emocionais *			
QUEIXAS EMOCIONAIS	0 a 0,9 mau	1 a 1,9 insatisfatório	2 a 2,9 satisfatório
P35 Ano	0 não responder/ não sabe / errado		3 certo
P36 Mês	0 não responder/ não sabe / errado		3 certo
P37 Dia do mês	0 não responder/ não sabe / errado		3 certo
P38 Estação do ano	0 não responder/ não sabe / errado		3 certo
P39 Dia da semana	0 não responder/ não sabe / errado		3 certo
OT - Orientação no Tempo	0 a 0,9 má	1 a 1,9 insatisfatória	2 a 2,9 satisfatória
P40 País	0 não responder/ não sabe / errado		3 certo
P41 Distrito	0 não responder/ não sabe / errado		3 certo
P42 Terra	0 não responder/ não sabe / errado		3 certo
P43 Casa	0 não responder/ não sabe / errado		3 certo
P44 Andar	0 não responder/ não sabe / errado		3 certo
OE - Orientação no Espaço	0 a 0,9 má	1 a 1,9 insatisfatória	2 a 2,9 satisfatória
ESTADO COGNITIVO	0 a 0,9 mau	1 a 1,9 insatisfatório	2 a 2,9 satisfatório
P45 Estado CIVIL	0 viúvo / separado / solteiro		3 casado / união/facão
P46 Nº de coabitantes na sua residência	0 vive só		3 vive com outros
P47 Tempo em que está só nas 24h	0 0 ou mais horas		3 menos de 8 horas
P48 Ter com quem desabafar / ter confidente	0 não tem confidente		3 tem confidente
IS - Isolamento Social	0 a 0,9 muito isolado	1 a 1,9 isolado	2 a 2,9 pouco isolado
P49 Escolaridade: _____ (estudos completos) nº anos _____	0 0 anos/analfabeto	1 a 6 anos	3 3 não isolado
P50 Profissão: _____	0 não qualificado	1 qualificado	3 13 ou mais anos
ESTADO SOCIAL	0 a 0,9 baixas	1 a 1,9 insatisfatórias	2 a 2,9 satisfatórias
HL - Habilidades Literárias	0 a 0,9 mau	1 a 1,9 insatisfatório	2 a 2,9 satisfatório
P51 Andar a pé na rua	0 0 horas	1 menos de 2 horas	3 4 ou mais horas
P52 Ginástica ou desporto	0 horas / semana: _____	Jantar Ceiça Outra(s)	
P53 Outra actividade física	0 a 2 refeições dia	1 mais de 6 refeições dia	3 4 a 6 refeições dia
AF - Actividade Física /semana	0 a 0,9 mau	1 a 1,9 insatisfatório	2 a 2,9 satisfatório
P54 Refeições habituais - assinalar:	Peq Almoço Meio Manhã		3 3 bom
R - Nº de Refeições dia	0 a 0,9 mau		
HABITOS			

Perfil Biopsicossocial

SEXO / IDADE / QUEIXAS SAUDE / NUTRIÇÃO / QUEDAS / LOCOMOÇÃO / A.FISICA / A.INSTRUM.
 QUEIXAS EMOCIONAIS / COGNITIVO / SOCIAL / HABITOS

Nota: **0 / 1 / 2 / 3** - consoante a classificação obtida nos **DOMINIOS**

* Considerar **9** se não for possível medição de peso e obtenção de respostas relativas a queixas

MAB Nº BI / Passaporte: _____

U. Convalescença

U. Média Duração Reabilitação

U. Longa Duração Manutenção

U. Dia Prom Autonomia

Eq.Domiciliárias – “admissão” –mês a mês – “alta”

Imagem 5: Grelha de Avaliação Biopsicossocial - página 2
 Fonte: Acedido em <http://www.acss.min-saude.pt>, a 11/1/2016

ANEXO 4 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA INICIAL
(documento do *Gestcare* cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira – Provedor)

Olá [REDACTED] [Sair](#) [Sobre...](#)

Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI

Principal Episódios Ficha Utentes Contratos

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA: [REDACTED] [? Ajuda](#)

[Voltar](#)

Data : 2015-07-28

Tipo de avaliação: Admissão/Ambulatório Respondeu ao inquérito: O prestador de cuidados

Sexo: Masculino Idade: 50 a 64 anos

Perfil Biopsicossocial 1-2----0-0-3--0-1-0---2-3--
2-9

QUEIXAS DE SAÚDE

Queixas Musculo-esqueléticas: Com queixas sinais/sintomas do joelho

Queixas Visão: Sem queixas

Queixas Audição: Sem queixas

Queixas Pele: Sem queixas

Queixas Outros Órgãos/Sistemas: Sem queixas

Resultado do grupo: Com queixas Pontuação : 0

ESTADO DE NUTRIÇÃO

Peso (em Kg, ex: 68.4) : 80.60 Altura (em m, ex: 1.71) : 1.74

IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²): 26.62

IMC : 16,0 a 18,4 baixo peso,
25,1 a 30,0 excesso
peso

CINT - Cintura - 1ª (em cm) : 115.00 CINT - Cintura - 2ª (em cm) : 116.00

CINT - Cintura - 3ª (em cm) : 117.00 CINT - Cintura - (cm): 116.00

CINT : Mais de 102 obesidade
II

Resultado do grupo: 0 a 0,9 magro ou obeso Pontuação : 0

QUEDAS

Na primeira avaliação tipo Admissão/Ambulatório deverão ser consideradas as quedas relativas ao último ano. Nas seguintes avaliações devem ser consideradas as quedas verificadas desde a última avaliação.

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?module=MABs&action=DetailView...> 22-10-2015

Imagem 6: Instrumento de Avaliação Integrada Inicial - página 1
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira – Provedor

Nº de Quedas:	Sem quedas	Momento de Quedas:	Sem quedas
Motivo de Quedas:	Sem quedas	Sequelas de Quedas ocorridas:	Sem quedas
Nº de Quedas:	0		
Resultado do grupo :	3 - bom	Pontuação :	3

LOCOMOÇÃO

Andar em casa, dentro de edifícios:	Incapaz, não anda	Andar na rua:	Incapaz, não sai
Andar em escadas:	Dependente de 3ºs	Locomoção e meios para visão e audição:	Meios
Resultado do grupo :	incapaz	Pontuação :	0

AUTONOMIA FÍSICA

Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se):	Dependente de 3ºs	Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir):	Dependente de 3ºs
Usar a sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar):	Dependente de 3ºs	Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar):	Dependente de 3ºs
Sentar-se/levantar-se de cadeiras (mover-se, transferir-se, andar):	Dependente de 3ºs	Controlar a urina:	Independente
Controlar as fezes:	Independente	Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer):	Dependente de 3ºs
Autonomia Física e meios para visão e audição:	Meios		
Resultado do grupo :	Dependente	Pontuação :	1

AUTONOMIA INSTRUMENTAL

Usar o telefone (marcar nºs, atender):	Independente		
Fazer compras (todas as compras necessárias):	Incapaz, não faz	Preparar refeições (planejar bem, preparar, servir-se):	Incapaz, não faz
Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza):	Incapaz, não faz	Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena):	Incapaz, não faz
Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos / táxi / carro, conduzir):	Incapaz, não usa	Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos):	Dependente de 3ºs
Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco):	Incapaz, não faz	Autonomia Instrumental e meios para visão e audição:	Meios
Resultado do grupo :	Incapaz	Pontuação :	0

QUEIXAS EMOCIONAIS

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?module=MABS&action=DetailView...> 22-10-2015

Imagem 7: Instrumento de Avaliação Integrada Inicial - página 2
 Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

Triste / deprimido	Nunca	Queixas triste :	Sem queixas
Nervoso / ansioso	Metade de tempo	Queixas nervoso :	sensação de ansiedade/nervosismo/tensão
Outras Queixas Emocionais:	Sem queixas	Queixas outras :	Sem queixas
Resultado do grupo :	2 a 2,9 - satisfatório	Pontuação :	2

ESTADO COGNITIVO

Ano - Em que ano estamos ?	Certo	Mês - Em que mês estamos ?	Certo
Dia do mês - Quantos são hoje ?	Certo	Estação do ano - Em que estação do ano estamos ?	Certo
Dia da semana - Que dia da semana é hoje ?	Certo	OT - Orientação no Tempo:	orientado no tempo
Pais - Como se chama o nosso país ?	Certo	Distrito - Em que distrito vive ?	Certo
Terra - Em que terra vive ?	Certo	Casa - Como se chama esta casa ?	Certo
Andar - Em que andar estamos ?	Certo	OE - Orientação no Espaço:	Orientado no espaço
Resultado do grupo :	3 - bom	Pontuação :	3

ESTADO SOCIAL

Estado Civil	Casado / união/facto	Nº de coabitantes na sua residência :	Vive com outros
Tempo em que está só nas 24h :	Menos de 8 horas	Ter com quem desabafar / ter confidente (falar de assuntos pessoais):	Tem confidente
IS - Isolamento Social :	3 - não isolado		
Escolaridade :	1º estadio de educação básica (4º classe / 6º ano)	Escolaridade :	1 a 6 anos
Profissão :	Serviços e vendedores	Profissão :	Qualificado
Nº coabitantes :	2		
HL - Habilitações Literárias :	1 a 1,9 - insatisfatórias		
Resultado do grupo :	2 a 2,9 - satisfatório	Pontuação :	2

HÁBITOS

Andar a pé na rua (nº horas / semana) :	Ginástica ou desporto (nº horas / semana) :
Outra actividade física (nº horas / semana) :	AF - Actividade Física (nº horas / semana) :
AF - Actividade Física (nº horas / semana) :	

<https://umcciweb-mcci.min-saude.pt/index.php?module=MABs&action=DetailView...> 22-10-2015

Imagem 8: Instrumento de Avaliação Integrada Inicial - página 3
 Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

Peq Almoço	<input type="checkbox"/>	Meio Manhã	<input type="checkbox"/>
Almoço	<input type="checkbox"/>	Lanche	<input type="checkbox"/>
Jantar	<input type="checkbox"/>	Ceia	<input type="checkbox"/>
Outra(s)	<input type="checkbox"/>	Nº de Refeições /dia :	
R - Nº de Refeições /dia			
Resultado do grupo :		Pontuação : 9	

Tempo de resposta do Servidor: 0.40 segundos.
© 2015 GestCare CCI

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?module=MABs&action=DetailView...> 22-10-2015

Imagem 9: Instrumento de Avaliação Integrada Inicial - página 4
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

ANEXO 5 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA INTERMÉDIA

(documento do *Gestcare* cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira – Provedor)

Ola [redacted] [Sair](#) [Sobre...](#)

Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI

Principal Episódios Ficha Utentes Contratos

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA: [redacted]

[? Ajuda](#)

[Voltar](#)

Data : 2015-10-03

Tipo de avaliação Internamento

Respondeu ao inquérito: O prestador de cuidados

Sexo: Masculino

Idade: 50 a 64 anos

Perfil Biopsicossocial 1-2---0-1-3--0-1-9---2-3--9-9

QUEIXAS DE SAÚDE

Queixas Musculo-esqueléticas: Com queixas sinais/sintomas do joelho

Queixas Visão Sem queixas

Queixas Audição: Sem queixas

Queixas Pele: Sem queixas

Queixas Outros Órgãos/Sistemas: Sem queixas

Resultado do grupo: Com queixas

Pontuação : 0

ESTADO DE NUTRIÇÃO

Peso (em Kg, ex: 68.4) : 83.90

Altura (em m, ex: 1.71) : 1.74

IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²): 27.71

IMC : 16,0 a 18,4 baixo peso, 25,1 a 30,0 excesso peso

CINT - Cintura - 1ª (em cm) : 94.00

CINT - Cintura - 2ª (em cm) : 95.00

CINT - Cintura - 3ª (em cm) : 96.00

CINT - Cintura - (cm) : 95.00

CINT : 94 a 102 obesidade I

Resultado do grupo: 1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso

Pontuação : 1

QUEDAS

Na primeira avaliação tipo Admissão/Ambulatório deverão ser consideradas as quedas relativas ao último ano. Nas seguintes avaliações devem ser consideradas as quedas verificadas desde a última avaliação.

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?module=MABs&action=DetailView...> 22-10-2015

Imagem 10: Instrumento de Avaliação Integrada Intermédia - página 1

Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

Nº de Quedas:	Sem quedas	Momento de Quedas:	Sem quedas
Motivo de Quedas:	Sem quedas	Sequelas de Quedas ocorridas:	Sem quedas
Nº de Quedas:	0		
Resultado do grupo :	3 - bom	Pontuação :	3

LOCOMOÇÃO

Andar em casa, dentro de edifícios:	Incapaz, não anda	Andar na rua:	Incapaz, não sai
Andar em escadas:	Incapaz, não usa	Locomoção e meios para visão e audição:	Meios
Resultado do grupo :	incapaz	Pontuação :	0

AUTONOMIA FÍSICA

Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se):	Meios	Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir):	Meios / acabamentos
Usar a sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar):	Meios	Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar):	Dependente de 3ºs
Sentar-se/levantar-se de cadeiras (mover-se, transferir-se, andar):	Dependente de 3ºs	Controlar a urina:	Independente
Controlar as fezes:	Independente	Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer):	Meios / prótese dentária
Autonomia Física e meios para visão e audição:	Meios		
Resultado do grupo :	Dependente	Pontuação :	1

AUTONOMIA INSTRUMENTAL

Usar o telefone (marcar nºs, atender):		Preparar refeições (planejar bem, preparar, servir-se):	
Fazer compras (todas as compras necessárias):		Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena):	
Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza):		Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos):	
Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos / táxi / carro, conduzir):		Autonomia Instrumental e meios para visão e audição:	
Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco):			
Resultado do grupo :		Pontuação :	9

QUEIXAS EMOCIONAIS

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?module=MABs&action=DetailView...> 22-10-2015

Imagem 11: Instrumento de Avaliação Integrada Intermédia - página 2

Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira – Provedor

Triste / deprimido	Nunca	Queixas triste :	Sem queixas
Nervoso / ansioso	Pouco tempo	Queixas nervoso :	sensação de ansiedade/nervosismo/tensão
Outras Queixas Emocionais:	Sem queixas	Queixas outras :	limitação funcional/incapacidade
Resultado do grupo :	2 a 2,9 - satisfatório	Pontuação :	2

ESTADO COGNITIVO

Ano - Em que ano estamos ?	Certo	Mês - Em que mês estamos ?	Certo
Dia do mês - Quantos são hoje ?	Certo	Estação do ano - Em que estação do ano estamos ?	Certo
Dia da semana - Que dia da semana é hoje ?	Certo	OT - Orientação no Tempo:	orientado no tempo
País - Como se chama o nosso país ?	Certo	Distrito - Em que distrito vive ?	Certo
Terra - Em que terra vive ?	Certo	Casa - Como se chama esta casa ?	Certo
Andar - Em que andar estamos ?	Certo	OE - Orientação no Espaço:	Orientado no espaço
Resultado do grupo :	3 - bom	Pontuação :	3

ESTADO SOCIAL

Estado Civil	Nº de coabitantes na sua residência :
Tempo em que está só nas 24h :	Ter com quem desabafar / ter confidente (falar de assuntos pessoais):
IS - Isolamento Social :	
Escolaridade :	Escolaridade :
Profissão :	Profissão :
Nº coabitantes :	
HL - Habilitações Literárias :	
Resultado do grupo :	Pontuação : 9

HÁBITOS

Andar a pé na rua (nº horas / semana) :	Ginástica ou desporto (nº horas / semana) :
Outra actividade física (nº horas / semana) :	AF - Actividade Física (nº horas / semana) :
AF - Actividade Física (nº horas / semana) :	

<https://umcciweb-mcci.min-saude.pt/index.php?module=MABs&action=DetailView...> 22-10-2015

Imagem 12: Instrumento de Avaliação Integrada Intermédia - página 3

Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira – Provedor

Página Rede Nacional de Cuidados Continuados

4 de 4

Peq Almoço	<input type="checkbox"/>	Meio Manhã	<input type="checkbox"/>
Almoço	<input type="checkbox"/>	Lanche	<input type="checkbox"/>
Jantar	<input type="checkbox"/>	Ceia	<input type="checkbox"/>
Outra(s)	<input type="checkbox"/>	Nº de Refeições /dia :	
R - Nº de Refeições /dia			
Resultado do grupo :		Pontuação : 9	

Tempo de resposta do Servidor: 0.40 segundos.

© 2015 GestCare CCI

<https://umcciweb-mcci.min-saude.pt/index.php?module=MABs&action=DetailView...> 22-10-2015

Imagem 13: Instrumento de Avaliação Integrada Intermédia - página 4

Fonte: documento cedido na UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*

ANEXO 6 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA FINAL
(documento do *Gestcare* cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira – Provedor)

Olá [REDACTED] [Sair](#) [Sobre...](#)

Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI

Principal Episódios Ficha Utentes Contratos

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA: [REDACTED] [? Ajuda](#)

[Voltar](#)

Data :	2015-10-21		
Tipo de avaliação	Internamento	Respondeu ao inquérito:	O próprio
Sexo:	Masculino	Idade:	50 a 64 anos
Perfil Biopsicossocial	1-2----0-9-3--1-1-9----2-3--1-1		

QUEIXAS DE SAÚDE

Queixas Musculo-esqueléticas:	Com queixas	dores musculares
Queixas Visão	Sem queixas	
Queixas Audição:	Sem queixas	
Queixas Pele:	Sem queixas	
Queixas Outros Órgãos/Sistemas:	Sem queixas	
Resultado do grupo:	Com queixas	Pontuação : 0

ESTADO DE NUTRIÇÃO

Peso (em Kg, ex: 68.4) :	Altura (em m, ex: 1.71) :
IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²):	
IMC :	
CINT - Cintura - 1ª (em cm) :	CINT - Cintura - 2ª (em cm) :
CINT - Cintura - 3ª (em cm) :	CINT - Cintura - (cm):
CINT :	
Resultado do grupo :	Pontuação : 9

QUEDAS

Na primeira avaliação tipo Admissão/Ambulatório deverão ser consideradas as quedas relativas ao último ano. Nas seguintes avaliações devem ser consideradas as quedas verificadas desde a última avaliação.

Nº de Quedas:	Sem quedas	Momento de Quedas:	Sem quedas
Motivo de Quedas:	Sem quedas	Sequelas de Quedas ocorridas:	Sem quedas

<https://umcciweb-mcci.min-saude.pt/index.php?module=MABs&action=DetailView...> 22-10-2015

Imagem 14: Instrumento de Avaliação Integrada Final - página 1
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

Nº de Quedas:	0	
Resultado do grupo :	3 - bom	Pontuação : 3
LOCOMOÇÃO		
Andar em casa, dentro de edifícios:	Meios	Andar na rua: Dependente de 3ºs
Andar em escadas:	Dependente de 3ºs	Locomoção e meios para visão e audição: Meios
Resultado do grupo :	dependente	Pontuação : 1
AUTONOMIA FÍSICA		
Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se):	Dependente de 3ºs	Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir):
Dependente de 3ºs		Dependente de 3ºs
Usar a sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar):	Dependente de 3ºs	Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar):
Dependente de 3ºs		Dependente de 3ºs
Sentar-se/levantar-se de cadeiras (mover-se, transferir-se, andar):	Dependente de 3ºs	Controlar a urina:
Dependente de 3ºs		Independente
Controlar as fezes:	Independente	Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer):
Independente		Independente
Autonomia Física e meios para visão e audição:	Independente	
Resultado do grupo :	Dependente	Pontuação : 1
AUTONOMIA INSTRUMENTAL		
Usar o telefone (marcar nºs, atender):		
Fazer compras (todas as compras necessárias):		Preparar refeições (planejar bem, preparar, servir-se):
Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza):		Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena):
Usar transportes, onde não pode ir a pé (públicos / táxi / carro, conduzir):		Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos):
Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco):		Autonomia Instrumental e meios para visão e audição:
Resultado do grupo :		Pontuação : 9
QUEIXAS EMOCIONAIS		
Triste / deprimido	Pouco tempo	Queixas triste : Sem queixas
Nervoso / ansioso	Pouco tempo	Queixas nervoso : Sem queixas

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?module=MABs&action=DetailView...> 22-10-2015

Imagem 15: Instrumento de Avaliação Integrada Final - página 2
 Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

Outras Queixas Emocionais: Sem queixas
 Queixas outras : Sem queixas
 Resultado do grupo : 2 a 2,9 - satisfatório Pontuação : 2

ESTADO COGNITIVO

Ano - Em que ano estamos ?	Certo	Mês - Em que mês estamos ?	Certo
Dia do mês - Quantos são hoje ?	Certo	Estação do ano - Em que estação do ano estamos ?	Certo
Dia da semana - Que dia da semana é hoje ?	Certo	OT - Orientação no Tempo:	orientado no tempo
País - Como se chama o nosso país ?	Certo	Distrito - Em que distrito vive ?	Certo
Terra - Em que terra vive ?	Certo	Casa - Como se chama esta casa ?	Certo
Andar - Em que andar estamos ?	Certo	OE - Orientação no Espaço:	Orientado no espaço
Resultado do grupo :	3 - bom	Pontuação :	3

ESTADO SOCIAL

Estado Civil	Casado / união/facto	Nº de coabitantes na sua residência :	Vive com outros
Tempo em que está só nas 24h :	Menos de 8 horas	Ter com quem desabafar / ter confidente (falar de assuntos pessoais):	Tem confidente
IS - Isolamento Social :	3 - não isolado		
Escolaridade :	1º estadió de educação básica (4º classe / 6º ano)	Escolaridade :	1 a 6 anos
Profissão :	Operadores de máquinas / fabricas	Profissão :	Não qualificado
Nº coabitantes :	3		
HL - Habilitações Literárias :	0 a 0,9 - baixas		
Resultado do grupo :	1 a 1,9 - insatisfatório	Pontuação :	1

HÁBITOS

Andar a pé na rua (nº horas / semana) :	0	Ginástica ou desporto (nº horas / semana) :	0
Outra actividade física (nº horas / semana) :	0	AF - Actividade Física (nº horas / semana) :	0
AF - Actividade Física (nº horas / semana) :	0 horas		
Peq Almoço <input checked="" type="checkbox"/>		Meio Manhã <input type="checkbox"/>	
Almoço <input checked="" type="checkbox"/>		Lanche <input checked="" type="checkbox"/>	

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?module=MABs&action=DetailView...> 22-10-2015

Imagem 16: Instrumento de Avaliação Integrada Final - página 3
 Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

Página Rede Nacional de Cuidados Continuados

4 de 4

Jantar	<input checked="" type="checkbox"/>	Ceia	<input type="checkbox"/>
Outra(s)	<input type="checkbox"/>	Nº de Refeições /dia :	4
R - Nº de Refeições /dia	4 a 6 refeições dia		
Resultado do grupo :	1 a 1,9 - insatisfatório	Pontuação :	1

Tempo de resposta do Servidor: 0.40 segundos.
© 2015 GestCare CCI

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?module=MABs&action=DetailView...> 22-10-2015

Imagem 17: Instrumento de Avaliação Integrada Final - página 4
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

ANEXO 7 – EXEMPLAR DE NOTA DE ALTA NO *GESTCARE*

(documento do *Gestcare* cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor)

Olá [REDACTED] [Sair](#) [Sobre...](#)

Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI

[Principal](#)[Episódios](#)[Ficha Utentes](#)[Contratos](#)

NOTA DE ALTA: [REDACTED]

[? Ajuda](#)[Voltar](#)

Destino após Alta	Domicílio sem suporte	Motivo de Alta	Atingidos os Objectivos
-------------------	-----------------------	----------------	-------------------------

Terapia Realizada	CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO REABILITAÇÃO GESTÃO DO REGIME TERAPÉUTICO APOIO PSICOSSOCIAL
-------------------	--

Terapia Proposta	IDENTICO AO ANTERIOR
------------------	----------------------

Médica	<p>Utente do género masculino, de 59 anos de idade, que deu entrada na nossa Unidade de Média Duração no dia 23/07/2015 acompanhado da sua esposa D. [REDACTED]. Tem 3 filhos (2H e 1M, que ainda estão a viver com os pais). Vive em casa res-do chão com degraus no interior e polibã na casa de banho.</p> <p>Possui antecedentes de HTA, hiperuricémia, apnéia do sono (com BIPAP - que recusa colocar), dislipidémia e fratura da tibia esquerda em 2002 e reoperado em 2003. No dia 04/06/2015 sofre Acidente Vascular Cerebral do qual resultou em hemiplegia esquerda. Foi para Torres Novas e de lá para Abrantes onde permaneceu até dia 24/06. Nesse internamento apresentou complicação respiratória (traqueobronquite). Teva alta para casa onde permaneceu durante 2 semanas e depois foi para o serviço de Medicina do Hospital do Entroncamento, de onde veio. Era comerciante de madeira e está de baixa médica. Foi efetuado pedido para reforma por invalidez. Deu entrada extremamente ansioso e com períodos de desorientação. Agitado, sobretudo durante a noite. Apresentava TA - 103 x 81 mmHg, pulso - 88ppm, Glucostix - 106, TAx - 36,8°C.</p> <p>Foi elaborado um plano de intervenção individual que o Sr. [REDACTED] foi cumprindo durante o internamento, mas infelizmente não conseguiu atingir os objetivos traçados pela equipa. Consegue assumir a posição ortostática com maior equilíbrio, mas não consegue executar marcha por não estender os joelhos.</p> <p>Sempre muito ansioso, com um discurso de que ia sair da Unidade a andar e acreditava nisso, mas infelizmente não foi possível. Deverá continuar a efetuar reabilitação em regime ambulatorial.</p>
--------	---

Enfermagem	<p>Utente de 59 anos, género masculino deu entrada na unidade a 23/07/2015 acompanhado pela esposa. Utente calmo, consciente e orientado no tempo e no espaço, com alguns períodos de labilidade emocional. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Necessita de ajuda parcial na realização das suas AVD's, exepcto nas transferências e higiene que necessita de ajuda total. Ao longo do internamento o Sr. [REDACTED] teve ganhos a nível da sua autonomia. Utiliza BIPAP no período nocturno. Elimina no WC com ajuda parcial, de noite elimina no</p>
------------	--

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?module=notaaltas&action=DetailVie...> 22-10-2015

Imagem 18: Exemplar de Nota de Alta no *Gestcare* - página 1
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

urinol. Apresenta pele integra.

Social DIAGNÓSTICO SOCIAL

Sr. [REDACTED] independente até AVC ocorrido a 04/06/2015. Foi referenciado para a RNCCI pelo CHMT. Aguardou vaga na medicina do HSJB. Deu entrada na nossa UCCI MFV - ULDM, no Entroncamento a 23/07/2015, acompanhado pela sua mulher para cumprir programa de reabilitação e manutenção dos cuidados de higiene e conforto. Aquando da admissão encontrava-se dependente parcial nas AVD, consciente, calmo, aparente orientado com períodos de desorientação, tem discurso perceptível e coerente. Desloca-se em cadeira de rodas com ajuda.

O utente reside com a mulher e filha mais nova em habitação própria com condições de habitabilidade, sem barreiras arquitetónicas.

Utente com 59 anos, HL 4ª classe, comerciante de madeiras, casado com Sra. [REDACTED] 58 anos, HL 6º ano, auxiliar ação direta em lar, a aguardar reforma por invalidez. O casal tem três filhos, dois autonomizados e uma filha com 19 anos a residir e dependente dos pais.

Da sua rede de suporte destaca-se o apoio informal prestado pela mulher. Desconhece-se a existência de outros elementos da sua rede de sociabilidade/vizinhança, disponíveis para a prestação de apoio. Desconhece-se a existência de vínculo formal com Instituições da comunidade.

Utente encontra-se em situação de baixa (700€) única fonte de rendimento do agregado, aguarda reforma por invalidez. Utente beneficia da isenção das taxas moderadoras com código [REDACTED] válido até 31/12/2020. Utente tem de encargos decorrentes deste internamento 10,30€/dia.

INTERVENÇÃO SOCIAL

- Acolhimento ao utente e familiares (mulher);
- Elaboração de Processo Individual de Serviço Social (PISS);
- Elaboração do Plano Individual Intervenção (PII) e respetiva avaliação de cumprimento;
- Articulação entre serviços, outras entidades e rede de suporte exterior;
- Acompanhamento psicossocial ao utente e familiares, em função das necessidades verificadas;
- Preparação da continuidade de cuidados:
- Adequar resposta social em contexto de alta

Expetativas de mobilidade/alta para utente e família: Domicílio dependendo da reabilitação. Perspetivas de mobilidade / alta: alta para o domicílio com suporte informal da mulher e filhos. Ajudas técnicas: cadeira de rodas, cadeira de banhos, almofada anti escaras.

Reunidas as condições consideradas fundamentais à transição segura de um nível de cuidados para outro, atribui-se alta social ao Sr. [REDACTED].

Entroncamento, 21/10/2015

TSS: [REDACTED]
[REDACTED]

Outras INFORMAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA

<https://umcciweb-mcci.min-saude.pt/index.php?module=notaaltas&action=DetailVie...> 22-10-2015

Imagem 19: Exemplar de Nota de Alta no *Gestcare* - página 2
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

Utente do género masculino, de 59 anos de idade, com antecedentes pessoais de HTA, hiperuricemia, apneia do sono, dislipidemia e fratura da tibia esquerda em 2002 e reoperado em 2003.

Em 04/06/2015 sofreu AVC do qual resultou em hemiplegia esquerda. Admitido no SU do Hospital de Torres Novas e posteriormente transferido para o Hospital de Abrantes onde permaneceu até dia 24/06. Nesse internamento apresentou complicação respiratória (traqueobronquite). Teve alta para o domicílio onde permaneceu durante 2 semanas sendo posteriormente admitido no serviço de Medicina do Hospital do Entroncamento, de onde proveio.

Referenciado, ao abrigo da RNCCI, em 23-07-2015, deu entrada na nossa Unidade de Média Duração e Reabilitação para reabilitação da capacidade funcional e promoção de autonomia na realização das AVD's.

Aquando do internamento nesta UCCI, apresentou-se inicialmente agitado por períodos, orientado no tempo e no espaço, assim como auto e alopsíquicamente. Normovigil, normotenaz e normoprosexio, denotou atenção voluntária e espontânea adequada, sem aparente comprometimento das funções mnésicas.

Estabeleceu diálogo facilmente, com discurso coerente e fluente evidenciando organização do pensamento/discurso. Referiu corretamente o motivo de internamento, havendo crítica acerca do seu estado de saúde. Tal situação comprometeu-o no desempenho das AVD's, pelo que passou a necessitar do apoio de terceiros para plena realização das mesmas.

Durante as entrevistas clínicas, respondeu assertivamente às questões que lhe foram colocadas debitando a informação da sua história de desenvolvimento pessoal, de forma cronológica e temporalmente orientada. Colocou questões críticas e revelou persistência perante as tarefas solicitadas, não se verificando alterações volitivas – normobúlico.

Animicamente apresentou diminuição do tónus afetivo (afeto hipotónico), fácies triste, desânimo, com episódios de labilidade emocional, reflexo da situação clínica atual e consequente dependência de terceiros. Ressonante aos estímulos, contudo humor deprimido - hipotímico. Verificou-se ativação de sintomatologia ansiógena por vezes invalidante, sendo concomitantes episódios de agitação psicomotora. Ansiedade identificada com características psicossomáticas.

Intervencionado psicoterapeuticamente na dificuldades sinalizadas, realizado enfoque cognitivo-comportamental e de suporte, no sentido de suprir as dificuldades e limitações erroneamente percecionadas, racionalizar a situação vivida, trabalhar o binómio ansiedade/depressão. Trabalhada a componente anímica e motivacional, com encaixe ao nível das estruturas cognitivas superiores, e reflexo na condição anímica. Manifestou clara evolução no domínio do ânimo, humor atualmente eutímico. Sintomatologia ansiógena controlada, apesar de configurar como padrão disfuncional de funcionamento do utente, prévio à situação de internamento. Episódios de agitação em remissão completa.

O utente tem aparente aquiescência da sua situação clínica e das dificuldades/incapacidades da mesma, assim como a eventual necessidade de intervenção de terceiros, e a exploração de recursos sociais que lhe prestem o apoio necessário o que acaba por facilitar o tratamento, e a procura de alternativas para minimizar os efeitos da doença e de rentabilização das competências pessoais existentes.

Ao nível da sua funcionalidade, o utente possui neste momento capacidades pessoais ainda insuficientes para o auto suporte mínimo, necessitado do apoio de terceiros para a concretização das AVD's e AIVD's

Beneficia de estimulação e promoção ao nível das áreas de desenvolvimento físico, pessoal e social, de forma a evitar o entorpecimento e o isolamento.

Deve ser estimulado a executar o mais independentemente possível as atividades básicas de vida diária ainda conservadas, por forma a manter e/ou potencializar os seus níveis

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?module=notaaltas&action=DetailVie...> 22-10-2015

Imagem 20: Exemplar de Nota de Alta no *Gestcare* - página 3
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

autónómicos.

A Psicóloga Clínica

INFORMAÇÃO DO SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Evolução e Prognóstico:

No momento da avaliação final o [REDACTED] apresentou ligeiras melhorias nos problemas de desempenho iniciais, sendo que realiza a higiene oral, fazer a barba e banho e vestir da metade superior do corpo com supervisão, necessita ainda de ajuda de terceiros para as restantes atividades. Também apresentou melhoria a nível dos movimentos ativos do MSE. No Índice de Barthel inicial foi obtida uma pontuação de 25/100 e na avaliação final 50/100.

Propõe-se a continuidade da abordagem em terapia ocupacional, a fim da continuação de programa de autonomia e recuperação da funcionalidade.

Entroncamento, 21 de Outubro de 2015

INFORMAÇÃO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Evolução e Prognóstico:

Trata-se de um utente colaborante, consciente e com períodos de desorientação, que se desloca em cadeira de rodas com ajuda de terceiros. Iniciou fisioterapia no ginásio a 24 de Julho com periodicidade diária. À data de entrada apresentava diminuição das amplitudes articulares, nomeadamente ao nível da extensão do joelho esquerdo, bem como da força muscular. Adotava a posição de sentado com ajuda total de terceiros estando as reações de extensão protetiva e de equilíbrio diminuídas na posição de sentado. Não assumia a posição ortostática. Apresentava bom equilíbrio estático e diminuído o dinâmico na posição de sentado e ausente na posição de pé. Não realiza teste de Roemberg. Apresentava como principal objetivo, para toda a estadia na unidade, realizar marcha nas paralelas, o qual não foi atingido.

Atualmente o utente apresenta as amplitudes articulares mantidas, embora não realize extensão do joelho aquando a posição ortostática. Mantem défice de coordenação. Adota a posição de sentado e de pé com ajuda parcial de terceiros, e com notório aumento do equilíbrio quer estático quer dinâmico na posição de sentado e de pé. Utente assume a posição ortostática.

Todo o processo de reabilitação tem sido desenvolvido com atividades em contexto de forma a estimular o utente e torna-lo o mais funcional e independente possível.

Assim sendo, aconselha-se continuação do programa de fisioterapia, de modo a potenciar a máxima funcionalidade e qualidade de vida do utente.

Entroncamento, 20 de Outubro de 2015

O/A Fisioterapeuta,

Tempo de resposta do Servidor: 0.63 segundos.

© 2015 GestCare CCI

<https://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?module=notaaltas&action=DetailVie...> 22-10-2015

Imagem 21: Exemplar de Nota de Alta no *Gestcare* - página 4
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

ANEXO 8 – CONCELHOS DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO

Concelhos da região de Lisboa e Vale do Tejo

Região de Lisboa e Vale do Tejo	
NUTS III - Área Metropolitana de Lisboa	
Alcochete	Almada
Amadora	Barreiro
Cascais	Lisboa
Loures	Mafra
Moita	Montijo
Odivelas	Oeiras
Palmela	Seixal
Sesimbra	Setúbal
Sintra	Vila Franca de Xira
NUTS III - Lezíria do Tejo	
Almeirim	Alpiarça
Azambuja	Benavente
Cartaxo	Chamusca
Coruche	Golegã
Rio Maior	Salvaterra de Magos
Santarém	
NUTS III - Médio Tejo	
Abrantes	Alcanena
Constância	Entroncamento
Ferreira do Zêzere	Mação
Ourém	Sardoal
Tomar	Torres Novas
Vila Nova da Barquinha	
NUTS III - Oeste	
Alcobaça	Alenquer
Arruda dos Vinhos	Bombarral
Cadaval	Caldas da Rainha
Lourinhã	Nazaré
Óbidos	Peniche
Sobral de Monte Agraço	Torres Vedras

Quadro 6: Concelhos da região de Lisboa e Vale do Tejo

Fonte: Elaboração própria com base na informação acedida em <http://www.ccdr-lvt.pt/pt>, a 30/12/2015

ANEXO 9 – POPULAÇÃO RESIDENTE NA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO

População residente na região de Lisboa e Vale do Tejo

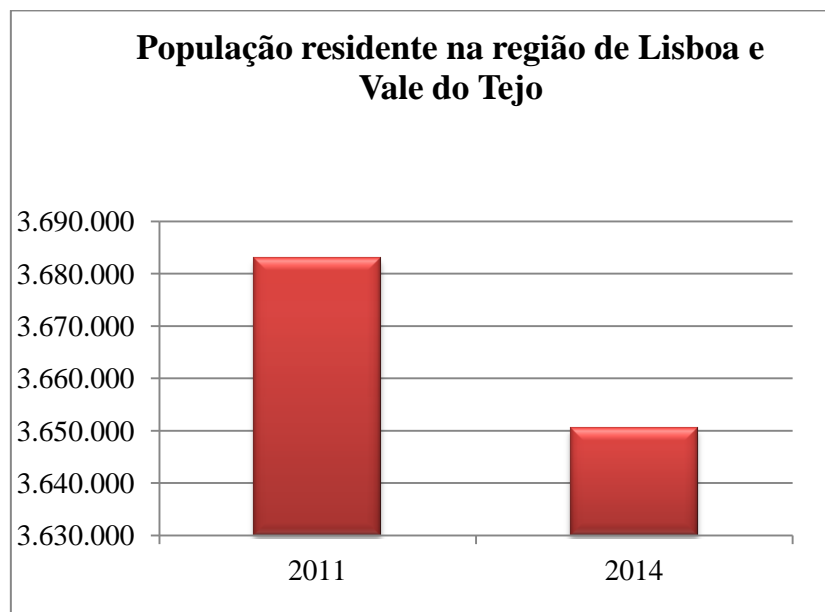


Gráfico 1: População residente na região de Lisboa e Vale do Tejo
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE acedidos a 11/1/2016

População residente n região de Lisboa e Vale do Tejo		
Local de residência	Anos	
	2011	2014
	População (n.º)	
Área Metropolitana de Lisboa	2 827 050	2 809 168
Lezíria do Tejo	247 587	243 620
Médio Tejo	245 940	239 200
Oeste	362 311	358 442
Lisboa e Vale do Tejo	3 682 888	3 650 430

Quadro 7: População residente na região de Lisboa e Vale do Tejo
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE acedidos a 11/1/2016

ANEXO 10 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR GRANDES GRUPOS ETÁRIOS NA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO

Distribuição da população residente por grandes grupos etários

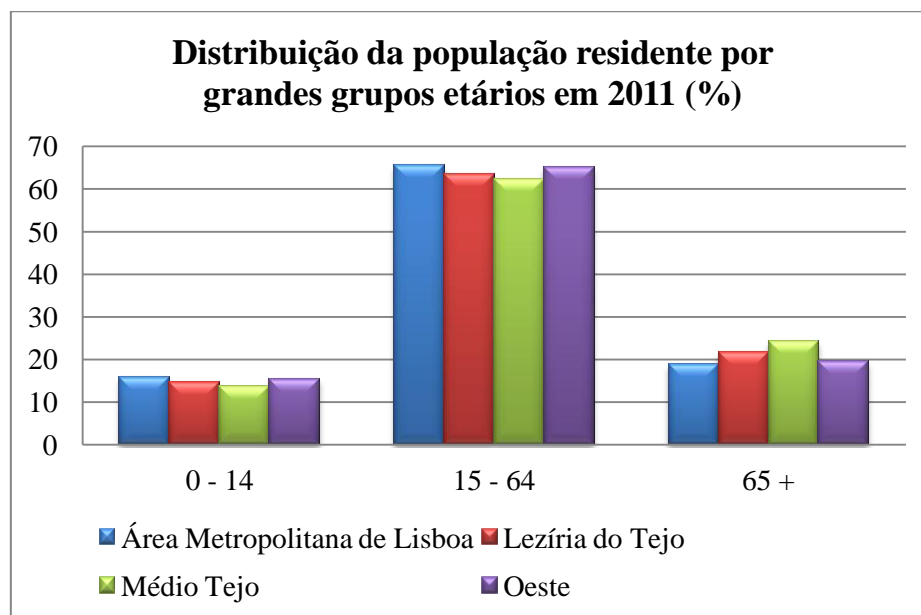


Gráfico 2: Distribuição da população residente por grandes grupos etários na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2011

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da PORDATA acedidos a 11/1/2016

Distribuição da população residente por grandes grupos etários no ano de 2011			
Local de residência	Grandes grupos etários		
	0-14	15-64	65 +
	População (%)		
Área Metropolitana de Lisboa	15,8	65,5	18,7
Lezíria do Tejo	14,7	63,5	21,7
Médio Tejo	13,5	62,3	24,2
Oeste	15,4	65,1	19,5

Quadro 8: Distribuição da população residente por grandes grupos etários na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2011

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da PORDATA acedidos a 11/1/2016

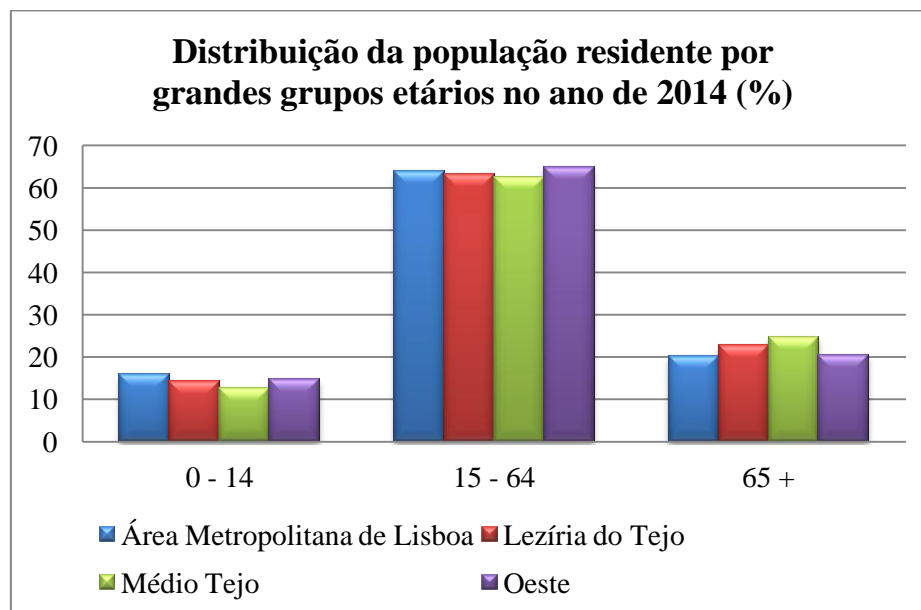


Gráfico 3: Distribuição da população residente por grandes grupos etários na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2014

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da PORDATA acedidos a 11/1/2016

Distribuição da população residente por grandes grupos etários no ano de 2014			
Local de residência	Grandes grupos etários		
	0-14	15-64	65 +
População (%)			
Área Metropolitana de Lisboa	15,9	63,9	20,2
Lezíria do Tejo	14,2	63,1	22,7
Médio Tejo	12,8	62,4	24,8
Oeste	14,7	64,9	20,5

Quadro 9: Distribuição da população residente por grandes grupos etários na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2014

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da PORDATA acedidos a 11/1/2016

**ANEXO 11 – TAXA BRUTA DE NATALIDADE NA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO
TEJO**

Taxa bruta de natalidade

(n.º de nascimentos / população residente * 1000)

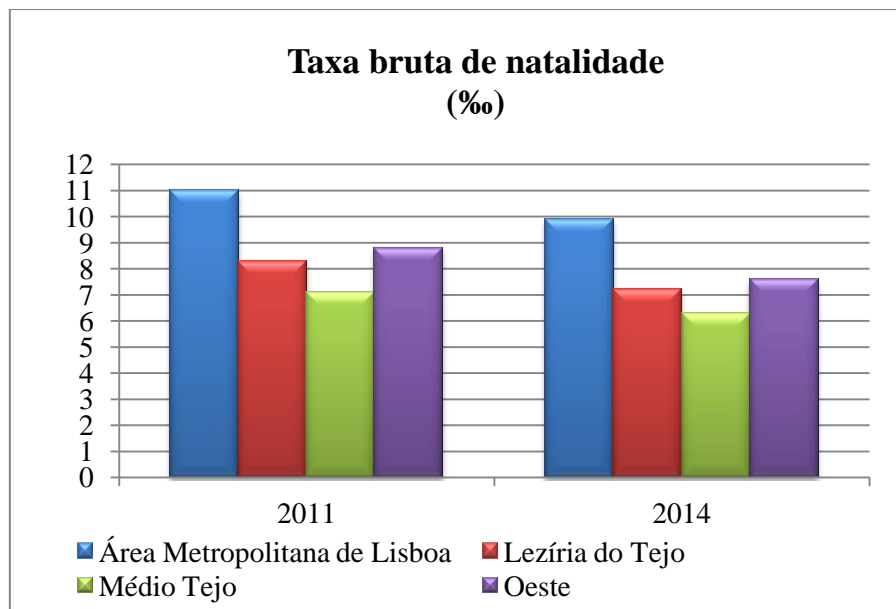


Gráfico 4: Taxa bruta de natalidade na região de Lisboa e Vale do Tejo
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE acedidos a 11/1/2016

Taxa bruta de natalidade na região de Lisboa e Vale do Tejo		
Local de residência	Anos	
	2011	2014
Taxa bruta de natalidade (‰)		
Área Metropolitana de Lisboa	11	9,9
Lezíria do Tejo	8,3	7,2
Médio Tejo	7,1	6,3
Oeste	8,8	7,6

Quadro 10: Taxa bruta de natalidade na região de Lisboa e Vale do Tejo
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE acedidos a 11/1/2016

**ANEXO 12 – TAXA BRUTA DE MORTALIDADE NA REGIÃO DE LISBOA E VALE
DO TEJO**

Taxa bruta de mortalidade

(n.º de óbitos / população residente *1000)

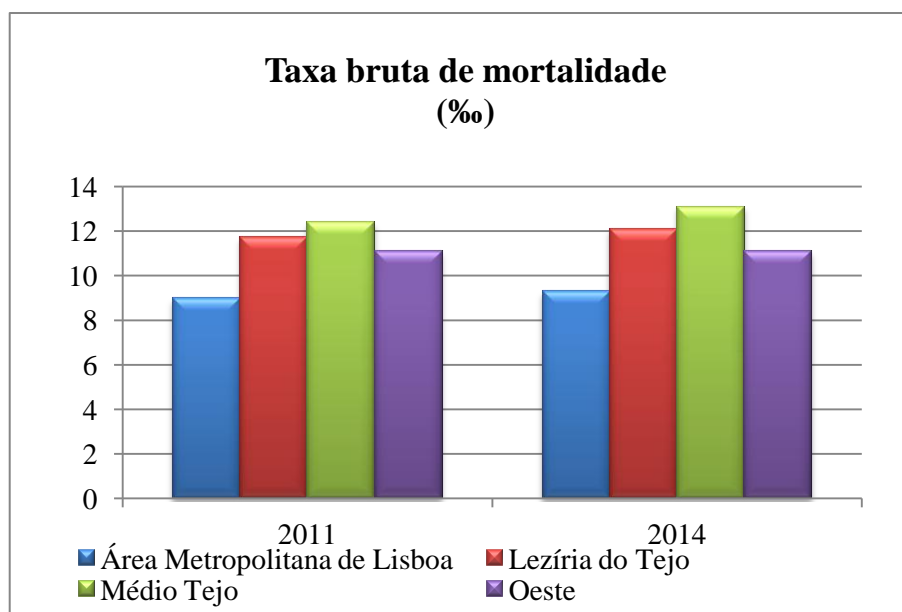


Gráfico 5: Taxa bruta de mortalidade na região de Lisboa e Vale do Tejo
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE acedidos a 11/1/2016

Taxa bruta de mortalidade na região de Lisboa e Vale do Tejo		
Local de residência	Anos	
	2011	2014
Taxa bruta de mortalidade (‰)		
Área Metropolitana de Lisboa	9	9,3
Lezíria do Tejo	11,7	12,1
Médio Tejo	12,4	13,1
Oeste	11,1	11,1

Quadro 11: Taxa bruta de mortalidade na região de Lisboa e Vale do Tejo
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE acedidos a 11/1/2016

**ANEXO 13 – ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO NA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO
TEJO**

Índice de envelhecimento

(população com 65 ou + anos / população com menos de 15 anos * 100)

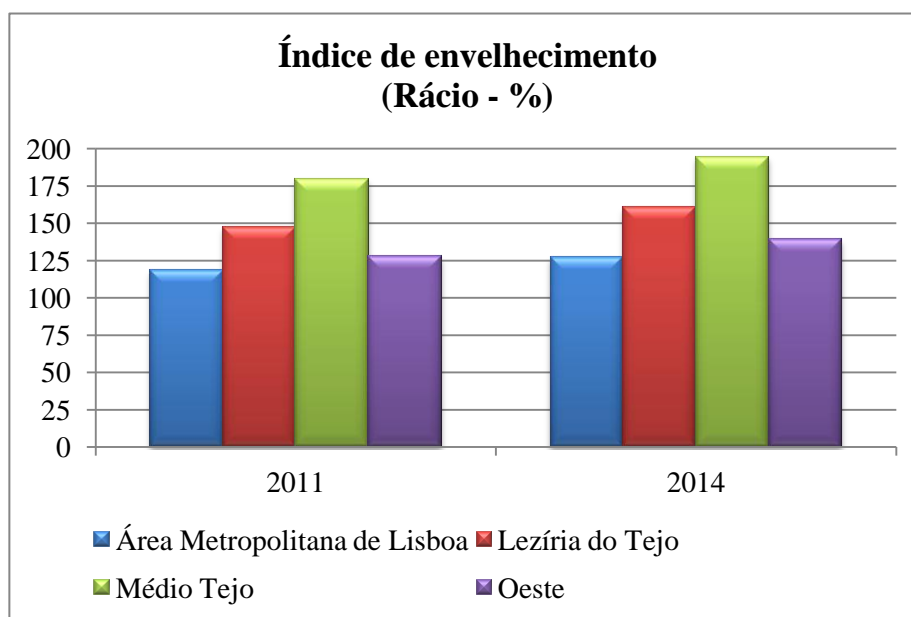


Gráfico 6: Índice de envelhecimento na região de Lisboa e Vale do Tejo
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da PORDATA acedidos a 11/1/2016

Índice de envelhecimento na região de Lisboa e Vale do Tejo		
Local de residência	Anos	
	2011	2014
Índice de envelhecimento (Rácio - %)		
Área Metropolitana de Lisboa	118,6	127
Lezíria do Tejo	147,5	160,3
Médio Tejo	179,9	194,8
Oeste	127,3	139,4

Quadro 12: Índice de envelhecimento na região de Lisboa e Vale do Tejo
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da PORDATA acedidos a 11/1/2016

ANEXO 14 – CARATERIZAÇÃO DA SCME

A SCME foi fundada “a 9 de Fevereiro de 1950, tendo os seus Estatutos sido publicados no Diário do Governo número 38, II série de 16 de Fevereiro do mesmo ano e por despacho do Excelentíssimo Senhor Sub-Secretário de estado da Assistência Social”³⁰. No entanto, foi apenas passados cerca de 6 anos que a Instituição (SCME) iniciou as suas práticas com a criação do posto hospitalar, o qual se tornou oficial, em Setembro de 1976, mediante a aprovação do Estado, como refere o Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de Novembro³¹.

De acordo com o Portal da Instituição, a SCME, constitui-se como “Instituição Privada de Solidariedade Social, cuja natureza é de Pessoa Colectiva de Utilidade Pública, sem fins lucrativos e de harmonia com o espírito tradicional para a prática de satisfazer as carências sociais”. Neste sentido, a sua principal missão consiste em prestar cuidados de saúde e acolher pessoas idosas, de forma a melhorar a qualidade de vida da população. Para tal, esta Instituição procura “estabelecer parcerias com entidades públicas e privadas que permitam a prossecução das estratégias de acção (...) criando e dinamizando valências para bem servir a comunidade”, e orientar as suas atividades com base em determinados valores como “colocar os utentes no centro da sua acção, respeitando-os, compreendendo as suas necessidades satisfazendo-as”; “aplicar os recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objectivos sociais”; e “captar e manter bons profissionais, que garantam a concretização dos objectivos definidos pela Mesa Administrativa”³².

A SCME concentra as suas ações em dois âmbitos distintos, nomeadamente na área Social e na área da Saúde, dispondo de várias valências. Especificando, a SCME integra duas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (Lar Fernando Eiró Gomes e Lar da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento, também com serviço de apoio domiciliário e centro de dia), um Hospital (Hospital de S. João Baptista) e a UCCI *Manuel Fanha Vieira – Provedor* (constituída por uma Unidade de Convalescença (15 lugares de internamento), uma UMDR (40 lugares de internamento) e uma Unidade de Longa Duração e Manutenção (35 lugares de internamento), sendo esta última a mais recente³³.

³⁰ Informação disponível em <http://www.scment.pt/>

³¹ Informação disponível em <http://www.scment.pt/>

³² Informação disponível em <http://www.scment.pt/>

³³ Informação disponível em <http://www.scment.pt/>

ANEXO 15 – GUIÕES DE OBSERVAÇÃO

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Data de início:

Data de término:

Duração:

Local: Unidade de Média Duração e Reabilitação da Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira – Provedor

Objetivo principal da investigação: compreender a perceção dos profissionais da equipa de cuidados continuados integrados da Unidade de Média Duração e Reabilitação da Unidade de Cuidados Continuados Integrados *Manuel Fanha Vieira – Provedor* acerca da interdisciplinaridade no cuidar

Observador: Inês Dias Palmeiro

Observação 1:

Objetivo da observação 1	Focalização geral	Focos de observação (atividades)
➤ Caraterizar o modo de operacionalização da interdisciplinaridade desenvolvido pela equipa e individualmente por cada profissional	a) Contexto físico b) Recursos materiais c) Agentes – Profissionais d) Atividades	1. Acolhimentos a) b) c) 2. Reuniões multidisciplinares a) b) c) 3. Planeamento dos cuidados (PII) a) b) c) 4. Reuniões familiares a) b) c)

Quadro 13: Guião de observação 1

Fonte: Elaboração própria

Observação 2:

Objetivo da observação 2	Focalização geral	Focos de observação (atividades)
➤ Identificar os estilos comunicacionais prevaletentes no seio da equipa	a) Estilos comunicacionais dos agentes – profissionais * ver grelhas seguintes	1. Reuniões multidisciplinares a)

Quadro 14: Guião de observação 2

Fonte: Elaboração própria

Observação 2 – Estilos comunicacionais no seio da equipa interdisciplinar

Estilo comunicacional		Profissional observado	
Tipo	Caraterísticas (adaptadas de Rego, 1999: 28)	Letra de identificação	Caraterísticas do estilo comunicacional e respetivas notas (frases pronunciadas)
Agressivo	O indivíduo: a) Tem tendência para atacar os outros no sentido de concretizar os seus propósitos; b) É ameaçador e intimidador; c) É irónico e desagradável; d) Tem dificuldade em controlar-se emocionalmente; e) Não é cooperante; f) Apresenta dificuldades em compreender ideias divergentes e reagir perante estas;		
Passivo	O indivíduo: a) Procura evitar situações conflituosas; b) Não é persistente perante desafios provocados por outros e desiste; c) Tende a abdicar de defender as suas ideias apenas para agradar; d) Considera que cada um deve conhecer os limites perante os outros;		
Assertivo	O indivíduo: a) Apresenta capacidade para sustentar de forma construtiva os direitos individuais ou do seu grupo mas também para compreender os dos outros; b) É direto e sincero; c) É persistente a defender os seus pontos de vista mas demonstra interesse em conhecer e perceber os dos outros.		

Quadro 15: Guião de observação 2 - Estilos comunicacionais segundo Rego (1999)

Fonte: Elaboração própria adaptada de Rego (1999: 28)

Estilo comunicacional		Profissional observado	
Tipo	Caraterísticas (adaptadas de McCallister, 1994, cit. por Rego, 1999: 114-115)	Letra de identificação	Caraterísticas do estilo comunicacional e respetivas notas (frases pronunciadas)
Candidato	O indivíduo: a) Apresenta uma agregação dos estilos sócrático e reflexivo; b) Tende a ser franco, analítico e comunicativo; c) Partilha, simpaticamente, bastante informação com as outras pessoas;		
Magistrado	O indivíduo: a) Apresenta caraterísticas do estilo Nobre e do Sócrático; b) Diz aquilo que pensa, sem filtros, mas detalhadamente;		

	c) Tende a ser algo autoritário e fazer-se superior, tentando sobressair e dirigir os debates;		
Nobre	O indivíduo: a) Partilha de forma aberta e sincera os seus pontos de vista; b) É direto, dizendo exatamente aquilo que está a pensar; c) Aborda diretamente as questões em causa, sem rodeios; d) Utiliza frases curtas para transmitir os seus pensamentos;		
Reflexivo	O indivíduo: a) Demonstra alguma preocupação com as questões interpessoais das relações comunicacionais; b) Tende a ser delicado; c) É bom ouvinte; d) Se se apercebe que está ou vai magoar ou ofender o outro, prefere não pronunciar mais nada; e) Procura evitar conflitos, preferindo agradar aos outros com palavras que estes desejam ouvir e concordar com ideias com as quais na verdade não concorda.		
Senador	O indivíduo: a) Apresenta características do estilo nobre mas também do reflexivo, utilizando os dois de forma independente, ou seja, tanto podem usar um como outro, não existindo uma fusão dos dois;		
Socrático	O indivíduo: a) Defende que as discussões devem ir ao pormenor da questão; b) Considera relevante discutir os assuntos e só posteriormente tomar decisões; c) Gosta de dar a conhecer os seus fundamentos e de os comparar com os dos outros.		

Quadro 16: Guião de observação 2 - Estilos comunicacionais segundo McCallister (1994, cit. por Rego, 1999: 114-115)

Fonte: Elaboração própria adaptada de Rego (1999: 114-115)

ANEXO 16 – GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de entrevista

“A interdisciplinaridade no cuidar – Perceção dos profissionais das Equipas de Cuidados Continuados Integrados
– Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira - Provedor”

A presente investigação, cujo título se designa “A multidisciplinaridade no cuidar – Perceção dos profissionais das Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira - Provedor”, é realizada no âmbito do Mestrado em Gerontologia do Instituto Politécnico de Portalegre, como complemento da dissertação para a obtenção do Grau de Mestre.

O objetivo primordial do estudo prende-se ao conteúdo da sua questão de partida: “*Qual a perceção dos profissionais da equipa de cuidados continuados integrados da Unidade de Média Duração e Reabilitação da UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor acerca da interdisciplinaridade na prestação de cuidados?*”. Neste sentido, foram definidos como objetivos específicos: identificar a valorização atribuída pelos profissionais à interdisciplinaridade no cuidar; identificar as vantagens e/ou desvantagens da interdisciplinaridade na recuperação dos utentes, na perspetiva dos profissionais; descrever os benefícios e/ou inconvenientes da interdisciplinaridade no desempenho de cada profissional da equipa; compreender a perceção dos profissionais face à importância da comunicação na interdisciplinaridade no cuidar; identificar os estilos comunicacionais prevalentes no seio da equipa; e caracterizar o modo de operacionalização da interdisciplinaridade desenvolvido pela equipa e individualmente por cada profissional.

Importa referir que todos os dados recolhidos através da entrevista são confidenciais e utilizados apenas para a concretização deste estudo.

Caraterização sociográfica do/a entrevistado/a:

Sexo: Feminino Masculino **Idade:** _____

Profissão

Assistente Social Enfermeiro/a Fisioterapeuta Médico/a Psicólogo/a

Terapeuta da Fala Terapeuta Ocupacional

Período de experiência profissional

_____ dias _____ meses _____ anos

Período de prestação de cuidados na UMDR da SCM do Entroncamento

_____ dias _____ meses _____ anos

Regime de contrato de trabalho na UMDR da SCM do Entroncamento

Tempo inteiro Tempo parcial

Guião de Entrevista:

Dimensão 1 – Perceção sobre a interdisciplinaridade

Objetivo: identificar a valorização atribuída pelos profissionais à interdisciplinaridade no cuidar

Questões:

1. De que forma percebe o conceito de multidisciplinaridade? E o de interdisciplinaridade?
2. Que princípios/condições considera essenciais para a eficácia/funcionalidade de uma equipa multidisciplinar?

Dimensão 2 – Perceção sobre a interdisciplinaridade no cuidar

Objetivo: identificar a valorização atribuída pelos profissionais à interdisciplinaridade no cuidar

Questões:

3. Qual dos modelos de intervenção – biopsicossocial ou biomédico – considera mais adequado na prestação de cuidados de saúde? Em que medida?
4. Qual a importância da intervenção interdisciplinar na área da saúde?
5. Que princípios/condições considera essenciais para a eficácia/funcionalidade de uma equipa multidisciplinar na área da saúde?

Dimensão 3 – Perceção sobre a interdisciplinaridade na recuperação dos utentes

Objetivo: identificar as vantagens e/ou desvantagens da interdisciplinaridade na recuperação dos utentes na perspectiva dos profissionais

Questões:

6. Quais os benefícios e/ou limitações da intervenção interdisciplinar na recuperação dos utentes?

Dimensão 4 – Perceção sobre a interdisciplinaridade vs. desempenho individual

Objetivo: descrever os benefícios e/ou inconvenientes da interdisciplinaridade no desempenho de cada profissional da equipa

Questões:

7. Qual o grau de satisfação por intervir de forma interdisciplinar? Porquê?
8. Quais as vantagens e/ou desvantagens deste tipo de intervenção no desempenho individual de cada membro da equipa?
9. Quais os desafios que a abordagem interdisciplinar coloca aos profissionais das equipas?

Dimensão 5 – Perceção sobre a comunicação no cuidar

Objetivo: compreender a perceção dos profissionais face à importância da comunicação na interdisciplinaridade no cuidar

Questões:

10. Na sua opinião, qual o papel que a comunicação assume na prestação de cuidados?
11. E no desenvolvimento da interdisciplinaridade no cuidar?
12. Considera que as reuniões multidisciplinares são uma mais-valia para melhorar a comunicação entre os membros da equipa? Porquê?
13. Quais as vantagens e desvantagens das reuniões de equipa?

Dimensão 6 – Perceção sobre o estilo comunicacional mais adequado no cuidar

Objetivo: identificar os estilos comunicacionais prevalentes no seio da equipa

Questões:

14. Qual considera ser o seu estilo comunicacional prevalente (assertivo, passivo, agressivo)?
15. De entre os vários estilos comunicacionais (assertivo, passivo, agressivo) qual considera ser o mais adequado na prestação de cuidados? E no trabalho em equipa interdisciplinar?

Dimensão 7 – Perceção sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]

Objetivo: caraterizar o modo de operacionalização da interdisciplinaridade desenvolvido pela equipa e individualmente por cada profissional

Questões:

16. Em que medida a RNCCI é um novo paradigma na prestação de cuidados?

Dimensão 8 – Perceção sobre a operacionalização da interdisciplinaridade na RNCCI

Objetivo: caraterizar o modo de operacionalização da interdisciplinaridade desenvolvido pela equipa e individualmente por cada profissional

Questões:

17. De que forma é operacionalizada a interdisciplinaridade na RNCCI ou nesta tipologia de Unidade?

18. Sendo o Assistente Social um profissional da área das ciências sociais e humanas e não da saúde, qual o papel que assume na equipa e no processo de intervenção?

Dimensão 9 – Perceção sobre o desempenho individual

Objetivo: caraterizar o modo de operacionalização da interdisciplinaridade desenvolvido pela equipa e individualmente por cada profissional

Questões:

19. Quais as suas principais funções na prestação de cuidados?

**ANEXO 17 – CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DIRIGIDA AO EXMO.
SR. PROVIDOR DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO ENTRONCAMENTO**

Remetente: Inês Dias Palmeiro

Morada:

Telemóvel:

Endereço eletrónico:

Exmo. Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento,
Dr. Manuel Fanha Vieira

Assunto: Solicitação de autorização para investigação na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento, no âmbito do Mestrado em Gerontologia – Especialização em Saúde – do Instituto Politécnico de Portalegre

O meu nome é Inês Dias Palmeiro, tenho 23 anos de idade e sou natural do Entroncamento. No que concerne à formação, sou licenciada em Serviço Social pelo Instituto Politécnico de Portalegre, e atualmente, encontro-me a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gerontologia – Especialização em Saúde – no referido Instituto.

O interesse pessoal pela área da saúde remonta ao período da licenciatura, no qual tive oportunidade de adquirir conhecimentos acerca da prática do Serviço Social em âmbito hospitalar e nos Cuidados Continuados Integrados, mediante a realização de estágio curricular, no ano de 2012, na Unidade de Convalescença da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, e a uma experiência mais recente, designadamente à realização de estágio profissional no Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre, no qual assumi funções de assistente social durante um período de 12 meses (Fevereiro de 2014 a Março de 2015).

Ambas as experiências profissionais contribuíram para a motivação que me conduz ao desenvolvimento da dissertação de Mestrado, sob orientação do Professor Doutor João Emílio Alves e coorientação da Professora Doutora Ana Isabel Mateus da Silva, cujo título se designa “A interdisciplinaridade no cuidar – Perceção dos profissionais da Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento”.

A principal finalidade da investigação consiste em compreender a perceção dos profissionais das equipas de cuidados continuados integrados acerca da interdisciplinaridade no cuidar, pretendendo-se igualmente alcançar os seguintes objetivos específicos: identificar a

valorização atribuída pelos profissionais à interdisciplinaridade no cuidar; enumerar as vantagens e/ou desvantagens da interdisciplinaridade na recuperação dos utentes; descrever os benefícios e/ou inconvenientes da interdisciplinaridade no desempenho de cada profissional da equipa; caracterizar o modo de operacionalização da interdisciplinaridade desenvolvido pela equipa e individualmente por cada profissional; e identificar os estilos comunicacionais prevalentes no seio da equipa multidisciplinar.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, a autorização para a realização do referido estudo na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento, nomeadamente, através da concretização de entrevistas a alguns profissionais que constituem a equipa multidisciplinar da Unidade; e da concretização de um período de observação, no sentido de conhecer melhor o modo de operacionalização da interdisciplinaridade.

A dissertação de Mestrado deve ser efetuada no ano letivo 2014/2015, sendo a data limite de entrega, o dia 31 de Outubro do presente ano, pelo que solicito a autorização para aplicação das entrevistas e do tempo de observação, com a maior brevidade possível.

A minha disponibilidade é total para quaisquer esclarecimentos que entenda necessários.

Grata pela atenção dispensada,

Inês Dias Palmeiro

Entroncamento, 8 de Junho de 2015

**ANEXO 18 – E-MAIL DE RESPOSTA À SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DIRIGIDA AO EXMO. SR. PROVIDOR DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO
ENTRONCAMENTO**

De: **Recursos Humanos SCME** <grh@scment.pt>

Data: 14 de julho de 2015 09:27

Assunto: Pedido de investigação

Para: ines.d.palmeiro@gmail.com

Cc: Dra Vera <veralucia@scment.pt>, Psicologia <gabpsicologia@scment.pt>, gabinete de coordenação <coordenacaogeral@scment.pt>

Exma. Senhora,

Relativamente ao seu pedido de 8 de junho, vimos por este meio informar, que foi autorizado.

Desse modo, solicitamos que entre em contacto com a Dra. Vera Araújo, para agendarem um dia, com vista à articulação do processo de investigação. Poderá fazê-lo para o nº 249729240.

Com os melhores cumprimentos.

Departamento de Recursos Humanos

Cláudia Salvaterra

Téc. Sup. Adm (RH)

Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento

Pessoa Coletiva de Utilidade Pública

IPSS NIF 500 876 088

Telefone: 249720149

E-mail: grh@scment.pt

Website: www.scment.pt

**ANEXO 19 – CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO UTILIZADO DURANTE O PERÍODO DE
INVESTIGAÇÃO NA UMDR**

Cartão de identificação utilizado durante o período de investigação na UMDR



ANEXO 20 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaração de consentimento informado

Eu, Inês Dias Palmeiro, aluna do Mestrado em Gerontologia – Especialização em Gerontologia e Saúde – do Instituto Politécnico de Portalegre, no âmbito da realização da dissertação final deste 2.º ciclo de estudos, pretendo desenvolver uma investigação cujo tema se designa “*A interdisciplinaridade no cuidar: perceção dos profissionais das equipas de cuidados continuados integrados – Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira - Provedor*”. Neste sentido, solicita-se a Vossa colaboração no referido estudo, constituindo-se a presente declaração como comprovativo do comprometimento pessoal face às questões de cariz ético, nomeadamente quanto à explicação da natureza da investigação e respetiva finalidade, e do direito à recusa e à confidencialidade.

Entroncamento, ___ de _____ de 2015

(*Inês Dias Palmeiro*)

Declaração de consentimento informado

Eu, _____, a exercer profissão como _____, na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira - Provedor, declaro ter sido informado/a sobre a natureza da investigação e respetiva finalidade, e acerca do direito à recusa e à confidencialidade; e aceitar de livre e espontânea vontade, participar na investigação “*A interdisciplinaridade no cuidar: perceção dos profissionais das equipas de cuidados continuados integrados – Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira - Provedor*”, a desenvolver por Inês Dias Palmeiro, no âmbito do Mestrado em Gerontologia – Especialização em Gerontologia e Saúde – do Instituto Politécnico de Portalegre.

Entroncamento, ___ de _____ de 2015

(*Assinatura*)

**ANEXO 21 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
UTILIZAÇÃO EM ANEXO DE DOCUMENTOS INTERNOS DA UMDR E DO
APLICATIVO INFORMÁTICO DA RNCCI**

Declaração de consentimento informado

Eu, Inês Dias Palmeiro, aluna do Mestrado em Gerontologia – Especialização em Gerontologia e Saúde – do Instituto Politécnico de Portalegre, no âmbito da realização da dissertação final deste 2.º ciclo de estudos, cujo título se designa “*A interdisciplinaridade no cuidar: perceção dos profissionais das equipas de cuidados continuados integrados – Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira - Provedor*”, venho por este meio solicitar a V. Exa., alguns exemplares de documentos internos e do aplicativo informático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para que possam constar em anexo na referida dissertação. Neste sentido, serve a presente declaração como comprovativo do comprometimento pessoal relativamente às questões de cariz ético, nomeadamente quanto à confidencialidade face aos dados pessoais dos utentes e dos profissionais cuja identificação conste nesses documentos.

Entroncamento, ___ de _____ de 2015

(*Inês Dias Palmeiro*)

Declaração de consentimento informado

Eu, _____, a exercer profissão como _____, na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira - Provedor, declaro ter fornecido de livre e espontânea vontade alguns exemplares de documentos internos e do aplicativo informático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para que possam constar em anexo na dissertação “*A interdisciplinaridade no cuidar: perceção dos profissionais das equipas de cuidados continuados integrados – Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira - Provedor*”, a desenvolver por Inês Dias Palmeiro, no âmbito do Mestrado em Gerontologia – Especialização em Gerontologia e Saúde – do Instituto Politécnico de Portalegre.

Entroncamento, ___ de _____ de 2015

(*Assinatura*)

ANEXO 22 – DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO DOS ACOLHIMENTOS

O acolhimento, por norma, consiste no primeiro contacto entre o utente e os profissionais da Unidade, pelo que os observados foram iniciados (normalmente pelo médico) com a apresentação pessoal de todos os presentes, nomeadamente dos membros da equipa, da estagiária de psicologia (âmbito de estágio de âmbito curricular), da minha pessoa (enquanto aluna de mestrado a desenvolver um estudo na Unidade), e do próprio utente (pretendendo-se também saber o nome pelo qual gosta de ser chamado) e seus acompanhantes, sendo também identificado o seu “cuidador informal/familiar” de referência.

Posteriormente, um dos profissionais questiona o utente e/ou cuidador sobre o local onde o utente estava antes do ingresso na Unidade e se beneficiava de algum tipo de apoio social e institucional (hospital, domicílio, domicílio de familiar, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas; centro de dia, serviço de apoio domiciliário, entre outros), e acerca do motivo da referenciação para a RNCCI, mais precisamente da dependência atual que conduziu ao internamento do utente na Unidade e de como era a sua condição de saúde antes desse acontecimento, procurando igualmente conhecer as expectativas de ambos (se possível) relativamente ao internamento (por exemplo: recuperar a fala; ter mais mobilidade; ser mais autónomo nas atividades de vida diárias, entre outros).

Neste momento, os profissionais presentes são elucidados pelo próprio utente e/ou pelos seus cuidadores acerca da sua realidade clínica, social (contexto familiar; com quem vive, entre outros), económica (reformado ou no ativo e valores de rendimento) e espiritual (tipo de religião e se é ou não praticante), à medida que lhes vão colocando algumas questões e preenchendo o documento “Avaliação inicial” (Anexo 23). Embora os profissionais tenham a possibilidade de aceder a esta informação, anteriormente, no processo do utente no aplicativo informático da Rede (*Gestcare*) e através de cartas de alta ou de outros documentos de que o utente se faça acompanhar, por vezes essa informação não é suficiente ou pode estar desatualizada, sendo essencial escutar o que têm a dizer. Deste modo, neste primeiro contacto, o responsável pela área de enfermagem (ou outro profissional com competências para tal) procede a algumas avaliações clínicas, como a avaliação de alguns sinais vitais (por exemplo, através da medição da pressão arterial, da temperatura corporal, de diabetes, entre outros) e regista-os no documento acima mencionado.

Por outro lado, é no acolhimento que os profissionais da equipa multidisciplinar transmitem aos utentes e a seus familiares, algumas informações relativas ao funcionamento da Unidade e solicitam alguns pareceres.

O utente e/ ou cuidadores/familiares são informados de que a Unidade dispõe de uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais) que irá colaborar para que a recuperação do utente seja a mais positiva possível, e que está disponível para quaisquer esclarecimentos, mesmo através de contato telefónico, pelo que o utente/cuidador é também questionado se lhe foram fornecidos os contactos da Unidade nos serviços administrativos, até mesmo para poderem contactar com o utente. Neste contexto, os familiares são também informados da existência e modo de elaboração do PII, da importância que podem assumir no processo de recuperação do utente (sendo considerados como parte integrante da equipa multidisciplinar), e da possibilidade de durante o internamento serem marcadas reuniões familiares (com os profissionais da equipa), no sentido de esclarecer algumas questões ou resolver alguns problemas que possam surgir.

Ainda sobre o funcionamento da Unidade, um dos profissionais (normalmente de psicologia) informa sobre o horários das visitas na Unidade, e a possibilidade que os cuidadores/familiares têm, se for seu desejo, de almoçar com o utente na Unidade desde que avisem previamente o refeitório da mesma e um dos profissionais de referência, para que sejam organizadas as refeições e que o utente se possa deslocar ao refeitório para tal. Neste âmbito, os cuidadores são também informados de que podem assistir às diferentes sessões de terapia (fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional).

Outras informações, normalmente prestadas pelo profissional de psicologia, têm a ver com o funcionamento da Unidade, particularmente acerca do período de internamento naquela tipologia (3 meses em UMDR), das possibilidades de prorrogação do internamento e de transferência de tipologia (de internamento ou para ECCI) em caso de necessidade clínica, e de perda de vaga em caso de agudização e internamento em hospital de agudos. Especificando este último ponto, o utente e/ou cuidador/familiar são informados de que perante uma situação aguda, à qual não seja possível dar resposta na Unidade, os utentes são transferidos de ambulância (INEM) para o Hospital de agudos de referência (neste caso o de Abrantes) e a sua vaga fica cativa na Unidade durante 8 dias. Caso este internamento perdure mais tempo, desde que a situação clínica do utente o justifique, deverá ser efetuado novo processo de referenciação para a RNCCI e o utente ficará novamente a aguarda vaga (no hospital, no domicílio ou em instituição), ocupando uma posição prioritária na lista de espera das colocações, e podendo regressar à Unidade onde se encontrava ou integrar outra. Ainda assim,

o profissional que aborda esta questão, por norma, acrescenta que durante este período de internamento no hospital, os profissionais da Unidade vão estabelecendo contactos com os do Hospital (nomeadamente com os profissionais da EGA) para conhecer a evolução do utente.

Neste contexto, os profissionais questionam também se o utente tem alguma consulta ou exame marcados fora do âmbito da Rede, e informam que se tal suceder o acompanhamento deve ser feito pelo cuidador, devendo ser o mesmo a tratar do transporte.

Uma vez que a UMDR é uma resposta temporária e não permanente, e que de acordo com o estabelecido na RNCCI, a alta deve ser preparada desde a entrada do utente na Unidade, o assistente social (ou outro técnico na ausência deste) no acolhimento questiona acerca das perspetivas face à alta da Unidade, nomeadamente para onde pensam que o utente deverá regressar aquando da sua alta. Neste momento o assistente social procura proceder à avaliação social do utente, colocando outras questões que considere pertinentes e que não tenham sido referidas na “Avaliação inicial”, e presta apoio psicossocial, informando o utente/cuidadores sobre alguns apoios sociais de que possa beneficiar (por exemplo: complemento por dependência, estratégias de remoção ou diminuição de barreiras arquitetónicas, entre outros) mesmo após alta.

Por outro lado, é também no acolhimento que os profissionais solicitam ao utente e/ou cuidador que os informem sempre que verificarem algum aspeto ou acontecimento menos positivo durante o internamento na Unidade, para que possam resolver essa questão e o utente se sinta confortável.

A maioria das questões acima mencionadas, incluindo a identificação das expectativas do utente e/ou de seus cuidadores/familiares, constam na *check list* de informações a prestar e a solicitar, presente na “Acta da reunião de acolhimento” (Anexo 24), que deve ser assinada pelos profissionais presentes e pelo utente ou seu representante.

Outra das informações prestadas está relacionada com o facto de a Unidade não ter serviço de lavandaria, ficando ao critério do utente e/ou cuidadores que o utente utilize a roupa da Unidade (dispõe de roupa prática para utilidade dos utentes que é tratada na lavandaria do Hospital da SCME, diariamente) ou que os cuidadores se responsabilizem pelo tratamento da roupa pessoal do utente. Esta decisão é acautelada mediante a assinatura, por parte do utente ou do seu representante, de um documento específico que a comprova: o “Termo de responsabilidade para tratamento de roupas” (Anexo 25)

No acolhimento os utentes e cuidadores, são também elucidados de que o utente tem a possibilidade de ir passar alguns fins-de-semana ou épocas festivas ao domicílio, se assim o desejarem ou até por indicação, por exemplo, da fisioterapia (para se aperceberem melhor das barreiras arquitetónicas no domicílio) desde que estejam reunidas as condições necessárias e que o parecer dos profissionais da Unidade seja positivo, pois para que este acontecimento suceda, os profissionais têm de avaliar se o utente está clinicamente estável para o fazer, e caso esteja, o próprio utente ou o seu cuidador tem de assinar um termo de responsabilidade.

Por sua vez, no sentido da personalização de cuidados, um dos profissionais (normalmente de psicologia) questiona o utente/cuidador se o nome do utente pode constar à porta do seu quarto e por cima da sua cama e solicita que identifiquem algo que possam colocar como imagem identificativa (algo que o utente goste de ver, de fazer, que tenha alguma devoção, entre outros) junto ao nome do utente à entrada do seu quarto (por exemplo: imagem de Nossa Senhora de Fátima, símbolo do clube Sport Lisboa e Benfica, imagens de flores, alusivas à caça, entre outros). Neste âmbito, os profissionais também questionam sobre a autorização para fotografar o utente em festividades e outras atividades da Unidade e/ou as suas lesões cutâneas (úlceras), caso existam, para monitorização clínica. Assim, outro documento que é assinado, pelo utente ou cuidador, no acolhimento e que acautela a autorização da utilização destes dados pessoais do utente é a declaração de “Autorização de utilização de dados e imagens” (Anexo 26).

Não menos importante, outra questão que é documentada está relacionada com a presença de pertences pessoais do utente na Unidade (por exemplo: aliança; relógio; telemóvel; próteses dentária e/ ou auditiva; óculos; entre outros), pelo que o próprio ou o seu cuidador/familiar e dois dos profissionais devem assinar o documento “Pertences do utente” (Anexo 27) à data de entrada (entrega) e da alta (devolução).

Todos os documentos acima referidos e o alusivo aos “Contactos estabelecidos” (Anexo 28) vão sendo preenchidos pelos profissionais com essas tarefas delegadas, de maneira que no final de cada acolhimento foram então assinados todos os documentos, pelo utente ou seu cuidador informal/familiar e pelos profissionais, no sentido de acautelar que foram prestadas todas as informações necessárias por parte de ambas as partes, ou seja, como comprovativo de que foram elucidados acerca de todas as questões.

ANEXO 23 – AVALIAÇÃO INICIAL


(documento interno da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*)

	<h2 style="margin: 0;">AVALIAÇÃO INICIAL</h2>
---	---

Nome pelo qual deseja ser tratado:


NOME: _____
 DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___
 Nº PROCESSO: _____
 TIPOLOGIA: _____

I – ENTREVISTA - DADOS INICIAIS DO INTERNAMENTO				
Motivo do Internamento: _____				
Alergias? Não() Sim() - Quais: _____				
Vacinas: _____				Boletim de Vacinas: Sim() Não()
INTERNAMENTO(S) / CIRURGIAS ANTERIORES	LOCALIZAÇÃO/TIPO	DATA DO PROCEDIMENTO	INSTITUIÇÃO	OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS ANESTÉSICAS
ANTECEDENTES PESSOAIS / HÁBITOS				
1. Diabetes	Não ()	Desconhece ()	Sim ()	Desde quando: _____ Tipo: _____
2. Hipertensão arterial?	Não ()	Desconhece ()	Sim ()	Desde quando: _____
3. Cardiopatias	Não ()	Desconhece ()	Sim ()	Quais: _____
4. TVP (Trombose Venosa Profunda) / TEP (Tromboembolismo Pulmonar)	Não ()	Desconhece ()	Sim ()	Há quanto tempo: _____
5. Doenças Infecto-contagiosas	Não ()	Desconhece ()	Sim ()	Quais: _____
6. Outras doenças	Não ()	Desconhece ()	Sim ()	Quais: _____
7. Tabagismo	Não ()		Sim ()	Quanto cigarros/dia: _____ Ex-fumador () – Há quanto tempo: _____
8. Alcoolismo	Não ()		Sim ()	Quantidade/dia: _____ Ex-alcoólico () – Há quanto tempo: _____
9. Outras Adições	Não ()		Sim ()	Qual(is): _____ Ex- () – Há quanto tempo: _____
10. Actividade Física	Não ()		Sim ()	Frequência: _____
11. Sono e repouso	Tranquilo ()	Agitado ()	Insónia ()	Apneia do sono ()
Outras alterações () : _____				
ASPECTOS NUTRICIONAIS				
Peso verificado: _____ kg	Peso habitual: _____ kg	Perda de peso nos últimos 3 meses? Não() Sim() - Kg perdidos: _____	Avaliação Nutricional Escala utilizada: _____	
Altura: _____ m	IMC: _____ (IMC = Peso / Altura ²)	Redução na ingestão alimentar na última semana? Não() Sim()	IMC < 21 ou 2 Itens positivos: Contactar o Nutricionista	
História de: Linfoma/Leucemias() Transplante medula/órgãos() Hepatite Crónica() Neoplasia de cabeça/pescoço() Neoplasia do trato gastrointestinal em tratamento clínico/cirúrgico() IRC() Item 5 dos antecedentes pessoais positivo() Pontuação: _____				
Dieta Oral() Preferências / Restrições: _____				
Suplementos: Não() Sim() Gastrostomia Não() Sim() Jejunostomia Não() Sim() Data implantação: ___/___/___				
MEDICAÇÃO HABITUAL * Assinale com X o medicamento trazido de casa				
*	Nome / Via / Dose	Horário	*	Nome / Via / Dose
ASPECTO SOCIAL, ECONÓMICO e ESPIRITUAL				
Grau de instrução: _____ Profissão: _____		Tem Termo de Aceitação Internamento (TAI)? Sim() Não()		
Mora sozinho() Mora c/ familiares() Mora c/ outros () S/ Abrigo()				
Apoio Institucional () Tipologia: _____		Designação da Instituição: _____		
Potenciais barreiras arquitectónicas: () Quais: _____				
Situação económica: Independente() Dependente(), de quem: _____		Fontes de rendimento do agregado: _____		
Cuidador: Não() Sim: Informal() ; Familiar() ; Representante legal() . Quem: _____		Telefone: _____		
Crença: _____		Contacto para apoio religioso: Nome: _____		Telefone: _____
COMUNICAÇÃO				
Comunicação verbal () Discurso perceptível () Discurso imperceptível ()				
Comunicação gestual () Sistema alternativo de comunicação Sim() Não() Se sim, qual: _____				
Barreiras de comunicação: Compreende a língua portuguesa? Sim() Não() - Obs: _____				
INFORMAÇÕES ADICIONAIS				
Trouxe exames? Não() Sim() - Quais: _____		Trouxe documentos pessoais? Não() Sim() - Quais: _____		
Foi efectuada reunião de acolhimento? Não() Sim() Recebeu explicações sobre o funcionamento da Rede? Não() Sim() e da Unidade? Não() Sim()				
DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS FORNECIDOS E DA INFORMAÇÃO RECEBIDA				
Nome do utente / cuidador (se aplicável): _____				
Data: ___/___/___ Hora: _____; _____ Assinatura: _____				

		AVALIAÇÃO INICIAL							
II – EXAME FÍSICO / SINAIS VITAIS / AVALIAÇÃO DE RISCOS									
TA:	mmHg	FC:	bpm	FR:	mr/min	O ₂ :	l/min	Temp.:	°C
		Filiforme()	Cheio()	SatO ₂ :		Dispositivo:		Glicémia capilar:	
		Rítmico()	Arritmico()		%				
DOR: Não() Sim() Local:		Tipo:		Escala de DOR utilizada:		Score:			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / DIMENSÃO EMOCIONAL									
Neurológico: Inconsciente() Consciente() Vigil() Orientado() Desorientado() Sonolento() Agitado()									
Outras alterações():									
Emocional: Calmo() Agitado() Apático() Eufórico() Choro() Outras alterações():									
Risco de Suicídio: Não() Sim() Risco de Fuga: Não() Sim()									
CABEÇA E PESCOÇO									
Alopécia	Não()	Sim()							
Acuidade Visual	Normal()	Alterada() – Especificar:							
Nariz	Sem alteração()	Alterado() – Especificar:							
Boca	Sem alteração()	Alterada() – Especificar:							
Prótese Dentária	Não()	Sim() – Qual?							
Acuidade Auditiva: Normal()	Alterada()	Ouvido D()	Ouvido E()	Aparelho Auditivo: Não() Sim()					
Outras alterações:									
TÓRAX									
Tosse: Não() Sim() Seca() Produtiva() – Aspecto da secreção:									
Traqueostomia: Não()	Sim()	Metálica()	Plástica()	Data da Implantação: ___/___/___					
Cateteres/Drenos: Não() Sim() – Local:			Data da Implantação: ___/___/___						
ABDOMÉN									
Plano()	Volumoso()	Flácido()	Escavado()	Ruídos Hidro-Aéreos: Ausente() Presente() Aumentado() Diminuído()					
Cateteres/Drenos: Não() Sim() – Local:			Data da Implantação: ___/___/___						
Outras alterações:									
GENITO-URINÁRIO/INTESTINAL									
Menstruação: Sem Alterações() Menopausa() Não se aplica() Alterações() – Especificar:									
Urinarío: Sem Alterações() Incontinência() Disúria() Poliúria() Hematúria() Anúria() Nictúria()									
Sonda vesical/Cistostomia/Urostomia() - Data da Implantação: ___/___/___ Outras alterações:									
Intestinal: Sem Alterações() Incontinência() Diarreia() Obstipação() Melena() Rectorragia()									
Ileostomia/Colostomia() - Data da Implantação: ___/___/___ Data da última dejeção: ___/___/___ Outras alterações:									
MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES / LOCOMOÇÃO									
Movimento: Normal() Atáxica() Astenia() Claudicante() Imobilização() – Especificar:									
<input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Marcha com auxiliares <input type="checkbox"/> Marcha Independente Paresia() Local: _____ Parestesia() Local: _____ Plegia() Local: _____ Movimentos activos membro superior: Realiza () Não realiza () Qual: _____ Movimentos activos membro inferior: Realiza () Não realiza () Qual: _____									
Amputação: Não() Sim() – Local:			Prótese/Órtese: Não() Sim() – Local:						
Edema: Não() Sim() - Especificar :									
Outras alterações:									
CONDIÇÕES DA PELE									
Integridade cutâneo-mucosa: Pele íntegra() Lesão() Ferida Cirúrgica() Ferida Traumática() Úlcera de Pressão(UP)()					Risco de UP Escala Utilizada: Escala de Brade Pontuação: 6 - 2				
Úlcera de Pressão: Grau I() Grau II() Grau III() Grau IV()									
Coloração da pele: Corada() Descorada() Ictérica() Cianótica() Outros():									
RISCO DE QUEDA									
Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse) – Pontuação:									
Risco de Queda: Não() Sim() Se sim: Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>									
Histórico de quedas anteriores: Não() Sim() – Especificar:									
OUTRA INFORMAÇÃO RELEVANTE									
Indícios de maus-tratos: Não() Sim() : Preencher o IP017- Ficha de Ocorrência - Maus tratos, abuso ou negligência									
NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL – Especificar									
Pessoa envolvida no processo de educação: Utente() Cuidador principal()									
Auto-cuidado() : _____ Hábitos da vida diária() : _____									
Hábitos alimentares() Cuidados especializados() . Quais: _____									
Pós-alta() : _____									
Outras() : _____									
Cumprir critérios de referênciação? Sim() Processo Nº _____ Não() : Notificar ECL (Juntar cópia)									
Data: ___/___/___ Hora : ____:____									
Assinatura(s) do(s) profissional(ais) / Função									

ANEXO 24 – ACTA DA REUNIÃO DE ACOLHIMENTO

(documento interno da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*)

	ACTA DA REUNIÃO DE ACOLHIMENTO
---	---------------------------------------

Tipologia: _____

Nome do Utente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Data da reunião: ____/____/____ **Hora Início:** ____h ____m **Hora de Fim:** ____h ____m

Presentes: __Médico Responsável;; __Enfermeiro Responsável; __Psicóloga; Outro profissional da Unidade: Função: _____

__ Utente; __Cuidador; Outros familiares: _____

Preenchimento: Coloque um sempre que a situação se verificou e uma quando não se conseguiu concretizar a situação. Se necessário, utilize o espaço em branco para colocar informação complementar ou trace essa zona, caso não a utilize.

Introdução:

- Recolha dos contactos do cuidador.
- Informação sobre funcionamento da Rede (reserva de vaga em caso de agudização, transferência entre tipologias, etc, ..) e da Unidade (Apresentação do Guia de Acolhimento e do Regulamento).
- Informação sobre documentos a apresentar (Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão; Cartão de Contribuinte; N° de Identificação Segurança Social; Cartão de Utente SNS).
- Confirmação de que foram explicados ao utente / cuidador o conteúdo do TAI e do CI (Consentimento Informado) e os termos em que decorrerá o internamento, nomeadamente prazos previstos, valor a pagar, etc.
- Esclarecimento quanto à necessidade de envolvimento do cuidador / familiares no processo de internamento do utente.
- Elucidação sobre o apoio do cuidador / familiar no acompanhamento a consultas, realização de exames ou agudizações.
- Estímulo à colaboração do utente e familiares na apresentação de sugestões e/ou críticas que possam contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços.
- Esclarecimento sobre a existência de formação ao cuidador e/ou familiares.

Identificação de Expectativas:

- Identificação das expectativas do utente
- Identificação das expectativas do cuidador e/ou familiar
- Identificação das expectativas da equipa multidisciplinar

	ACTA DA REUNIÃO DE ACOLHIMENTO
---	--------------------------------

Informações relevantes sobre o utente:

- ___ Contexto sócio-familiar do utente
- ___ Hábitos, preferências, rotinas, etc.:

Informação complementar:

- ___ Esclarecimento sobre o tempo máximo de permanência previsto na Unidade (90 ou superior a 90 dias)
- ___ Informação sobre os objectivos do internamento e mecanismos para os alcançar.
- ___ Informação relevante para a reabilitação: factores positivos e negativos que condicionam o processo
- ___ Alterações necessárias no período após alta (hábitos de vida, condições do domicílio, etc.).
- ___ Respostas sociais existentes para apoiar o utente no período posterior à alta.

Outros:

- ___ Registo de sugestões de melhoria e reclamações do utente e/ou cuidador
- ___ Visita à Unidade

Próxima reunião: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Assinaturas:

Utente: _____

Cuidador: _____ Outro familiar: _____

Médico: _____

Enfermeiro: _____

Psicóloga: _____

Outro(s) profissional(is) da Unidade:

_____ (Função:)

_____ (Função:)

Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____

ANEXO 25 – TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRATAMENTO DE ROUPAS

(documento interno da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*)

	TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRATAMENTO DE ROUPAS
---	--

Eu _____, residente em _____, titular do Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão/Passaporte nº _____, emitido em _____ pelo serviço de identificação de _____,

Representado neste ato por _____ _____, na qualidade de _____ residente em _____, titular do Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão/Passaporte nº _____, emitido em _____ pelo serviço de identificação de _____,
--

Declaro que fui informado(a) no momento da admissão na UCCIMFV-P das alterações emanadas pela Mesa Administrativa da SCME relativamente ao tratamento de roupas, em vigor desde 2 de julho de 2012, (ordem de serviço N°3/2012), que delega o encargo deste serviço aos cuidadores.

Tenho conhecimento desta ordem de serviço (conforme verso da folha) e recuso/aceito (riscar o que não interessa) executar a mesma.

Em caso de tratamento excecional da roupa pessoal dos utentes pela UCCI MFV-P, esta não se responsabiliza por danos ou extravio da mesma.

Justificação em caso de recusa: _____

O(a) utente

O (a) representante do utente

Entroncamento, __ de _____ de 20__






 <p>UCCI - Manuel Fanha Vieira Provedor</p>	TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRATAMENTO DE ROUPAS
 <p>SANTA CASA DA MISERICORDIA DO ENTRONCAMENTO</p>	<p>analisados, de modo a que se cumpra o plano de poupança máximo estabelecido para esta Unidade;</p> <ul style="list-style-type: none">- havendo necessidade dos gastos serem então racionalizados, o tratamento de roupas deverá ser encargo das famílias/cuidadores dos utentes, dadas as limitações acima expostas, exceptuando para aqueles que não dispõem de condições financeiras, devidamente comprovadas, ou que se recusem a aceitar tal procedimento. Nestas situações será fornecida roupa pela Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento;- esta ordem de serviço produz efeitos a partir de 2 de Julho de 2012. <p>Entroncamento, 2 de Julho de 2012</p> <p>O PROVIDOR – MANUEL FANHA VIEIRA </p>
 <p>SANTA CASA DA MISERICORDIA DO ENTRONCAMENTO</p>	<p><u>ORDEM DE SERVIÇO N.º 3 - 2012</u></p> <p><u>TRATAMENTO DE ROUPAS</u></p> <p>Tendo a Mesa Administrativa desta Santa Casa sido confrontada com elevados gastos directos e indirectos, no que concerne ao tratamento de roupas de utentes da Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira - Provedor, foi determinado em reunião ordinária de 21 de Maio de 2012, o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none">- a SCME não dispõe de lavandaria na Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira – Provedor;- como tal, vê-se impossibilitada de proceder ao tratamento de roupas de utentes que sejam admitidos na Unidade acima referida;- ainda que dispondo de lavandaria no Hospital de São João Baptista, a capacidade desta está já ultrapassada, não sendo possível o acolhimento de mais roupas para tratamento;- os cuidados directos prestados a estes utentes, bem como a sua higiene e alimentação serão prioritários; o quadro de recursos humanos está constituído com base em critérios de qualidade e de poupança;- quanto aos procedimentos a encetar nesta Unidade serão os adequados às exigências impostas pela RNCCI, mas tais deverão ser criteriosamente

Imagem 27: Termo de responsabilidade para tratamento de roupas - página 2

Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

ANEXO 26 – AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS E IMAGENS

(documento interno da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*)

 <i>Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento</i>	AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS E IMAGENS
---	---

_____, portador(a) do Documento de Identificação (Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade / Passaporte – riscar o que não interessa) nº _____, emitido em / válido até (riscar o que não interessa) ____-____-____ pelo (Entidade Emissora) _____, declara que dá / não dá (riscar o que não interessa) a sua expressa autorização para, nos termos da legislação aplicável, a Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira – Provedor, ou outra valência da SCME.

- Utilizar e tratar os seus dados pessoais para fins exclusivamente clínicos;
- Efectuar o registo fotográfico de identificação pessoal e que este registo seja incluído no seu Processo Individual de Cuidados;
- Efectuar, quando aplicável, o registo fotográfico de lesões, designadamente úlceras cutâneas, para efeitos de monitorização clínica.
- Ceder á SCME os direitos de imagem, para fins de divulgação de atividades realizadas pelas diversas valências da SCME.


____ de _____ de _____ Hora: ____h ____m

O Utente

O Representante do Utente

ANEXO 27 – PERTENCES DOS UTENTES

(documento interno da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*)

 UCCI - Manuel Fanha Vieira Provedor	PERTENCES DOS UTENTES
---	------------------------------

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: __/__/__
Nº PROCESSO: _____
TIPOLOGIA: _____

ENTREGA

_____, portador(a) do Documento de Identificação (Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade/Passaporte – riscar o que não interessa) nº _____, (colocar, se aplicável, data de emissão, ou data de validade e Entidade Emissora) emitido em/válido até (riscar o que não interessa) __-__-__ pelo Entidade Emissora _____, declaro que tomei conhecimento de que:


- a roupa e objectos pessoais dos utentes entregues na Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira devem ser previamente identificados e devidamente registados, no sentido de se minimizar a possibilidade de troca ou extravio;
- a Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira não se responsabiliza por eventuais danos que possam registar-se na roupa pessoal dos utentes em consequência do tratamento da mesma na lavandaria da Instituição ou noutra subcontratada por esta;
- a Unidade de Cuidados Continuados Integrados Manuel Fanha Vieira não assumirá qualquer responsabilidade pela segurança de valores ou objectos trazidos para as instalações da Unidade pelos respectivos utentes, pelos seus familiares, cuidadores ou visitas, dado que qualquer bem guardado pelos utentes permanece sob sua conta e risco.

Mais declaro que os pertences que me acompanham no dia da admissão são os seguintes:

Tipo de pertence	Quantidade	Tipo de pertence	Quantidade

ANEXO 28 – CONTACTOS ESTABELECIDOS

(documento interno da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*)

	<p>CONTACTOS ESTABELECIDOS</p>																						
<p>NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: __/__/__ Nº PROCESSO: _____ TIPOLOGIA: _____</p>																							
<p>Contacto com / de:</p> <p>() Presencial () Carta () Telefone - Nº: _____ () e-mail: _____</p> <p>Data: _____ Hora: _____ Técnico: _____</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">ASSUNTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Contacto Inicial</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Solicitar a apresentação dos documentos de identificação no dia da admissão, vestuário, objectos pessoais para utilização durante o internamento, exames auxiliares de diagnóstico mais recentes, terapêutica.</td> </tr> <tr> <td>Reunião de Acolhimento - Data: _____</td> <td>Hora: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Quem / Nome: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Relação com o utente: _____</td> </tr> <tr> <td>Admissão - Data: _____</td> <td>Hora: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Acompanhamento no dia da admissão: Não () Sim ()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Quem / Nome: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Relação com o utente: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Observações: _____</td> </tr> </tbody> </table>	ASSUNTO		Contacto Inicial		Solicitar a apresentação dos documentos de identificação no dia da admissão, vestuário, objectos pessoais para utilização durante o internamento, exames auxiliares de diagnóstico mais recentes, terapêutica.		Reunião de Acolhimento - Data: _____	Hora: _____	Quem / Nome: _____		Relação com o utente: _____		Admissão - Data: _____	Hora: _____	Acompanhamento no dia da admissão: Não () Sim ()		Quem / Nome: _____		Relação com o utente: _____		Observações: _____	
ASSUNTO																							
Contacto Inicial																							
Solicitar a apresentação dos documentos de identificação no dia da admissão, vestuário, objectos pessoais para utilização durante o internamento, exames auxiliares de diagnóstico mais recentes, terapêutica.																							
Reunião de Acolhimento - Data: _____	Hora: _____																						
Quem / Nome: _____																							
Relação com o utente: _____																							
Admissão - Data: _____	Hora: _____																						
Acompanhamento no dia da admissão: Não () Sim ()																							
Quem / Nome: _____																							
Relação com o utente: _____																							
Observações: _____																							
<p>Contacto com / de:</p> <p>() Presencial () Carta () Telefone - Nº: _____ () e-mail: _____</p> <p>Data: _____ Hora: _____ Técnico: _____</p>	<p>Internamento</p>																						
<p>Contacto com / de:</p> <p>() Presencial () Carta () Telefone - Nº: _____ () e-mail: _____</p> <p>Data: _____ Hora: _____ Técnico: _____</p>																							
<p>Contacto com / de:</p> <p>() Presencial () Carta () Telefone - Nº: _____ () e-mail: _____</p> <p>Data: _____ Hora: _____ Técnico: _____</p>																							

	CONTACTOS ESTABELECIDOS
---	--------------------------------

	ASSUNTO
Contacto com / de: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Telefone - Nº: <input type="checkbox"/> e-mail: Data: Hora: Técnico:	
Contacto com / de: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Telefone - Nº: <input type="checkbox"/> e-mail: Data: Hora: Técnico:	
Contacto com / de: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Telefone - Nº: <input type="checkbox"/> e-mail: Data: Hora: Técnico:	
Contacto com / de: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Telefone - Nº: <input type="checkbox"/> e-mail: Data: Hora: Técnico:	
Contacto com / de: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Telefone - Nº: <input type="checkbox"/> e-mail: Data: Hora: Técnico:	

ANEXO 29 – PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

(documento interno da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*)


PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO	
	<p>Quarto nº/Cama nº 202 Data de Admissão: 27-07-2015 Data de Alta Prevista: 25-10-2015 Periodicidade de Avaliação: Mensal Gestor de Caso: TSS</p>
<p>NOME: [REDACTED] DATA DE NASCIMENTO: [REDACTED] PROCESSO: xxx/2015 TIPOLOGIA: UMDR</p>	
<p>Diagnóstico Principal: Insuficiência respiratória</p> <p>Caracterização Geral (Problemas/Necessidades/Potencialidades): Utente do género feminino, de 71 anos de idade, que deu entrada na nossa Unidade de Média Duração, sozinha, proveniente da nossa Unidade de Convalescência, com história de ter dado entrada no Hospital de [REDACTED] em 02/04/2015, onde ficou internada, por quadro de tosse produtiva com 15 dias de evolução, obnubilção, prostração marcada e dispneia. Ficou internada até 16/04/2015 e saiu com os diagnósticos de insuficiência respiratória com necessidade de VNI e hipotiroidismo subclínico. Possui antecedentes de HTA, Obesidade mórbida, bócio multinodular e cardiomegalia. Como intercorrências, durante esse internamento hospitalar apresentou paralisia da corda vocal esquerda com via aérea patente, enfarte agudo do miocárdio, agravamento da função renal e ferida no MIE com sinais inflamatórios agravados. Durante o internamento na Convalescência apresentou queixas de gonalgia esquerda com sinais inflamatórios que melhorou com anti-inflamatórios. Fez infeção urinária por Proteus mirabilis. Já realiza alguma marcha com apoio de andariço, mas por curtas distâncias, com baixa tolerância ao esforço. Necessita de incentivo para desempenhar as suas AVD's.</p>	
<p>Expectativa do utente/ cuidador ou familiar cuidador/familiar:</p>	

Imagem 33: Plano Individual de Intervenção - página 1
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO									
Problemas/ Necessidades	Objetivos/Metas de Capacitação	Prazo	Data Início	Intervenções	Data Fim	Responsável	Avaliação do Cumprimento da Meta	Data de Revisão	
- HTA - Cardiopatia isquémica	Controle dos parâmetros vitais	Até a alta	27-07-2015	Prescrição de dieta e medicação adequadas	25-10-2015	Médico	Controlados Controlados Não Controlado	27.08.2015 25.09.2015 22.10.2015	
Dor	Controle da dor	7 dias	27.07.2015	Prescrição de medicação adequada	03-08-2015	Médico	Controlado	27.08.2015	
Défi ce da mobilidade	Realizar marcha com auxiliar de forma autónoma e segura	Ate a alta	27.07.2015	Mobilização articular polisegmentar Treino de equilíbrio Fortalecimento muscular Treino de marcha	25-10-2015	Fisioterapeuta	Em resolução Em resolução RESOLVIDO	27.08.2015 25.09.2015 22.10.2015	

Imagem 34: Plano Individual de Intervenção - página 2
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor


		PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO						
Problemas/ Necessidades	Objetivos/Metas de Capacitação	Prazo	Data Início	Intervenções	Data Fim	Responsável	Avaliação do Cumprimento da Meta	Data de Revisão
Alteração do padrão do humor – humor deprimido, reactivo à situação de dependência de terceiros	Promover níveis anímicos e motivacionais mais ajustados à prossecução dos objetivos de reabilitação Evoluir para humor eutímico	Até alta	27.07.2015	Terapia Cognitivo comportamental para os distúrbios do humor – depressão.	25-10-2015	Psicologia	Em resolução Em resolução RESOLVIDO	27.08.2015 25.09.2015 22.10.2015
Disfonia ligeira	Melhorar a qualidade vocal	Até alta	27.07.2015	Exercícios de voz Exercícios de respiração	25-10-2015	Terapia da fala	Em resolução Em resolução RESOLVIDO	27.08.2015 25.09.2015 22.10.2015
Dependência ligeira em AVDI.	Consolidar autonomia em AVDI.	Até alta	27.07.2015	Treino de AVDI. Atividades terapêuticas para promoção da motricidade global.	25-10-2015	Terapia Ocupacional	Em resolução RESOLVIDO	27.08.2015 25.09.2015

Imagem 35: Plano Individual de Intervenção - página 3
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor



		PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO						
Problemas/ Necessidades	Objetivos/Metas de Capacitação	Prazo	Data Início	Intervenções	Data Fim	Responsável	Avaliação do Cumprimento da Meta	Data de Revisão
Necessidade de ajuda parcial na realização do autocuidado	Realizar o autocuidado de forma segura	Até alta	27.07. 2015	Prestação de cuidados Treino e ensino	25-10- 2015	Enfermagem	Em resolução Em resolução Parcialmente resolvido	27.08.2015 25.09.2015 22.10.2015
Espaço habitacional sem condições de habitabilidade	Aluguer de novo espaço habitacional próximo da habitação dos cuidadores	Até alta	27.07. 2015	Articulação com familiares	25-10- 2015	Serviço Social	Em resolução RESOLVIDO	27.08.2015 25.09.2015
Incapacidade dos cuidadores em garantir a prestação de cuidados permanentes	Adequar resposta social em contexto de alta	Até alta	28.08. 2015	Acompanhamento psicossocial ao utente e familiares. Articulação entre serviços, outras entidades (SCM Aldeia Galega da Merceana) e equipa multidisciplinar.	25-10- 2015	Serviço Social	Em resolução Em resolução RESOLVIDO	27.08.2015 25.09.2015 22.10.2015

Imagem 36: Plano Individual de Intervenção - página 4
Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

HISTÓRICO DE REVISÕES DE PII PELA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR:

Data	Hora	Data	Hora	Data	Hora	Data	Hora
27.08.2015	10:37						
25.09.2015	14:33						
22.10.2015	10:30						

Equipa Multidisciplinar (Nome)	Função	Assinatura	Data	Hora
	Médica		27-07-2015	12:00
	Fisioterapeuta		27-07-2015	12:00
	Psicóloga		27-07-2015	12:00
	Terapia Ocupacional		27-07-2015	12:00
	Enfermeira		27-07-2015	12:00
	Assistente Social		27-07-2015	12:00
	Terapeuta da Fala		27-07-2015	12:00
Utente				
Cuidador Informal/Familiar (Nome)	Ligação	Assinatura	Data	Hora

Imagem 37: Plano Individual de Intervenção - página 5
 Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

ANEXO 30 – DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO DO PLANEAMENTO DOS CUIDADOS

Observando o anexo (n.º 29) anterior é visível que numa primeira parte do PII constam um espaço para colocação (ou não) de uma fotografia do utente (normalmente é o profissional de psicologia quem os fotografa); os dados de identificação do utente; os dados do internamento (n.º do processo; tipologia de Unidade; n.º da cama; datas de admissão e de alta prevista; periodicidade da avaliação do PII e identificação do Gestor de Caso); o diagnóstico principal; uma caracterização geral do utente; e a identificação das expectativas do utente e/ou dos seus familiares/cuidadores face ao internamento na Unidade, para que também se possam definir os objetivos nesse sentido, desde que sejam coerentes e exequíveis. Quanto ao “Gestor de caso” importa esclarecer que, embora tentem «distribuir» os utentes por todos os elementos da equipa, geralmente, quem assume este papel é também o profissional ou representante da área disciplinar que tem a responsabilidade de intervir relativamente ao(s) problema(s) do utente identificados como de maior necessidade ao longo do internamento (exemplificando, a assistente social fica responsável por um utente que não tem qualquer rede de suporte social). Estes profissionais são assim, o elo de ligação de referência entre a equipa prestadora de cuidados e o utente e sua família/cuidadores.

Noutra parte do documento, é apresentado um quadro no qual os profissionais das diferentes áreas que intervêm com o utente identificam os “problemas/necessidades” do mesmo e relativamente a estes estabelecem “objetivos/metasp de capacitação”; definem um prazo para cada objetivo ser alcançado; colocam a data em que esse objetivo é estabelecido e iniciado; indicam as intervenções que os profissionais pretendem efetuar para alcançar esses objetivos; colocam a data em que o objetivo deverá ser e/ou foi atingido; identificam a área (e posteriormente o profissional) responsável pelo alcance de determinado objetivo, ou seja, quem vai trabalhar aquela meta com o utente; colocam a avaliação do cumprimento do objetivo (se está ou não controlado, ou se foi resolvido ou não, ou se está em resolução) e a respetiva data de reavaliação dessas metas. Por fim, numa terceira parte do PII constam campos referentes ao registo das datas e das horas das revisões do PII por parte da equipa multidisciplinar; à identificação dos profissionais que intervêm com o utente e respetivas assinaturas; à identificação e assinatura do utente e/ou do seu cuidador; e o registo da data e da hora em que todos assinaram.

Normalmente os PII são iniciados pela médica da Unidade, a qual preenche os primeiros campos relativos à identificação pessoal do utente e aos dados do internamento, e ainda as ~

partes que dizem respeito ao diagnóstico, à caracterização geral do utente, à identificação do gestor de caso, e às expectativas do utente e/ou dos seus cuidadores.

Os PII encontram-se guardados informaticamente em rede, ou seja, em pastas que os profissionais podem aceder e editar em qualquer computador da Unidade, sem que seja necessário enviá-los via e-mail, por exemplo. Inicialmente os PII são colocados na pasta “PII inicial”, sendo que durante o período em que o PII está nesta pasta, todos os profissionais envolvidos naquele processo têm acesso ao documento e devem colocar nele os problemas identificados, as metas a atingir, entre outros. Posteriormente, após o PII estar preenchido, o profissional de medicina (que está a tempo inteiro) ou de psicologia da Unidade transferem-no para outra pasta designada por “PII”, à qual apenas têm acesso estes dois profissionais, ou seja, os PII presentes nesta pasta não são possíveis de serem editados pelos outros técnicos. Este procedimento foi estabelecido para evitar extravios de PII como tivera sucedido anteriormente.

Finalizando, salvo algumas exceções, na última reunião multidisciplinar antes da alta de um utente, a equipa «encerra» o PII, imprime-o, e todos os profissionais que intervieram no processo assinam-no no respetivo campo. Após a alta, os PII são arquivados no processo em formato papel e informaticamente.

ANEXO 31 – DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO DAS REUNIÕES FAMILIARES

As reuniões familiares foram iniciadas pelo profissional de serviço social, o qual se identificou e justificou a necessidade da realização das mesmas, seguindo-se a apresentação dos restantes profissionais presentes, designadamente de enfermagem; de fisioterapia; de medicina; de psicologia (estando também presente a estagiária de âmbito curricular); de terapia da fala; e terapia ocupacional. Contudo, importa salientar que nas reuniões observadas nem sempre participaram todos os profissionais das diversas áreas, apenas os que se considerava importante prestarem o seu parecer.

Assim, após a apresentação também por parte dos familiares, cada profissional da área clínica prestou-lhes informações acerca da evolução do utente naquela área específica, dos objetivos atingidos e a atingir, das intervenções que tinham realizado com o utente, e das suas limitações e potencialidades. Especificando, o responsável pela equipa de enfermagem da Unidade referia-se ao grau de dependência do utente e ao tipo de apoio que necessitava nas atividades de vida diárias; o profissional de fisioterapia informava sobre o que dizia respeito à mobilidade; o de medicina afirmava se determinadas patologias estavam controladas ou não (relacionadas com glicémias, tensão, entre outros); o de psicologia informava quanto à orientação no tempo e no espaço e aos estados de humor e motivacional; o de terapia ocupacional sobre o treino das atividades de vida diárias; e o de terapia da fala relatava acerca das dificuldades na comunicação verbal e na deglutição.

Neste sentido, os profissionais procuravam igualmente desmitificar algumas expectativas relativamente ao internamento, alertando para o facto de estas deverem ser mantidas “moderadamente”, ou seja, devendo ser realistas e exequíveis, e que por vezes em três meses (período de internamento em UMDR), o possível são “pequenos grandes ganhos”.

Assimilando estas informações, os cuidadores ficavam a par da situação atual do utente e com alguma perspetiva face ao seu estado aquando da alta (caso não ocorressem alterações significativas) e acabavam também por apresentar a sua visão face à evolução e recuperação do utente nas diferentes áreas, sendo esta informação relevante para os profissionais, não só pelo reconhecimento do seu trabalho mas também por lhes permitir alterar algum aspeto menos positivo na intervenção com os utentes.

De seguida, o técnico de serviço social questionava se os familiares/cuidadores já tinham tomado uma decisão relativamente ao pós-alta, ou seja, se já tinham uma ideia predefinida do local onde o utente deveria ingressar após a alta da Unidade.

Se por um lado, os familiares de um utente pretendiam que ele regressasse ao domicílio, já tinham tratado de adaptar a habitação às suas limitações físicas e de adquirir algumas ajudas técnicas (cadeira de rodas e cadeira para a higiene) e iriam solicitar apoio institucional no domicílio, os familiares dos outros dois utentes referiam não possuir condições (físicas, monetárias, relacionais, entre outras) para que ambos regressassem ao domicílio onde se encontravam anteriormente ou ao domicílio do próprio familiar.

Neste sentido, as reuniões familiares tornaram-se também um momento de apoio psicossocial, pelo facto de, por exemplo, o técnico de serviço social, de acordo com as informações dos profissionais «clínicos», salientar que não seria seguro estes dois utentes permanecerem sozinhos em casa sem qualquer tipo de apoio, pelo que prestava algumas informações acerca dos recursos sociais existentes (subsídios monetários; equipamentos sociais; empréstimo e aquisição de ajudas técnicas/produtos de apoio) e da forma como os adquirir, e fornecia os contatos dessas instituições ou disponibilizava-se para fazer esses contatos, dando-lhes *feedback* posteriormente.

Relativamente à preparação da alta, os profissionais tentavam sempre encontrar estratégias e adequar as respostas consoante as características dos utentes, através da discussão sobre as mesmas com os familiares, uma vez que estes últimos detém maior e melhor conhecimento acerca dos utentes, dos seus gostos pessoais, da sua maneira de ser, e de como eram antes da ocorrência da doença que os levou ao internamento na Unidade. Neste âmbito, destaca-se o exemplo de um utente dependente que se mobilizava em cadeira de rodas e cuja família não tinha capacidade para prestar cuidados, mas considerando que a sua idade (63 anos) e a sua personalidade não se adequavam à integração numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (que seria a primeira hipótese colocada), pensou-se que a melhor solução seria integrar-se numa família de acolhimento de idosos e adultos com deficiência.

Por exemplo, numa das reuniões familiares assistidas, o responsável de enfermagem referiu que seria importante a família/cuidador agendar uma sessão com um dos enfermeiros da prestação direta de cuidados para ensino, por exemplo, de transferências da cadeira de rodas para cadeirão ou cama, sendo que também no âmbito da fisioterapia este aspeto poderia ser tratado; e o profissional de medicina informou a forma de o utente poder continuar a beneficiar de fisioterapia no domicílio, designadamente mediante solicitação ao médico de família após a alta ou através da entrega nos serviços apropriados de uma nota de pré-alta escrita pelo fisioterapeuta da Unidade, para que fosse possível o utente iniciar a fisioterapia com a maior brevidade possível após a sua saída da Unidade.

**ANEXO 32 – DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO DAS REUNIÕES
MULTIDISCIPLINARES**

Nas reuniões multidisciplinares, consoante (ou não) os objetivos definidos no PII, cada profissional dá o seu parecer sobre a evolução e o estado atual do utente, ao nível da sua especialidade, como por exemplo:

- Enfermagem: “O utente continua dependente total nas atividades de vida diárias, a higiene é feita no leito, e tem apresentado períodos de agitação durante a noite”;
- Fisioterapia: “O senhor está colaborante mas ainda não consegue realizar marcha, nem com apoio de andarilho”
- Medicina: “A utente clinicamente está estável... A tensão agora está controlada”;
- Psicologia: “De acordo com o que tenho observado e avaliado, a utente tem estado algo deprimida e apelativa”;
- Serviço Social: “Será difícil regressar ao domicílio sem apoio familiar ou institucional”;
- Terapia da fala: “É melhor comer pastosa porque assim deglute bem”;
- Terapia ocupacional: “O senhor tem dificuldade em se concentrar e o treino dessa tarefa não está a ser eficaz”.

No que concerne à organização da ordem de trabalhos durante as reuniões, particularmente à da reavaliação dos PII, como referido anteriormente, a responsabilidade é, por norma, do profissional de psicologia, que antecedentemente envia um e-mail aos restantes profissionais que devem estar presentes, com a listagem de utentes a reavaliar em cada reunião.

Neste sentido, utilizando um computador portátil no qual constam os PII dos utentes, o referido profissional nomeia o utente e edita o seu PII, pelo que vai questionando cada profissional acerca dos objetivos estabelecidos para aquela área específica, e escrevendo relativamente a cada um se está “resolvido”; “não resolvido”; “em resolução”; “controlado” ou “não controlado”, consoante a indicação dos restantes profissionais e as suas, no que diz respeito à área da psicologia. Ainda assim, importa sublinhar que ao reavaliarem os PII, os profissionais podem igualmente, neste momento, sugerir novos objetivos que considerem pertinentes perante a evolução dos utentes.

Por norma é também nas reuniões multidisciplinares que se imprimem os PII dos utentes que entraram recentemente na Unidade, depois de a equipa verificar se estão inscritos todos os objetivos que se pretendem alcançar com aqueles utentes.

Ainda no que diz respeito aos PII, para além da reavaliação, em algumas reuniões são também «encerrados», impressos e assinados pelos profissionais intervenientes, os PII de utentes cuja alta será efetivada antes da próxima reunião multidisciplinar.

Relativamente ao planeamento de altas durante as reuniões, muitas vezes teve a ver com a necessidade de marcação de reuniões familiares e/ou com o próprio utente, nas quais estivessem presentes profissionais de diferentes áreas, consoante os principais problemas do utente. Por norma, era o técnico de serviço social quem propunha a realização destas reuniões, no sentido de preparar melhor a alta com os familiares/cuidadores do utente, pelo que, nas reuniões de equipa, solicitava a opinião aos restantes profissionais de saúde sobre a necessidade da sua realização e a identificação dos profissionais que deveriam participar nesses contatos com os cuidadores. Neste âmbito, considerando que nem sempre participam nas reuniões familiares todos os profissionais, as reuniões multidisciplinares são também, por vezes, um momento de *feedback* relativo à realização desses contatos com os familiares/cuidadores.

Nas reuniões multidisciplinares também se verificou que a intervenção de um profissional pode influenciar a de outro, sendo exemplos o facto de a fisioterapeuta afirmar que só poderia aumentar a carga em determinado exercício se a tensão arterial do utente estivesse controlada, cabendo, por exemplo, ao profissional de medicina alcançar este objetivo; e de a marcação diária das terapias ser efetuada de maneira a não interferir no período da higiene pessoal dos utentes, realizada pelos enfermeiros.

Por outro lado, quanto aos profissionais que presenciam as reuniões, é de mencionar que, contrariamente ao que sucede com a outras áreas disciplinares, dada a organização do seu serviço, o representante da área da enfermagem reuniões é o profissional responsável por esta equipa na Unidade, que não tendo a função de prestar cuidados, assume um papel de elo de ligação entre os restantes enfermeiros e os auxiliares de ação médica e a equipa multidisciplinar, partilhando nestas reuniões informações prestadas pelos profissionais que estão diretamente na prestação de cuidados e que passam 24h com os utentes, retribuindo-lhes posteriormente *feedback* da reunião.

Ainda assim, importa sublinhar que apesar de estas reuniões consistirem num momento de encontro pessoal entre todos os profissionais, não significa que noutras circunstâncias e em contatos informais não abordem certos assuntos e situações discutidas nas reuniões, como também foi possível observar durante a permanência da Unidade.

ANEXO 33 – MAPA DE UTENTES INTERNADOS

(documento interno da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*)

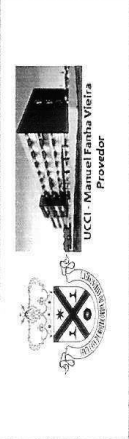

		MAPA DE UTENTES INTERNADOS - MÉDIA DURAÇÃO REABILITAÇÃO -									
PISO X		DIA - XX /XX /XXXX									
QUARTO	NOME COMPLETO	DATA ADMISSÃO	DATA ALTA EFETIVA	RESERVA DE VAGA ENTRADA	RESERVA DE VAGA SAIDA	DOENTE INTERNADO	Observações	E. C. L.	DATA PREVISTA DE ALTA		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
A											
B											
A											
B											
A											
B											
A											
B											
A											
B											
A											
B											
A											
B											

Imagem 38: Mapa de utentes internados

Fonte: documento cedido na UCCI Manuel Fanha Vieira - Provedor

ANEXO 34 – NOTAS DA REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR

(documento interno da UCCI *Manuel Fanha Vieira - Provedor*)

	NOTAS DA REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR
---	-----------------------------------

Unidade de Média Duração e Reabilitação

Unidade de Longa Duração e Manutenção

Serviço:

Elementos presentes:

Utentes para dar entrada:

Nome	Observações

Utentes internados:

Nome	Observações	Nota de Alta Prevista

**ANEXO 35 – GUIÃO 1 DE OBSERVAÇÃO DOS ESTILOS COMUNICACIONAIS
PREENCHIDO**

Estilo comunicacional		Profissional observado	
Tipo	Caraterísticas (adaptadas de Rego, 1999: 28)	Letra de identificação	Caraterísticas do estilo comunicacional e respetivas notas (frases proferidas)
Agressivo	O indivíduo: Tem tendência para atacar os outros no sentido de concretizar os seus propósitos; É ameaçador e intimidador; É irónico e desagradável; Tem dificuldade em controlar-se emocionalmente; Não é cooperante; Apresenta dificuldades em compreender ideias divergentes e reagir perante estas;		
Passivo	O indivíduo: Procura evitar situações conflituosas; Não é persistente perante desafios provocados por outros e desiste; Tende a abdicar de defender as suas ideias apenas para agradar; Considera que cada um deve conhecer os limites perante os outros;		
Assertivo	O indivíduo: Apresenta capacidade para sustentar de forma construtiva os direitos individuais ou do seu grupo mas também para compreender os dos outros; É direto e sincero; É persistente a defender os seus pontos de vista mas demonstra interesse em conhecer e perceber os dos outros.		Todos os profissionais apresentam as três caraterísticas relativas ao estilo comunicacional assertivo.
		<u>C</u>	Frases proferidas: “Nós não temos culpa disso!” “Ele goza com as pessoas... Temos de ter atenção!”
		<u>D</u>	Frases proferidas: “Então controla-te!” “Se ela quiser alguma coisa que diga ela, não nos diga a nós para dizer.”
		<u>G</u>	Frases proferidas: “Eu acho isso muito mau!” “Não é nada disso... É mas é para não pagar”
		<u>H</u>	Frases proferidas: “Eu não consigo fazer nada com ela!” “Ela disse-lhe que eu tinha dito mas não foi nada assim.”
		<u>I</u>	Frases proferidas: “Não, não! Olha que ela está muito mal”
		<u>J</u>	Frases proferidas: “Não, não, não! Não era assim!” “Vai haver problemas por causa disso.”
		<u>K</u>	Frases proferidas: “Mas porquê? Eu não concordo, não vejo as coisas dessa maneira mas tu é que percebes mais dessa parte”

Quadro 17: Guião 1 de observação dos estilos comunicacionais preenchido

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 36 – GUIÃO 2 DE OBSERVAÇÃO DOS ESTILOS COMUNICACIONAIS
PREENCHIDO**

Estilo comunicacional		Profissional observado	
Tipo	Caraterísticas (adaptadas de McCallister, 1994, cit. por Rego, 1999: 114-115)	Letra de identificação	Caraterísticas do estilo comunicacional e respetivas notas (frases pronunciadas)
Candidato	O indivíduo: Apresenta uma agregação dos estilos sócrático e reflexivo; Tende a ser franco, analítico e comunicativo; Partilha, simpaticamente, bastante informação com as outras pessoas;	<u>G</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) Frases proferidas: “Ele ainda tem alguma dificuldade mas nota-se que também não se esforça.” “Vocês então é que sabem.” “Ora aí está, isso é muito bonito!”
		<u>H</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) Frases proferidas: “Eu queria falar dessa senhora, posso? Eu expliquei-lhes que era difícil ela voltar a falar...” “Para mim, não há nada como vir assistir à sessão e ver como é.”
Magistrado	O indivíduo: Apresenta caraterísticas do estilo Nobre e do Sócrático; Diz aquilo que pensa, sem filtros, mas detalhadamente; Tende a ser algo autoritário e fazer-se superior, tentando sobressair e dirigir os debates;	<u>C</u>	Caraterísticas: a) ; b) Frases proferidas: “Tu não vais poder fazer nada...” “Não digas isso!” “Shiuu... Escutem-me se faz favor.” “Não mas ainda é cedo, marcamos depois.”
		<u>D</u>	Caraterísticas: a) ; b) Frases proferidas: “Então mandamo-la embora.” “Mas não é disso que ela está a falar!” “Não sei o que se passou por isso é que estava a perguntar”; “Outra vez? Ainda agora dissemos.”
		<u>I</u>	Caraterísticas: a) ; b) Frases proferidas: “Esta senhora por nós pode ir embora.” “Olha que não! Está um bocadinho melhor mas mais que isso não”
		<u>J</u>	Caraterísticas: a) ; b) Frases proferidas: “Está tudo igual... Aquela senhora é uma sugadora de energias!” “Uma? Desculpa lá mas há muita coisa para tratar!” “Elas também vinham era a

			ver se colava.”
		<u>K</u>	Caraterísticas: a) ; b) Frases proferidas: “No meu ponto de vista isto não é situação para isso.” “Mas irem assim? Nunca na vida!” “Eu não acho que ele faça isso!”
Nobre	O indivíduo: Partilha de forma aberta e sincera os seus pontos de vista; É direto, dizendo exatamente aquilo que está a pensar; Aborda diretamente as questões em causa, sem rodeios; Utiliza frases curtas para transmitir os seus pensamentos;	<u>C</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) ; d) Frases proferidas: “Tu não vais poder fazer nada...” “Não digas isso!”
		<u>D</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) ; d) Frases proferidas: “Então mandamo-la embora.” “Mas não é disso que ela está a falar!” “Outra vez? Ainda agora dissemos.”
		<u>I</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) ; d) Frases proferidas: “Esta senhora por nós pode ir embora.” “Olha que não! Está um bocadinho melhor mas mais que isso não”
		<u>J</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) ; d) Frases proferidas: “Está tudo igual... Aquela senhora é uma sugadora de energias!” “Uma? Desculpa lá mas há muita coisa para tratar!” “Elas também vinham era a ver se colava.”
		<u>K</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) ; d) Frases proferidas: “Mas irem assim? Nunca na vida!” “Eu não acho que ele faça isso!”
Reflexivo	O indivíduo: Demonstra alguma preocupação com as questões interpessoais das relações comunicacionais; Tende a ser delicado; É bom ouvinte; Se se apercebe que está ou vai magoar ou ofender o outro, prefere não pronunciar mais nada; Procura evitar conflitos, preferindo agradar aos outros com palavras que estes desejam ouvir e concordar com ideias com as quais na verdade não concorda.	<u>G</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) Frases proferidas: “Vocês então é que sabem.”
		<u>H</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) Frases proferidas: “Eu queria falar dessa senhora, posso? Eu expliquei-lhes que era difícil ela voltar a falar...”

Senador	O indivíduo: Apresenta características do estilo nobre mas também do reflexivo, utilizando os dois de forma independente, ou seja, tanto podem usar um como outro, não existindo uma fusão dos dois;		
Socrático	O indivíduo: Defende que as discussões devem ir ao pormenor da questão; Considera relevante discutir os assuntos e só posteriormente tomar decisões; Gosta de dar a conhecer os seus fundamentos e de os comparar com os dos outros.	<u>C</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) Frases proferidas: “Shiuu... Escutem-me se faz favor.” “Não mas ainda é cedo, marcamos depois.”
		<u>D</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) Frases proferidas: “Não sei o que se passou por isso é que estava a perguntar.”
		<u>G</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) Frases proferidas: “Ele ainda tem alguma dificuldade mas nota-se que também não se esforça.”
		<u>H</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) Frases proferidas: “Para mim, não há nada como vir assistir à sessão e ver como é.”
		<u>I</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) Frases proferidas: “Esta senhora por nós pode ir embora.” “Olha que não! Está um bocadinho melhor mas mais que isso não”
		<u>J</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) Frases proferidas: “Uma? Desculpa lá mas há muita coisa para tratar!”
		<u>K</u>	Caraterísticas: a) ; b) ; c) Frases proferidas: “No meu ponto de vista isto não é situação para isso.”

Quadro 18: Guião 2 de observação dos estilos comunicacionais preenchido

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 37 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “A MULTIDISCIPLINARIDADE”**

Quadro 19: Perceção sobre o conceito de multidisciplinaridade

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
A multidisciplinaridade	Equipa	p. A – “Estou a falar de uma equipa multidisciplinar”
		p. C – “temos de trabalhar todos em conjunto”
		p. E – “tem a ver com toda a equipa envolvente”
		p. I – “cada elemento da equipa”
		p. M – “várias disciplinas a trabalhar em conjunto”
		p. N – “tem a ver também com o envolvimento na equipa”
	Funções distintas	p. A – “cada um tem a sua função”
		p. D – “com o contributo que cada um pode dar face a um melhor desempenho”
		p. G – “Existem várias disciplinas (...) Podem-se encontrar pontualmente mas trabalham separadamente...”
		p. I – “Cada um dentro da sua área”
		p. J – “trabalham nas suas áreas específicas”
		p. N – “cada componente ou cada disciplina trabalham dentro dela para atingir certo objetivo”
	Objetivos comuns	p. A – “trabalhamos todos para o mesmo objetivo”
		p. B – “é estarmos todos a trabalhar para o mesmo objetivo.”
		p. C – “temos de criar objetivos comuns (...) cumprir aqueles objetivos”
		p. D – “Que o nosso objetivo é a prestação de cuidados ao utente”
		p. F – “É várias valências em prol de um objetivo só.”
		p. G – “trabalhar com o mesmo objetivo...”
		p. I – “alcançar esse mesmo objetivo (...) todos em conjunto”
		p. J – “alcançarem todos o mesmo objetivo comum”
		p. M – “trabalhar (...) sempre com o mesmo objetivo”
		p. N – “o envolvimento na equipa para atingir um certo fim”
	Comunicação	p. B – “a comunicação entre (...) os vários profissionais da equipa”
		p. L – “É comunicação entre eles (...) a maneira como eles comunicam e transmitem a informação”
	Diferentes áreas profissionais	p. B – “seja médico, enfermeiro, fisioterapeuta”
		p. D – “cruzamento das diversas áreas profissionais”
		p. G – “Existem várias disciplinas (...) existe no mesmo local várias disciplinas”
		p. H – “São vários profissionais (...) diferentes áreas”
		p. J – “São várias áreas profissionais”
		p. K – “Vários profissionais (...) várias áreas”
		p. L – “profissionais de várias áreas”
		p. N – “tem a ver com as várias disciplinas (...) em que temos a parte médica, a parte de enfermagem, a parte da psicologia...”
	p. O – “multidisciplinaridade é as áreas todas...”	
	Respeito	p. C – “está tudo envolvido, principalmente, no respeito entre os vários profissionais”
	Interdependência de funções	p. K – “Visa a recuperação dos doentes em várias áreas na qual eu sozinha não conseguiria trabalhar se não fossem os outros profissionais que estão do ponto de vista funcional, a trabalhar com o doente...”
		p. L – “vários profissionais de várias áreas (...) atuam em conformidade uns com os outros.”
		p. O – “Um trabalho mútuo entre as áreas todas (...) É o conjunto do trabalho de todas as áreas, porque todas elas não necessárias...”

	Relações profissionais	p. L – “É a relação entre os vários profissionais (...) a interação entre os vários profissionais de várias áreas”
--	------------------------	---

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 38 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “A INTERDISCIPLINARIDADE”**

Quadro 20: Perceção sobre o conceito de interdisciplinaridade

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
A interdisciplinaridade	Indefinição	p. A – “Sei lá... Assim agora...”
		p. C – “Não sei o que é que você quer dizer com o inter”
		p. M – “Não sei! Perguntas difíceis...”
	Sinónimo de multidisciplinaridade	p. B – “vai mais ou menos de acordo com o mesmo (...) são parecidos”
		p. F – “Pensava que sim”
		p. H – “Para mim é a mesma coisa”
		p. L – “Os dois baralham-se sempre um bocadinho”
	Trabalho em equipa multidisciplinar	p. D – “passa pelo trabalho em equipa com outra área profissional”
		p. G – “Já é trabalho em conjunto”
		p. H – “trabalharem em conjunto”
	Objetivos comuns	p. D – “têm linhas em comum com cada área”
		p. G – “objetivos em comum”
		p. H – “trabalharem em conjunto para o mesmo objetivo”
	Partilha de ideias e informações	p. E – “A interdisciplinaridade tem a ver mais com a partilha de ideias entre profissionais”
		p. G – “troca de informações...”
		p. O – “Na interdisciplinaridade deve haver um cruzamento de informação entre essas áreas”
Integração de outros elementos na intervenção	p. I – “além dos próprios profissionais (...) temos também a parte do utente, do cuidador (...) A instituição (...) a rede também... (...) é um trabalho já... Que também implica um bocadinho o exterior, incluindo até depois neste caso, o apoio na alta também, na preparação da alta.”	
Complemento	p. J – “A interdisciplinaridade é quando (...) as diferentes áreas profissionais têm as suas intervenções mas há intervenções que se cruzam e se complementam para poderem alcançar o mesmo objetivo.”	
Relações	p. K – “A relação estabelecida entre nós”	
Operacionalização da multidisciplinaridade	p. K – “A operacionalização da multi...”	
Comunicação	p. N – “no inter eu acho que existe uma comunicação mais aberta entre as disciplinas”	

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 39 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “O MODELO BIOPSIKOSSOCIAL”**

Quadro 21: Justificação sobre a identificação do Modelo Biopsicossocial

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade no cuidar		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
O modelo biopsicossocial	Fatores bio-psico-sociais influenciam a reabilitação	p. A – “se não houver aquela força de vontade, não houver aquele bem-estar, a recuperação às vezes fica um bocadinho mais aquém”
		p. G – “Porque vê a pessoa como um todo... Cada vez mais isso está provado, tanto a nível científico como da comunidade toda mundial de saúde, que temos de ver a pessoa como um todo (...) o físico, o psicológico, o social, está tudo interligado e tudo influencia para a autonomia da pessoa e para a recuperação da pessoa”
		p. I – “a parte social (...) é importante, não nos podemos cingir só à parte clínica (...) Se calhar para o utente é importante a parte clínica mas se calhar no fundo da questão, é importante mais a parte social e esse apoio todo que é preciso dar nesse modelo”
		p. N – “Porque acho que engloba as várias vertentes da pessoa quer a nível físico, quer a nível psicológico, a nível emocional e social, e é importante tentar perceber as necessidades que a pessoa tem porque uma pessoa não tem só causas e sintomas, temos que perceber também o que aquela causa vai influenciar naquela pessoa”
	Diversas áreas disciplinares	p. B – “Porque acho que abrange mais áreas de intervenção!”
		p. K – “Porque somos todos precisos para chegar ao nosso objetivo, não há um mais importante nem outro. Somos todos, cada um na sua área, importantes para chegar ao nosso objetivo.”
	Abordagem holística	p. C – “acho que nós temos de trabalhar a parte médica, a parte psíquica, a parte social porque os nossos doentes (...) vêm aqui (...) para reabilitação, precisamos trabalhar tudo para cumprirmos os nossos objetivos”
		p. D – “a pessoa não pode ser vista apenas do ponto de vista biomédico (...) Pois é um ser bio, com características psíquicas que diferem de todos os outros indivíduos (...) E cada indivíduo está socialmente integrado de uma forma muito particular”
		p. E – “Porque integra não só a pessoa mas como também o seu próprio ambiente envolvente e não é só a pessoa e o seu diagnóstico, a sua patologia mas também toda a sua vivência.”
		p. F – “Vamos mexer em tudo, não é só no problema (...) eu acho que eles beneficiam mais desse do que do médico”
		p. H – “Sim. (...) Porque esse não se centra só na parte clínica e (...) leva em conta a pessoa e a parte social dela (...) e acho que isso é uma mais-valia (...) a pessoa no seu todo.”
		p. J – “o biopsicossocial é tratar utente como um todo. Por exemplo, a família é um elemento que é essencial em cuidados continuados (...) porque supostamente, a maior parte das pessoas, regressa a casa e estamos a preparar as pessoas para o regresso a casa, e acho que tudo isso tem que ser levado em conta.”
		p. L – “temos de olhar à pessoa no todo, ao ser social... Também aos familiares...”
		p. M – “Porque encara a pessoa como um todo, e o biomédico só olha para a parte física da pessoa e da patologia e não podemos encarar o utente como uma patologia mas como um todo”
		p. O – “Acho que deviam estar mais por dentro do utente e não só ver a patologia (...) muitas vezes é... São outros sentimentos, outras maneiras que a pessoa sente naquele momento...”
		Personalização dos

	cuidados	p. J – “o utente tem que ser encarado como um todo (...) cada vez mais temos pessoas de etnias diferentes, de raças diferentes, de religiões diferentes, e eu acho que tudo isso tem que ser levado em conta na planificação dos cuidados de saúde.”
	Melhores resultados	p. O – “acho que é o biopsicossocial, acho que é o essencial. (...) tem muito mais a ver com o utente em si e acho que a partir daí acho que até o doente consegue ter outras melhoras, a nível mesmo da patologia... Acho que é o essencial.”

Fonte: Elaboração própria

ANEXO 40 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “CONDIÇÕES ESSENCIAIS PARA A EFICÁCIA DE UMA EQUIPA
MULTIDISCIPLINAR NA ÁREA DA SAÚDE”

Quadro 22: Condições essenciais para a eficácia de uma equipa multidisciplinar na área da saúde

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade no cuidar		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Condições essenciais para a eficácia de uma equipa multidisciplinar na área da saúde	Definição de objetivos	p. A – “eu acho que temos de estabelecer objetivos”
		p. C – “temos de criar objetivos comuns para os utentes”
		p. H – “definirem em conjunto (...) tendo em conta as necessidades do utente e a sua vontade, trabalharmos...”
	Planos de intervenção	p. A – “Acho que deve elaborar um plano (...) para um utente”
	Definição e reconhecimento de competências	p. A – “por exemplo (...) diferentes funções para mim e para uma terapeuta da fala”
		p. C – “Nós todos, cada um da sua maneira, o serviço social, a psicologia, enfermeiros (...) Não interferindo no papel dos outros”
		p. D – “conhecimentos técnicos e profissionais (...) das diversas áreas envolventes da equipa multidisciplinar”
		p. F – “aqui procuram sempre haver palestras e eu procuro ir... Quando é da terapia da fala, procuro ir quando é da T.O. e depois também há a nossa e assim nós conseguimos apalpar um bocadinho de cada coisa”
		p. H – “há certas coisas que são distintas e que nós sabemos que aquilo é aquele profissional que trabalha mas depois há coisas que... As várias categorias profissionais acabam por ter um papel e às vezes confundem-se as tarefas (...) E acabam por se calhar entrar em... Na área do outro... Depois as coisas não funcionam.”
		p. I – “compreender as diferenças áreas”
		p. J – “o mais importante é que todos saibam quais as suas funções e que estejam bem identificadas as funções de cada um (...) a definição de competências e a definição de intervenções (...) E tem que haver assim (...) muita compreensão...”
		p. K – “cada profissional deve restringir-se ao seu trabalho, não ultrapassar para os limites da outra área”
		p. M – “saber compreender (...) qual é que é o nosso lugar dentro da equipa e qual é que é a nossa função.”
		p. N – “considero que deve haver uma maior preocupação da parte dos profissionais em tentar reconhecer as funções dos outros, sabendo as nossas, reconhecer as funções que os outros têm”
		Trabalhar em prol de objetivos comuns
	p. C – “temos de (...) cumprir aqueles objetivos para os utentes (...) todos nós trabalhamos para que essa deficiência (...) não seja tão sentida por eles”	
	p. E – “devemos (...) trabalhar todos para o mesmo fim.”	
	p. F – “têm de trabalhar todos para o mesmo objetivo”	
	p. H – “trabalhar para o mesmo objetivo”	
	p. I – “que esteja tudo orientado no mesmo sentido, tudo focado no mesmo sentido”	
	Consenso	p. A – “há benefícios (...) Quando está tudo (...) muito bem, tudo concorda com aquilo...”
		p. E – “devemos estar todos também em consonância”
		p. F – “têm de (...) chegar todos a um acordo”
		p. H – “a equipa funciona bem se tivermos todos também a mesma mentalidade”
		P. K – “podemos muitas vezes não concordar uns com os outros mas temos que (...) chegar a um consenso daquilo que é melhor para o

		doente.”
	Comunicação eficaz	p. B – “uma boa comunicação entre todos (...) É o mais importante”
		p. C – “saber ouvir, saber dialogar, saber falar”
		p. D – “a capacidade de comunicação”
		p. G – “com uma boa comunicação vamos conseguir trabalhar melhor em conjunto”
		p. H – “o canal de comunicação também, pronto... Às vezes as coisas também não se dizem da melhor maneira e também pode influenciar o trabalho.”
		p. I – “uma boa comunicação (...) entre a equipa”
		p. J – “Sabermos falar uns com os outros (...) uma comunicação eficaz entre as pessoas”
		p. L – “o diálogo, acho que é sempre o mais importante, acho que tem que haver sempre troca de informação”
		p. M – “tem que haver uma boa comunicação entre os profissionais”
		p. N – “uma boa comunicação ou um meio de comunicação eficaz é essencial para que haja a troca de informações entre as várias vertentes, os vários profissionais de saúde. Para além disso o falar assertivo também ajuda bastante de a maneira a que as trocas de informações sejam boas e melhores.”
	p. O – “O diálogo!”	
	Reuniões de equipa	p. B – “reuniões periódicas para poderem cada um dar a sua opinião”
	Conhecimentos técnico-profissionais	p. D – “conhecimentos técnicos e profissionais da própria área”
	Abordagem biopsicossocial e centrada no utente	p. G – “se tiveram (...) uma boa postura de centrar no utente e abordagem biopsicossocial, ajuda!”
		p. J – “começarmos a encarar e a assimilar que o que interessa é o utente...”
		p. K – “Uma abordagem centrada no doente, esquecendo às vezes questões pessoais.”
		p. O – “o doente como sendo o principal foco”
	Espírito de equipa	p. G – “já que trabalhamos a mesma coisa, com perspetivas diferentes mas trabalhamos a mesma coisa, vamos então trabalhar em conjunto.”
		p. H – “se houver algum profissional que ache que é mais vantajoso trabalhar de forma individual, se calhar a equipa já não vai funcionar tão bem”
		p. J – “E tem que haver assim muito... Espírito de equipa, muito!”
		p. N – “Tentar haver também um apoio na parte da multidisciplinaridade (...) saber trabalhar em equipa”
	Recursos materiais	p. H – “é importante haver os meios em termos de material (...) que ajudem a desenvolver o trabalho (...) as próprias condições físicas (...) um espaço físico”
	Aceitar opiniões divergentes	p. K – “podemos muitas vezes não concordar uns com os outros mas temos que aprender a respeitar a opinião (...) sabermos distinguir muitas vezes o pessoal do profissional... Aquele profissional não está a dizer uma coisa que nós achamos que é correta mas nós não conseguimos discernir que aquela pessoa está a dar a sua opinião, que pode não ser a minha, e isso depois cria muitas reservas entre nós, e se calhar estamos dois ou três dias sem conseguir olhar uns para os outros porque ele não disse aquilo que eu queria que ele dissesse...”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 41 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “PRINCÍPIOS ESSENCIAIS PARA A EFICÁCIA DE UMA EQUIPA
MULTIDISCIPLINAR NA ÁREA DA SAÚDE”**

Quadro 23: Princípios essenciais para a eficácia de uma equipa multidisciplinar na área da saúde

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade no cuidar		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Princípios essenciais para a eficácia de uma equipa multidisciplinar na área da saúde	Respeito face aos profissionais	p. C – “todos os profissionais têm a sua maneira de ser, maneira de estar, maneira de funcionar e isso tem de ser respeitado por todos os profissionais para que tudo realmente funcione. Se não houver respeito entre o trabalho de um e de outro, nunca nada vai funcionar...”
		p. D – “respeito”
		p. G – “tem que se respeitar os outros técnicos de cada área, ter bastante respeito”
		p. I – “respeito por cada área”
		p. J – “o respeito (...) termos noção de que ninguém atropela ninguém e que ninguém quer passar à frente de ninguém...”
		p. K – “O respeito! Para mim é o principal.”
		p. M – “tem que haver o tal respeito”
		p. N – “a base do respeito”
		p. O – “Respeitar o papel do outro...”
	Respeito face aos utentes	p. C – “respeitar também o utente que temos à nossa frente”
	Humildade	p. C – “Se não houver (...) essa humildade (...) não conseguimos fazer nada! (...) temos de partir do princípio de ser humildes (...) Aprendi, aprendo muito com elas, com todas as mais novas”
		p. D – “humildade também”
		p. F – “ “Dê-me a sua opinião, eu acho que é isto mas você é que sabe dessa parte”...”
		p. N – “quando nós não conseguimos atingir determinados objetivos porque não nos compete ou não temos essas funções, saber procurar quem tem essas funções para que possa trabalhar nesses objetivos.”
	Valorização recíproca	p. C – “temos de partir do princípio de (...) valorizar o trabalho um do outro”
	Coesão	p. E – “tem de ser coesa (...) Temos que ser todos muito unidos e apoiarmo-nos uns aos outros.”
		p. I – “é cada vez mais importante haver (...) essa coesão entre todos”
	Ética	p. G – “ter (...) bastante ética”
		p. I – “a confidencialidade também, o sigilo ético também entre os profissionais”
		p. O – “a confidencialidade”
Honestidade	p. N – “O ser honesto também”	

Elaboração própria

**ANEXO 42 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “GANHOS DA INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR NA
RECUPERAÇÃO DOS UTENTES”**

Quadro 24: Ganhos da intervenção interdisciplinar na recuperação dos utentes

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade na recuperação dos utentes		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Ganhos da intervenção interdisciplinar na recuperação dos utentes	Intervenção integral	p. A – “eu acho que temos que ver não é só a parte médica e parte da doença (...) é muito importante porque tem de haver várias áreas na área da saúde que trabalhem para aquele objetivo”
		p. B – “haver profissionais de muitas áreas (...) haver muitas áreas envolvidas para abranger mais o todo...”
		p. D – “para atender às necessidades de uma forma (...) mais focada naquilo que é cada necessidade do utente (...) se objetivarmos que (...) nomeadamente na Unidade de Média Duração e Reabilitação, o objetivo é a reabilitação, o trabalho em equipa, a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade, não faz sentido que não exista”
		p. F – “todas as áreas... (...) Está tudo interligado! (...) vai influenciar a reabilitação.”
		p. H – “Se não houver aquele elemento, há uma área que vai deixar de ser trabalhada”
		p. I – “Principalmente aqui no nosso foro terapêutico, em termos de reabilitação, nós precisamos que o utente esteja centrado nele e que nenhum aspeto envolvente seja um foco para que esse objetivo que ele pretenda seja inalcançável (...) Daí precisamos que haja uma importância de todas essas áreas (...) Por vezes, por exemplo (...) o facto de sentir que ir para casa é uma barreira e como é que vai ser o ir para casa, isso tudo, se não estiver resolvido e se não estiver minimamente orientado, vai ter repercussões ao nível da reabilitação, isso é bastante notório.”
		p. J – “só acho que o utente tem a ganhar porque (...) Acabamos por ver o utente exatamente como um todo e todas as áreas do utente estão sobre a atenção de algum profissional”
		p. L – “a pessoa não vem só com os problemas médicos, eu acho que temos de olhar à pessoa no todo, ao ser social... (...) beneficia com a interação de nós todos e com a presença de todos os elementos da equipa”
		p. M – “é intervirmos em todas as áreas pelas quais a pessoa é constituída (...) Para que a pessoa recupere no seu todo, e é esse o nosso objetivo”
		p. N – “é que cada um consegue dar o seu contributo na sua área àquela pessoa em si (...) Porque a pessoa não é só físico ou não é só psicológico, temos que ver sempre a pessoa numa forma holística.”
	Atingir os objetivos	p. B – “chegarmos todos às mesmas conclusões, com os mesmos objetivos”
		p. C – “temos de criar objetivos comuns para os utentes e temos de trabalhar todos em conjunto para o bem do utente (...) cumprir aqueles objetivos para os utentes”
		p. E – “a equipa toda a trabalhar em comum, acho que chega mais facilmente aos objetivos”
		p. H – “havendo todos os elementos, todas as categorias profissionais que são importantes... (...) e, lá está, trabalharmos todos para o mesmo objetivo, é mais fácil de o atingir”
		p. K – “Para chegarmos ao objetivo comum. Cada área é importante com o seu papel e com a sua função e todos juntos vamos tornar possível a nossa missão.”
	Conhecer o utente noutros contextos	p. B – “um utente, por exemplo, aqui connosco no internamento às vezes reage de uma maneira que depois na fisioterapia reage de outra (...) também nos trazem informações muito importantes (...) Tipo económicas, familiares, situações habitacionais... Das pessoas que nós até nem tínhamos noção e que depois se calhar até compreendemos certas atitudes (...) Certas coisas que acontecem”

	Resultados mais positivos	p. E – “a equipa toda a trabalhar em comum (...) acaba por conseguir chegar a resultados mais satisfatórios”
		p. G – “tínhamos desenvolvido um programa cognitivo-linguístico (...) que envolvia terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e psicóloga... (...) porque todos trabalham a cognição de alguma maneira (...) e, em vezes de estar cada um individualmente e a fazer sessões de grupo à parte, resolvemos juntarmo-nos, cada um com a sua perspetiva. (...) Eu acho (...) que depois o resultado final é muito, muito, muito, muito rico! (...) E há mais resultados!”
		p. H – “Sim, e mais rápidos! (...) Se trabalharmos todos para o mesmo”
		p. I – “mais eficaz (...) só vai trazer benefícios para o utente”
		p. J – “os ganhos em saúde são muito maiores e acho que estão relacionados com o trabalho em equipa multidisciplinar”
	Sentimento de segurança	p. O – “Se tiver uma equipa que funciona bem (...) Eu acho que o doente se vai sentir muito mais confortável e muito mais seguro porque estar aqui numa casa destas internado é complicado e a adaptação é muito complicada para os utentes”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 43 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “LIMITAÇÕES DA INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR NA
RECUPERAÇÃO DOS UTENTES”**

Quadro 25: Limitações da intervenção interdisciplinar na recuperação dos utentes

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade na recuperação dos utentes		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Limitações da intervenção interdisciplinar na recuperação dos utentes	Ideias divergentes	p. A – “Às vezes torna-se um bocadinho complicado porque (...) nós temos uma visão de uma maneira, por exemplo, a terapeuta ocupacional ou da fala ou o fisioterapeuta têm outra visão, e acham que se formos por este caminho se calhar temos mais benefícios mas eu posso achar que não, que se formos pelo outro caminho temos mais benefícios...”
		p. K – “As limitações que muitas vezes existem é, tem a ver com as nossas divergências de opinião”
		p. O – “uma área pode ter uma opinião diferente e uma maneira de ver as coisas diferentes da outra, e (...) os profissionais de diferentes áreas comecem a entrar em choque”
	Falta de consenso	p. A – “temos de chegar a um consenso todos (...) Eu trabalhar para um lado, eles trabalharem para outro, e quem fica prejudicado é o utente”
		p. H – “Se não chegarmos a um acordo e depois cada um estar a trabalhar para o seu lado... Acho que aí pode haver algumas limitações. (...) Se calhar, nem um nem outro tem resultados eficazes e para o próprio utente também acaba por não ser o suficiente. (...) Às vezes até pode acontecer andar para trás (...) Regredir”
	Falta de comunicação	p. B – “se não houver essa comunicação (...) podemos estar a fazer coisas diferentes ou até opostas”
		p. D – “os entraves é a falta de comunicação (...) Às vezes interfere no plano de reabilitação”
		p. M – “às vezes não são resolvidas questões extremamente importantes da parte dos utentes porque as pessoas não conseguem comunicar.”
		p. O – “quem conhece melhor os doentes são os enfermeiros porque nós sabemos tudo sobre eles... Dia e noite... E muitas vezes as outras áreas chegam aqui um bocadinho a espingardear sobre os (...) porque o doente X e o doente X... (...) Lá está, acho que há falta de diálogo.”
	Falta de respeito	p. C – “Se não houver respeito entre o trabalho de um e de outro, nunca nada vai funcionar...”
	Ego profissional	p. D – “podem, justamente, trabalhar de uma forma interdisciplinar sem estarem a defender quais são as suas áreas de intervenção (...) Pelo desconhecimento ou pelo desrespeito e pela assunção de que devem defender as suas categorias profissionais, a comunicação não flui da melhor maneira”
		p. J – “os profissionais às vezes encaram isto assim como uma afronta (...) E tem que (...) perceber que o que interessa não é o nosso ego profissional, é o utente e é o bem do utente”
		p. M – “temos esta questão do ego (...) Agente sente-se logo invadidos (...) E nós estamos mal habituados porque realmente existem sítios onde (...) quem assume essa responsabilidade toda somos nós.”
	Desconhecimento da interdisciplinaridade	p. D – “o desconhecimento do que é a interdisciplinaridade e os benefícios da mesma, aí considero como uma limitação aos nossos objetivos de intervenção.”
		p. G – “Às vezes é muito difícil (...) Mostrar as vantagens da interdisciplinaridade. E depois acho que aí é que é a maior desvantagem... (...) pôr isso em prática, estes conceitos todos”
Falta de coesão	p. E – “pode criar alguns obstáculos na recuperação (...) Pode criar alguns obstáculos, às vezes, quando a equipa não funciona bem,	

		quando a equipa não é coesa”
	Gestão do tempo	p. F – “Por exemplo, a pessoas chega, faz um bocadinho de fisioterapia ou vem logo para a terapia da fala, acaba a fala vai para a terapia ocupacional, acaba a T. O. vai para a fisio... Então está ali durante duas horitas (...) e está a fazer uma coisa e depois faz outra e depois faz outra. Para algumas pessoas pode ser um bocado cansativo e podem não se concentrar numa como deve de ser (...) Porque estamos a falar de pessoas com 80, 70”
	Falta de reconhecimento	p. G – “temos utentes que precisam de reabilitar a parte cognitiva e temos três técnicos que trabalham essa parte e em vezes de estar cada um individualmente a fazer sessões de grupo à parte, resolvemos juntarmo-nos, cada um com a sua perspetiva. (...) depois o resultado final é muito, muito, muito, muito rico! Mas nem sempre é visto (...) Se calhar até é visto mas os outros técnicos não estão tão por dentro e também nem têm tanta noção... (...) as pessoas pensam que não é assim para tanta riqueza quanto isso, para tanto resultado quanto isso... (...) Acham bonito mas daí... Se agente quisesse sempre fazer isto... Não ia dar!”
	Conflitos	p. M – “às vezes há quezílias que não têm interesse nenhum mas querendo ou não às vezes também se põem à frente do trabalho (...) E às vezes não são resolvidas questões extremamente importantes da parte dos utentes porque as pessoas não conseguem comunicar.”
		p. O – “As diferentes áreas muitas vezes entram em choque. (...) muitas vezes (...) nós damos valor (...) É à picardia que há entre os colegas e (...) o doente fica sempre de parte.”
	Nenhuma	p. I – “Se agente fizer mesmo uma intervenção interdisciplinar não vai ter... Antes pelo contrário, só vai trazer benefícios para o utente.”
		p. L – “acho que não há nenhuma limitação...”
		p. N – “Agora limitações da intervenção interdisciplinar na recuperação dos utentes, eu acho que não consigo encontrar nenhuma (...) É sempre uma vantagem haver essa interdisciplinaridade nas equipas e todos os profissionais darem o seu contributo.”
	Receção negativa	p. O – “se a receção for má (...) vai influenciar a recuperação em todo o lado. (...) Porque depois não quer ir à fisioterapia, não quer comer, e a partir daí é um conjunto de situações que leva a que a patologia em si não seja curada e que o doente saia daqui pior.”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 44 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “GRAU DE SATISFAÇÃO POR INTERVIR DE FORMA
INTERDISCIPLINAR”**

Quadro 26: Grau de satisfação por intervir de forma interdisciplinar

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade vs. desempenho individual		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Grau de satisfação por intervir de forma interdisciplinar	Satisfeito	p. A – “Eu gosto...”
		p. E – “Sim... É boa...”
		p. F – “Gosto, gosto!”
		p. H – “Gosto, gosto... Agora estou mais satisfeita”
		p. I – “Estou satisfeita!”
		p. K – “Gosto!”
		p. L – “estou satisfeita.”
		p. M – “Sim”
		p. N – “Estou só satisfeito”
		p. O – “Estou satisfeita”
	Muito satisfeito	p. B – “Estou muito satisfeita...”
		p. C – “Eu gosto muito... Adoro... Estou muito satisfeita! ”
		p. D – “Sim”
		p. G – “O meu grau de satisfação (...) É plena!”
		p. J – “É, é! (...) Eu não conseguiria trabalhar de outra maneira, para mim não faz sentido trabalhar de outra maneira”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 45 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “MOTIVAÇÃO PARA INTERVIR DE FORMA INTERDISCIPLINAR”**

Quadro 27: Motivação para intervir de forma interdisciplinar

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade vs. desempenho individual		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Motivação para intervir de forma interdisciplinar	Partilha de opiniões	p. A – “acho que é importante nós trabalharmos em equipa porque podemos pedir uma opinião. Nós sabemos que se calhar é melhor fazer assim mas se calhar não é bem a minha área (...) Por exemplo, um caso de uma alimentação... O senhor engasga-se... É melhor falar com a terapeuta da fala porque ela tem mais conhecimentos (...) ao nível da deglutição (...) do que eu... Acho que é muito importante”
		p. E – “a nossa opinião está a contribuir para que haja sucesso”
		p. F – “Muitas vezes chamamos a psicóloga cá abaixo e: “passa-se isto” ou chamamos a Doutora e “passa-se isto e não sei o que é que hei-de fazer?” (...) tentamos fazer sempre assim (...) e tem funcionado bem.”
		p. I – “trabalharmos em equipa é importante, para que a nível pessoal e profissional individual, a nossa avaliação também tenha de ser conduzida perante os aspetos que são referidos pelos outros elementos.”
		p. B – “Para poder haver uma melhor intervenção no cuidar...! (...) Nós nunca trabalhamos sozinhos”
	Melhores resultados em saúde	p. C – “Temos conseguido bons resultados, temos conseguido atingir os nossos objetivos”
		p. D – “A equipa torna-se mais coesa, os cuidados vão ser mais completos e os resultados aparecem! E é esse o nosso objetivo, é que efetivamente os resultados definidos em planos de reabilitação, interdisciplinares, ou multidisciplinares, efetivamente sejam refletidos.”
		p. I – “mais eficaz (...) nós precisamos que o utente esteja centrado nele e que nenhum aspeto envolvente seja um foco para que esse objetivo que ele pretenda seja inalcançável (...) só vai trazer benefícios para o utente”
		p. J – “Sim, são, são!”
	Relações intergrupais	p. C – “eu gosto muito do meu grupo de trabalho, aposto tudo nelas ... Eu confio no trabalho delas (...) E elas sabem que podem confiar em mim no que elas precisarem”
		p. L – “Porque acho que nós aqui trabalhamos bastante bem e nesse aspeto as coisas reencaminham-se, encaminham-se da melhor maneira e nós acho que conseguimos trabalhar todos em conjunto, da melhor forma...”
	Reconhecimento	p. C – “muitos doentes saem daqui satisfeitos (...) acho que as pessoas na maior parte das vezes mandam (...) agradecimentos e nós ficamos muito felizes porque vemos que o nosso trabalho é reconhecido”
	Responsabilidades partilhadas	p. D – “considero que é mais seguro em termos da própria equipa funcionarmos com equipa e numa lógica de interdisciplinaridade do que propriamente de uma forma mais isolada”
		p. J – “com interdisciplinaridade também percebemos que é uma forma de nos salvuardarmos uns aos outros”
Sentimento de integração e utilidade	p. E – “sentimos que estamos integrados na equipa interdisciplinar, sentimos que a nossa opinião está a contribuir para que haja sucesso no objetivo em comum que é a recuperação do utente.”	
Abordagem biopsicossocial e centrada no utente	p. G – “porque eu defendo ao máximo o biopsicossocial e o centrado no utente (...) E o trabalhar em equipa com o doente e a família, fazendo parte da equipa.”	
	p. M – “é importante porque eu não consigo alcançar tudo (...) este todo que realmente a pessoa é”	
	p. N – “eu vejo sempre a minha intervenção com a finalidade de ajudar a pessoa, o utente. E coloco sempre o utente no centro e a família e depois tudo o que está à volta são formas da pessoa tentar chegar àquele	

		objetivo.”
		p. O – “Todas as áreas são essenciais.”
	Objetivos comuns	p. H – “já começámos todos a trabalhar mais para o mesmo e agora estou mais satisfeita.”
	Gestão de conflitos	p. J – “nós também nos habituámos (...) a apoiarmo-nos muito uns nos outros na gestão de conflitos por exemplo com as famílias e com o utente”
	Aprendizagem mútua	p. K – “conseguimo-nos tornar melhores profissionais e conseguimos ter uma visão mais ampla do doente se trabalharmos com outros ao invés de trabalharmos sozinhos. (...) aprende-se muitas coisas e consegue-se ter uma maior visão sobre a pessoa”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 46 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “VANTAGENS DA INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR NO
DESEMPENHO INDIVIDUAL DE CADA MEMBRO DA EQUIPA”**

Quadro 28: Vantagens da intervenção interdisciplinar no desempenho individual de cada membro da equipa

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade vs. desempenho individual		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Vantagens da intervenção interdisciplinar no desempenho individual de cada membro da equipa	Partilha de responsabilidades	p. A – “não temos só nós que tomar (...) Seremos nós os responsáveis, tomar aquelas iniciativas (...) é uma opinião e um consenso de todos... Ou seja, se algo correr bem, tudo muito bem... Se algo correr mal, foi um consenso de todos.”
		p. D – “é mais seguro (...) funcionarmos com equipa e numa lógica de interdisciplinaridade do que propriamente de uma forma mais isolada.”
		p. J – “com interdisciplinaridade também percebemos que é uma forma de nos salvaguardarmos uns aos outros”
	Melhores intervenções	p. A – “Por exemplo, um caso de uma alimentação (...) É melhor falar com e terapeuta da fala porque ela tem mais conhecimentos (...) do que eu... Acho que é muito importante (...) Tanto o dela como o meu!”
		p. C – “Um exemplo banal, um doente tem tosse (...) vai prejudicar o trabalho do fisioterapeuta e eu tenho de trabalhar o meu para depois não prejudicar (...) o trabalho do outro profissional (...) se tudo for realmente feito em equipa, cada um vai beneficiar (...) E é essas coisinhas todas que temos de trabalhar em conjunto para que, principalmente a parte social, consiga resolver as situações todas.”
		p. G – “a perspetiva que têm do contexto sociofamiliar até ao contexto físico mesmo deles, acho que é fundamental para nós prepararmos melhor... (...) eu acho que o principal papel deles é mesmo ajudar na perspetiva de aproximarmo-nos ao máximo com a realidade do utente, eles ajudam nessa parte e nós ajudamos a eles (...) Nós temos que adaptar o utente ao máximo às necessidades que o próprio assistente social identifica.”
		p. H – “se eu estiver a fazer uma intervenção e, vou dar o exemplo do enfermeiro, fazer uma intervenção que acabe por dar continuidade àquilo que eu estou a fazer (...) os resultados vão ser muito mais rápidos.”
		p. I – “As vantagens é que (...) há coisas que os outros elementos detetam que têm influência sobre o nosso trabalho... (...) um exemplo... Um utente que esteja com uma alteração a nível psicológico, neste caso o psicólogo reporta e (...) a nossa intervenção pode sofrer uma pequena alteração para que o conteúdo terapêutico que é inserido com o utente seja de outra maneira. (...) que agente consiga fazer a nossa parte indo ao encontro também do que nos foi solicitado pelo colega.”
		p. J – “Em vez de encararmos as coisas como uma afronta e como uma invasão, não... Encararmos como um complemento.”
		p. K – “O meu trabalho acaba por também ser mais conciso e acho que tem maior taxa de sucesso (...) pelo facto de trabalhar com outros profissionais porque se calhar se não fosse o enfermeiro a dizer que aquele doente precisa de ser vigiado, eu não me ia lembrar de transferir o doente para uma ECCI, se não fosse a médica a alertar que ele se calhar beneficiava de ser seguido em consulta de...”
		p. L – “todos juntos conseguimos achar sempre o melhor caminho (...) cada um quando contribui com a sua parte, estamos a fazer o melhor para que o utente tenha alta mais depressa, que tenha melhorias efetivas”
		p. M – “Exatamente! (...) porque eu não consigo alcançar tudo”

		<p>p. N – “Sim, sim!”</p> <p>p. O – “Totalmente... Mesmo. (...) nós fazemos a parte técnica e eles dizem a “parte teórica””</p>
	Intercâmbio de opiniões e informações	<p>p. B – “um utente, por exemplo, aqui connosco no internamento às vezes reage de uma maneira que depois na fisioterapia reage de outra, e se não houver essa comunicação, por exemplo, entre a parte de enfermagem e a parte de reabilitação, podemos estar a fazer coisas diferentes ou até opostas e então acho que é muito importante nesse sentido”</p> <p>p. E – “o facto de partilharmos ideias, o que faz com que nós próprios também enriqueçamos os nossos conhecimentos.”</p> <p>p. F – “Há muitas vezes que eu pergunto a opinião mesmo a uma pessoa que não tenha nada a ver com a área”</p> <p>p. G – “eu o que trabalho em conjunto, por exemplo, com a assistente social é dizer... O facto de estarmos a dizer “há barreiras na casa” (...) Eu posso dizer “não, olhe que se ele tiver certos apoios físicos ou sociais na comunidade já consegue fazer, já consegue ir... olhe que ele tem esta limitação ou tem esta coisa boa, tem esta capacidade que dá”... (...) partilhando estas informações conseguimos ter dados para melhorar também o nosso trabalho e para não influenciar negativamente o trabalho de um e de outro (...) eles têm mais outra perspetiva que às vezes eu não consigo ter”</p>
	Resolução de conflitos	<p>p. E – “se fosse tudo para o mesmo lado, se calhar era sempre tudo muito reto e se calhar não progredíamos... Ao haver algum conflito e ao haver algumas barreiras acho que acabamos por enriquecer a nossa experiência.”</p> <p>p. J – “apoiarmo-nos muito uns nos outros na gestão de conflitos por exemplo com as famílias e com o utente (...) É mais fácil a resolução de conflitos quando estamos todos juntos porque falamos todos a mesma e todos sabemos o que se está a passar, e é mais difícil de nos conseguirem manipular”</p>
	Enriquecimento profissional e pessoal	<p>p. J – “pessoalmente, aprendemos a crescer imenso (...) Ficamos mais tolerantes e aprendemos a ter muito jogo de cintura (...) Eu acho que o facto de trabalhar assim, a nível profissional, cresci imenso porque vamos acabando por assimilar coisas”</p> <p>p. M – “Eu acho muito vantajoso esse trabalhar em equipa porque eu cresci, eu tive um desenvolvimento a nível pessoal, e neste caso mais profissional (...) Eu aprendi muito com elas (...) ao ouvir e ao compreender o que é que faz realmente a (...) e ela transmitiu-me muitas coisas”</p> <p>p. O – “A vantagem é que nós também aprendemos com as outras partes da equipa e também aprendemos a lidar com os doentes em todos os campos.”</p>

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 47 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “DESVANTAGENS DA INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR NO
DESEMPENHO INDIVIDUAL DE CADA MEMBRO DA EQUIPA”**

Quadro 29: Desvantagens da intervenção interdisciplinar no desempenho individual de cada membro da equipa

Tema		
Perceção sobre a interdisciplinaridade vs. desempenho individual		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Desvantagens da intervenção interdisciplinar no desempenho individual de cada membro da equipa	Abdicar das próprias opiniões	p. B – “Eu posso não concordar com aquilo que a maioria (...) pode concordar (...) essa é a desvantagem... Que nós não podemos fazer sempre valer as nossas opiniões, nem aquilo que queremos... Pronto, (...) temos de saber aceitar... E (...) nem sempre é muito fácil...”
		p. E – “a opinião do outro membro da equipa pode não ir tão ao encontro da nossa, o que pode gerar conflito”
		p. O – “muitas vezes podemos não concordar uns com os outros e entrar em discordância”
	Nenhuma	p. D – “Eu, desvantagens não verifico...”
		p. I – “No meu ponto de vista, não!”
	Gestão do tempo	p. F – “há pessoas que só precisam de fisioterapia... (...) assim agente pode atuar com mais tempo. Em vez de estarem 40 minutos comigo e depois terem de ir para a terapia da fala, estão uma hora comigo ou uma hora e pouco... (...) Quando há interdisciplinaridade (...) Quando ele precisa de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, ou o que seja, já sentimos que estamos a roubar ali um bocadinho mas (...) É sempre em prol...”
		p. G – “em vez de estar cada um individualmente a fazer sessões de grupo à parte, resolvemos juntarmo-nos, cada um com a sua perspetiva. (...) dá mais trabalho, perdemos tempo, perdemos muito tempo a preparar as coisas, a organizar as ideias, só que depois o resultado final é muito, muito, muito, muito rico!”
	Falta de reconhecimento	p. G – “temos três técnicos que trabalham essa parte e em vezes de estar cada um individualmente a fazer sessões de grupo à parte, resolvemos juntarmo-nos, cada um com a sua perspetiva. (...) Eu acho que torna muito mais rico (...) dá mais trabalho, perdemos tempo, perdemos muito tempo a preparar as coisas, a organizar as ideias (...) e as outras pessoas pensam que não é assim para tanta riqueza quanto isso, para tanto resultado quanto isso... (...) os outros técnicos não estão tão por dentro e também nem têm tanta noção... (...) da quantidade de estímulos que estamos a dar (...) Se agente quisesse sempre fazer isto... Não ia dar!”
		p. N – “Por exemplo o objetivo de sair daqui a andar, vamos trabalhar para isso, a nível de enfermagem de reabilitação, a nível de fisioterapia, por exemplo. Faz treinos aqui em cima no serviço e faz treinos lá em baixo... (...) É sempre uma mais-valia para as pessoas e não tanto no sentido de querer fazer invasão ou querer criar atritos ou conflitos com outros profissionais de saúde (...) E até a nível motivacional, isso acaba por ser até bastante desmotivante, digamos que não conseguimos ver o nosso valor reconhecido”
	Conflitos	p. K – “os choques que existem entre nós e os constrangimentos de sermos todos pessoas diferentes.”
		p. M – “cada um tem o seu ego também, e às vezes aquilo choca um bocadinho”
		p. N – “alguns conflitos”
	Indefinição/ não assimilação de competências	p. H – “As várias categorias profissionais acabam por ter um papel e às vezes confundem-se as tarefas (...) e depois se uma categoria profissional acha que aquilo não deve ser feito daquela forma e outra categoria acha que tem que ser de outra maneira... E acabam por se calhar entrar em... Na área do outro... Depois as coisas não funcionam.”
p. J – “A única limitação que eu vejo é que é muito difícil trabalhar assim por causa daquela questão (...) em que não sabemos muito bem		

		onde é que a intervenção de um acaba e a do outro começa”
		p. K – “às vezes substituímos aqui um bocadinho os papéis uns dos outros (...) E acabamos às vezes por interferir na área uns dos outros sem nos apercebermos (...) As limitações que muitas vezes existem é (...) o querermos às vezes substituir.”
		p. L – “às vezes queremos entrar um bocadinho na área da outra pessoa... Mas tudo com vista a que a pessoa resolva o seu problema mais depressa. (...) limita-nos um bocadinho. Nós fazemos o nosso trabalho (...), o psicólogo do que compete ao psicólogo, e não abrangemos as nossas áreas mais do que isso... Se calhar, às vezes fazíamos um bocadinho de falta para também termos a perceção de qual é o trabalho dos outros elementos da equipa ”
		p. O – “Sim. E essa foi uma das diferenças muito grandes que eu achei aqui. (...) Porque eu também venho de um contexto hospitalar em que a terapeuta da fala (...) não sobe lá a cima, e quem decide quem vai entubar é o médico e o enfermeiro.”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 48 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “DESAFIOS DA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR”**

Quadro 30: Desafios da abordagem interdisciplinar

Tema			
Perceção sobre a interdisciplinaridade vs. desempenho individual			
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo	
Desafios da abordagem interdisciplinar	Consenso	p. A – “O maior desafio é que (...) temos que entrar todos num consenso”	
		p. B – “Temos de chegar todos a um consenso!”	
		p. F – “chegar todos a um acordo o que é o mais difícil (...) na saúde é difícil as pessoas entenderem-se”	
	Ideias divergentes	p. A – “é esse o maior desafio... Perceber a perceção das outras pessoas, dos outros membros da equipa mas eles também perceberem a nossa”	
		p. C – “Há pessoas que têm ideias e pintam o mundo cor-de-rosa, e eu sou muito velha já e enfim... Sei que o mundo não é cor-de-rosa (...) quando eu procuro colocar isso na cabeça das pessoas mais novas, que eu sei que muitas já aceitam isso, outros não aceitavam e isso criava um bocadinho de atrito”	
		p. G – “os desafios são mesmo (...) pôr-se no lugar do outro técnico (...) perceber o que é que ele também quer, sem estar a criticar, sem procurar conflitos ou estar à defesa”	
		p. K – “quando se cruzam vários profissionais e cada um com os seus valores... Com as suas ideias, com as suas crenças... Às vezes é muito difícil mas o caminho é todos os dias tentarmos compreender-nos uns aos outros e trabalhar sob a máxima que é o bem-estar do doente (...) Aquele profissional não está a dizer uma coisa que nós achamos que é correta mas nós não conseguimos discernir que aquela pessoa está a dar a sua opinião, que pode não ser a minha, e isso depois cria muitas reservas entre nós”	
	Abdicar das próprias opiniões	p. B – “nós não podemos fazer sempre valer as nossas opiniões, nem aquilo que queremos... (...) temos de saber aceitar... E às vezes, nem sempre é muito fácil...”	
	Reconhecer e respeitar competências	p. D – “Um melhor conhecimento das diversas áreas profissionais e (...) um maior respeito pelas áreas em intervenção!”	
		p. E – “que esse respeito exista”	
		p. H – “E no início para mim foi muito difícil conseguir que os outros percebessem (...) e que aceitassem também que eu tenho essas funções. Acho que esses foram assim os maiores desafios... Foi isso! (...) Acho que (...) não valorizavam o nosso papel nessa área.”	
	Determinar funções	p. I – “perceber a função de cada um”	
		p. L – “termos a perceção de qual é o trabalho dos outros elementos da equipa (...) Os nossos limites.”	
		p. M – “agente às vezes também não sabe realmente qual é o espaço um do outro, por isso uma pessoa também tem que tentar perceber”	
	Gestão do tempo	p. N – “reconhecer até onde nós podemos chegar (...) não tentar ultrapassar os nossos limites a nível de funções (...) conhecer onde acaba a nossa função e onde começa a função do outro”	
		p. B – “conseguir conciliar o nosso trabalho individual com depois esse tipo de reuniões e esse trabalho em equipa”	
			p. F – “Para algumas pessoas pode ser um bocado cansativo (...) E estar a levar com três terapias seguidas (...) eu acho que é, é muito tempo seguido. Mas agora estamos a optar (...) faz fisioterapia de manhã e vem à terapia da fala à tarde, por exemplo.”

	Operacionalizar a interdisciplinaridade	<p>p. G – “tentar dentro das áreas (...) que todos têm em comum (...) encaixar sem perder a identidade de cada um, trabalhar em conjunto... Esse é o desafio! Porque não é assim tão fácil...”</p> <p>p. J – “é difícil para quem sair das escolas depois assimilar estes conceitos e conseguir trabalhar assim (...) No início foi muito complicado (...) demorou muito tempo a adaptarmo-nos (...) Porque (...) ninguém aprendeu a trabalhar assim na escola. Por exemplo (...) ninguém nas escolas nos ensinou e acho que ainda não ensinam pelo menos a trabalhar com a área social, com a área da psicologia, com a área da fisioterapia...”</p> <p>p. O – “ter um trabalho em equipa.”</p>
	Humildade	<p>p. J – “interessa aos profissionais todos (...) serem humildes e (...) Entenderem as coisas como um ensino e não como uma afronta...”</p>
	Identificar erros e corrigi-los	<p>p. L – “Se as coisas não correram bem anteriormente, tentar perceber porque é que não correu assim tão bem e tentar arranjar estratégias para que as coisas corram melhor.”</p>

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 49 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “PAPEL ATRIBUÍDO À COMUNICAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS”**

Quadro 31: Papel atribuído à comunicação na prestação de cuidados

Tema		
Perceção sobre a comunicação no cuidar		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Papel atribuído à comunicação na prestação de cuidados	Papel fundamental	p. A – “eu acho que é muito importante a comunicação”
		p. B – “É muito importante!”
		p. C – “É tudo!”
		p. D – “É fundamental!”
		p. E – “É muito importante!”
		p. F – “É fundamental!”
		p. G – “a comunicação é extremamente importante”
		p. H – “Eu acho que tem um papel fundamental (...) com o utente.”
		p. I – “A comunicação é a base de tudo! (...) a vantagem maior que nós temos com o utente, é a comunicação!”
		p. J – “É fundamental!”
		p. K – “É fundamental!”
		p. L – “a comunicação é tudo (...) a comunicação na prestação de cuidados é o essencial”
		p. O – “A comunicação é a base de tudo! Entre os profissionais e entre os utentes.”
		Informação clínica
	p. F – “Nós temos de lhes explicar bem as coisas (...) para eles entenderem... Eles se interpretarem mal (...) podem cair ou sentar-se mal ou seja o que for.”	
	p. K – “doentes (...) que questionam (...) que fazem questão de estar a acompanhar o seu processo de reabilitação e estar a par daquilo que realmente têm e como é que vai ser, e valorizam muito (...) o profissional deslocar-se ao pé e conversar sobre o que está a passar e o que se vai passar no futuro.”	
	p. O – “Eu não costumo esconder nada aos utentes. Se eles estão orientados, para mim eles têm de saber tudo até um limite”	
	Conhecer necessidades e adequar plano de cuidados	p. E – “por muito que se faça os cuidados diários e os cuidados necessários, o utente ao não comunicar, não consegue (...) verbalizar nada que possa não estar ao encontro com aquilo que ele quer.”
		p. F – “há muita gente que não consegue falar e a observar é que agente consegue ver se a pessoa está a sentir mal, tem dor ou está bem ou não está...”
		p. G – “tenho de comunicar com ele para perceber (...) estados e humores (...) problemas que o afetam, que não são propriamente ali do internamento, são da família ou do social e que levam para o contexto terapêutico e eu não vale a pena estar a querer que ele faça X, Y, Z de atividades, se ele está completamente a leste daquilo que eu estou a fazer (...)”
		p. I – “conseguimos perceber todos os problemas identificados por eles e tudo”
		p. J – “para existir um plano de cuidados que seja eficaz e que vá ao encontro das necessidades que aquele utente nos apresenta, temos que o entender, temos que o perceber”
		p. K – “O meu trabalho prende-se fundamentalmente com o tentar ir ao encontro das expectativas deles e muitas vezes ajustá-las. Sem falar, sem comunicar com eles é impossível o meu trabalho ser feito.”
		p. L – “Para percebermos os utentes (...) o que eles querem, para percebermos quais eram os hábitos deles em casa para podermos fazer aqui um pouco assim... Às vezes quando o utente não consegue tentamos chegar aos familiares para que eles nos consigam dar alguma informação para podermos fazer as coisas como eles querem”

		<p>p. M – “através da comunicação que eu também sei o que o utente tem, quais são as queixas, às vezes o porquê de estar mais depressivo, às vezes o porquê de um comportamento agressivo, e se agente às vezes ouvir a história de vida da pessoa, conseguimos compreender várias coisas.”</p>
		<p>p. N – “ajuda a compreender melhor o que é que a pessoa sente, o que a pessoa está a pensar, quais são as suas necessidades, e ao conhecer isso nós podemos traçar melhores objetivos e programar as intervenções para as satisfazer.”</p>
Relação terapêutica		<p>p. A – “acho que é muito importante falar com as pessoas”</p>
		<p>p. D – “nós só conseguimos chegar ao utente, comunicando com ele (...) se não estaríamos a tratar de autómatos e (...) não estaríamos a lidar com pessoas.”</p>
		<p>p. E – “Quando o utente não comunica (...) já é sempre mais difícil de chegar ao encontro do utente”</p>
		<p>p. G – “para o envolver no processo terapêutico, é preciso comunicar (...) Para ele colaborar (...) a comunicação com o utente e com o familiar no sentido (...) deles serem um parceiro terapêutico...”</p>
		<p>p. K – “se nós não falarmos, se não comunicarmos, não convivemos, não criamos empatia com eles”</p>
		<p>p. N – “é uma forma de nós também estabelecermos uma relação com a pessoa porque (...) não é chegar lá à pessoa e começar-lhe a fazer-lhe os tratamentos, e (...) nem perguntar como é que ela está. O comunicar com a pessoa permite-nos estabelecer uma relação terapêutica”</p>
		<p>p. O – “E nós para nos darmos bem com os utentes, a comunicação é tudo! (...) e um caso de um senhor que está completamente acamado, o senhor não reage, está completamente inconsciente... Mas eu falo com ele. (...) E passa muito por aí porque nós temos que falar com os utentes, nós não sabemos como é que eles estão do outro lado, se nos estão a ouvir se não... E eu acredito numa coisa, por algumas coisas que já vivi, que mesmo que o utente esteja assim ou parecendo que ele está ali e não fala, só está com os olhos abertos, eu acredito que ele percebe tudo o que está à volta dele.”</p>
		<p>p. B – “se não conseguirmos comunicar com outras áreas, também não conseguimos estar a cuidar em pleno”</p>
Comunicação interdisciplinar influencia prestação de cuidados		<p>p. O – “se nós tivermos uma boca comunicação entre todas as áreas, vamos ter uma boa comunicação com os utentes.”</p>
Melhores intervenções		<p>p. E – “A comunicação é talvez a base de toda a intervenção porque se houver comunicação (...) entre o profissional de saúde e o utente (...) tudo funciona bem.”</p>
		<p>p. H – “Uma boa comunicação permite que... O trabalho se desenvolva melhor”</p>
		<p>p. O – “deve haver um cruzamento de informação entre essas áreas para o trabalho resultar melhor”</p>
Transmissão de segurança, confiança e motivação		<p>p. D – “ enquanto pessoas uma função que nós temos, que nos é essencial é a comunicação, a socialização e que é essencial para o bem-estar e, nomeadamente, para a prestação de cuidados.”</p>
		<p>p. H – “Porque se eles sentirem segurança connosco também vão acabar por, se calhar, colaborar mais e estar mais motivados para o tratamento...”</p>
		<p>p. K – “Nós somos a esperança que muitas vezes eles têm das coisas correrem melhor e se nós não falarmos, se não comunicarmos, não convivemos (...) muitas vezes não corre bem.”</p>
		<p>p. M – “As vezes é forma também de agente conseguir motivá-los porque quando eles gostam de nós é mais fácil agente motivá-los à recuperação e à cooperação na prestação de cuidados”</p>

		p. N – “O comunicar com a pessoa permite-nos estabelecer uma relação (...) de confiança terapêutica”
	Pedido de intervenção	p. M – “Se eu preciso da ajuda de alguém para uma situação, eu vou falar com a pessoa a que diz respeito, mas se essa pessoa não me quer ouvir ou estabelecer comunicação, não tem como eu lá chegar e resolver a questão do utente”
	Comunicação não-verbal	p. D – “A não verbalidade às vezes é tão importante como a verbalidade.”
		p. H – “Se o utente tiver uma dificuldade ao nível da linguagem (...) Se ele não conseguir falar, recuperar essa função, pelo menos que consiga comunicar de alguma forma que lhe seja possível, que consiga transmitir aquilo que ele sente, aquilo que ele pensa... (...) Gestual ou escrita... Ou por tabelas de comunicação”
		p. J – “nas nossas intervenções, acho que base é comunicação, e não só a verbal”
		p. F – “Há pessoas que não falam, temos de estar sempre a perguntar, a verificar, a observar... (...) A comunicação não-verbal às vezes, para mim, é mais importante do que a verbal!”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 50 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À COMUNICAÇÃO NO
DESENVOLVIMENTO DA INTERDISCIPLINARIDADE”**

Quadro 32: Importância atribuída à comunicação no desenvolvimento da interdisciplinaridade

Tema		
Perceção sobre a comunicação no cuidar		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Importância atribuída à comunicação no desenvolvimento da interdisciplinaridade	Papel fundamental	p. E – “É muito importante! A comunicação é talvez a base de toda a intervenção porque se houver comunicação (...) entre o profissional de saúde e o outro membro da equipa (...) tudo funciona bem.”
		p. I – “tem de ser mais acrescida”
		p. J – “É o principal (...) a comunicação na equipa é a base de tudo!”
		p. O – “A comunicação é a base de tudo! Entre os profissionais e entre os utentes.”
	Consenso	p. A – “Mas acho que é muito importante (...) o comunicar, tanto com as pessoas como com a equipa, e (...) entrar (...) no consenso”
		p. H – “Se houver uma boa comunicação vamo-nos (...) chegarmos a um consenso”
		p. M – “A comunicação permite a continuidade do nosso trabalho, pois se cada um estiver direcionado para o seu trabalho e não houver comunicação, nunca estaremos em sintonia.”
	Compreensão das intervenções	p. A – “eu posso até não concordar com um tratamento que andam a fazer àquela senhora (...) posso não compreender mas depois ela explica-me e assim se calhar até acho que é importante a partilha de ideias acerca daquela situação.”
		p. B – “se não houver essa comunicação (...) podemos estar a fazer coisas diferentes ou até opostas e então acho que é muito importante (...)”
		p. I – “Às vezes há pouca compreensão (...) portanto acho que é cada vez mais importante haver esta comunicação”
		p. K – “o doente está a dizer uma coisa mas eu consigo perceber que alguém já lhe disse e já não vou questionar o porquê de ter dito, vou ter e “olha, disseste aquilo... Explica-me lá só porquê porque eu calei-me porque percebi que já tinhas dito”...”
	Partilha de informação	p. B – “a parte (...) não lida tanto com os utentes como nós lidamos, e também é importante que (...) tenha conhecimento de certas situações, dos estados clínicos dos utentes”
		p. C – “Acho que a comunicação entre todos os elementos, tudo sobre os utentes é muito importante (...) Eu acho que a comunicação tem que ser uma coisa entre todos, falarmos tudo (...) O que se passa, o que se falou com a família (...)”
		p. G – “É fundamental para (...) partilhar informações (...) alguém (...) apanha o utente numa situação do dia diferente, num contexto diferente e logo as pessoas, os utentes reagem de maneiras diferentes ao longo do dia e em contextos...”
		p. L – “se estiver aqui e não for comunicando que o utente teve esta alteração e que precisa daquilo, que eu acho que ele precisa de um apoio de psicólogo, que eu acho que ele precisa da assistente social porque está com problemas a pensar o que é que vai fazer em casa, com a família (...) há ali uma barreira (...) e acaba (...) Por perder estas informações úteis do utente que podem sempre ajudar.”
		p. N – “uma boa comunicação ou um meio de comunicação eficaz é essencial para que haja a troca de informações entre as várias vertentes, os vários profissionais de saúde.”
	Estabelecimento de relações	p. D – “nós só conseguimos chegar ao utente, comunicando com ele, e à equipa também.”
	Avaliação	p. E – “Se não comunicarmos também não sabemos quais os pontos

	intragrupal	fracos e os pontos fortes da nossa equipa”
	Partilha de ideias	p. F – “Há muitas vezes que eu pergunto a opinião mesmo a uma pessoa que não tenha nada a ver com a área”
		p. H – “Se houver uma boa comunicação vamo-nos sentir todos mais à vontade para transmitir a opinião...”
	Evitar conflitos	p. F – “ “Dê-me a sua opinião (...)” (...) tentamos fazer sempre assim para não chocarmos uns com os outros, e tem funcionado bem.”
	Beneficia o trabalho em equipa	p. G – “E agente temos que comunicar muito bem uns com os outros, é bom para o trabalho em grupo”
		p. J – “se houver uma comunicação eficaz entre as pessoas, o utente só tem a ganhar, o utente e nós.”
		p. N – “E se nós conseguirmos ter uma boa comunicação em equipa (...) só temos sempre a ganhar (...) a equipa ganha””

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 51 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “VANTAGENS DAS REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES”**

Quadro 33: Vantagens das reuniões multidisciplinares

Tema		
Perceção sobre a comunicação no cuidar		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Vantagens das reuniões multidisciplinares	Resolução de conflitos	p. A – “Às vezes, talvez haja um choque, por isso é que eu acho que é bom haverem as tais reuniões de equipa”
		p. J – “é a altura em que são resolvidos alguns conflitos”
		p. K – “utilizamos as reuniões também para falar de outros aspetos do internamento que podem eventualmente estar a correr menos bem (...) aquilo acontece com o auxiliar X ou o fulano Y (...) muitas vezes também acabamos por ter conhecimento e por melhorar no momento da reunião”
	Melhora a comunicação intergruppal	p. A – “Sim, são... bastante”
		p. B – “Sim, sem dúvida...”
		p. C – “Muito, muito!”
		p. E – “Sim, acho que sim...”
		p. D – “Sim!”
		p. F – “São, são!”
		p. G – “São, são! (...) Para mim é o que melhora porque é o que proporciona esse momento.”
		p. H – “Sim.”
		p. I – “Sim!”
		p. J – “Sim, sim, sim!”
		p. K – “A reunião é fundamental”
		p. L – “Sim.”
		p. M – “Deviam ser, deviam...”
		p. N – “Sim”
	p. O – “Sim, sim!”	
	Partilha de informações	p. A – “é nessas reuniões que nós ficamos a ter uma maior perceção da evolução do utente”
		p. B – “elas se tiverem alguma dúvida também nos ligam para os serviços e nós respondemos na hora”
		p. C – “Vantagem é a comunicação, para falar dos utentes (...) falamos abertamente sobre tudo o que se passa com os utentes, todos os profissionais (...) Eu acho que é muito importante as reuniões multidisciplinares”
		p. D – “através destas ditas reuniões (...) Temos o conhecimento de todas as áreas da intervenção relativamente ao processo daquele utente.”
		p. E – “Aí sim! 100%! (...) nas reuniões às vezes acaba-se por perceber muita, muita coisa das expetativas, da família, do modo de viver daquela família e daquele utente”
		p. F – “está a equipa toda que é o médico, enfermeiro, psicólogo, T. O., T. F. e fisio, e a assistente social, está a equipa toda e ali agente debate logo tudo sobre tudo daquela pessoa. (...) diz como é que está, se evolui, se não evolui”
		p. G – “A reunião proporciona que também agente faça (...) um apanhado grande dos utentes, e temos mesmo um momento para pensar em geral (...) Nos utentes todos que estão internados...”
		p. H – “as vantagens é poder haver um troca de (...) elementos sobre o utente...”
		p. I – “estando um elemento representativo de cada área, é mais fácil (...) depor a informação (...) cada problema de cada área perante aquele utente... (...) conseguimos compilar um bocadinho mais de informação acerca das diversas áreas”

		<p>p. J – “é um momento de partilha (...) Daquilo que está a acontecer com o utente naquele momento (...) eu preciso de saber o que é que está a acontecer na área social, por exemplo, porque eu preciso de saber para onde é que o utente vai para fazer uma planificação dos ensinios, eu preciso de saber se o utente está triste ou se não está a colaborar durante a prestação de cuidados, o que é que o está a afetar, nisso já é a psicóloga que me vai ajudar, eu preciso de saber até que posso é que eu posso puxar, entre aspas, pelo utente no internamento, em que fase é que ele está na fisioterapia”</p> <p>p. K – “Sim, sim! (...) fundamentalmente discute-se o doente”</p> <p>p. M – “Sim, sim... De cada área.”</p> <p>p. O – “E é nessas reuniões que todos dizem o estado em que está o utente.”</p>
	Partilha de opiniões e ideias	<p>p. B – “reuniões periódicas para poderem cada um dar a sua opinião (...) são muito importantes (...) E também ter o feedback delas...”</p> <p>p. N – “As vantagens destas reuniões são sobretudo no sentido de haver sempre um momento de partilha de opiniões, de ideias, daquilo que se pode fazer... (...) acabam por cada um dar a sua opinião.”</p>
	Coesão grupal	<p>p. D – “a presença de todos os elementos nesse momento da reunião multidisciplinar em que (...) é mais fácil estabelecer a coesão da equipa”</p> <p>p. J – “Sem as reuniões não conseguíamos trabalhar em equipa”</p>
	Elaboração e reavaliação de PII	<p>p. E – “nas reuniões às vezes acaba-se por perceber muita, muita coisa (...) daquele utente que se calhar vai de encontro a que os nossos cuidados sejam mais direcionados àquilo que eles ambicionam”</p> <p>p. G – “Já que temos os mesmos objetivos, propor intervenções em comum (...) vamos se calhar ajustar melhor... (...) discutimos caso a caso (...) existe uma ordem de trabalhos que é mesmo executar e rever PII's (...) em conjunto”</p> <p>p. H – “Todas as áreas estão presentes e podemos mudar o plano de intervenção”</p> <p>p. I – “cada área perante aquele utente, o que é que há a fazer, os diversos objetivos, o que é que há definido para aquele utente... (...) conseguimos definir e compreender o que é que se está a passar e como é que está a ser preparada a alta”</p> <p>p. J – “é a altura em que avaliamos os utentes e é altura em que planificamos a alta dos utentes (...) temos que (...) rever o plano de cuidados”</p> <p>p. L – “As reuniões são boas (...) para nós vermos o percurso do utente”</p> <p>p. M – “O objetivo dessa reunião, se for realmente para melhorar a recuperação aqui do nosso utente, eu acho que tem tudo de vantagem”</p> <p>p. N – “E depois fazem (...) também à entrada, a meio e depois também perto do momento da alta.”</p> <p>p. O – “é nesta reunião que reavaliam a situação dos utentes”</p>
	Periodicidade	<p>p. F – “as reuniões acontecem com frequência.”</p>
	Avaliação das intervenções	<p>p. G – “discutir resultados, se um está a ter um certo resultado, então o que é que isso está a influenciar”</p> <p>p. H – “avaliar como está a correr a intervenção e se é preciso mudar alguma coisa”</p> <p>p. K – “falar (...) até mesmo de nós e da nossa maneira de funcionar e de dar sugestões para mudar, para ver se conseguimos fazer melhor.”</p> <p>p. L – “são para ver o que é que está a correr mal, o que é que está a correr menos bem, o que é que está a correr melhor... (...) para vermos quais são também as nossas falhas para podermos corrigi-las, no sentido sempre de proporcionar o melhor ao utente.”</p> <p>p. N – “essas reuniões servem para momentos de reflexão daquilo que já foi feito, daquilo que está a ser feito e daquilo que poderemos ainda fazer com os utentes.”</p>

Encontro pessoal	p. C – “é onde todos estão reunidos”
	p. G – “Há técnicos que estão fisicamente no espaço mais distante de nós... A Unidade é grande, estamos cheios de trabalho, comunicamos por telefone ou por e-mail alguma coisa (...) No meio da reunião estamos mesmo num encontro mais pessoal, mais próximo”
	p. H – “nas reuniões temos oportunidade de estar todos”
	p. N – “é quando as pessoas se juntam”
Conhecer o utente noutros contextos	p. G – “E conhecer as diferentes perspetivas do utente ao longo do dia ou noutros contextos”
	p. I – “compilar um bocadinho mais de informação acerca (...) acontecimentos acerca do utente que por vezes nos passam um bocadinho despercebidos no nosso trabalho, em relação a outras áreas (...) compreender (...) em que contextos é que está o utente”
Aprendizagem mútua	p. J – “Nas reuniões multidisciplinares vamos acabando por assimilar conceitos que não conhecíamos (...) e acabamos por ter um conhecimento mais global até das outras áreas”
Feedback a todos os profissionais da equipa	p. I – “estando um elemento representativo de cada área, é mais fácil depois cada elemento chegar ao respetivo serviço e depor a informação (...) cada problema de cada área perante aquele utente...”
	p. N – “depois todos os outros profissionais que estão de serviço devem ter acesso a essa informação, por isso considero importante um feedback daquilo que foi dado na reunião (...) Outra das vantagens, se calhar também é pelo acesso de informação a que todos nós temos dos outros componentes profissionais, a nível o feedback”
	p. O – “Porque depois a informação também nos é passada.”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 52 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “DESVANTAGENS DAS REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES”**

Quadro 34: Desvantagens das reuniões multidisciplinares

Tema		
Perceção sobre a comunicação no cuidar		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Desvantagens das reuniões multidisciplinares	Representante da área de enfermagem não presta cuidados	p. A – “(...) é responsável pelo internamento e (...) vai às reuniões de 70 utentes... É muito mais complicado (...) conhecer 70 utentes do que (...) se fossemos nós (...) na prestação direta”
		p. B – “nós comunicamos, ela participa”
		p. E – “o facto de nós não estarmos presentes na reunião (...) quem está a lidar no campo (...) Pelo menos devia estar presente se calhar na reunião.”
		p. L – “Nós estamos aqui um pouco mais dentro do assunto... Para ela temos que passar informação aqui dos utente para ela estar dentro do assunto e depois comunicar lá em baixo... É certo que não são muito compatíveis com o nosso trabalho esse tipo de reuniões porque o nosso trabalho é depois cá com os utentes, é diferente... E por aí chocava talvez um bocadinho em termos de trabalho (...) é a nossa representante que depois vai a essas reuniões”
		p. M – “Deviam arranjar uma de forma de, por exemplo, estar um enfermeiro de cada piso ou ir rodando e estar presente nessas reuniões porque nem sempre a enfermeira responsável, como é natural, sabe tudo o que se passa aqui, são muito utentes que ela tem à sua responsabilidade.”
		p. N – “Não estou a dizer que ela não conhece mas por exemplo há alguns pormenores que só se sabe quando estamos na prestação direta de cuidados do que quem está a trabalhar indiretamente com aquela pessoa. (...) vai depender muito da organização dos nossos serviços, por isso é que temos a enfermeira responsável para os três pisos. (...) Provavelmente poderia ser benéfico haver sempre alguém dos serviços”
	Perda ou distorção de informação	p. A – “às vezes há assim um pormenorzito ou outro que às vezes pode escapar, o que é normal!”
		p. E – “escapa-nos muita coisa que nós não sabemos e que se calhar era importante sabermos (...) E quem está presente na reunião faz uma avaliação geral e faz um resumo da reunião mas (...) o facto de não ser um membro a equipa que trabalha e que presta cuidados a estar presente, acaba por haver alguma fuga de informação que às vezes podia ser benéfica para a prestação de cuidados”
		p. L – “É certo que não são muito compatíveis com o nosso trabalho esse tipo de reuniões (...) Mas se calhar aí perde-se então alguma informação”
		p. N – “Devia de haver um meio de comunicação para trazer um feedback dessa informação (...) um esquema de informação que possa ser levado às reuniões para que possa ser discutido e para que pudesse também haver um conhecimento ao nível das intervenções das diferentes áreas, ao nível da enfermagem, da psicologia, da fisioterapia, etc. Pronto, mas devia haver um meio de comunicação (...) que possa fazer essa transferência de informação. (...) um sítio, um esquema em computador ou através de informação em papel ou isso em que estivesse que aquilo que foi falado na reunião (...) haver um momento de comunicação daquilo que foi feito na reunião. (...) O que acontece é que quando existem essas reuniões, a enfermeira responsável vem perguntar-nos como é que aquela utente está, a nível de cuidados que precisa, e nós especificamos “aquela utente está assim, precisa de ajuda no banho” porque nós estamos na prestação direta de cuidados. (...) eu quero dizer é que a enfermeira responsável tem que ter informação dos 70 utentes, ou seja, é uma panóplia de tantos utentes que por vezes se calhar a informação é muita, e acaba se calhar por haver certas informações que nós gostaríamos de dar mais pormenorizadas mas não conseguimos porque nós estamos mais diretamente na prestação de

		cuidados com as pessoas”
		p. O – “acho que essas reuniões falham um bocadinho num sentido... Eu acho que não sabem totalmente do utente para terem essa reunião porque eu falo por mim que estou aqui muitas horas (...) Mas acho que deveria haver mais comunicação com as equipas que estão no terreno porque a reunião é de quem está em cima e de quem está por fora e muitas vezes não sabem informações da equipa que está no terreno e não sabem a evolução do utente. (...) muitas vezes a informação não corresponde à realidade.”
	Não tem desvantagem	p. C – “Desvantagem não vejo nenhuma”
		p. D – “Considero que só existem vantagens, sim!!”
	Tempo despendido	p. K – “Não! Não! Elas se não existissem, nós não conseguíamos (...) não faz sentido se não for desta maneira.”
		p. F – “A desvantagem (...) é que tira-nos um elemento para porem na reunião... (...) Um elemento que sai, e nós estamos sozinhos (...) enquanto o outro está na reunião”
		p. G – “o tempo que se perde em reuniões é tempo precioso (...) há utentes que (...) vão perder tratamento, e por aí é desvantajoso. Mas só por aí porque de resto é preciso (...) Até porque estamos a trabalhar para eles na mesma (...) noutra perspetiva mas estamos a trabalhar para eles mas acho que (...) Os utentes (...) valorizam muito aquele contacto pessoal com eles.”
		p. H – “As desvantagens... O tempo... (...) às vezes despende-se muito tempo (...) Nessa manhã eles não têm intervenção”
		p. I – “Eu por vezes por estar numa reunião (...) há uma desvantagem que é o colega ficar muito mais sobrecarregado e (...) eu que acompanho aquele utente naquele momento não o posso acompanhar”
		p. J – “só se for o pouco tempo que temos e o que estamos lá mas também não encaro como perda de tempo, muito pelo contrário”
	Falta de consenso	p. M – “eu acho que nem sempre conseguem chegar a um consenso no decorrer dessas reuniões (...) Porque cada um tem a sua forma de estar, cada um tem o seu ego também, e às vezes aquilo choca um bocadinho (...) Por isso acho que nem sempre o objetivo é alcançado”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 53 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “IDENTIFICAÇÃO DO ESTILO COMUNICACIONAL PESSOAL
PREVALECENTE”**

Quadro 35: Identificação do estilo comunicacional pessoal prevalecente

Tema		
Perceção sobre o estilo comunicacional mais adequado no cuidar		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Identificação do estilo comunicacional pessoal prevalecente	Assertivo	p. A – “O assertivo. (...) Eu acho que devemos ser diretos e sucintos, temos de ser responsáveis daquilo que estamos a fazer”
		p. B – “É mais assertivo”
		p. C – “Sim, sim! Pois, eu sou direta... O que eu tenho de dizer, digo!”
		p. D – “Assertivo!!!”
		p. E – “Assertivo, sim!”
		p. I – “Utilizo uma comunicação muito assertiva”
		p. K – “um estilo bastante assertivo”
		p. L – “Eu acho que é mais o assertivo...”
		p. N – “É assertivo!”
	Passivo	p. F – “é mais passivo.”
		p. G – “Passivo!”
		p. H – “acho que sou um bocado mais passiva”
		p. M – “É mais passivo”
	Agressivo, assertivo e passivo	p. O – “É passivo.”
		p. J – “eu acho que tenho assim um bocadinho dos três (...) é que eu sou muito emotiva e então depende depois também do dia em que estou. Pronto, há alturas em que estou um bocadinho mais agressiva, outras mais assertiva, e outras, olha, mais passiva.”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 54 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “IDENTIFICAÇÃO DO ESTILO COMUNICACIONAL MAIS
ADEQUADO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS”**

Quadro 36: Identificação do estilo comunicacional mais adequado na prestação de cuidados

Tema		
Perceção sobre o estilo comunicacional mais adequado no cuidar		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Identificação do estilo comunicacional mais adequado na prestação de cuidados	Assertivo	p. A – “Na prestação de cuidados devemos ser assertivos mas ter cuidado (...) com aquilo que dizemos (...) e com a forma como o dizemos”
		p. B – “O assertivo”
		p. C – “O assertivo”
		p. D – “Eu vou pela lógica da assertividade, sim!”
		p. E – “O assertivo, sem dúvida!”
		p. F – “O assertivo, o assertivo!”
		p. G – “O mais adequado é o assertivo.”
		p. I – “no meu ver, tem de ser o assertivo.”
		p. J – “O assertivo, sem dúvida alguma!”
		p. K – “O assertivo!”
		p. L – “Eu acho que é mesmo o assertivo!”
		p. M – “O assertivo.”
		p. N – “Também, também!”
		p. O – “O assertivo!”
	Assertivo e passivo	p. H – “Eu acho que o assertivo e o passivo...(...) Acho que sim, esses dois.”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 55 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “IDENTIFICAÇÃO DO ESTILO COMUNICACIONAL MAIS
ADEQUADO NO TRABALHO EM EQUIPA INTERDISCIPLINAR”**

Quadro 37: Identificação do estilo comunicacional mais adequado no trabalho em equipa interdisciplinar

Tema		
Perceção sobre o estilo comunicacional mais adequado no cuidar		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Identificação do estilo comunicacional mais adequado no trabalho em equipa interdisciplinar	Assertivo	p. A – “O assertivo.”
		p. B – “O assertivo (...) Acho que é o faz o equilíbrio”
		p. C – “O assertivo”
		p. D – “É o assertivo, sim!”
		p. E – “O assertivo, sem dúvida!”
		p. F – “Também o assertivo.”
		p. G – “O assertivo.”
		p. H – “O assertivo!”
		p. J – “O assertivo também!”
		p. K – “O assertivo!”
		p. L – “Também o assertivo.”
		p. M – “É o assertivo também.”
		p. N – “carece de alguma comunicação assertiva”
	p. O – “O assertivo também.”	
Assertivo e passivo	p. I – “Um pouco da cada... (...) O agressivo não.”	

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 56 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “DESVANTAGENS/ASPETOS NEGATIVOS DA RNCCI”**

Quadro 38: Desvantagens/aspetos negativos da RNCCI

Tema		
Perceção sobre a Rede Nacional e Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Desvantagens/aspetos negativos da RNCCI	Burocracia	p. A – “Eu acho que a rede é assim muito generalizada, e acho que preocupa-se com o aplicativo, que tem de estar ali tudo escrito (...) tudo ali nas datinhas... E acho que não, não valoriza tanto (...) o utente”
		p. C – “passo a minha vida agarrada a um computador porque tenho muitas coisas para fazer”
		p. I – “se houvesse uma boa gestão do aplicativo até facilitava muito mais o trabalho, não havia aquelas burocracias que às vezes temos que ter”
		p. K – “a parte mais burocrática”
	Referenciações inadequadas	p. A – “nós temos utentes que vêm mal referenciados”
		p. D – “muitas das vezes, os critérios não são devidamente respeitados”
		p. I – “as boas referenciações, às vezes nem sempre são feitas”
	Avaliações erradas de prorrogação de internamentos	p. A – “acho que não valorizam ali tanto (...) utentes que precisavam de um prolongamento porque (...) se calhar até recuperavam (...) Há outros que se calhar não precisam e...”
	Inexistência de interdisciplinaridade	p. A – “Acho que não há assim uma interdisciplinaridade dentro da Rede”
	Falta de informação sobre o funcionamento da RNCCI	p. C – “Então as coisas deviam ter começado de baixo, mostrar aos médicos, enfermeiros, a todas as pessoas que iam trabalhar nisso, como são os cuidados continuados, o que é que eles pretendiam com isso. Ainda hoje há colegas meus que não sabem o que são os cuidados continuados (...) que não sabem referenciar os utentes, não sabem para que é que servem, não sabem nada!”
		p. E – “Eu acho que a Rede ainda é pouco divulgada (...) Há próprios profissionais de saúde que não têm conhecimento da Rede, não têm conhecimento de como ela funciona e isso às vezes também gera um bocadinho... De conflito (...) e às vezes ainda há um bocado aquela coisa de “os cuidados continuados é um lar, ponto!” ”
		p. N – “existe pouca informação ou muito pouca troca, partilha de informação no hospital, centro de saúde, etc, etc.”
	Referenciações para grandes áreas geográficas	p. C – “nós temos uma minoria de doentes aqui do Médio Tejo, Entroncamento, Barquinha, Golegã, a maior parte dos nossos doentes vem de Setúbal, de Lisboa, vem de Torres Vedras, da Lourinhã, de todo o lado menos aqui de perto, porque os meus colegas não têm informação ou têm preguiça, ou não querem fazer nada para os utentes irem para os cuidados continuados, não sei por quê.”
		p. I – “agente aqui que recebe pessoas lá de cima do norte ou do algarve e lá está, isto podia ser colmatado se houvesse outro tipo de funcionamento e dinâmica da Rede”
Vagas de internamento limitadas	p. F – “porque é só casos sociais e está a ficar cheio de casos sociais... (...) eles não sabem o que é que hão-de fazer às pessoas e (...) Há-de haver um ponto em que isto vai rebentar e não vai haver mais espaço (...) Há-de haver um dia em que eles vão parar de fazer Unidades de Cuidados Continuados em Portugal e vai entupir totalmente!”	
	p. I – “devia de haver mais unidades (...) Não conseguimos dar resposta a todos os meios, a todas as áreas, a todos os locais (...) por vezes ainda é um bocadinho diminuto”	

	Reduzidas equipas domiciliárias	p. G – “Devia de haver mais equipas de cuidados continuados em (...) contexto de domicílio” p. I – “Se dinâmica da Rede estivesse um bocadinho mais organizada, poderíamos fazer como (...) já se faz no Brasil que é... (...) após a alta para o domicílio ou para um lar ou para onde fosse, uma equipa acompanhava a continuidade do utente fora da instituição, o que aqui muitas vezes é perdido.”
	Diminuta diversidade de técnicos nas ECCI	p. I – “Muitas das vezes, essas equipas do domicílio não têm (...) cada elemento da equipa, às vezes acaba por ter um terapeuta ocupacional, nem sequer tem fisioterapeuta...”
	Limite de vagas em ECCI	p. I – “estão sempre cheios e depois acabam por... Eu já tive situações de utentes em domicílios que acabam por ter vez agora e depois só dali a 15 dias é que voltam a ter tratamento novamente, e isso acaba por não ter eficácia nenhuma. Tudo que eles alcançaram aqui (...) depois acaba por ser perdido a longo prazo.”
	Falta de feedback de auditorias	p. I – “Temos as auditorias que são feitas mas por vezes nem todos os elementos são referenciados nessas ditas autorias, pelo menos para ver a avaliação final... E isso depois acaba por ser um bocadinho uma desvantagem pois nós não percebemos em que contexto ficou a auditoria da Rede, pronto, para que agente possa melhorar...”
	Acolhimentos sem profissionais de reabilitação	p. I – “nós nos acolhimentos não estamos presentes, o que eu acho que devia ser uma mais-valia porque no acolhimento nós também conseguíamos logo identificar certas questões tanto com o utente como com o cuidador ou familiar que o acompanha. (...) o problema é que somos reduzidos”
	Limitações do <i>Gestcare</i>	p. I – “eu não confio no aplicativo (...) Neste momento não há grande sigilo ali (...) Qualquer pessoa (...) aqui dentro da nossa Unidade (...) pode entrar no aplicativo e escrever o que quer que seja, em qualquer área de qualquer um (...) Por exemplo (...) questões sociais ou a nível da psicologia (...) há questões que são éticas e não podem ser referenciadas a nível do aplicativo e acaba por não ter esse sigilo que aquilo deveria de ter (...) como por exemplo, a nível da Média Duração e Reabilitação, devia haver mesmo uma coisa da reabilitação (...) dentro das “outras avaliações” é que está a parte toda da fisioterapia e não sei quê... Pronto, Devia de haver ali uma gestão e uma organização melhor do aplicativo.”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 57 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “RNCCI ENQUANTO NOVO PARADIGMA NA PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS”**

Quadro 39: RNCCI enquanto novo paradigma na prestação de cuidados

Tema		
Perceção sobre a Rede Nacional e Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
RNCCI enquanto novo paradigma na prestação de cuidados	Continuidade de cuidados	p. B – “isso veio revolucionar um bocado (...) Uma área em que estava mesmo deficitária (...) Porque aqui nem passam tanto pessoas em situações agudas como passam nos hospitais, aqui é mais a parte da reabilitação”
		p. D – “na inexistência da constituição da Rede havia um grande vazio acerca da continuidade de cuidados aos utentes em situações agudas ou transitórias com necessidades de reabilitação... (...) Até porque os serviços da comunidade não estavam organizados, e continuam a não estar organizados e sem dar resposta às necessidades destes utentes que chegam até aqui à nossa Média Duração.”
		p. E – “Há uma progressão na evolução do tratamento dele e (...) No hospital não há essa continuidade de cuidados como aqui há e (...) acaba às vezes por se perder um bocadinho da progressão do utente”
		p. I – “sem a Rede, por exemplo, a nível de tratamento de reabilitação, a pessoa tinha alta hospitalar e ia para casa, tinha que aguardar a consulta do médico de família para depois ir ao médico fisiatra e o médico fisiatra é que iniciava os tratamentos... Aqui não, aqui aguarda realmente pela Rede mas quando entrar na Rede já tem esses parâmetros todos a seu dispor, e de uma forma muito mais rápida e muito mais direcionada para cada problema...”
		p. M – “eu acho que é muito importante haver a Rede Nacional de Cuidados porque tínhamos muitos hospitais de agudos em que realmente a pessoa num estado agudizado está lá, melhora e vai para casa, e não havia uma continuidade de cuidados”
		p. O – “os utentes (...) são (...) transferidos para os cuidados continuados onde fazem a continuação do tratamento. (...) Fisioterapia todos os dias.”
		p. B – “Eu acho que foi das melhores coisas que apareceram agora nos últimos tempos”
	Mais-valia nos cuidados de saúde	p. C – “a Rede de Cuidados Continuados é, foi muito bem pensada...”
		p. D – “Rede (...) efetivamente foi uma mais-valia e é de todo importante existência da mesma (...) foi uma boa aposta, foi uma boa medida, a introdução de mais esta resposta ao nível dos cuidados de saúde.”
		p. I – “a Rede foi uma mais-valia neste campo”
		p. O – “E eu acho que veio dar uma fonte muito mais segura ao Sistema Nacional de Saúde e aos cuidados de saúde.”
	Regras específicas	p. B – “Aqui há mais regras (...) que levam as coisas (...) As coisas correm melhor!”
		p. G – “há regras que eles nos impõem (...) obrigar às reuniões semanais, obrigar a... O PII... (...) obrigam-nos um bocadinho aos técnicos a reverem (...) os termos, a maneira como constroem os objetivos, a reverem toda a sua abordagem, de maneira a ser mais na direção do novo paradigma biopsicossocial e centrado no utente.”
	Princípios da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade	p. B – “eu acho isso excelente... Mesmo!”
		p. F – “aqui há mais interdisciplinaridade do que multi...! (...) aqui foi o sítio onde eu vi que as pessoas trabalham mais em equipa (...) onde eu vi que se trabalhava melhor em termos de integração”
		p. I – “ao nível de Rede, permite que haja realmente essa parte da equipa interdisciplinar”

		<p>p. O – “há uma diferença muito grande porque a nível do hospital, enquanto a equipa se restringe a dois tipos de profissionais, aqui abrange tudo. (...) Aqui nota-se muito mais o trabalho em equipa do que no hospital”</p> <p>p. J – “deveria existir em todos os níveis de cuidados, não só em cuidados continuados, pronto... Em cuidados continuados a filosofia foi esta desde o início (...) introduz novos conceitos a que os profissionais de saúde não estavam, de todo, habituados a trabalhar: a multidisciplinaridade... Eu acho que é o único sítio, a única área de cuidados em que se vê uma equipa multidisciplinar a trabalhar à séria. (...) com os conceitos da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade”</p> <p>p. L – “aqui nós temos esta equipa e vemo-la em funcionamento (...) Aqui nós conseguimos ter um bocadinho de percepção (...) telefonamos para a psicóloga, qualquer coisa telefonamos para a assistente social, qualquer coisa com a médica, com os fisioterapeutas...”</p> <p>p. M – “Sim, sim, sim! (...) Eu estive na medicina (...) mas também estive na urgência (...) e aí nem vi trabalho de equipa”</p>
	Integração da família	<p>p. C – “A família tem de estar presente e é isso que os Cuidados Continuados também apregoam”</p> <p>p. G – “é de extrema importância a comunicação com o utente e com o familiar no sentido (...) deles serem um parceiro terapêutico... (...) Eles usam bastantes diretrizes que agente prove que na prática estamos a envolver a família e o utente nos objetivos, no contexto de internamento”</p> <p>p. J – “a família é um elemento que é essencial em cuidados continuados (...) porque supostamente, a maior parte das pessoas, regressa a casa e estamos a preparar as pessoas para o regresso a casa, e acho que tudo isso tem que ser levado em conta.”</p> <p>p. M – “a pessoa (...) precisa de um acompanhamento, e até às vezes a própria família...”</p> <p>p. N – “e acaba por ajudar também a família porque é à pessoa mas também às pessoas mais chegadas que a sua condição influencia por isso temos de procurar conhecer a família, as necessidades da família, trabalhar com a família e preparar com a família a transição para a alta.”</p>
	Período de internamento em hospitais de agudos	<p>p. C – “um doente operado (...) ou aquele que tem de fazer a recuperação de uma fratura do fémur ou de um AVC e tem que levar mais tempo, em vez de ocupar uma cama num hospital (...) é para isso que são os cuidados continuados”</p> <p>p. O – “os utentes não estão tanto tempo no hospital”</p>
	Preparação da alta	<p>p. C – “um doente operado (...) ou aquele que tem de fazer a recuperação de uma fratura do fémur ou de um AVC e tem que levar mais tempo, em vez de (...) transtornar a família porque muda completamente a vida de uma família (...) é para isso que são os cuidados continuados”</p> <p>p. G – “preparar desde início a alta (...) o processo de gestão de altas e toda essa parte já também ajuda dentro do novo paradigma.”</p> <p>p. I – “Quando se fala por exemplo, num utente com uma fratura, que está impossibilitado de subir ao seu terceiro andar, a rede é uma mais-valia nesse campo porque se consegue que a pessoa recupere durante aquele período para que consiga alcançar outra vez o regresso ao domicílio.”</p> <p>p. K – “A Rede veio colmatar uma situação que acontecia vulgarmente que era a ocorrência de um episódio de doença em que as pessoas iam para o hospital, estavam lá 5 dias e tinham de ir para casa e nem o próprio sabia lidar com a doença nem os outros que o rodeavam conseguiam em tão pouco tempo perceber o que se estava a passar e qual a melhor maneira de lidar com a pessoa. E a Rede veio colmatar precisamente essa falha.”</p>

		<p>p. M – “nem sempre as pessoas que saiam do hospital de agudos estavam compensados o suficiente para estarem na casa deles (...) eu acho que estes cuidados vieram facilitar nessa área porque permitem que a pessoa venha para aqui um determinado período de tempo simplesmente para reabilitação (...) É muito importante apostar também na reabilitação e não só na cura porque a cura não é exatamente igual a reabilitação...”</p> <p>p. N – “é sempre uma mais-valia porque com a Rede pretende-se que a pessoa saia do hospital mas quando elas têm potencial, que primeiro procurem adaptar-se à sua nova situação e daí chegar a casa e poder satisfazer as suas necessidades no seu dia-a-dia. (...) a Rede ajuda nesse sentido, de facilitar a transição da pessoa do meio hospitalar para o meio domiciliário.”</p>
	Relações terapêuticas	<p>p. E – “Inevitavelmente nós construímos uma relação com o utente (...) No hospital (...) Às vezes acaba por não se criar nenhuma relação com o utente, apenas se estabiliza”</p> <p>p. O – “Eu acho que nós aqui nos cuidados continuados temos uma relação muito maior com o doente”</p>
	Definição de objetivos	<p>p. A – “a Rede é assim muito generalizada (...) tem de haver várias áreas na área da saúde que trabalhem para aquele objetivo”</p> <p>p. E – “um utente que entra com um objetivo e acaba por sair (...) com esse objetivo concluído.”</p>
	Aplicativo informático comum	<p>p. F – “estou de acordo que agente meta os dados no aplicativo e fica sempre guardado e é uma mais-valia (...) e não se perde assim tanto tempo.”</p>
	Abordagem biopsicossocial e centrada no utente	<p>p. G – “a nível nacional vai obrigar todos os técnicos, os médicos, o grosso da saúde, e os enfermeiros, todos os tipos de terapeutas, a trabalhar dentro do biopsicossocial e abordagem centrada no utente.”</p> <p>p. H – “Acho que a intervenção é mais centrada no utente e na família (...) Não tende a ser só tão clínico como no hospital (...) Mas leva em conta o social e o psicológico”</p>
	Elaboração de PII	<p>p. G – “eles nos dizem a maneira como construir o PII e como (...) desde o acolhimento até à alta (...) cada técnico ter de dar o seu parecer e até no mesmo problema haver vários técnicos para aquele problema e com intervenção em conjunto para aquele problema”</p> <p>p. L – “Sim, sim!”</p>
	Expetativas do utente e família	<p>p. G – “do PII ter que obrigar, ter um espacinho para a perspetiva do utente e da família sobre o que quer...”</p> <p>p. N – “um dos aspetos fundamentais que nós falamos no acolhimento com as famílias e os utentes é as expetativas da pessoa”</p>
	Cuidados de saúde e apoio social	<p>p. G – “a ligação terapêutica (...) com os problemas sociais do utente, o contexto social, para apoiar melhor no pós alta, porque se não, não vale a pena (...) estarem aqui internados durante x tempo, se não houver uma ligação com a comunidade porque depois voltam ao mesmo.”</p> <p>p. I – “Os casos sociais são muitos e as respostas que seriam dadas a estes casos eram diminutas e acho que a Rede nesse campo é uma mais-valia (...) até mesmo para colmatar as situações sociais...”</p>
	Eficácia das intervenções	<p>p. I – “em relação à (...) área da reabilitação, há respostas que agente consegue dar de uma forma mais eficaz do que se fosse sem a Rede”</p>
	Acolhimentos	<p>p. L – “E quando nós recebemos os utentes e há aquela reunião, dá outro conforto à pessoa quando chega para não sentir que está aqui abandonada porque há uma série de elementos da equipa que estão ali e ele sabe que pelo menos estão cá.”</p>
	Tempo de prestação de cuidados	<p>p. M – “aqui temos mais tempo para as pessoas do que num hospital de agudos (...) também temos muito trabalho mas não se compara! E conseguimos ter mais tempo para conversar e isso também muito bom, é importantíssimo para a reabilitação das pessoas”</p>

		p. O – “estamos mais em contacto com o doente (...) temos mais tempo para lhe prestar os cuidados”
	Modelo recente	p. N – “Então a Rede á algo relativamente recente que começou com o governo do PS há cerca de mais ou menos de 10 anos mas é algo recente na história da saúde cá em Portugal.”
	Diversas valências	p. G – “equipas de cuidados continuados em contexto de domicílio”
		p. N – “existem outras valências na Rede que é tratamento de feridas, descanso do cuidador”
		p. O – “antes de existir a Rede não havia nada para descanso do cuidador, e eles podem cá ficar um mês para descanso do cuidador e só isso é essencial. Também para tratamento de feridas”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 58 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “PAPEL ATRIBUÍDO AO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DE
INTERVENÇÃO”**

Quadro 40: Papel atribuído ao Assistente Social no processo de intervenção

Tema		
Perceção sobre a operacionalização da interdisciplinaridade na RNCCI		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Papel atribuído ao Assistente Social no processo de intervenção	Mais-valia no processo de intervenção	p. A – “eu acho que é um papel importante”
		p. B – “é muito importante e nós já tivemos muitos casos em que se não fosse a intervenção da assistente social, eram casos não resolvidos”
		p. C – “Para nós é fundamental... (...) todo o doente atrás da parte de saúde tem a parte social também.”
		p. D – “Essa figura é essencial aqui na nossa Unidade.”
		p. F – “Importantíssimo”
		p. G – “O assistente social... Eu acho que em Cuidados Continuados é fundamental”
		p. I – “Para mim é um dos papéis mais importantes (...) basta haver um pormenorzinho do foro social que não esteja resolvido e por vezes é logo um impedimento para que a alta continue a ser, a levar o mesmo meio de progressão que estava a levar.”
		p. J – “A importância do serviço social por exemplo nos cuidados continuados é toda! (...) Eu acho que estas unidades não poderiam existir se não houvesse o serviço social”
		p. K – “o (...) papel é fundamental! (...) Era impossível (...) os cuidados continuados funcionarem sem assistente social”
		p. L – “É um papel fundamental!”
		p. M – “o serviço social também é extremamente importante”
		p. N – “A assistente social (...) acho que é fundamental...”
		p. O – “O assistente social eu acho que é muito importante”
		Planeamento da alta
	p. B – “em termos depois das altas (...) Quando são altas complicadas, em que não há soluções assim à vista, são pessoas muito importantes nesse sentido.”	
	p. C – “o papel do assistente social aqui é fundamental (...) essencialmente, no planeamento de altas”	
	p. E – tenta depois estruturar durante o internamento, estratégias e algumas reuniões com a família, de maneira a minimizar essas barreiras até o utente regressar com alta. (...) Principalmente na preparação da alta... É o assistente social que orienta o sítio para onde o utente terá alta”	
	p. F – “Sim, sim! Tentam procurar um Centro de dia, tentam procurar um Lar, e se aquele lar está cheio, tentam procurar outro...”	
	p. G – “faz (...) a maior ligação com o regresso ou à instituição ou ao domicílio, ao contexto mesmo do utente. (...) Mas desde início, não é só tipo no fim!”	
	p. H – “o assistente social tenta perceber... Em termos de, depois do pós alta, qual é que é o local para onde ele vai”	
	p. J – “nenhuma alta é dada sem o parecer do serviço social (...) como é que nós preparávamos uma alta se não tivéssemos uma assistente social?”	
	p. K – “Aqui prende-se com o planear a alta (...) Pode haver um médico que até o trata e o medica, pode haver um fisioterapeuta que o põe a andar mas pode não haver lá fora as questões sociais bem resolvidas e organizadas, e nada corre bem.”	
	p. M – “Tem um papel importante no processo da alta”	
	p. N – “A assistente social (...) a nível de preparação para a alta, acho que é fundamental (...) porque um dos aspetos fundamentais que nós falamos no acolhimento com as famílias e os utentes é (...) para onde acham que a pessoa vai no fim do internamento, e acaba por logo aí	

		conseguir trabalhar já o seu processo de alta.”
		p. O – “eles estão sobretudo na base de para onde é que o doente vai a seguir...”
	Apoio psicossocial	p. A – “é um papel importante porque o encaminhamento social no pós, acho que é muito importante (...) de hoje para amanhã não vamos descobrir uma resposta para aquele problema”
		p. D – “a figura do Assistente Social, com as suas competências técnicas, teóricas e práticas, a poder efetivamente dar solução e encaminhamento”
		p. E – “se o utente não tiver alta para o domicílio, acho que também tenta sempre acompanhar o internamento do utente e, pelo menos, orientar a família a levar o utente a algum destino que seja compatível com o nível de dependência, com todo o contexto dele, familiar e socioeconómico”
		p. L – “quando pensamos na perspectiva de alta (...) o utente fica a pensar “como é que eu vou para casa, tenho coisas para resolver”, quando tiver alta muitos deles dizem “vou para onde? Vou fazer o quê?”... E é aí que nós intervimos junto do assistente social para que ele venha falar com ele, para que lhe mostre as hipóteses que tem para deixar o utente mais descansado nestas informações que ele pretende ter... Nem que seja só para ir passar um fim-de-semana a casa ou quer esteja para ter alta...”
		p. N – “O reencaminhamento das pessoas para as várias instituições”
	Diagnóstico social	p. E – “acaba por tentar perceber quais as barreiras arquitetónicas que aquele utente tem na casa dele inerentes àquilo que já lhe aconteceu, ao diagnóstico e ao nível de dependência com que o utente entrou”
		p. F – “o assistente social (...) é que procura as casas, condições que as pessoas têm nas casas, (...) vão ver as casas das pessoas e ver como é que está (...) eles tratam disso tudo e facilitam muito.”
		p. G – o papel deles é uma ligação melhor com a natureza, o contexto real do utente, quer pela família, (...) quer pelo contexto de apoios sociais, físico, como é que é a casa, barreiras arquitetónicas...”
		p. H – “assistente social tenta perceber (...) como é que funcionam as coisas com a família... (...) Se a família tem capacidade ou não para cuidar, se existem barreiras no domicílio que tenham que ser alteradas...”
		p. I – “É uma mais-valia, em todos os contextos, não só a gestão própria do utente nessas condições todas sociais, não só habitacionais como em questão dos seus valores e essas coisas todas...”
		p. M – “às vezes a família é um bocadinho descurada, e quem os agarra é a parte do serviço social que realmente às vezes consegue trabalhar com eles e perceber o porquê de as coisas às vezes não funcionarem tão bem (...) a responsabilidade (...) é toda do assistente social, de avaliar se tem condições em casa... Tenta perceber tudo isso para realmente quando a pessoa sair daqui continuar numa situação saudável.”
		p. O – “Nós temos aqui utentes que não têm visitas de familiares e eu acho que daí também vai um bocadinho a parte do trabalho da assistente social, o saber em que estado se encontra a família, porque é que aquela família não vem cá, porque muitas vezes nós não sabemos. Acho que vai também muito ao encontro disso, saber as dificuldades que essa família tem...”
	Mediação entre a família e a equipa	p. B – “Acaba também por ser um bocadinho mediador familiar entre as outras áreas com os familiares”
		p. H – “acaba por perceber algumas coisas que nós não temos oportunidade de falar com a família”
		p. K – “um bocadinho o reflexo para as famílias (...) do grupo profissional (...) e as pessoas assumem que nós consigamos ao longo do internamento ir dando sempre <i>feedback</i> tendo em conta o que os colegas dizem.”
		p. O – “assistente social acaba também por ser a ligação entre nós e a

		família”
	Rotatividade de utentes	p. D – “se não fosse a figura do Assistente Social (...) não tínhamos a rotatividade que temos de utentes nem tínhamos a capacidade de resposta que vamos tendo.”
	Prorrogação de internamento	p. F – “nós é que damos o feedback, muitas vezes, ao assistente social a dizer que “esta pessoa acho que beneficiava de ter mais duas ou três semanas de tratamento” e eles tentam”
	Acolhimento	p. E – “acolhe logo o utente de início”
	Intervenção interdisciplinar	p. B – “também nos trazem informações muito importantes que nós se calhar de outra forma não sabíamos (...) Tipo económicas, familiares, situações habitacionais...”
		p. C – “não têm família, porque não tem para onde ir, não tem casa (...) E a parte social tem de conseguir junto connosco e enquanto o doente cá está (...) algumas respostas para isso”
		p. G – “a perspectiva que têm do contexto sociofamiliar até ao contexto físico mesmo deles, acho que é fundamental para nós prepararmos melhor... (...) eu acho que o principal papel deles é mesmo ajudar na perspectiva de aproximarmo-nos ao máximo com a realidade do utente, eles ajudam nessa parte e nós ajudamos a eles (...) Nós temos que adaptar o utente ao máximo às necessidades que o próprio assistente social identifica.”
		p. H – “o assistente social (...) é quem (...) tem essas informações e que para nós são importantes (...) acaba por nos transmitir essa informação”
		p. I – “É fundamental a intervenção do serviço social porque até para nós percebermos em que contexto é que está a situação do utente”
		p. J – “eu preciso de saber o que é que está a acontecer na área social, por exemplo, por que eu preciso de saber para onde é que o utente vai para fazer uma planificação dos ensinios”
		p. N – “permite perceber aquando da alta para onde é que aquela utente vai, se está capaz de ir para casa e fazer as suas coisas sozinha ou se tem de ir para um lar ou outra instituição ou centro de dia”
	Contactos com a comunidade	p. N – “acaba por fazer uma articulação com a comunidade, quer seja hospital-unidade ou cuidados continuados-comunidade ou mesmo entre a comunidade.”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 59 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “PRINCIPAIS FUNÇÕES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS”**

Quadro 41: Principais funções na prestação de cuidados

Tema		
Perceção sobre o desempenho individual		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Principais funções na prestação de cuidados	Cuidados técnicos	p. A – “a preparação da medicação e a fazer pensos (...) Nós às vezes fazemos (...) de médicos (...) dar a medicação...”
		p. B – “há a parte dos pensos (...) e a preparação da medicação”
		p. C – “se é uma tensão que sobe ou está com falta de ar, nós estamos aqui para atuar (...) A minha função é tratar dos doentes (...) Vou acudir (...) aos enfermeiros sempre que me chamam quando há algum problema com os utentes...”
		p. E – “a preparação da medicação e os pensos”
		p. M – “preparar medicação, fazer pensos”
		p. N – “Trabalhar na prestação direta de cuidados (...) estamos sempre a ver a medicação que existe para depois administra-la (...) e tratamento de feridas”
		p. O – “estabilizar o utente (...) tratamento de feridas, administração da medicação”
	Comunicação	p. A – “Quando há um tempinho falamos um bocadinho com eles”
		p. E – “escutando-os”
		p. F – “ouvimo-los (...) falamos (...) perguntar como é que se sente”
	Atividades de Vida Diárias	p. A – “Quando há um tempinho (...) damos uns passeiozinhos com eles”
		p. B – “é um trabalho muito diferente (...) tem mais a ver com a parte humana (...) intervir numa situação da vida diária (...) estamos aqui com eles 24 horas por dia, nós lidamos com tudo o que acontece desde que eles acordam até à noite (...) nós é que lidamos com eles (...) no banho, no comer”
		p. E – “acompanhar o utente durante o seu internamento, no seu dia-a-dia, ajudando-o nas atividades de vida diárias”
		p. L – “Dia e noite... Estamos aqui... (...) Os limites físicos somos nós que transpomos um pouco esse limite, pois se a pessoa não consegue teremos de ser nós a conseguir por eles...”
		p. N – “tenho de satisfazer primeiro as funções básicas”
		p. O – “Controlar a alimentação do utente (...) fazer a prestação de cuidados de higiene”
		p. A – “Nós às vezes fazemos de assistentes sociais”
	Apoio psicossocial	p. A – “Nós às vezes fazemos (...) de psicólogos”
	Apoio psicológico	p. B – “lidamos com a parte emocional”
		p. D – “O apoio psicológico ao utente (...) e o apoio para muitos dos colaboradores, pois estar na prestação de cuidados por vezes implica stress, e também existe o stress do cuidador formal e torna-se necessário trabalhar essas questões.”
		p. F – “fazemos de psicólogos”
		p. F – “aconselhamos, eles desabafam connosco...”
		p. O – “fazer um bocadinho de psicólogos”
		p. B – “aqui é mais a parte da reabilitação”
	Reabilitação	p. F – “tentar reabilitar ao máximo as pessoas (...) Dentro da limitação delas”
		p. G – “Resolver o problema de desempenho ocupacional do utente (...) por ocupações é as ADV’s, as AVDI’s (...) como a alimentação, vestir, o banho (...) trabalhar diretamente essa atividade e pô-lo a fazer ou utilizar atividades indiretas, com exercícios físicos ou cognitivos que vão depois ajudar a que ele consiga ser autónomo, desempenhar eficazmente essas

		ocupações. (...) eu ajudo na recuperação”
		p. H – “As minhas funções prendem-se com cinco áreas que tem a ver com linguagem, com a fala, com a voz, com a deglutição e a parte da motricidade tem mais a ver com a parte muscular. (...) Se ele não conseguir falar, recuperar essa função, pelo menos que consiga comunicar de alguma forma que lhe seja possível., que consiga transmitir aquilo que ele sente, aquilo que ele pensa...(...) E depois ao nível da alimentação é que consiga deglutir de forma segura e ficar, se for possível não ir com sonda”
		p. I – “conseguir reabilitar o utente ao máximo, de acordo com a sua situação clínica, o seu grau de dependência”
		p. O – “o nosso objetivo é que o doente pelo menos saia daqui com o mínimo de reabilitação (...) nunca sair daqui igual ou pior”
	Apoio familiar	p. B – “lidamos com os familiares”
	Apoio familiar	p. D – “O apoio psicológico (...) ao cuidador”
	Apoio familiar	p. K – “um bocadinho o reflexo para as famílias (...) do grupo profissional (...) e as pessoas assumem que nós consigamos ao longo do internamento ir dando sempre <i>feedback</i> tendo em conta o que os colegas dizem.”
	Apoio familiar	p. M – “nós não somos cuidadores só do utente mas da família”
	Apoio familiar	p. N – “trabalhamos também com as famílias”
	Relações	p. C – “Sou amiga dos meus... Das pessoas que trabalham comigo (...) a minha maior função aqui é criar laços de amizade e de profissionalismo com os colegas e os utentes.”
	Relações	p. D – “como elemento da equipa, passa também por desenvolver na equipa o espírito da interdisciplinaridade e da multidisciplinaridade”
	Relações	p. F – “tentamos sempre dar uma palavra amiga (...) fazemos de amigos ”
	Relações	p. M – “Eu sou mais uma pessoa direcionada para a parte emocional, gosto muito de saber o porquê das coisas, o que é que se passa com a pessoa, o que é que a pessoa já viveu... Isso a mim interessa-me muito, sou muito curiosa. Mas essa curiosidade também me permite alcançar as pessoas. (...) E é esse sempre o meu objetivo, é que as pessoas se abram e que estejam abertas àquilo que nós estamos a dar porque se não houver essa abertura também não vale a pena estarmos a esforçar-nos.”
	Avaliação	p. D – “realização de avaliações cognitivas (...) avaliar o impacto do quadro clínico no utente, ao nível das funções cognitivas superiores”
	Avaliação	p. H – “de acordo com a pessoa, ver a melhor forma de ela conseguir comunicar”
	Avaliação	p. L – “Qualquer coisa, tentamos sempre perceber o que é que eles estão a sentir, o que é que eles querem, a falta que tenham de alguma coisa, tentamos sempre compensar com outras maneiras...”
	Avaliação	p. M – “perceber se há necessidade de uma intervenção mais invasiva, porque às vezes há necessidade de a pessoa ser algaliada, de a pessoa ser entubada (...) e toda essa avaliação parte primeiramente de nós.”
	Avaliação	p. N – “avaliar sinais vitais (...) ver avaliações glicémicas... (...) reconhecer quais são as necessidades prioritárias daquela pessoa”
	Avaliação	p. O – “ver o estado de saúde do doente”
	Plano de Intervenção Individual	p. D – “o desenvolvimento de programas de estimulação cognitiva (...) desenhar um plano de intervenção adequado às necessidades apresentadas”
	Plano de Intervenção Individual	p. I – “indo ao encontro do objetivo do utente ou do cuidador ou familiar, e juntamente com equipa (...) a minha função nesse campo é atuar segundo aquele objetivo. (...) com a ajuda de todos, alcançar o objetivo que o utente pretende e que equipa pretende.”
	Plano de Intervenção Individual	p. K – “O meu trabalho prende-se fundamentalmente com o tentar ir ao encontro das expetativas deles e muitas vezes ajustá-las.”

	Mediação	p. D – “na equipa, ser o elemento, a ponte, o elo de ligação entre as diversas áreas”
		p. J – “Funciono muito como elo de ligação entre a equipa de enfermagem que são muitos e a equipa multidisciplinar (...) Seria impensável... (...) que todos os enfermeiros, por exemplo, participassem nas reuniões multidisciplinares (...) Eu sei de uma forma mais geral e eles sabem de uma forma mais específica porque estão ali todo o dia.”
	Motivação	p. E – “tento animá-los”
		p. F – “incentivá-los”
	Aconselhamento	p. G – “há certas capacidades que não são possíveis recuperar mas a autonomia pode ainda ser possível recuperar se usarmos estratégias de adaptação e aí, o meu trabalho é treinar e aconselhar estratégias de adaptação e produtos de apoio que são as conhecidas ajudas técnicas mas agente já chama por produtos de apoio”
	Planeamento de altas	p. H – “E depois é importante perceber se vai para casa ou se vai para um lar porque aí os elementos que vão constar na tabela são diferentes.”
		p. K – “Aqui prende-se com o planear a alta”
		p. N – “preparar a pessoa da melhor forma possível para que quando sair daqui consiga transitar para casa de uma forma mais favorável possível, para se sentir mais segura em casa para poder fazer as suas coisas”
	Gestão de conflitos	p. J – “gestão de conflitos com os familiares, com os profissionais (...) E eu funciono um bocadinho como bombeira de serviço para dizer “calma lá porque ninguém te está a passar um atestado de incapacidade, nós temos muitas outras áreas em que fazemos muito mais e explorados podemos fazer muito mais, e explorando outras áreas temos muito mais coisas para fazer, mas é normal que eles saibam isto de uma forma mais específica, e é bom que nós aceitemos.”
	Burocracia	p. J – “parte da gestão (...) de fazer horários”
		p. N – “registar aquilo que realmente acontece com aquela pessoa, algumas informações essenciais sobre o seu estado de saúde naquele turno”
	Gestão de consultas	p. J – “parte da gestão (...) de consultas”
		p. O – “o nosso trabalho passa muito também por controlar as consultas, ver quando é que os doentes têm as consultas”
	Intervenção biopsicossocial	p. L – “Promover o bem-estar do utente, essencialmente (...) A nível social, a nível físico, a nível psicológico”
		p. M – “Nós somos cuidadores da pessoa mas essencialmente da alma da pessoa”
p. N – “engloba tipo o cuidado no seu todo...Ver a pessoa de forma holística, física, psicológica, social, etc”		

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 60 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “DIFICULDADES SENTIDAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS”**

Quadro 42: Dificuldades sentidas na prestação de cuidados

Tema		
Perceção sobre o desempenho individual e grupal		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Dificuldades sentidas na prestação de cuidados	Rácio profissionais/ utentes	p. A – “1 para 20, é complicado (...) acho que devia (...) haver mais enfermeiros.”
		p. C – “gostaríamos de ter mais animadores (...) para ficarem mais tempo com eles porque (...) realmente é um deficiência que nós temos, só temos duas animadoras”
		p. F – “Acho que devia haver mais um fisioterapeuta. (...) porque... Os utentes estão divididos de meia em meia hora e (...) meia hora não dá para nada!”
		p. I – “o problema é que somos reduzidos. (...) e o que acontece é que tinha que haver sempre uma sobrecarga maior e nós ali (...) temos as coisas muito estipuladas com horários dos utentes (...) e havendo uma falha aquilo altera-se logo tudo.”
		p. N – “tenho curso de especialidade (...) mas aqui, de momento, para já não consigo fazer isto porque (...) somos um para vários e eu (...) tenho de satisfazer primeiro as funções básicas e não posso ir para as funções mais especializadas sem antes satisfazer essas funções básicas.”
		p. A – “Só que às vezes não há tempo (...) 1 para 20, é complicado”
	Gestão do tempo	p. C – “temos doentes muito bons e outros muito mal e não temos condições de estar em todo o lado ao mesmo tempo. (...) e duas animadoras não conseguem fazer o trabalho nos 3 pisos (...) Muitos gostam de passear, muitos gostam de atividades, muitos gostam de uma festa”
		p. G – “tínhamos desenvolvido um programa cognitivo-linguístico (...) que envolvia terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e psicóloga... (...) em vez de estar cada um individualmente e a fazer sessões de grupo à parte, resolvemos juntarmo-nos, cada um com a sua perspetiva. (...) Há desvantagens porque dá mais trabalho, perdemos tempo, perdemos muito tempo a preparar as coisas, a organizar as ideias, só que depois o resultado final é muito, muito, muito, muito rico! (...) Mas mais uma vez, o me prende é quantidade de trabalho, horário e tudo... Não dá tempo...”
		p. N – “por exemplo, houve 3 ou 4 situações em que estive a fazer tratamento de feridas e o tempo que eu gastei para isso, não pude estar com outras pessoas, de ver quais são as suas necessidades, de trabalhar com a família... Por vezes gostava de estabelecer uma relação mais forte com certas pessoas, não no sentido de querer privilegiar essas pessoas, mas sim de aceder a todas as pessoas com a mesma importância porque são todos importantes, só que nem sempre isso é possível porque temos sempre aquelas funções em cada turno que têm de ser feitas (...) Mas a nível da organização as coisas estão assim e temos de nos cingir ao mais básico. (...) “trabalhamos também com as famílias, embora considere esta uma área importante, nem sempre é feito por falta de tempo e de meios””
	Relação com as famílias	p. C – “É mais difícil cuidar, tratar dos familiares do que propriamente dos utentes.”
	As próprias funções	p. C – “nós não podemos fazer milagres, nós temos que nos capacitar do que somos capazes de fazer, não ir além de tudo (...) Por mais que agente queria construir uma casa para um utente que veio de debaixo da ponte (...) não conseguimos fazer isso, não podemos fazer isso, não temos capacidade para isso. Podemos criar condições junto com entidades locais e assim para melhorar... Para que pessoa não vá para debaixo da ponte novamente”
	Recursos materiais	p. F – “Devíamos poder acrescentar mais uma camita ou outra...”

	Gestão de expectativas e exigências	p. F – “Para quem não percebe, o andar é o auge da reabilitação... (...) Muitas vezes nós sabemos que aquela pessoa nunca mais vai andar na vida e a família está: “vá, anda lá, esforça-te... não consegues andar?!” E a pessoa não vai mesmo, não vai conseguir.”
		p. G – “Porque os utentes e os familiares são bastante (...) exigentes em relação ao tempo de tratamento, aos tratamentos que têm ”
	Conflitos	p. J – “conflitos que hajam com os utentes porque estamos a falar de internamentos prolongados e é normal, pronto, não é a mesma coisa estar aqui três dias e ir embora, outra coisa é estar aqui três meses, é normal”
	Profissionais especializados	p. N – “acho que deveria também haver mais enfermeiros da área da reabilitação para poderem também trabalhar com as pessoas aqui em cima”

Fonte: Elaboração própria

**ANEXO 61 – QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO –
CATEGORIA: “ESTRATÉGIAS PARA ULTRAPASSAR AS DIFICULDADES
SENTIDAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS”**

Quadro 43: Estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas na prestação de cuidados

Tema		
Perceção sobre o desempenho individual e grupal		
Categoria	Subcategorias	Unidade de registo
Estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas na prestação de cuidados	Feedback do utente e da família	p. C – “nós pedimos sempre nos acolhimentos (...) é que alguma falha que a família note, que a pessoa note, que nos digam porque agente tem de corrigir os erros”
	Gestão do tempo de intervenção de cada área	p. F – “Quando ele precisa de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, ou o que seja (...) Desde que seja feito como deve de ser, com os horários certinhos e tal... tem funcionado sempre bem aqui... (...) eu acho que é, é muito tempo seguido. Mas agora estamos a optar (...) às vezes faz fisioterapia de manhã e vem à terapia da fala à tarde, por exemplo. Assim já dá para melhorar um bocadinho...”
	Motivação	p. F – “eles “não, não quero aquela...”, e agente explica “mas faz-lhe bem, é preciso para treinar isto, para treinar aquilo” (...) é para seu bem para comunicar, para tentar falar”... (...) Pronto, seja o que for, para calçar, para vestir”
	Negociação	p. G – “O processo terapêutico não é o terapeuta cá em cima e o utente faz o que ele manda (...) é uma parceria, o utente e o terapeuta. (...) temos de estar sempre a negociar (...) Explicar qual é o nosso trabalho com ele, explicar que caminhos é que podemos, que opções é que ele tem e qual é na nossa opinião, os nossos objetivos (...) como terapeutas, e o que é que ele quer. (...) E depois ao longo do internamento ir falando com ele e ir negociando, que eles às vezes não querem, não concordam com a nossa perspetiva terapêutica”

Fonte: Elaboração própria