



Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

Escola Superior de Saúde

**RELAÇÕES AFETIVAS ENTRE FAMÍLIAS E PESSOAS
INTERNADAS NA RNCCI: UM ESTUDO DE CASO NA
SCM-SANTARÉM- HOSPITAL DE JESUS CRISTO**

Relatório de Estágio

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

RAMO GERONTOLOGIA E SAÚDE

SUSANA ISABEL GANDUM REIS

ORIENTADOR: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

outubro 2017

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais
Escola Superior de Saúde

**RELAÇÕES AFETIVAS ENTRE FAMÍLIAS E PESSOAS
INTERNADAS NA RNCCI: UM ESTUDO DE CASO NA
SCM-SANTARÉM- HOSPITAL DE JESUS CRISTO**

Relatório de Estágio

MESTRADO EM GERONTOLOGIA
RAMO GERONTOLOGIA E SAÚDE

SUSANA ISABEL GANDUM REIS

ORIENTADOR: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

outubro 2017

Discente: Susana Isabel Gandum Reis - Nº 16302

Instituição de Acolhimento: Santa Casa da Misericórdia de Santarém (Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção)

Orientador: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Supervisor de Estágio: Mestre Vanessa Sofia Caetano Gomes

Duração do Estágio: 750h, com início em outubro 2016

Local: Santarém

Site: <http://scms.pt/index.php/pt/inicio/>

Telefone/ Fax: 243 305 260/ 243 305 269

PROVA ACADÉMICA DE MESTRADO

09 março de 2018, às 15h00, no auditório da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre.

CONSTITUIÇÃO DO JÚRI:

Presidente: Prof. Doutor Abílio José Maroto Amiguiño

Arguente: Prof. Doutor José Carlos Carvalho

Orientador: Prof. Doutor Raúl Alberto Carrilho Cordeiro

AGRADECIMENTOS

A entrega e realização deste relatório de estágio de Mestrado é o concretizar de um longo e árduo percurso iniciado há quase cinco anos atrás, aquando da minha entrada no curso de Serviço Social na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre.

A finalização da mesma, deve-se não só a mim, mas especialmente a um conjunto de pessoas que contribuíram para o meu sucesso, e que sempre me apoiaram ao longo destes anos de aprendizagem e esforço.

Aos meus pais agradeço do fundo do meu coração todo o apoio, dedicação, motivação e por nunca duvidarem das minhas capacidades.

Gostaria de agradecer ao meu orientador o Professor Doutor Raul Cordeiro pelos conhecimentos fornecidos e por todo o tempo que disponibilizou para me auxiliar na realização deste relatório.

Gostaria ainda de dirigir um sincero obrigado à minha Supervisora a Mestre Vanessa Gomes, Diretora Técnica da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção- “Hospital de Jesus Cristo” da Santa Casa da Misericórdia de Santarém, pela motivação, presença atenta e constante, por todo o seu apoio, métodos de aprendizagem e vivacidade.

Por último, quero agradecer a todos os meus amigos por todo o apoio que me proporcionaram, e por me confortarem e estarem presentes ao meu lado em todos os momentos de angústia, ajudando-me a enfrentar qualquer obstáculo. A todos sem exceção...

Um muito obrigada!

RESUMO

A família, em Portugal é a principal fonte de apoio ao idoso dependente. Assim sendo, e perspetivando a família como um plano em que subsiste uma correspondência entre os seus membros, quando a dependência e a saúde se debilita e atinge um deles, esta confronta-se com a necessidade de definir e redefinir as relações familiares e adaptar-se ao problema. É de extrema importância que se entenda, identifique e estime as necessidades e dificuldades sentidas pelo principal cuidador.

O presente trabalho aborda a questão da a relação familiar entre o idoso e a sua família, evidenciando a relevância do papel da família para que haja uma vivência emocional e afetiva na vida do idoso. Deste modo, verificou-se a expressiva influência da família ao longo de toda a vida e, em especial, na fase do envelhecimento, pois esta constitui o centro de nossos sentimentos e onde se cria vínculos de amor e dependência por toda a vida.

Assim a investigação decorreu sob um quadro teórico na área do envelhecimento e relações familiares entre o utente e os principais cuidadores/família.

O estudo decorreu na ULDM – “Hospital de Jesus Cristo”, com recurso à técnica da entrevista na recolha de dados. A fonte de informação foram os cuidadores principais dos utentes.

Em resultado do estágio e do estudo efetuado resultou a elaboração de um Guião de Apoio à Família, guião que poderá ser executado em qualquer contexto organizacional onde se verifique a questão principal, a institucionalização por parte do idoso.

Palavras-chave: Envelhecimento, Relações Afetivas, Idoso e Família.

ABSTRACT

In Portugal, the family is the main source of support for the elderly dependent. In this way, and considering the family as a plan in which there is a correspondence between its members, when dependence and health weakens and reaches one of them, it is confronted with the need to define and redefine family relationships and adapt to the problem. It is extremely important to understand, identify and appreciate the needs and difficulties felt by the one who cares.

This work is about the issue of the family relationship between the elderly with their family, highlighting the relevance of the family's role in the emotional life of the elderly. In this way, it was verified and we can say that family has an extremely importance throughout people's lives and should be the center of our feelings and where bonds of love, care and dependence should be created and shown, especially when people get old.

The research was carried out by a theoretical framework in the area of aging and family relationships between the patient and the main caregivers/family.

The study was conducted at the ULDM - "Hospital de Jesus Cristo", using the interview technique in data collection. The source of all information were the main caregivers of the patients.

As a result of the professional internship and the study carried out, a Family Support Guide was drawn up, and this script can be executed in any organizational context where the main issue is verified: the elderly's institutionalization.

Keywords: Aging, Affective Relationships, Elderly and Family.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- **AVC**- Acidente Vascular Cerebral
- **AVD**- Atividades da Vida Diária
- **CCI**- Cuidados Continuados Integrados
- **DGS**- Direção Geral de Saúde
- **ECL**- Equipa de Coordenação Local
- **ECR**- Equipa de Coordenação Regional
- **EGA**- Equipa de Gestão de Altas
- **ERPI**- Estrutura Residencial para Idosos
- **HJC**- Hospital de Jesus Cristo
- **IPSS**- Instituição Particular de Solidariedade Social
- **LDM**- Longa Duração e Manutenção
- **MDR**- Média Duração e Reabilitação
- **MS**- Ministério da Saúde
- **MTSS**- Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social
- **OMS**- Organização Mundial de Saúde
- **PII**- Plano de Intervenção Individual
- **PCHI**- Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas
- **RNCCI/REDE**- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- **SCMS**- Santa Casa da Misericórdia de Santarém
- **SNS**- Serviço Nacional de Saúde
- **UCCLDM**- Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção
- **UCC**- Unidade de Cuidados Continuados
- **ULDM**- Unidade de Longa Duração e Manutenção
- **UMCCI**- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS	8
ÍNDICE DE GRÁFICOS	10
ÍNDICE DE TABELAS.....	11
INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1. ENVELHECIMENTO	15
2. O IDOSO, A FAMÍLIA E AS RELAÇÕES AFETIVAS	19
3. EVOLUÇÃO DAS RESPOSTAS SOCIAIS DIRIGIDAS À POPULAÇÃO IDOSA .	25
4. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)	26
CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL	31
5. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTARÉM.....	32
6. UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO DA SCM- SANTARÉM - HOSPITAL JESUS CRISTO	35
7. FUNÇÕES DA PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E NA RNCCI .	38
8. MODELO DE INTERVENÇÃO DA PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA UCCLDM	43
CAPÍTULO III: ANÁLISE GLOBAL DO PROCESSO DE ESTÁGIO- METODOLOGIAS E AVALIAÇÃO	44
9. QUESTÃO DA INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO DE CASO	45
10. METODOLOGIAS.....	46
11. DIAGNÓSTICO SOCIAL DA POPULAÇÃO	49
12. CRONOGRAMA E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	52
13. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO	59
14. AVALIAÇÃO	74
15. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	76
16. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	80
ANEXO I – CRONOGRAMA	80
ANEXO II- GUIÃO DE APOIO À FAMÍLIA	80
ANEXO III- PANFLETO DO TESTAMENTO VITAL	80
ANEXO IV- CONSENTIMENTO INFORMADO	80
ANEXO V- GUIÃO DE ENTREVISTA	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Faixa etária da população por gênero	50
Gráfico 2- Estado civil da população por gênero.....	50
Gráfico 3- Cuidador Informal.....	51
Gráfico 4- Proveniência	51
Gráfico 5- Estado Civil da População por gênero.....	60
Gráfico 6- Faixa etária da população por gênero	60
Gráfico 7- Grau de parentesco perante o idoso	61
Gráfico 8- Classificação da relação familiar antes do internamento	61
Gráfico 9- Principais motivos que levaram ao internamento do utente.....	62
Gráfico 10- Distância a que vive da instituição.....	62
Gráfico 11- Frequência com que visita o utente	63
Gráfico 12- Duração da visita.....	63
Gráfico 13- O que faz durante a visita?.....	64
Gráfico 14- O tempo que passa com o utente é de qualidade.....	64
Gráfico 15- O tempo de contato com o utente é suficiente ?.....	65
Gráfico 16- Classificação da relação que tem com o utente.....	65
Gráfico 17- Sentimentos que nutre pelo utente.....	66
Gráfico 18- Influência do internamento na relação do utente com a família	67

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Áreas de carência geradas pela dependência do utente na família 66

INTRODUÇÃO

Neste trabalho será abordada a questão da relação entre o idoso institucionalizado com suas famílias, possibilitando um olhar compreensivo sobre tal processo, onde a família é considerada de extrema importância.

A institucionalização pode potencializar o afastamento do idoso da família. Com frequência, a família usa como estratégia de defesa o distanciamento do idoso para superar as vivências dolorosas ocorridas no período que antecedeu a ida para o lar, em que o esforço físico, a pressão permanente, a falta de tempo para dormir e cuidar de si, o isolamento progressivo foi constante. Por vezes com o passar do tempo, as relações vão dissipando e a necessidade de um contacto permanente começa a diminuir, levando a família a distanciar-se, com perda especialmente para o idoso, que se sente abandonado e sem apoio emocional, vendo o relacionamento com os seus familiares dificultado por muitas das vezes estes não saberem lidar com o idoso.

Tendo em vista um conhecimento mais aprofundado desta realidade a estagiária procurou dar resposta à seguinte questão de investigação:

- Quais as dificuldades que a família tem na relação afetiva com as pessoas idosas institucionalizadas?

A importância do ambiente familiar na vida do idoso é clara no entender quando afirmam que: “apesar do aumento expressivo das instituições ‘lar’ e do reconhecimento de que a institucionalização pode até oferecer possibilidade de acolhimento e de expressão pessoal, viver no lar não é o mesmo que viver numa família onde os laços do passado e do presente estão vivos e são compartilhados afetiva e socialmente” (Faria; Carmo, 2015, p. 436).

Com este estudo de caso a estagiária pretendeu articular os conhecimentos teóricos e teórico-práticos na área do serviço social e a realidade psicossocial dos idosos, concretizando uma experiência de investigação em contexto organizacional; desenvolvendo conhecimentos que contribuíram para uma melhor compreensão do fenómeno das relações afetivas que se estabelecem entre os utentes internados na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção na SCM-Santarém- Hospital Jesus Cristo; compreender se a forma como as relações interpessoais estabelecidas entre a família e a pessoa internada seriam o resultado das interações que estabelecem ao longo das suas vidas, da condição atual em que o utente se encontra, e se gerir essa relação de forma harmoniosa eram um desafio permanente. Para além de que esteve presente a participação nas atividades quotidianas da UCC e da SCMS, relativas ao Serviço Social.

O presente trabalho está distribuído em Capítulos, o primeiro capítulo destina-se ao Enquadramento Teórico, onde serão abordados todos os temas que prevalecem como teoria no estudo.

No segundo capítulo, destina-se a uma apresentação do local de estágio, através do Enquadramento Institucional. A Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção- “Hospital de Jesus Cristo” é uma resposta social da Santa Casa da Misericórdia de Santarém, na área da saúde e um estabelecimento integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Por fim, o terceiro capítulo, revê-se na análise global do processo de estágio-metodologias e avaliação, onde estão presentes ponto cruciais como: Questão de Investigação e Objetivos do Estudo de Caso; Metodologias; Diagnóstico Social da População; Cronograma e Atividades Desenvolvidas; Apresentação e Discussão dos Resultados do Estudo de Caso; Avaliação e por fim a Proposta de Intervenção social apresentada sob a forma de um Guia de Apoio Família do utente institucionalizado.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento mostra-se como sendo um dos problemas do século XXI. Nestas últimas décadas do século passado registou-se um aumento contínuo do número de idosos que transformou as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas. A junção da queda da fecundidade com o aumento da esperança média de vida, bem como a fortíssima emigração portuguesa das décadas de 1960 e 1970, estão no centro do envelhecimento e do interesse absoluto e relativo que a população idosa tem hoje na sociedade portuguesa (Cabral, 2013).

As projeções do Instituto Nacional de Estatística apontam para que a esperança média de vida à nascença venha a atingir em 2060, para Portugal, os valores de 84,81 anos para homens e 89,88 anos para mulheres (INE, 2009).

Segundo Santana (2005), estima-se que a população idosa em Portugal continuará a aumentar nas próximas décadas, alcançando entre 36% a 43% da população em 2060, com um respetivo índice de envelhecimento na ordem dos 287 a 464 idosos por cada 100 jovens. Existem inúmeros conceitos em torno do envelhecimento, na medida em que este apresenta uma abordagem multidimensional, sendo cada vez mais estudado nas diversas ciências sociais.

Pimentel (2005) concorda com a ideia de que envelhecimento é acompanhado por mudanças que podem induzir certas limitações, no entanto, para este autor, estas ocorrem não só a nível biológico, mas também a nível psíquico e social.

A Direção Geral de Saúde (2006, p. 5) define envelhecimento, como “ um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que iniciando-se mesmo antes do nascimento se desenvolve ao longo da vida”.

As pessoas envelhecem de formas distintas entre si, o mesmo vai acontecer no interior do próprio organismo, onde as mudanças geradas ao longo da sua vida se fazem sentir de forma diferente.

Para Fontaine (2000) o envelhecimento não é sinónimo de velhice. Assim, entende a velhice como um estado de espírito. Este estado de espírito surge no sentido de que algumas pessoas, com mais de 65 anos, não se sentem idosas, pelo contrário, conservam o espírito de um jovem mantendo determinadas atividades e ritmos mais facilmente associados a jovens.

Por outro lado, segundo Fernandes (2002, p.34), o envelhecimento é influenciado por fatores intrínsecos (inerentes ao próprio indivíduo) e por fatores

extrínsecos (inerentes ao meio ambiente), sendo considerado como uma fase natural da vida do ser humano e que se inicia no primeiro dia de vida.

É deveras importante que o processo de envelhecimento seja o mais retardado possível, para que as pessoas vivam mais tempo e que o vivam com a máxima qualidade possível (Costa, 1999; Fontaine, 2000).

Na verdade, o envelhecimento pode ser relacionado ao conceito de desenvolvimento, pois este surge devido ao desenvolvimento do ser humano, como um fenómeno dinâmico que transforma o organismo em termos biológicos, psicológicos e social, todavia, é importante ter em conta que uma modificação numa das estruturas que acontece num processo de interação.

1.1. ENVELHECIMENTO ATIVO

O envelhecimento ativo é definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando a melhoria do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem”. (Fernandes, A.; Gil, A.; Gomes, I; 2007, p. 14-67)

O modelo de envelhecimento ativo apela para uma perspetiva integrada que tem em conta o ambiente e em consideração um conjunto de determinantes alargados tais como: os pessoais (biológicos, genéticos e psicológicos), os comportamentais (saúde mental, participação social e escolha de estilos de vida saudáveis), os económicos (rendimento e trabalho digno e proteção social – reformas), os sociais (apoio social e acesso a recursos sociais, educacionais e a direitos fundamentais) e o ambiente físico (acessibilidade a serviços básicos – sem barreiras arquitetónicas, assim como alimentação, bom ambiente, transportes e integração social) (Carvalho, 2003)

De uma maneira geral, a noção de envelhecimento ativo resulta da teoria da individualização da sociedade e pretende ultrapassar a visão dual do envelhecimento e potenciar a construção de uma teoria do envelhecimento integrada, cuja finalidade é a de potenciar a qualidade de vida, entendida como um modo de vida ótimo (ONU, 2002, p.12). Este princípio concebe o envelhecimento como um processo que faz parte do ciclo de vida dos seres humanos, permitindo, de acordo com as suas expectativas, desejos e capacidades, a realização do seu potencial para providenciar uma adequada proteção, segurança e cuidados às suas necessidades (UE, 2010, p.2).

1.2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento demográfico é um processo atual do conhecimento da sociedade. Quer na Europa quer em Portugal, a população idosa está cada vez mais em constante crescimento. Segundo Farinha (2013) este grupo adquire mais espaço, densidade, organização e força. Esta força pode ser apreciada como: força social, devido ao número de idosos, força cultural, pelos seus conhecimentos e experiência, força económica, pelo seus gastos e consumos, força política, pelo seu peso nas votações, força de intervenção, pela sua disponibilidade e força ética, pelo seus (des) compromissos com determinados grupos étnicos.

Em primeiro lugar importa referir que o envelhecimento demográfico é estimado como um fenómeno social, e posteriormente em segundo lugar, um fenómeno biológico, tendo a marginalização, a rejeição social, a inatividade e a insegurança papéis marcantes no desenvolvimento do processo biológico do envelhecimento.

O processo de envelhecimento demográfico estando em crescimento tem as razões que se debatem com este aumento como a redução da fecundidade, a diminuição da mortalidade e a migração.

Tal deve-se ao aumento progressivo dos indivíduos com idades avançadas relativamente ao grupo total de idosos.

1.3. ENVELHECIMENTO BIOPSIKOSSOCIAL

O envelhecimento individual é o processo das “alterações biopsicossociais, que decorrem desde o momento da conceção até à morte do indivíduo” (António 2013, p.83). Este é um reflexo do envelhecimento cronológico, contudo, é diferente deste, é menos linear e não é fixo em termos de idade, por que é vivido por cada indivíduo de forma diferente. Assim sendo, é individual porque depende de fatores como os hábitos e estilos de vida, do género, de condicionantes genéticas, da própria sociedade em que se vive, da alimentação, do tipo de profissão exercida, da prática de desporto e das doenças crónicas (Rosa, 2012). Logo, não se deve considerar o grupo condicionado pelas pessoas idosas como sendo homogéneo (António, 2013).

O envelhecimento biológico segundo Netto e Borgonovi (2002) “é um processo dinâmico e progressivo, no que há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, patológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo no meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte”. Apresenta-se assim como

um processo no qual o organismo se vai deteriorando, diminuindo as capacidades físicas, sensoriais e mentais (cit por Carrujo, 2008, p.26). a ideia principal é a de que a capacidade funcional se degrada à medida que a idade avança, começando logo na altura da concepção do individuo (Lima, 2010, cit por Carvalho, 2013). Este é um fenómeno natural, universal e diferencial. É diferencial porque nem todos os sistemas orgânicos degeneram ao mesmo tempo. O sistema de um individuo pode ser mais vulnerável que o de outro, o que pode ser causa de fatores ambientais, consumo de álcool e tabaco, entre outros (Carrujo, 2008).

As alterações biológicas podem verificar-se nos órgãos, aparelhos e sistemas, que reduzem a qualidade das suas funções. Podem ocorrer a nível biológico dois tipos de alterações nos indivíduos. As alterações estruturais, nas células e tecidos, na composição global do corpo e peso corporal, nos músculos, ossos e articulações na pele (órgão que manifesta sinais de envelhecimento mais cedo) e tecido subcutâneo e por fim no tegumento (cabelos, pelos, unhas) (Almeida, 2012). Por outro lado, as alterações funcionais, no aparelho cardiovascular, no aparelho respiratório, no aparelho urinário, no aparelho digestivo, no aparelho sensorial, no sistema endócrino e metabólico, no sistema imunológico e sistema reprodutor (Correia, 2003).

Existem portanto, dois fenómenos que não tem razão para coincidir um com o outro declínio fisiológico e a frequência das doenças. Apesar de ambos os processos se influenciarem, o declínio biológico não é acompanhado obrigatoriamente por doenças, ou seja, existe a possibilidade de se falar de um envelhecimento biológico sem enfermidades. A velhice humana não impede o desenvolvimento de uma vida plena (Osorio, 2007).

Já o envelhecimento social está associado ao “conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam, ou são forçados a adotar, relativamente às normas e regras de conduta em determinada sociedade” (Fonseca, 2006, Fontaine, 2000, cit por Carvalho, 2013, p.4). Quando se chega à idade da velhice que é considerada a partir dos 65 anos, a sociedade espera que os indivíduos alterem as suas rotinas a adotem papéis específicos. Logo, explicar o envelhecimento segundo esta abordagem potencia a discriminação baseada na idade da velhice- “idadismo” (Carvalho, 2013, p.4).

Atualmente ser velho está associado a “alguém inútil, isolado, em declínio biológico e mental, marcado por um tempo linear, com problemas de saúde e, na sua maioria das vezes, dependente física e economicamente de alguém.” Contudo, nem sempre foi esta a ideia que permaneceu, pois nas antigas sociedades o facto de ser idoso concedia uma posição de prestígio e poder, as pessoas mais velhas eram vistas como detentoras de sabedorias adquirida pela sua vasta experiência de vida (Ribeirinho, C., 2005, cit por, Carrujo, 2008, p.32). Para Osorio (2007), o privilégio da “juvenilização”,

também corre o risco de desvalorizar o papel e a função dos mais velhos, limitando-os a indivíduos meramente passivos, destinados a cuidados, ou a serviços que promovam o seu bem-estar.

Por último, o envelhecimento psicológico é explicado a “partir dos processos mentais, motivacionais e cognitivos”, experienciados e sentidos pelas pessoas idosas. O envelhecimento analisando sob este ponto de vista é “definido pela autorregulação do indivíduo, pelas mudanças nas funções dos mais velhos, como a memória e a tomada e a tomada de decisões, e pela forma de lidar com o processo de senescência” (Lima, 2010, cit por, Carvalho, 2013, p.4).

A psicologia do envelhecimento tem como finalidade compreender se o indivíduo encontra estratégias ou não para ultrapassar os efeitos e acontecimentos associados à idade como as modificações biológicas e as perdas ocorridas. A morte de um amigo ou familiar próximo são acontecimentos traumáticos na vida do idoso. A atitude e a personalidade do indivíduo são fundamentais perante esta nova etapa e determinam como se processa o envelhecimento, que pode ou não ser bem-sucedido. As perturbações psíquicas mais habituais nos idosos são as demências e as síndromes de depressão (Carrujo, 2008).

Um aspeto fundamental da psicologia do envelhecimento está relacionado com os “estereótipos”, ou seja, efeitos negativos associados à idade, como: perda de interesse pela vida; incapacidade de adaptação a novas situações e por fim à improdutividade. Contudo, estes estereótipos, sobre as pessoas idosas, têm tendência a mudar, os idosos já não são associados a indivíduos que não têm interesse pela vida, conforme defendia a teoria da “desvinculação”. Existem indivíduos com grande autonomia e interesse pelo mundo, por exemplo. Assim, impõem-se, à teoria da “atividade” (assumir novos papéis) e à teoria da “vulnerabilidade” (adaptação a situações externas negativas) (Osorio, 2007).

2. O IDOSO, A FAMÍLIA E AS RELAÇÕES AFETIVAS

A família é uma parte muito fundamental, uma vez está ligada inter-geracionalmente e também porque estas se ajudam mutuamente ao longo do tempo. Deste modo, o Apoio Familiar pode-se traduzir na prestação de serviços domésticos, financeiros, afetivos, emocionais, expressivos e informativos ou estratégicos (Déchaux, 1996; Rodriguez, 2002).

Todo o apoio que o idoso recebe por parte da sua família é muito importante para ele, uma vez que o ajuda a ter uma vida mais normal e a sentir-se mais útil, uma vez que enquanto este está a ser cuidado, e caso seja capaz de ajudar e de falar, pode,

ao mesmo tempo que é ajudado, ensinar os mais novos sobre o passado e relembrar os mais velhos de velhos tempos.

Os principais cuidadores informais são a família, uma vez que estes são aqueles que estão mais perto do idoso e aqueles

Segundo Martins (2014) é importante abordar o conceito de família e sua função, uma vez que, sem sombra de dúvida, sofreu ao longo do tempo as mais profundas adaptações e modificações, quando no seio familiar existe um idoso com uma doença crónica e dependente que confronta a família com a necessidade de (re)definir as relações familiares.

A família é vista como o grupo social mais antigo presente na sociedade influenciando a vida das pessoas e apresentando uma organização complexa que se encontra em constante interação com o contexto social onde está inserida. As modificações na sociedade afetaram mudanças expressivas na organização e estrutura familiar, dando origem a novas estruturas familiares (Leite, 1991).

As transformações a nível político, económico e social, ocorridas na segunda metade do século XX, alteraram a estrutura e a dinâmica da família, o que conduziu a profundas mudanças no comportamento das pessoas e à redefinição de papéis no seio familiar (Martins, 2014)

A família após sofrer todas essas influências origina mudanças nos papéis e nas relações, alterando a sua estrutura nomeadamente a nível da composição familiar. Singly (2000) salienta que a família contemporânea é ao mesmo tempo e paradoxalmente, relacional e individualista. É nesta tensão que existe entre estas duas dimensões que se constroem e se desfazem os laços familiares contemporâneos.

Atualmente não existe um formato singular de família, esta tem vindo a sofrer transformações, passando a haver cada vez mais famílias nucleares, monoparentais. Destacamos que a família no século XXI é apontada como a família pós-moderna e várias são as definições de família, de acordo com diferentes autores.

Para Minuchin (1990) a família é um combinado impercetível de exigências práticas que compõe a interação dos seus membros, considerando-a igualmente como um sistema que age através de padrões transacionais. Assim sendo, no íntimo da família, os indivíduos podem produzir subsistemas, podendo estes ser compostos por grupos de diferentes interesses e/ou função, sexo, e gerações, alcançando diversos níveis de poder, onde os procedimentos de um membro afetam os outros membros.

Autores como Minuchin (1990) e Figueiredo (2012), têm determinado a noção de família como um sistema em que se atestam variadas interações entre todos os seus membros. Para Figueiredo a família apresenta-se “como um sistema aberto, de inter-relações recursivas, (...) introduzido e articulado em diversos contextos, agrega um

sistema de valores, conhecimentos e práticas, num espaço relevante de socialização e humanização” (2012, p. 68).

Esta visão dinâmica da família revela a sua complexidade e permite-nos compreender melhor a importância das relações estabelecidas entre os seus membros, como determinantes no processo evolutivo do grupo familiar. A família enquanto grupo, evoluiu de acordo com as suas finalidades, face às quais desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo de vida, sujeito às transições normativas e acidentais.

Em Portugal, as famílias, estão em constante mudança como a sua organização familiar que se reconfigurou devido às transformações da sociedade como o aumento da taxa de participação das mulheres portuguesas no mercado de trabalho, a atomização dos agregados familiares e a maior volatilidade das relações conjugais (Cunha 2009).

Os últimos dados dos Censos (INE, 2011) mostram uma inclinação da redução da dimensão média das famílias e diminuição da natalidade. Examinando as transformações nas últimas décadas da composição, estrutura e dimensão das famílias portuguesas, é possível reparar no aumento das famílias unipessoais e o aparecimento de novas formas familiares e conjugais, as quais, embora de forma ainda muito restrita, têm vindo a ser incorporadas no conceito de núcleo familiar.

No que diz respeito à mudança da estrutura familiar é um dos fatores salientes na sociedade contemporânea, aplicando novos desafios em termos de carências sociais e ao planeamento das respostas públicas e privadas, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no contexto do processo de envelhecimento (Carneiro, 2012).

Por sua vez, as mudanças demográficas e das estruturas sociais das famílias trouxeram consigo uma nova dinâmica na vida das pessoas pois, antigamente eram as mulheres que arcavam com o papel de cuidadoras dos idosos, mas devido à sua entrada no mercado laboral e por sua vez o envelhecimento simultâneo da população, o cuidado dos mais velhos ficou, de alguma maneira, comprometido (Pego, 2013).

Findando, é possível verificar as múltiplas transformações sociais e mudanças na estrutura familiar. A diminuição do agregado familiar, a diminuição da natalidade, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, a maior volatilidade das relações conjugais e as alterações das redes de solidariedade e vizinhança, condicionam as hipóteses de apoio das famílias que concedem cuidados aos seus idosos dependentes. A família é a base da realização afetiva do idoso e, deste jeito, não se pode descuidar a importância evidente dos cuidados informais prestados em contexto domiciliário por parte desta.

2.1. AS RELAÇÕES AFETIVAS

Compreender a dinâmica que se estabelece ao nível das relações interpessoais do idoso com a sua família requer que se entendam conceitos como comunicação, interação, função, papel, transação, de entre outros (Ornelas, 2008 cit. Martins 2014). A comunicação é uma competência que permite a construção e manutenção de relações interpessoais saudáveis, e é um aspeto fulcral.

Segundo Phaneuf (2005) pode ser definido como um método de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação faz-se de maneira criteriosa ou imponderada pelo comportamento verbal e não-verbal, pela forma de agir dos intervenientes. Assim, podemos deter e compreender os propósitos, pareceres, sentimentos e emoções sentidas pela outra pessoa, gerando laços significativos com ela. (Carneiro, 2012).

Com o envelhecimento, as funções sociais dos idosos, maioritariamente das vezes, tornam-se reduzidas, quer pelas próprias limitações físicas e por problemas de saúde como os défices cognitivos, quer especialmente por pressões da própria sociedade. A progressiva perda de poder de argumentação, o esvaziamento de papéis sociais, a gradual perda de autonomia e as alterações ao nível da comunicação, aceleram o processo de envelhecimento, levando os idosos à diminuição dos contactos sociais e consequentemente acelerem o processo de envelhecimento (Dias & Schwartz, 2005. cit. Carneiro 2012).

Uma das estratégias para promover o envelhecimento bem sucedido passa, de entre outras, pelo desenvolvimento de atividades relacionadas com o fomento da proximidade com a família, de modo a preservar os laços afetivos e as competências gerais do idoso (Pérsico, 2010).

A história de vida da família do idoso constitui um fator relevante na sua relação futura. A existência de conflitos potencia a perceção de repercussões negativas. Assim, a interação dos familiares com um idoso, é uma relação interpessoal fruto de um passado mediado pelo cuidar e pelos sentimentos que fluem entre ambos (Sequeira, 2007).

Avaliar, compreender e apoiar os familiares na relação que estes criam com os idosos, pode ajudar para a resolução dos seus problemas, prevenir o *stress* e melhorar a qualidade de vida do idoso e respetiva família (Carneiro 2012)

O ser humano precisa de criar relações e laços afetivos, sendo que é no seio da família que, mesmo em situações em que é impraticável partilhar o mesmo teto, os idosos devem ser apoiados, sendo os laços afetivos mais essenciais que o espaço físico (Imaginário, 2004). Paúl (1997) refere existir um fortalecimento dos laços entre o familiar

e o idoso dependente, assegurando que nesta fase da vida há um reforço dos sentimentos de ligação.

Azeredo (2008) declara que a família é uma estrutura em permanente transformação, que se organiza através dos seus membros e uma unidade social básica a partir da qual se desenvolvem outras.

O afastamento prolongado da família tem um enorme efeito negativo sobre os idosos motivando muitas das vezes depressão, angústia e solidão, fazendo o idoso sentir que foi abandonado.

Para Secchi (2008) é de extrema importância proporcionar e motivar a reunião da família com o idoso dentro da instituição, mostrar à família a relevância das visitas periódicas aos idosos; bem como a sua participação em eventos da instituição, como festas temáticas, aniversários, atividades de lazer; sendo importantes para o bem estar dos idosos, permitem o reatar dos vínculos familiares.

As populações idosas ao longo do tempo foram sujeitas a diversos estudos onde se identificaram que, indivíduos que sofrem de défices cognitivos como a demência de Alzheimer e que conseqüentemente não se lembram do contacto com os familiares ficam com sentimentos mais calorosos e com uma maior sensação de conforto após o contato com estes. Eles podem rapidamente esquecer-se, mas uma visita a um parente idoso com Alzheimer vai deixá-los com um sentimento de alguma satisfação (Sequeira, 2010).

2.2. O PAPEL DO IDOSO NA FAMÍLIA – CUIDADORES INFORMAIS

Cuidador é a pessoa que ajuda/auxilia alguém doente, deficiente ou idoso. Tanto pode ser uma pessoa com a qual há laços de consanguinidade ou afinidade legal, como alguém amigo com o qual é estabelecida uma relação de responsabilidade de ajuda e de cuidado. A ajuda tanto pode ser a prestação de serviços, tais como o auxílio na lida ou governo da casa, suporte financeiro, gestão de outros serviços, como pode ser a prestação de cuidados diretos, por exemplo suporte emocional, apoio na toma de medicação, alimentação, entre outros.

Com o aumento da expectativa de vida, o contingente de pessoas idosas é expressivamente numeroso e continua a crescer. Este crescimento deve-se à soma de dois fatores: a queda da taxa de natalidade e o aumento da longevidade da população. Sabemos que em qualquer idade a família é considerada social e culturalmente, a base da vida de uma pessoa. Como na fase de infância, a velhice exige do ambiente familiar os cuidados frente às suas alterações físicas e psicológicas. As famílias tradicionais

honravam cuidar dos seus idosos. Atualmente, prevalece o modelo social da família nuclear em que convivem num mesmo lar apenas pais e filhos, e o afastamento de idosos dos seus filhos e netos, entre outros, tornou-se comum. Muitas vezes, há uma perda total de contato entre os idosos e a sua família.

Os idosos são bastante vulneráveis, por isso apresentam uma combinação de limitações e doenças que reduzem a sua capacidade funcional e, em consequência disso, acabam por atingir o seu estado emocional. Se os idosos forem tratados com dignidade e encorajados a manter a autonomia, a sua qualidade de vida irá melhorar. O papel da família é fundamental no cuidado do idoso. O contato com o idoso doente só será completo com a presença da família, em razão da sua estrutura, potencialidades e capacidades, para poderem viver de forma mais afetiva e criativa. O cuidado de forma inadequada, insuficiente ou até mesmo inexistente ocorre e situações em que os membros da família não estão disponíveis, estão sobrecarregados ou não preparados para essas responsabilidades, existindo a possibilidade de maus-tratos e abusos. São necessários programas e serviços urgentes e importantes para idosos isolados, dependentes e abandonados que necessitam de alternativas à assistência familiar de que não dispõem (Carvalho, M., 2009)

Em relação à autonomia da pessoa idosa, está ligada diretamente à sua capacidade funcional, correspondendo às atividades do quotidiano, proporcionando ao idoso a sensação de bem-estar ou de uma boa qualidade de vida, independentemente da sua idade. A família é fundamental na prestação de cuidados aos idosos e deve ser compreendida quando os cuidados excedem as suas próprias capacidades, existindo idosos que precisam de algum tipo de ajuda para realizar, pelo menos uma tarefa, como por exemplo compras, limpar a casa, preparar refeições, requerendo auxílio para as tarefas básicas como tomar banho, vestir, alimentar, sentar, entre outras, acabando por levar a um estado de incapacidade e dependência para os cuidados nas atividades da vida diária. As maiores mudanças no quotidiano acontecem na vida pessoal e profissional do próprio cuidador, exigindo todo o seu tempo, tanto que alguns abdicam do seu emprego, outros trabalham, mas carregam a preocupação com a saúde do seu familiar. A falta de dinheiro pode gerar angústia do cuidador que quer dar o melhor para o seu familiar idoso. Dessas condições financeiras para auxiliar as famílias nos cuidados com o idoso, as instituições especializadas têm sido uma alternativa encontrada pelos filhos para transferirem a responsabilidade de cuidados. Os idosos tornam-se um peso para as famílias e para a sociedade, resultando da impossibilidade de manter os idosos no seio familiar, levando à procura de instituições onde eles acabarão por completar o seu ciclo vital sem o aconchego familiar. O contato com a família permite que os idosos se mantenham próximos aos seus meios naturais, uma vez que nas instituições são

obrigados a adaptar-se e aceitar normas e regulamentos do local, tornando-se membros de uma nova comunidade e convivendo com pessoas que com as quais não possuem qualquer vínculo afetivo.

Caso contrário, para manter o idoso em casa, com a família, é preciso que ela se adapte às necessidades do mesmo, oferecendo um ambiente seguro, preservando a sua independência e a sua autonomia. A família ou o cuidador deverão tomar o cuidado de não infantilizá-lo, não tratá-lo como um doente, pois é preciso tentar entender a forma como ele se sente.

3. EVOLUÇÃO DAS RESPOSTAS SOCIAIS DIRIGIDAS À POPULAÇÃO IDOSA

De 2002 até à atualidade, as medidas e programas durante este período procuram criar não só condições de maior autonomia dos idosos, de prevenção de situações de dependência e de institucionalização, de evitamento da pobreza e exclusão, como também que a permanência no domicílio tenha a maior duração.

Por outro lado, com o objetivo de evitar situações de exclusão social e de pobreza, foi criado, em 2004, o “Programa para a Inclusão e Desenvolvimento” (PROGRIDE). Este programa dirige-se a grupos específicos particularmente confrontados com situações de exclusão, marginalidade e pobreza persistente, assentes na participação de todos os atores locais e na congregação das várias sinergias locais.

Contudo, com o objetivo de ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e/ou maximizar a sua qualidade de vida, foi implementada pelo Decreto-Lei nº101/2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), constituída por um conjunto de instituições públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias. A RNCCI resulta de uma parceria entre os Ministérios da Solidariedade e Segurança Social e da Saúde e vários prestadores de cuidados de saúde e de apoio social.

Por fim, para prevenir e evitar a institucionalização foi desenvolvido o “Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas” (PCHI), que tem como finalidade melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade dos idosos que usufruem do Serviço de Apoio Domiciliário ou frequentam um Centro de Dia ou ainda cuja prestação destes serviços esteja dependente da qualificação habitacional (Carvalho, M. 2013).

4. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

“A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (MTSS), é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias.” (Instituto da Segurança Social, IP: Guia Prático).

A RNCCI pretende prestar cuidados adaptados às necessidades do cidadão e centrados no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador adequado (UMCCI, 2011). O objetivo da RNCCI é “prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Sitio da Segurança Social, 2016).

A prestação de cuidados é assegurada, através de 4 tipos de resposta, as Unidades de Internamento (Convalescença, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção, Cuidados Paliativos); as Unidades de Ambulatório (Unidade de dia e de promoção da autonomia); a Equipa Hospitalar (Equipas intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos e as Equipas de Gestão de Altas); as Equipas domiciliárias (Equipas de cuidados continuados integrados e a Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos) (Artigo 12º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

O modelo de gestão da REDE assenta numa lógica de descentralização e contratualização de serviços. A coordenação é assumida a nível regional pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR) e a nível local pela Equipa de Coordenação Local (ECL). Esta descentralização permite uma articulação dos diferentes níveis, garantindo o bom funcionamento do processo de gestão de utentes. Estas equipas são ambas compostas por elementos do setor da segurança social e da área da saúde (UMCCI, 2011).

As principais competências da ECR são a “Divulgação de Informação à população sobre a RNCCI; Análise de propostas para integrar a REDE; Acompanhamento e controlo da execução financeira; Garantia da qualidade e adequação no acesso à REDE; Formação dos Profissionais; Plano Regional de Implementação e Previsão orçamental e a Garantia da articulação entre entidades e parceiros” (UMCCI, 2011).

A ECL em articulação com a ECR da própria região desenvolve as seguintes competências: “Assegurar a articulação das unidades e equipas ao nível local; Apoiar e

acompanhar o cumprimento dos contratos; Assumir os fluxos de referência dos utentes na REDE; Atualizar o sistema de informação na REDE; Assegurar a preparação de altas; Apoiar e acompanhar a utilização dos recursos na REDE e Promover parcerias para a prestação de Cuidados Continuados Integrados” (UMCCI, 2011).

O modelo de financiamento das unidades e equipas inclui participações do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, do Ministério da Saúde e dos utentes. Nas Unidades de Média Duração e Longa Duração e Manutenção como integram a componente de apoio social, os encargos são repartidos entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, o Ministério da Saúde e pelos utentes beneficiários (UMCCI, 2011).

A admissão na REDE, é feita através de uma proposta de referenciação da Equipa de Gestão de Altas (EGA) ou da equipa do Centro de Saúde, estas equipas analisam a situação do doente e se verificarem que este tem os critérios necessários para ser encaminhado para a RNCCI, enviam uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local da área de residência. O doente e o cuidador estão envolvidos ao longo de todo este processo (Sitio da Segurança Social, 2016).

“Sem prejuízo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, para as unidades e equipas da RNCCI podem ser referenciados os utentes que se encontrem em situação de: Dependência que os impossibilite de desenvolver as atividades instrumentais e básicas da sua vida diária, na sequência de episódios de doença aguda e ou com presença de síndromes geriátricas, nomeadamente, desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais; Doença crónica, com episódios frequentes de reagudização e que necessitem de seguimento e acompanhamento prolongados, nomeadamente, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença neurodegenerativa, insuficiência cardíaca, diabetes, hepatopatia; Doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca grande impacto emocional ao doente e família e necessidade de continuidade de tratamentos que contribuam para a reabilitação na sequência de episódio de doença aguda ou manutenção preventiva de agudizações” (Artigo 19.º da Portaria n.º174/2014 de 10 de setembro, p.4869).

4.1. REFERENCIAÇÃO DE UTENTES E INGRESSO NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

O processo de referenciação de doentes para e na RNCCI obedece ao princípio fundamental de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dela carecem.

O circuito de referenciação da RNCCI assenta em vários níveis operacionais, correspondentes a Equipas de Gestão de Altas, Equipas Coordenadoras Locais, Equipas Coordenadoras Regionais. Existe ainda a um outro nível, a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados com enfoque na monitorização e na regulação. O acesso à Rede é feito através de referenciação, com origem no Hospital do SNS ou no Centro de saúde.

A responsabilidade pelo ingresso da pessoa dependente na RNCCI, mediante um processo de referenciação próprio, com critérios específicos, cuja proveniência pode ser do Hospital ou do Centro de Saúde, independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário, é da competência da ECL. Para o efeito, cada ECL é responsável pela avaliação da situação de saúde e social do doente e pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação.

Por outro lado, é também necessário que o doente (ou o seu representante) formalize sempre o seu consentimento informado e, no caso das Unidades de Reabilitação e Unidades de Manutenção aceite as respetivas condições de participação (Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados).

4.2. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO PARA AS UCCLDM

Os utentes são admitidos nas unidades de internamento de Longa Duração e Manutenção de acordo com os seguintes critérios:

- “Necessidade de apoio para a satisfação das necessidades básicas;
- Necessidade de cuidados de manutenção de aptidões;
- Impossibilidade de inserção na comunidade, por ausência de recursos sócio-familiares;
- Necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais”.

No entanto, a admissão nas Unidades de Internamento de Longa Duração e Manutenção é sempre executada mediante a intervenção da Equipa de Coordenação Local.

4.3. CRITÉRIOS DA ALTA DOS UTENTES DAS UCCLDM

São critérios de alta da Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção a obtenção dos objetivos clínicos e de reabilitação, a necessidade de cuidados num outro nível de diferenciação, a capacidade de reinserção na família e/ou comunidade.

A preparação da alta da Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção é da competência da equipa da unidade e obedece a um processo sistemático que garanta a continuidade de tratamento e apoio, se necessário, noutros níveis da rede de cuidados continuados integrados.

4.4. PREPARAÇÃO DA ALTA E CONTINUIDADE DE CUIDADOS EM UNIDADES DE INTERNAMENTO

O planeamento da alta e a continuidade de cuidados em unidades de internamento passa por várias etapas. Em primeiro lugar, a preparação da alta é planeada com a equipa, com o utente e/ou com o familiar cuidador, nomeadamente através:

- Da identificação em equipa e com o doente e/ou família, das necessidades de ordem médica, de enfermagem, de nutrição, de reabilitação, de realização de EAD, de transportes e/ou outras, bem como das dimensões psicossociais individuais e familiares em presença (económicas, emocionais, culturais/religiosas, profissionais e/ou ocupacionais, habitacionais ou outras) decorrentes da situação de doença e/ou dependência e da necessidade da continuidade dos cuidados;
- Da Negociação com o doente e familiar cuidador para a elaboração do plano individual de cuidados e organização da prestação dos mesmos: definição de metas; identificação dos atores profissionais e institucionais da prestação dos cuidados ou serviços;
- Da identificação do elemento da equipa que será referenciado como o elemento de ligação entre o doente/familiar cuidador e a equipa terapêutica, se necessário.

Posteriormente é trabalhada com o utente e/ou com o familiar cuidador, pois é necessário:

- Verificar a existência de todo o equipamento necessário à transferência segura do utente e a correspondente aquisição de instrução ou treino para o seu uso;

- Verificar o entendimento feito pelo utente e/ou familiar do plano de cuidados, principalmente se estiverem presentes serviços médicos prestados por distintas especialidades médicas ou instituições;
- Facilitar ao utente e/ou ao familiar cuidador a elaboração de notas escritas sobre o plano, nomeadamente sobre os vários profissionais, equipas, instituições ou materiais que vai ter de ir contactando ou procurando durante o percurso da prestação dos cuidados de tratamento, reabilitação, readaptação ou reinserção;
- Lembrar o utente e/ou o familiar cuidador que o plano não é rígido, mas flexível e que mudará com o evoluir das condições do doente e do funcionamento dos serviços, tendo de ir sendo atualizado e lembrar, também, que pode sempre pedir esclarecimentos ou outro apoio.

Por fim, é elaborado um relatório social que constará do processo de saída do utente.

CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL

LOCALIZAÇÃO

Santarém é uma cidade portuguesa, capital do Distrito de Santarém, com 29 929 habitantes no seu perímetro urbano. Os habitantes de Santarém chamam-se "Escalabitanos" ou "Santarenos"

É sede de um município com 552,54 km² de área e 61 752 habitantes (2011), subdividido em 18 freguesias. O município é limitado a norte pelos municípios de Porto de Mós, Alcanena e Torres Novas, a leste pela Golegã e pela Chamusca, a sueste por Alpiarça e Almeirim, a sul pelo Cartaxo, a sudoeste pela Azambuja e a oeste por Rio Maior.

Santarém integra a região estatística do Alentejo e na sub-região estatística da Lezíria do Tejo; continua, no entanto, a fazer parte da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo, que manteve a designação da antiga com o mesmo nome. Pertencia ainda à antiga província do Ribatejo (da qual era a capital e centro urbano mais importante), Hoje porém sem qualquer significado político-administrativo.

5. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTARÉM

A Fundação das Confrarias da Misericórdia teve como um dos responsáveis e impulsionadores Frei Miguel de Contreiras, em conjunto com a Rainha D. Leonor. Estas estruturas de carácter assistencial remontam ao período da Alta Idade Média, tendo sido apoiadas por ordens religiosas, como por exemplo, a ordem franciscana, a ordem dominicana e a ordem trinitária (Sitio da SCMS, 2016).

Foram prontamente reconhecidas como instituições eficientes, com capacidade de se adaptar às constantes mudanças sociais, económicas e políticas de cada época, o que justifica a sua expansão nas várias cidades do país (Pinho, 2012).

A primeira Misericórdia foi fundada em 1498 em Lisboa, tem sido a primeira irmandade a estabelecer os primeiros estatutos. Os mesmos denominados de compromissos eram documentos que estabeleciam os objetivos a serem cumpridos pelas Misericórdias, bem como os direitos e deveres dos irmãos, a sua qualidade e número e por fim justificavam a fundação da respetiva irmandade (Sitio da SCMS, 2016).

Todas as Misericórdias se organizam sob a invocação de Nossa Senhora da Misericórdia e pelas obras da Misericórdia que são catorze: são sete Corporais e sete Espirituais. As obras Corporais da Misericórdia são ("Dar de comer a quem tem fome; Dar de beber a quem tem sede; Vestir os nus, Dar pousada aos peregrinos; Assistir os

enfermos; Visitar os presos e Enterrar os mortos”) e as obras Espirituais da Misericórdia são (“Dar bom concelho; Ensinar os ignorantes; Corrigir os que erram; Consolar os tristes; Perdoar as injúrias; Sofrer com paciência a fraqueza do nosso próximo e Rogar a Deus pelos vivos e defuntos”) (Sitio da SCMS,2016).

A fundação da Santa Casa da Misericórdia de Santarém remonta a 1500. Acredita-se que foi a Frei Miguel de Contreiras que ordenou que o seu companheiro Frei Martinho de Molina fundasse em Santarém uma Misericórdia, à qual foram conferidas as liberdades, garantias e privilégios que a mais importante do reino tinha a de Lisboa (SCMS, 2016).

Durante muitos anos a Misericórdia de Santarém, situou-se nas instalações cedidas pelo “Hospital Jesus Cristo” e regeu-se muito tempo pelo Compromisso da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Contudo, em 1577, o Provedor e os Irmãos Mesários acreditam que a Irmandade tinha necessidade de ter um Compromisso que se adaptasse às suas especificidades e características próprias. Assim foi em 1577 mais ou menos trezentos anos, foi por este Compromisso que a Santa Casa da Misericórdia de Santarém se regeu. Em síntese, o novo Compromisso dispunha que era “... fundamento desta Santa Confraria e Irmandade cumprir as Obras de Misericórdia...” (Sitio da SCMS, 2016).

Atualmente a Santa Casa da Misericórdia de Santarém tem personalidade jurídica e é reconhecida como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, a sua localiza-se na cidade de Santarém, no Largo Cândido dos Reis nº17. Os órgãos gerentes de irmandade são a Assembleia Geral, a Mesa Administrativa e o Concelho Fiscal, que são eleitos por períodos de três anos civis e tem como base de atuação os estatutos, denominados por Compromissos da Santa Casa da Misericórdia de Santarém (Sitio da SCMS, 2016).

Missão

A sua missão é “agir concertada e integradamente na comunidade que a envolve, melhorando as condições de vida da sua população, prestando, criando a desenvolvendo serviços nas áreas sociais e da saúde adequados às necessidades das pessoas e promovendo a solidariedade, a qualidade de vida e a dignidade” (Sitio da SCMS, 2016).

A entidade compromete-se a respeitar os seguintes princípios. “ Garantir a qualidade de vida e a satisfação dos intervenientes; Promover e valorizar o trabalho em equipa/ rede incentivando a participação de todos os intervenientes; Incentivar a participação e autodeterminação dos clientes/utentes; Garantir a implementação de um sistema de formação e desenvolvimento pessoal e profissional; Assegurar o

cumprimento dos requisitos legais em vigor e outros referenciais aplicáveis e por fim Implementar e fazer cumprir um Sistema de Gestão da Qualidade” (Sitio da SCMS, 2016).

No seu trabalho diário respeita os seguintes valores: a justiça, a ética, a solidariedade, a equidade e a qualidade (SCMS, 2016). A SCMS visa ser uma instituição de qualidade nas áreas sociais e de saúde a nível local, nacional e internacional. A entidade conta com 250 trabalhadores e 65 voluntários, coopera e estabelece acordos com outras entidades públicas, privadas, outras Misericórdias e com o Estado, para poder atingir os seus objetivos (Sitio da SCMS, 2016).

O brasão da Misericórdia de Santarém, é composto pelo, Escudo I, Escudo II, Suportes e Listel. Existe um significado nos símbolos representados no brasão como: “Cruz com resplendor alude ao símbolo sagrado do Redentor sustento e conforto dos doentes e desprotegidos; Caveira com duas tíbias símbolo da morte, para a qual a Misericórdia proporciona conforto espiritual; Sigla MIZA é a antiga abreviatura de Misericórdia; Coroa real representa a origem régia da Instituição; Armas de Portugal simbolizam o caráter Nacional das Misericórdias; Folhas de acanto representam o esforço, dedicação e a sabedoria daqueles que trabalham em prol dos mais desfavorecidos; Ramo de carvalho configura a fortaleza como lugar de abrigo e o Ramo de lírios exprime a pobreza. O azul significa, a probidade, a integridade e o zelo permanente, garantido a eficácia. O ouro significa a nobreza de alma e a firmeza no agir. Por fim, a prata, a humildade e a esperança de melhor servir” (SCMS, 2016, p.11).

A instituição possui acordos com várias instituições e organismos como a CLAS-Concelho Local de Ação Social (Rede Social), CPCJ- Comissão de Proteção Crianças e Jovens do Concelho de Santarém; Programa de Rendimento Social de Inserção (Ministério do Trabalho e da Solidariedade e Segurança Social) e Projeto GRUNDTVIG-Aprendizagem ao Longo da Vida (Sitio da SCMS, 2016).

Por outro lado, a SCMS disponibiliza vários recursos/serviços nomeadamente, o Atendimento/Orientação; o Banco de ajudas técnicas; o Banco de Roupas e Equipamentos; o Ginásio; o Refeitório Social; o Serviço de Balneário e Lavandaria; Serviços de voluntariado; o Centro de Apoio a Peregrinos e o Centro de Recursos (Sitio da SCMS, 2016).

Por fim, a Misericórdia de Santarém disponibiliza respostas sociais em diversas áreas. Relativamente à área da Infância/Juventude: A Creche/Pré-Escolar – “Os Amiguinhos”, o Centro de Acolhimento Temporário para Crianças em Risco- “1º Passo”, Centro de Atividades e Tempos Livres – “Quinta do Boial” e o Lar dos Rapazes. Na área da anciania: o Centro de Dia, o Serviço de Apoio Domiciliário, a ERPI de Santarém, a ERPI de S. Domingos, a ERPI - Lar de Grandes Dependentes, o Centro de Acolhimento

Temporário de Emergência para Idosos – CATEI. Na área de Família/Comunidade: o Centro de Atendimento e Acolhimento Social – “Novo Rumos”; uma equipa multidisciplinar de Rendimento Social de Inserção e a Cantina Social. Por fim, na área da saúde, a Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção (UCCLDM) – “Hospital de Jesus Cristo” (Sitio da SCMS, 2016).

6. UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO DA SCM- SANTARÉM - HOSPITAL JESUS CRISTO

"A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio."

A Santa Casa da Misericórdia de Santarém criou uma Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção (UCCLDM), ao abrigo do Programa Modelar, denominada por “Hospital de Jesus Cristo”. Esta é uma das respostas sociais mais recentes da Misericórdia e o seu nome remete às primeiras instalações da Santa Casa da Misericórdia de Santarém, que se situavam no antigo Hospital de Jesus Cristo até 1984 (SCMS, 2016).

OBJETIVOS E DESTINATÁRIOS

A Unidade de Longa Duração e Manutenção- “Hospital de Jesus Cristo”, é uma resposta social na área da saúde e um estabelecimento integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que surgiu com o Decreto- Lei n.º101/2006 de 6 de junho e exerce a sua função em articulação com os outros serviços, setores e organismos (SCMS, 2016).

A unidade de Cuidados Continuados (UCC)- “Hospital de Jesus Cristo”, tem como missão, “prestar cuidados de saúde e psicossociais qualificados, humanizados e personalizados assentes numa política de melhoria contínua e focalizados na satisfação dos utentes (SCMS, 2016, Art 2º, p.6). “(...) Prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”, compreendendo “ (...) A reabilitação, a readaptação e a reintegração social” e “ A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em

situações irrecuperáveis” (Artigos 4º e 5º do Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de junho, p.3858).

A UCCLDM visa a “Aposta na excelência técnico profissional, promovendo a multidisciplinariedade e potenciando a criação de ambientes terapêuticos que possibilitem o desenvolvimento de atividades ao nível do internamento, garantindo assim a cobertura das necessidades da comunidade no que respeita aos cuidados continuados de saúde”. Por outro lado, “pretende promover a resposta social de forma sustentada, integrada numa rede de parceiros sociais que, em sintonia, antecipem necessidades e expectativas com vista à satisfação do doente” (SCMS, 2016, p.2).

Temo como valores os seguintes princípios basilares de ação, o respeito pelos seguintes Direitos Fundamentais, a Dignidade, a Liberdade, a Igualdade, a Solidariedade, a Cidadania e a Justiça (SCMS, 2016).

A mesma é uma unidade de internamento de carácter temporário ou permanente que presta apoio social e cuidados de saúde de recuperação, reabilitação, manutenção e reinserção, a pessoas com doenças crónicas, com diferentes níveis de dependência, de qualquer idade, que não reúnam condições para estarem no domicílio. A UCCLDM ainda tem como objetivos proporcionar um envelhecimento ativo, a manutenção da qualidade de vida e cuidados continuados que previnam o agravamento de situação de dependência. (SCMS, 2016).

FUNÇÕES DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR E SERVIÇOS ASSEGURADOS NA UCCLDM

A prestação de cuidados é assegurada por uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos (medicina interna e fisiatra), enfermeiros, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, técnica de nutrição e dietética e auxiliares de ação médica (Sitio da SCMS, 2016).

A equipa multidisciplinar da UCCLDM assegura os seguintes serviços: “Atividades de manutenção e de estimulação; Cuidados médicos; Prescrição e administração de fármacos; Controlo fisiátrico periódico; Cuidados de fisioterapia e de terapeuta ocupacional; Apoio no desempenho de todas as atividades da vida diária (AVD); Apoio psicossocial; Higiene, conforto e alimentação e a preparação de alta e respetivos encaminhamento” (Sitio da SCMS, 2016).

Toda a intervenção social e prestação de cuidados de saúde assentam nos seguintes objetivos: “ Melhorar as condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência; Apoiar o cliente e a família na sua reintegração em meio

familiar ou outro adequado à sua situação; Garantir o respeito pela sua identidade e dignidade; Proporcionar uma alimentação qualitativa e quantitativamente adequada; Fomentar um ambiente calmo, confortável e humanizado; Apoiar, acompanhar o internamento tecnicamente adequado à respetiva situação; Apoiar os familiares ou prestadores de informai, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; Disponibilizar os serviços de apoio necessários ao bem-estar do utente e Promover a articulação com outras unidades, organismos, entidades da Rede, de forma, a garantir a continuidade dos cuidados, a satisfação das necessidades das pessoas em situação de dependência e a otimização da utilização dos recursos” (SCMS, 2016, p.7).

O técnico de Serviço Social neste equipamento desenvolve várias funções e responsabilidades: “Procede ao acolhimento de novos utentes, acompanhando-os e promovendo a sua integração; Organiza e mantém atualizados os processos individuais dos utentes, preparando a sua alta e a família, avaliando os seus recursos; Organiza o processo social, a identificação do utente, do cuidador informal, do agregado familiar, rendimentos económicos, diagnóstico social, plano de ação, diligências efetuadas; Assegura a qualidade de vida dos utentes, aconselhando e intervindo em situações de crise; Colabora com os técnicos de saúde, de modo a preparar a alta do utente; Promove a manutenção das relações interpessoais do utente com a equipa, a família e as outras redes de socialização e por fim ainda desenvolve funções na área da gestão de recursos humanos” (SCMS, 2016, p.14).

A unidade atualmente está equipada de forma a proporcionar o maior conforto aos seus utentes, possui assim, 12 quartos (9 duplos e 3 individuais), cada um com casa de banho, havendo um total de 21 camas, para internamento. Para além dos quartos a unidade, dispõe de uma sala de enfermagem, um gabinete médico, uma sala de tratamento de eletroterapia, um ginásio, uma sala de convívio, uma copa e refeitório, um gabinete multidisciplinar, um gabinete de diretos técnico e um bar (SCMS, 2016).

A equipa da UCCLDM trabalha na promoção da autonomia e da qualidade de vida dos seus utentes e dos seus familiares ou representantes legais, através de um trabalho cuidado e tendo sempre em atenção a satisfação e desenvolvimento individual do utente (SCMS, 2016).

FINALIDADES DAS UCCLDM

Para existir referenciação para a unidades de cuidados continuados de longa duração e manutenção, a situação de dependência, que em período superior a 90 dias requeira: “Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes; Cuidados de saúde, por patologia aguda e ou crónica estabilizada e défice de autonomia

nas AVD, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias; Cuidados por patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica, funcional e cognitiva; Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva; Internamento, por apresentar algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/ problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e ou segurança da locomoção; Internamento por dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, não podendo a duração do(s) respetivo(s) internamento(s) ser de duração superior a 90 dias consecutivos, com limite anual de 90 dias e Programa de reabilitação funcional ao nível da manutenção” (Artigo 19.º da Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro, p.4870).

Após o internamento do utente durante um determinado período de tempo, pode dar-se três situações, a alta (domicílio ou equipamento social), a transferência (por exemplo para outra unidade), isto quando atingido os objetivos terapêuticos ou for considerada adequada uma mudança de tipologia por motivos diversos e por fim pode acontecer dar-se o óbito do mesmo (SCMS, 2016).

7. FUNÇÕES DA PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E NA RNCCI

A profissão de Serviço Social “promove a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas e o reforço da emancipação das pessoas para promoção do bem-estar. Ao utilizar teorias do comportamento humano e dos sistemas sociais, o Serviço Social intervém nas situações em que as pessoas interagem com o seu meio. Os princípios dos direitos humanos e da justiça social são fundamentais para o Serviço Social” (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2007, cit por, Lopes, Ribeiro & Santo, 2012, p.34).

A publicação da Reforma Hospitalar em 1968 (Decretos-Lei nº 48357 e 48358) vem definir o papel do Serviço Social na Saúde. É nestes diplomas em que o hospital é caracterizado como “serviço de ação médico-social da comunidade, dando prioridade à pessoa doente como razão de ser e objetivo final da instituição”. Este consagra definitivamente a relevância do Serviço Social na Saúde clarificando as suas finalidades e funções bem como a sua posição no organograma hospitalar (Lopes, Ribeiro & Santo, 2012, p.34).

No Decreto-Lei nº 48357 de 27 de abril de 1968 sublinha-se uma definição possível de Serviço Social na Saúde como aquele que estabelece “as relações entre necessidades pessoais e familiares e os casos de doença” (cit por, Lopes, Ribeiro & Santo, 2012, p.34). De acordo com Masfret (2012, p.56), “o serviço social de saúde

estuda os problemas gerados ou revividos pela doença e pelas necessidades de tratamento médico, estabelece o diagnóstico social de saúde e, neste, desenvolve planos de atuação em que as pessoas são parte ativa da solução, quer, como foi mencionado, na condição de doentes ou familiares, quer como beneficiárias dos programas preventivos.”

Em 16 de maio de 2002, através da Circular Normativa n. 08 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde, estabelecem-se as funções dos Assistentes Sociais, que trabalham nos serviços do Ministério da Saúde. Algumas das funções do Assistentes Sociais, que trabalha nos serviços do Ministério da Saúde são: “Identificar e analisar problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o diagnóstico social; Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social; Analisar, selecionar, elaborar, registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação; Assegurar a continuidade dos cuidados continuados sociais e prestar, em articulação com os parceiros da comunidade; Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades; Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência da prestação de cuidados, entre outras” (Lopes, Ribeiro & Santo, 2012, p.35).

A inclusão do Serviço Social no contexto dos cuidados de saúde e continuados integrados é um imperativo de direitos humanos e de dignidade humana. Foi através da construção do Sistema Nacional de Saúde que os assistentes sociais se começaram a destacar na defesa dos direitos dos doentes e em funções técnicas que lha são atribuídas, como por exemplo o planeamento e intervenção direta junto dos doentes, famílias e comunidades (Carvalho, 2014). Na área da saúde e dos CCI, o Serviço Social destaca-se na promoção da inclusão social de doentes e famílias e na defesa dos seus direitos; na definição de estratégias que garantam as motivações e capacidades pessoais e sociais e na humanização dos serviços de saúde (Carvalho, 2014).

Um dos modelos de intervenção em Serviço Social que se destaca nos sistemas de saúde e em cuidados continuados, pela sua capacidade de responder aos problemas dos indivíduos, é a intervenção psicossocial. O modelo de intervenção psicossocial individualizado tem a virtude de ser centrado na pessoa e no seu ambiente. O relacionamento interpessoal é a base deste modelo, onde a relação de ajuda ganha destaque. Para que este se realize de forma adequada é necessário o desenvolvimento de uma relação positiva, onde a empatia, a aceitação, a autenticidade, o respeito e a

confidencialidade, se constituem como pilares fundamentais da intervenção (Garcia & Romero, 2012, cit por, Carvalho, 2014).

As finalidades da ação do assistente social da saúde na RNCCI são “Garantir o adequado acolhimento e integração dos doentes e famílias na RNCCI; Fomentar a prestação integral e integrada dos cuidados, assegurando o acompanhamento e o cumprimento do plano individual de cuidados flexível, contínuo e articulado; Promover a manutenção, o reforço ou o restabelecimento das relações interpessoais do doente com a equipa, a família e as redes de sociabilidades; Assegurar o apoio material e o suporte emocional à família; Potenciar a reinserção do doente no seu meio habitual de vida, com qualidade e suportes adequados; Contribuir para a efetividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SNS; Motivar ou incentivar doentes, ex-doentes, familiares ou outros para a organização de ações de auto-ajuda e/ou voluntariado e por último Potenciar a consciencialização dos cidadãos sobre as necessidades e as responsabilidades na saúde e na doença e fomentar a sua capacitação para uma participação ativa na melhoria dos serviços e dos cuidados” (DGS, 2006, p.6).

Na intervenção em cuidados continuados integrados o Assistente Social passa por quatro momentos metodológicos: o acolhimento/ admissão, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da comunidade dos cuidados, sendo que a especificidade da sua ação depende de cada Unidade e da natureza da doença e evolução da mesma (DGS, 2006). Neste âmbito destaca-se a importância da escuta ativa perante os familiares, isto é, compreender quais são as suas expectativas relativas à reabilitação/manutenção, ainda é fundamental que exista uma boa relação com os familiares do doente para o planeamento da alta e que os familiares participem ativamente na intervenção. Importa ainda realçar a importância em articular e comunicar telefonicamente com os familiares, para que estes se mantenham próximos do doente e não se desresponsabilizem em algum momento do seu familiar (Carvalho, 2014).

O profissional de Serviço Social garante um apoio/suporte social adequado, desenvolvendo os seguintes processos: informativo e de acolhimento e de aconselhamento aos doentes e famílias sobre custos ou taxas para a adaptação à doença/perda, apoiando grupos de suporte ou em fim de vida; interventivos em situações de crise como em episódios de agudização de doença, em episódios de violência, negligência ou trauma; educativos, em programas dirigidos ao doente/família e/ou cuidadores; na coordenação e mobilização de recursos comunitários e continua a apoiar individualmente os doentes e família quando não há possibilidade de alta (DGS, 2006, cit por, Carvalho, 2014).

Os profissionais de Serviço Social no contexto da saúde ou outra área devem ter sempre presentes normas éticas que devem regular a sua intervenção social. Segundo a Declaração Internacional de Princípios Éticos do Serviço Social (2001), na relação com o utente, os principais deveres éticos a ter em atenção pelo profissional são: “ Prestação de um serviço eficiente, honesto, não discriminatório; Atenção prioritária às situações de especial necessidade; Não interrupção de serviços; Exercício de juízos imparciais; Reconhecimento do direito à informação e garantia de consentimento informado; Estímulo à autonomia e participação; Garantia da confidencialidade e reserva da intimidade”. Ainda estão estabelecidas as normas éticas para com os colegas e para com a organização (Núncio, 2010, p.150). No Serviço Social são fundamentais os princípios da autodeterminação, liberdade e participação, justiça social e por fim equidade (Carvalho, 2014).

A importância do Planeamento da alta

As estadias em hospitais ou na RNCCI são temporárias sendo necessário investir no planeamento da alta do doente, para junto da família ou para respostas sociais na comunidade. Contudo, estas redes de suporte podem ser mobilizadas e complementar-se em simultâneo. Neste processo de planeamento de alta é fundamental uma visão pluralista, ou seja, tomar em atenção três perspetivas: medicina, enfermagem e serviço social (Masfret, 2012).

O planeamento da alta, segundo a DGS (2006), é definido como um “processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários.” (cit por, Ramos, 2015, p.23). O American Hospital Association (1973) define o planeamento da alta como “um procedimento centralizado, coordenado e interdisciplinar, no qual, os membros da equipa de saúde, colaboram com os doentes e suas famílias, antecipando as necessidades destes depois da hospitalização, desenvolvendo um plano que os ajudará a ganhar independência e a manter os benefícios ganhos durante a estadia no hospital” (cit por, Masfret 2012, p.65).

Como podemos verificar, nas definições anteriormente referidas o processo de planeamento da alta procura garantir que o utente seja cuidado no contexto familiar, sem colocar em causa as conquistas adquiridas até então, prevenindo-se assim internamentos recorrentes, através da garantia da continuidade de cuidados (Augustus, et al, 2005). Ainda implica que o doente seja considerado em primeiro lugar e que os objetivos sejam definidos centrados no doente e nas famílias para que se estabeleça uma relação de ajuda (Carvalho, 2014).

O autor Mackeehnan, (cit. por Borges, Teodoro & Valente, 2006, p.17), identifica cinco etapas do processo de planeamento de alta: “(1) a identificação do doente e das suas necessidades; (2) o diagnóstico dos problemas detetados na fase anterior, (3) o planeamento de soluções para ultrapassar os problemas detetados; (4) a implementação dos planos escolhidos pela equipa de Planeamento de Altas; e (5) a avaliação dos planos implementados.” O método em questão implica a utilização de instrumentos como: elaboração de notas de alta com informações sociais e relatórios sociais, mas também um processo de feedback constante do impacto das diligências efetuadas no bem-estar do utente (Carvalho, 2014).

A notícia da alta do doente pode ter impactos diferentes nos contextos familiares. De forma geral, o regresso a casa é uma boa notícia, em alguns casos pode apenas ser uma notícia parcialmente boa, contudo, noutros casos pode ser entendida como uma má notícia. Assim é fundamental que exista uma gestão da alta, para que se tome conhecimento dos riscos existentes, ao nível da saúde, ao nível social, ao nível psicológico e ao nível económico, para que garantido as respostas adequadas após a alta (Masfret, 2012). Segundo a RNCCI a preparação da alta deve ser iniciada antecipadamente, logo no momento da admissão, para que seja garantida a solução adequada, devendo ser realizada em articulação entre UCC, ECL e ou a ECL da área do domicílio do utente (UMCCI, 2011).

Em 2002, no seu relatório anual sobre a saúde no mundo, a OMS, definiu risco como: “A probabilidade de um resultado adverso, ou um fator que aumenta essa probabilidade. Para proteger a população – e ajudá-la a proteger-se a si próprio os governos precisam de poder avaliar os riscos e de escolher as intervenções mais eficazes e acessíveis, de forma a evitar que ocorram esses riscos” (cit por. Masfret, 2012, p.66 e 67).

No planeamento da alta são aceites alguns critérios de risco como: “ter mais de 75 anos; ter mais de 70 anos e viver sozinho/com parceiro de idade similar; ter mais de 70 anos e ter uma doença crónica; ter mais de 70 anos e ter sido admitido anteriormente; ter mais de 70 anos e ser admitido por queda ou fratura; ser admitido como consequência de um AVC; ser admitido com sinais de violência; ter uma doença terminal; ter uma doença mental; apresentar sintomas de toxicoddependência; apresentar politraumatismos.” Por outro lado, também são tomados em consideração diversos critérios clínicos como: “adição/dependências; dores permanentes; amputações cirrose hepática; colostomia; coma; demência senil; desidratação; diabetes melitus; diálise; diminuição grave da visão; doença infectocontagiosa; doença neurológica; DPOC; escaras decúbito...” (Rehr, 1979, cit por Masfret, 2012, p.67 e 38).

De acordo com, Carvalho (2012, p.79), o planeamento da lata não é adequado quando: “existe pressão sobre o doente ou a família para que regressem a casa; quando existe uma base de dados aquário; quando se dá alta à pessoa antes do tempo; quando se deixa o problema de saúde para segundo plano e coloca-se o foco no problema psicossocial; quando se encontra ou cria problemas sociais inexistentes; entre outras realidades que possam ser identificadas.” Segundo a DGS (2004), um bom planeamento da lata é fundamental, não somente para reduzir o número de readmissões, bem como, para assegurar o sucesso de reintegração dos doentes e da sua família na comunidade. Este ainda demonstra que existe uma prática clínica adequada e que o isolamento social do doente após a alta será minimizado.

8. MODELO DE INTERVENÇÃO DA PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA UCCLDM

O Modelo Biopsicossocial é o que melhor se adapta ao tipo de cuidados prestados na unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção, pois este modelo expande-se, em termos metodológicos, em diversos momentos de intervenção social. Neste sentido, a principal missão dos assistentes sociais na saúde apresenta-se como a de enfatizar a centralidade dos fatores psicossociais como determinantes da saúde e do tratamento num modelo de cuidados integrais de saúde.

Num serviço de internamento, como é o caso das unidades de cuidados continuados de Longa Duração e Manutenção, o acolhimento à elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial, a preparação da alta e da continuidade de cuidados são os momentos mais marcantes da prática do Serviço Social (Carvalho, 2013, p.213).

**CAPÍTULO III: ANÁLISE GLOBAL DO PROCESSO DE ESTÁGIO-
METODOLOGIAS E AVALIAÇÃO**

9. QUESTÃO DA INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO DE CASO

A institucionalização pode potencializar o afastamento do idoso da família. Com frequência, a família usa como estratégia de defesa o distanciamento do idoso para superar as vivências dolorosas ocorridas no período que antecedeu a ida para o lar, em que o esforço físico, a pressão permanente, a falta de tempo para dormir e cuidar de si, o isolamento progressivo foi constante. Por vezes com o passar do tempo, as relações vão dissipando e a necessidade de um contacto permanente começa a diminuir, levando a família a distanciar-se, com perda especialmente para o idoso, que se sente abandonado e sem apoio emocional, vendo o relacionamento com os seus familiares dificultado por muitas das vezes estes não saberem lidar com o idoso.

Tendo em vista um conhecimento mais aprofundado desta realidade a estagiária procurou dar resposta à seguinte questão de investigação:

- Quais as dificuldades que a família tem na relação afetiva com as pessoas idosas institucionalizadas?

Com este estudo de caso a estagiária pretendeu articular os conhecimentos teóricos e teórico-práticos na área do serviço social e a realidade psicossocial dos idosos, concretizando uma experiência de investigação em contexto organizacional; desenvolvendo conhecimentos que contribuiriam para uma melhor compreensão do fenómeno das relações afetivas que se estabelecem entre os utentes internados na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção na SCM-Santarém- Hospital Jesus Cristo; compreender se a forma como as relações interpessoais estabelecidas entre a família e a pessoa internada seriam o resultado das interações que estabelecem ao longo das suas vidas, da condição atual em que o utente se encontra, e se gerir essa relação de forma harmoniosa eram um desafio permanente. Para além de que esteve presente a participação nas atividades quotidianas da UCC e da SCMS, relativas ao Serviço Social.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar as pessoas idosas institucionalizadas em estudo;
- Caracterizar as famílias em estudo;
- Caracterizar as relações afetivas entre a família e as pessoas idosas em estudo;
- Compreender as dificuldades que as famílias têm nas relações afetivas com as pessoas idosas institucionalizadas numa UCC;

- Elaborar um guia para intervenção social com as famílias que evidenciem níveis de dificuldade mais elevados nas relações afetivas com as pessoas idosas institucionalizadas.

10. METODOLOGIAS

Para a concretização do relatório de estágio e para a obtenção de mais conhecimentos sobre o contexto de estágio, isto é, sobre o serviço social e a saúde, a estagiária realizou uma pesquisa documental e bibliográfica, consultando os seguintes documentos: decretos-lei, portarias, livros da área do serviço social e do envelhecimento, artigos científicos, relatórios de estágio, teses de mestrado, documentos disponibilizados pela entidade de acolhimento, tais como o Compromisso das Misericórdias, o Regulamento Interno da UCC e os Planos de Atividades de 2015 e 2016. Documentos como, Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho de 2015, Portaria nº174/2014 de 10 de setembro, documentos sobre o papel do Serviço Social e do Técnico de Serviço Social na RNCCI e nas UCC tiveram extrema importância para a elaboração do relatório de estágio.

Diferente metodologia foi a utilização de um instrumento para efetuar o registo das atividades que aconteciam no quotidiano do estágio, diário de bordo. O diário de bordo, permite guardar as informações e reflexões quotidianas, descrição das intervenções, observações, relatos, agendamento de tarefas, entre outros registos. O diário de bordo é bastante utilizado em estágios curriculares de estudantes de Serviço Social (Lima, Mioto & Prá, 2007).

O diário de bordo permite a organização do trabalho da estagiária e é imprescindível na concretização do seu relatório de estágio, principalmente na descrição das atividades desenvolvidas.

No decorrer do estágio, a estagiária destaca a utilização da metodologia de intervenção psicossocial. Este é um método de trabalho da profissão do assistente Social, que se dirige aos problemas que as pessoas enfrentam no seu funcionamento a intervenção psicossocial tem origens num dos métodos tradicionais do serviço social – o método de “caso individual” (Silva, 2001). Este é um modelo individualizado e diferencia-se pela centralidade na pessoa e no seu ambiente. O mesmo tem como objetivo e as necessidades, mas também os recursos sociais dos indivíduos, e o desenvolvimento das capacidades destes (Carvalho, 2014). A base do modelo, é a relação de ajuda, e é imprescindível, o desenvolvimento de uma relação positiva, onde

a empatia, a aceitação, a autenticidade e o respeito se constituem como pilares fundamentais durante a intervenção (Garcia; Romero, 2012, cit por Carvalho, 2014).

O método de Intervenção Psicossocial é fundamental no contexto dos Cuidados Continuados Integrados, uma vez que, utentes e familiares necessitam de apoio, para enfrentar a situação de doença, pois esta pode causar grandes alterações no contexto familiar e na vida dos indivíduos. Por outro lado, os cuidadores dos utentes, também apresentam alguma sobrecarga e fragilidade emocional, devido aos cuidados que prestam, logo precisam de realizar atendimentos sociais junto do/a Técnico de Serviço Social.

É possível destacar, várias técnicas utilizadas nesta metodologia, como: o diagnóstico social, ficha cronológica, genograma, nota de alta social, relatório social, sendo definidas algumas destas de seguida:

- **Diagnóstico Social:** Este realiza-se a partir dos elementos recolhidos após a análise da situação, ou seja, é assim uma síntese e uma interpretação dos dados. O Técnico de Serviço Social, destaca as inter-relações entre os diversos fatores (materiais, afetivos, sociais, psíquicos, intelectuais e relacionais) e compreende a sua dinâmica. Este permite a definição da situação social e da personalidade do indivíduo, o que leva à formulação de hipóteses de trabalho, e desencadeia um projeto de intervenção. O princípio da avaliação diagnóstica é o seguinte: é necessário um hífen, ou uma vírgula, entre as duas etapas do processo de intervenção, a recolha de dados e o projeto de intervenção. A avaliação diagnóstica está ligada às seguintes características; Está centrada nos obstáculos a resolver; É um processo contínuo, dinâmico e provisório; É um procedimento ético do Serviço Social e é partilhado com os indivíduos em questão (Robertis, 2011).

Esta técnica foi utilizada pela estagiária durante o período de estágio, sempre que existia uma admissão na UCC, através das informações que recolhia no momento de acolhimento, junto do utente e da respetiva família. A realização do mesmo, permitia a compreensão das necessidades do utente e após isto a definição da intervenção, ou seja, do plano de cuidados sociais.

- **Ficha cronológica:** esta é uma ficha onde são registadas as diligências efetuadas durante o processo de intervenção como: entrevistas, procedimentos, atendimentos e contatos telefónicos, sendo estes sempre datados (Robertis, 2011). Durante o período de estágio a estagiária utilizou inúmeras vezes, esta ficha cronológica que se encontra em suporte informático, para acompanhar os processos sociais. Através desta estagiária pode conhecer as intervenções realizadas antes da entrada na UCC, pela Técnica de Serviço Social. Por outro lado, sempre que a estagiária interveio num determinado processo efetuou o registo das diligências, como os

contatos (telefónicos e eletrónicos) e atendimentos sociais. Este instrumento permite que a Técnica de Serviço Social possa consultar a qualquer momento as intervenções que já foram realizadas, bem como os dias e horas das mesmas.

- Genograma: “O genograma consiste na representação gráfica de informações sobre a família, e à medida que vai sendo construído, evidencia a dinâmica familiar e as relações entre os seus membros. É um instrumento padronizado, no qual, símbolos e códigos podem ser interpretados como uma linguagem comum aos interessados em visualizar e acompanhar a história familiar e os reconhecimentos e os relacionamentos entre os seus membros. Os homens são representados por quadrados e as mulheres por círculos, sendo cada membro identificado pelo nome, idade, ocupação” (Nascimento, Rocha & Hayes, 2005, p.281). O genograma é um elemento que consta no processo do utente. A estagiária teve oportunidade de ver como foram feitos, porém após a UCC ter adotado um novo modelo de registo do processo do utente, toda essa informação é agora informatizada, o que faz com que esteja mais facilmente acessível a toda a equipa multidisciplinar.
- Em contexto de estágio, também foi utilizada a metodologia de intervenção social com grupos. O trabalho em equipa é fundamental, para que qualquer organização possa funcionar com eficiência. É essencial que cada profissional realize o seu trabalho de forma correta, mas que também conheça o trabalho da organização no seu todo, para que existe um esforço em conjunto (Carmo, 2014). No trabalho de equipa deve existir encontros frequentes, com trabalhadores da mesma instituição, ou com trabalhadores de outra instituição, do mesmo sector geográfico. É necessário que exista uma estrutura de funcionamento: datas de encontro e duração das reuniões, marcadas. O respeito e a tolerância são valores indispensáveis para um bom funcionamento da equipa de trabalho (Robertis, 2011). Trabalho em equipa “significa que os diferentes profissionais se empenhem para atingir os objetivos dos cuidados de saúde exercendo a sua autonomia profissional, mas simultaneamente reconhecendo a sua interpretação...” (Figueiredo, 1997, cit por, Martins, 2003, p.104). A estagiária verificou a importância do trabalho em equipa durante toda a intervenção com o utente, pois para a mesma ter sucesso é necessário que este trabalho exista. A estagiária assistiu a reuniões de equipa multidisciplinar e de PII, o que a fez compreender a relevância da participação de profissionais com formações diferentes nas mesmas.
- O desenvolvimento comunitário, destaca-se no contexto de estágio, pois é bastante utilizada uma das suas técnicas, o trabalho em rede e em parceria. Este trabalho é uma forma de fortalecer a rede social de apoio das pessoas e das famílias. É essencial a articulação em parcerias entre instituições, especializadas em prestar

serviços específicos de qualidade e também de proximidade à população (Carmo, 2015). O trabalho em rede relaciona-se com as parcerias entre vários profissionais e instituições que intervêm junto de uma mesma população, num espaço geográfico definido, e para um determinado tipo de problema. Assim se organizam, por exemplo, as “redes de saúde” ou as “redes de gerontologia”, sendo estas estruturas destinadas a criar determinados serviços e equipamentos e ao mesmo tempo a coordenar os profissionais existentes nas mesmas. No que se refere, à área do Serviço Social, o trabalho em rede, é realizado entre o Assistente Social e a pessoas interessada. Este é um trabalho de articulação com as redes primárias (pessoas que se conhecem e mantêm laços afetivos, como, os familiares, vizinhos, colegas de trabalho...) e com as redes secundárias (instituições sociais, como, hospitais, centros sociais, ou seja, organizações que oferecem determinados serviços). O sistema de trabalho em rede permite o apoio na pesquisa dos recursos existentes (Robertis, 2011). Foram diversas as vezes no contexto de estágio, que a estagiária pode verificar o trabalho em rede que existia. A UCC, articula diversas vezes com a ECL e a ECR, bem como, com outras unidades, ERPI, ou outras respostas sociais. Esta articulação permite encontrar a solução mais adequada, quando o utente tem assuntos burocráticos para resolver, e não tem família que se responsabilize por estas questões. Por outro lado, também existe um trabalho em rede entre a UCC e as restantes respostas da Misericórdia, pois são muitas as vezes que realizam atividades comemorativas em conjunto.

- A entrevista foi um elemento utilizado pela estagiária para alcançar os seus objetivos específicos da questão de investigação e no estudo de caso, tendo posteriormente realizado a análise dos resultados.
- Proposta de Intervenção Social apresentada sob a forma de um Guia de Apoio Família do utente institucionalizado.

11. DIAGNÓSTICO SOCIAL DA POPULAÇÃO

Caraterização social

Entre 01 de fevereiro e 03 de março de 2017, foi realizado o diagnóstico da população. A amostra foi um total de 16/21 utentes que apresentam mais de 65 anos.

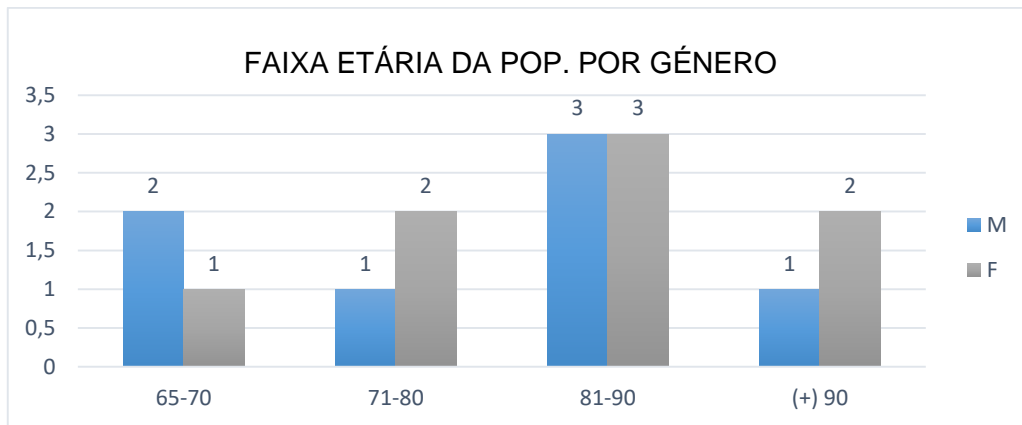


Gráfico 1- Faixa etária da população por género

Depois de analisar o gráfico da figura 1, podemos concluir que a faixa etária com mais prevalência é 81-90 anos onde existem 3 homens e 3 mulheres, tendo as outras faixas etárias distribuídas de forma similar, nomeadamente a faixa etária dos 71-80 e (+) 90 anos, onde cada uma delas tem 1 homem e 2 mulheres. Por fim a faixa etária dos 65-70 está representada com 1 mulheres e 2 homens. Ainda se pode concluir após a análise do gráfico apresentado na figura 1, que a existem mais mulheres em estudo e nomeadamente na faixa etária mais envelhecida, o que se justifica pela maior esperança média de vida das mulheres perante os homens.

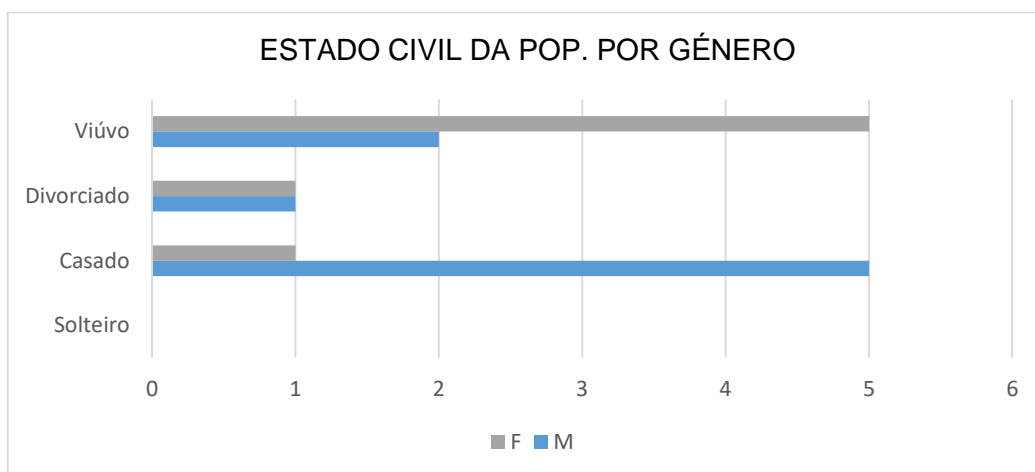


Gráfico 2- Estado civil da população por género

Após analisar o gráfico apresentado na figura 2, é possível verificar o estado civil da população e observar-se que existem 5 mulheres viúvas e 5 homens casados, estando os restantes distribuídos da seguinte forma, 2 homens viúvos, 1 divorciado e por fim 1 mulher divorciada e 1 casada. A maior esperança média de vida das mulheres em relação aos homens justifica o maior número de mulheres viúvas.

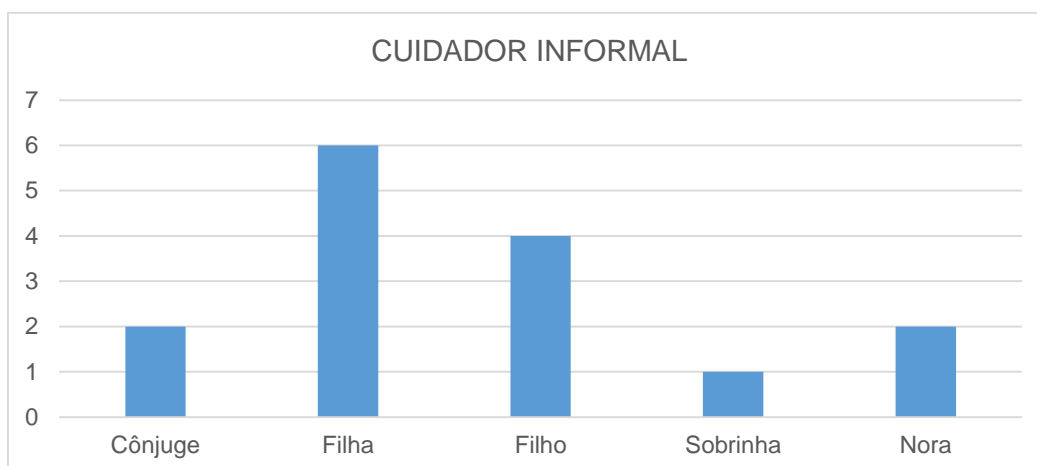


Gráfico 3- Cuidador Informal

Perante o gráfico, é perceptível que atingem um número maior de cuidadores informais, as filhas (6), de seguida os filhos (4), os cônjuges, as noras, ambos igualmente representados (2) e por fim a sobrinha (1), que normalmente só assumem este papel na ausência de outra pessoa com grau de parentesco mais próximo como o filho/filha.

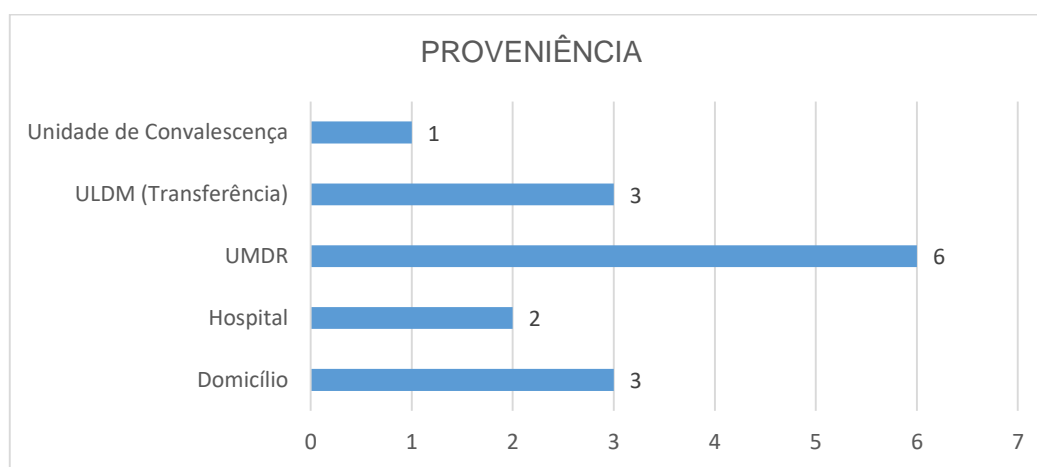


Gráfico 4- Proveniência

A maioria dos utentes é proveniente de UMDR (6) por norma são utentes que são transferidos para longa duração para aguardar vaga em ERPI ou porque a sua situação clínica agudizou. De ULDM, são provenientes 3, o que normalmente representa os utentes que pedem transferência por proximidade e por fim 1 de Convalescença. Do domicílio, 3 utentes e 2 utentes do hospital referenciados pela EGA, do mesmo.

Após a realização do diagnóstico social, importa ainda referir o tipo de população em estudo, isto é, pessoas em situação de dependência e pessoas com doenças crónicas, e as suas principais necessidades como, os rendimentos económicos que os

utentes na sua maioria auferem, como a reforma por invalidez e o complemento por dependência; nas habilitações literárias estas não vão muito para além da 4ª classe ou então não têm quaisquer habilitações, existindo também utentes analfabetos e por fim as necessidades, que foi possível traduzi-las em insuficiência económica, dependência de terceiros para as atividades da vida diária, rede de apoio informal reduzida, ausência de habitação própria, habitação sem acessibilidade, relações familiares conflituosas e familiares diretos/ principais cuidadores com problemas a nível de saúde.

Por fim, são definidas as intervenções a realizar no contexto social, isto é, o plano de cuidados sociais. As principais intervenções são as seguintes: Acompanhamento psicossocial ao utente e à família; Processo e encaminhamento para ERPI; Articulação com as outras respostas sociais para assegurar apoios e serviços; Gerir as expectativas do utente e da família; Suporte ao utente e à família por perdas sofridas; Avaliar as necessidades após a alta; Efetuar pedido de transferência por proximidade e Informar sobre ERPI e UCC nas suas zonas de residências.

12. CRONOGRAMA E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

De seguida, são citadas as principais atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, presentes no cronograma (Anexo I) onde estarão apresentadas de forma cronológica, todas as etapas.

12.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

As atividades realizadas no período de estágio vão ser apresentadas de seguida, segundo a tipologia apresentada pela autora Cristina Robertis anteriormente citada. Estas estão assim divididas em intervenções diretas e indiretas, as quais são definidas da seguinte forma:

As intervenções diretas são aquelas que se desenvolvem numa relação de frente a frente entre o utente e o trabalhador social, estando assim os dois presentes e sendo os dois atores. Podem ser intervenções diretas independentemente de se tratar de uma pessoa, família ou um grupo de pessoas. A intervenção modificará e irá introduzir mudanças tanto no utente como no Técnico de Serviço Social. Contudo, é o trabalhador social, que tem a função de dar a ajuda necessária ao indivíduo, durante a intervenção.

Por sua vez, as intervenções indiretas são aquelas que são realizadas pelo Trabalhador Social, fora de uma relação de frente a frente, ou seja, na ausência do utente, sendo o único ator o técnico. Estas intervenções, pretendem organizar o trabalho do Assistente Social e planificar as próximas ações e/ou intervenções junto do utente. As intervenções indiretas são um complemento indispensável para a realização de intervenções indiretas. O trabalhador social age para o utente, mas não junto deste.

Estas ações são imensas, ocupando grande parte do tempo do técnico, muitas das vezes, estas intervenções até são predominantes (Robertis, 2011).

12.1.1. INTERVENÇÕES DIRETAS

ADMISSÃO/ ACOLHIMENTO DE UTENTES E FAMILIARES/ APLICAÇÃO DE ESCALAS SOCIAIS

“Data a partir da qual se inicia a efetiva prestação de Cuidados Continuados Integrados a um utente, independentemente de tipologia de UCCI/ECCI... “(UMCCI, 2011, p.137).

A estagiária começou por assistir às primeiras admissões após a sua entrada na UCC, para que compreendesse a dinâmica da mesma, e também funções da Assistente Social, para que depois pudesse começar e intervir. A admissão/acolhimento realiza-se no momento de entrada do doente na UCCLDM- “Hospital de Jesus Cristo”. São responsáveis por esta, toda a equipa multidisciplinar da UCC, como: médico, enfermeiro, assistente social, psicóloga, técnica de nutrição e dietética, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Participa na admissão o utente, sempre que este tenha capacidade física e psíquica para tal, bem como, os familiares/ cuidadores informais do mesmo. Na reunião de admissão procede-se às seguintes etapas: a equipa multidisciplinar questiona ao utente ou familiares/ cuidadores principais, sobre a situação clínica e funcional do doente e são solicitados todos os documentos relativos a exames clínicos anteriormente realizados para que desta forma se possa compreender a situação clínica do utente.

Depois da intervenção da equipa multidisciplinar, a Assistente Social realiza diversas funções na admissão, nomeadamente: Recolha de informações sobre o utente e a família (situação habitacional, situação sociofamiliar, situação económica, entre outras com o objetivo de realizar o diagnóstico social); Aplicação de escala de avaliação social (Zarit, que apenas se aplicava aos descansos do cuidador, sendo uma escala que avalia a sobrecarga do cuidador principal e a de Gijon, é uma escala de avaliação sociofamiliar, isto é, é um instrumento de avaliação social de pessoas idosas); Entrega e explicação do Manual de Acolhimento ao utente e aos cuidadores informais e familiares onde são prestadas informações sobre (Regras de funcionamento da Unidade; Equipa de profissionais da Unidade; Cuidados e serviços prestados; Direitos, garantias e deveres do utente e dos cuidadores informais; Horário de visitas; Atividades realizadas na Unidade, e por último aborda-se o Planeamento da alta ...); Entrega e explicação do Regulamento Interno; Prestação de informações relacionadas com o valor da mensalidade a pagar (diária); Recolha de documentos necessários na admissão;

Consentimento Informado; Termo de Aceitação; Fotocópia de documentos de identificação; Apoio na assinatura do contrato de prestação de serviços e por fim a técnica de serviço social convida a família e o utente para visitar as instalações.

Após compreender a dinâmica e as Funções da Assistente Social referidas anteriormente, passou a intervir junto da sua dinâmica e as funções, aquelas relativas à parte social, como: a recolha de informações sociais sobre o utente e a sua família, de modo, a realizar o diagnóstico social. Também entregava e explicava o Manual de Acolhimento da UCC, para que a família compreendesse o funcionamento da Unidade e por fim acompanhava a família na visita à Unidade. O momento de recolha de informações sociais, durante a admissão, permite que a Assistente Social compreenda as necessidades do utente e defina o plano de cuidados sociais.

ATENDIMENTOS SOCIAIS/ INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL/ PLANEAMENTO DA ALTA

A estagiária teve a oportunidade de assistir e realizar atendimentos sociais, junto da família ou do utente, uma vez dentro dos casos sociais em questão. Os atendimentos sociais permitem auxiliar a família a encontrar a resposta indicada para o utente após a alta, pois são muitas as famílias que desconhecem os equipamentos sociais junto às zonas de residência como: ERPI, Serviço de apoio domiciliário, Centro de dia, entre outros. Permite ainda, o apoio às famílias e aos utentes na articulação com outros serviços da comunidade como tribunais, finanças, segurança social, instituições bancárias, etc. por outro lado, os atendimentos sociais, também possibilitam realizar intervenção psicossocial junto do utente e/ou do cuidador informal. Os cuidadores normalmente apresentam alguma sobrecarga e alguma fragilidade emocional, devido aos cuidados que prestam ao doente, e por isso, realizam marcação de atendimentos sociais com a técnica de serviço social da unidade.

Esta intervenção demonstra sempre resultados muito positivos, devido à empatia que se estabelece entre o sistema interventor e o sistema cliente. Assim, as famílias sentem-se à vontade para abordar as questões que os tornam mais frágeis emocionalmente e também apoiadas e auxiliadas. Acabem por se sentir agradecidas por todo o apoio prestado, o que torna fundamental a intervenção do Técnico de Serviço Social, no contexto dos CCI.

REALIZAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS DE SATISFAÇÃO A UTENTES E FAMÍLIAS;

O Relatório de Atividades de 2016 é um instrumento de divulgação das atividades e do trabalho realizado, onde estão inseridos os dados dos questionários realizados pela

estagiária a familiares e utentes internados na UCC e a utentes no momento da alta da UCCLDM- “Hospital de Jesus Cristo” para que esses dados possam assim entrar no Relatório de Atividades que visa apresentar o resultado da concretização das atividades ao qual a Instituição se propôs realizar em plano de atividades do ano anterior.

Os objetivos da SCMS manter o processo e aprendizagem e partilha-lo com os membros da comunidade, outros prestadores de serviços e/ou entidades, no sentido de dota-los de (novos) conhecimentos e competências que possam contribuir positivamente para a segurança, bem-estar e qualidade de vida da comunidade de Santarém.

ACOMPANHAMENTO DE UTENTES A CONSULTAS;

Durante o período de estágio a estagiária teve a oportunidade de se deslocar com diversos utentes a consultas no exterior, podendo assim, prestar auxílio ao utente, uma vez que, que maior parte deles eram casos sociais, dos quais a estagiária estava a par ajudando muitas vezes na partilha e esclarecimento de informações. Estas deslocações serviram também para a estagiária criar uma maior ligação com os utentes e até por em prática algumas práticas de serviço social que foram necessárias.

12.1.2. INTERVENÇÕES INDIRETAS

ORGANIZAÇÃO/ ELABORAÇÃO/ ACOMPANHAMENTO DE PROCESSOS SOCIAIS

“Conjunto de informação respeitante à pessoa em situação de dependência que recebe cuidados continuados integrados” (UMCCI, 2011, p.142).

A UCCLDM- “Hospital de Jesus Cristo” contém no processo individual do utente, informações e registos relativo às seguintes áreas: medicina, enfermagem, serviço social, terapia ocupacional, nutrição e dietética, fisioterapia e psicologia. Ainda contém informações gerais como: Identificação do utente; Data da admissão; Identificação e contacto médico da unidade; Identificação do gestor de caso do utente; Identificação e contacto dos familiares e dos cuidadores informais do utente; Plano individual de intervenção; Registos diários relativos à evolução do estado de saúde do utente; Consentimento informado; Termo de aceitação; Contrato de Prestação de serviços; Nota de alta ... (UMCCI, 2011). Relativamente ao que diz respeito a área social o processo do utente contém os seguintes documentos: diagnóstico social (necessidades, plano de cuidados sociais, situação habitacional, familiar, etc.) processo social, escalas de avaliação social e ficha das diligências efetuadas no decorrer do processo. Todos

estes documentos encontram-se informatizados tornando o acesso ao processo do utente por parte de toda a equipa multidisciplinar mais fácil.

Inicialmente a estagiária começou por ler os processos de modo a inteirar-se da realidade dos casos e a observar a sua orientadora a efetuar registos da área social nos processos. Após compreender a dinâmica do trabalho social a estagiária começou a acompanhar os processos sociais e ser a mesma a efetuar os registos. Neste âmbito realizava articulava através de contactos telefónicos ou eletrónicos para ECL, Diretoras Técnicas, ERPI, Familiares, Segurança Social, entre outros, de modo, a planear a alta do utente e a ajudar no acesso a serviços na comunidade.

REALIZAÇÃO DE NOTAS DE ALTA SOCIAL

A estagiária elaborou durante o período de estágio diversas notas de alta social. A mesma permite que a técnica de Serviço Social do Centro de Saúde, ERPI, ou outra instituição, para onde o utente irá ter alta, possa ter disponível informação do local onde este esteve previamente. Nesta consta a identificação do utente, os elementos socioeconómicos, a situação sociofamiliar, as necessidades e as diligências efetuadas na UCC. A maioria das notas de alta, que a estagiária elaborou dirigiram-se para a Assistente Social do Centro de Saúde, uma vez que, a maioria das altas foram para o domicílio, sendo grande parte delas de descanso do cuidador e apenas um para o domicílio.

REGISTO NO APLICATIVO DE MONITORIZAÇÃO DA RNCCI

A estagiária começou por observar como funciona o aplicativo de monitorização da RNCCI, de acesso a todos os técnicos das UCC, e após compreender o funcionamento do mesmo passou a ser autónoma, sempre com supervisão, no que respeita ao registo de informações relativas ao utente. No que se refere à área social são efetuadas avaliações sociais durante o período de internamento, são colocadas as notas de alta social do utente e são realizados os pedidos de transferência para outras UCC. O aplicativo permite facilitar o trabalho da REDE, uma vez que, todos os técnicos podem registar e aceder a todas a informação das diferentes áreas de intervenção.

REUNIÕES PLANOS DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL (PII'S)

“Conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades identificadas e intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspetos clínicos como sociais” (UMCCI, 2011, p.142).

A mesma é realizada semanalmente, nas três primeiras quartas feiras de cada mês, das 11h30 à 13h, estando os utentes por elas distribuídos e onde a família pode participar. Tem o intuito de melhorar os serviços prestados e o envolvimento dos familiares e dos utentes na elaboração do plano individual de intervenção de cada utente. Os responsáveis são os elementos da equipa multidisciplinar da UCCLDM- “Hospital de Jesus Cristo”, estando estes distribuídos pelos utentes como gestores de caso desde o momento da admissão do utente na UCC. O gestor de caso é a pessoa de referência para o utente e para a família e tem como funções, orientar o utente e a família no respeito aos objetivos do internamento e acompanhar todo o processo de cuidados do utente, durante a permanência na UCCLDM- “Hospital de Jesus Cristo”. Contudo atendendo à evolução da situação clínica do utente, pode haver necessidade de mudança do gestor de caso.

Na reunião de PII, procede-se às seguintes etapas: Identificar diagnóstico clínico; Identificar as expectativas do utente e das família relativamente ao internamento; Identificar problemas e necessidades; Identificar objetivos; Definir intervenção e prazos; Definir indicadores e periodicidade de análise; e por fim definir data de avaliação/ revisão do PII.

Inicialmente a estagiária começou por assistir e observar as reuniões de PII's, até compreender o objetivo e dinâmica das mesmas, após isto começou sempre que solicitada, a intervir em casos sociais, na definição das necessidades, objetivos e das intervenções executadas ou adequadas. Estas reuniões permitem avaliar os objetivos que foram atingidos, no que se refere à saúde, bem como, à parte social. Desta forma, torna-se mais fácil planificar e definir as próximas intervenções. Por outro lado, permitem que os diversos profissionais tomem conhecimento do trabalho que é desenvolvido pelos colegas.

REUNIÕES DE EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Nas reuniões de equipa participa a equipa multidisciplinar da UCCLDM- “Hospital de Jesus Cristo”, com o objetivo, de planear a alta do utente. Nesta reunião de equipa é discutida a situação clínica, de modo a compreender se o utente tem critérios para ter alta da UCC. Por outro lado, é discutida a situação social, com o objetivo de verificar as hipóteses mais adequadas para o utente após a alta da UCC. Para a reunião de equipa multidisciplinar, a técnica de Serviço Social, realiza o diagnóstico social geral dos utentes da UCC, para facilitar a troca e partilha de informações com os restantes técnicos.

A estagiária ao participar nas reuniões multidisciplinar que se realizam de três em três meses, teve a oportunidade de atualizar diversas vezes o diagnóstico social geral. A participação da estagiária nestas reuniões permitiu que conhecesse os casos de forma mais assertiva e compreendeu a verdadeira relevância da perspetiva social, no planeamento da alta do utente.

ELABORAÇÃO DE UM PANFLETO INFORMATIVO SOBRE O TESTAMENTO VITAL- (ANEXO III)

Foi solicitado à estagiária que elaborasse um panfleto informativo sobre o Testamento Vital para que posteriormente fosse entregue aos familiares dos utentes, como forma de difusão. O panfleto passa por transmitir o que é o Testamento Vital, sendo que este é um documento, registado eletronicamente, onde é possível manifestar o tipo de tratamento, ou os cuidados de saúde, que pretende ou não receber, quando estiver incapaz de expressar a sua vontade, permitindo, também, a nomeação de um ou mais procuradores de cuidados de saúde, abordando ainda as perguntas mais frequentes que suscitam mais dúvidas como, onde efetuar o registo do Testamento Vital; como preencher e onde podemos consultar o Testamento Vital.

12.1.3. OUTRAS ATIVIDADES

OBSERVAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS;

A estagiária teve a oportunidade de observar a sua orientadora local, em atividades relativas à gestão de recursos humanos, como: a elaboração dos horários mensais das auxiliares de ação médica, a participação em diversas reuniões com as auxiliares de ação médica e com a enfermeira responsável à gestão de serviço, o funcionamento do aplicativo de gestão da instituição “Desafio Informático”, no âmbito do Centro de Recursos e por fim , iniciou a recolha e organização dos dados para o relatório anual da UCCLDM- “Hospital de Jesus Cristo”.

PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES COMEMORATIVAS DA SCMS E DA UCC

A estagiária colaborou e participou em diversas atividades organizadas pela SCMS, como a Feira de Outono, realizada com o objetivo de angariação de fundos para a remodelação do CAAS-Centro de Atendimento e Acolhimento Social – “Novo Rumo” inaugurado em 1994 e que tem como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida e a inserção dos indivíduos em situação de risco ou exclusão social.

Nesta feira foi possível assistir a concertos, peças de teatro musical e momentos lúdicos. No mês de dezembro, participou em atividades comemorativas de Natal, com missa, festa de natal e jantar de natal na UCC com todos os profissionais.

OBSERVAÇÃO DO TRABALHO DE EQUIPA DE CONTROLO DE INFEÇÃO DA SCMS

A estagiária teve a oportunidade de assistir a reuniões da equipa de controlo de infeção, onde participam os vários elementos da equipa, com o objetivo de discutir o tema, e melhorar a qualidade dos serviços prestados pela instituição à comunidade que a envolve.

VISITAS ÀS INSTALAÇÕES DA SCMS

A estagiária conheceu as instalações da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção- “Hospital de Jesus Cristo” (UCCLDM) da Santa Casa da Misericórdia de Santarém, bem como os vários colaboradores e alguns dos utentes. Para além da UCCLDM a estagiária acompanhada pela orientadora institucional teve a oportunidade de visitar as outras respostas sociais e alguns recursos da Santa Casa da Misericórdia de Santarém, como: ERPI de Santarém, lar de Grandes Dependentes, Centro de Dia, Lar dos Rapazes, SAD (Serviço de Apoio Domiciliário), Rendimento Social de Inserção, Creche- “Os Amiguinhos”, Centro de Acolhimento para Peregrinos, Centro de Recursos, Gabinete de Psicologia, Centro de Atendimento e Apoio Social. O objetivo da visita foi proporcionar à estagiária a sua integração na instituição, conhecer as instalações, os profissionais e obter algumas informações sobre o funcionamento das várias valências, através do diálogo com os vários técnicos e colaboradores.

13. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO

DIAGNÓSTICO DA POPULAÇÃO ALVO EM ESTUDO

O estudo de caso decorreu na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção na Santa Casa da Misericórdia de Santarém, visando num primeiro momento a realização de um diagnóstico social que teve como população alvo os utentes idosos de ambos os sexos com idade superior a 65 anos (16/21) internados na UCC. Esta primeira intervenção permitiu identificar os idosos e as famílias que seriam solicitadas para a participação no estudo de caso, sendo esta a principal população alvo.

Desta amostra foi excluído 1 utente, que se apresenta como principal cuidador e sem qualquer possibilidade da sua família participar no estudo de caso. Assim, o estudo incidu sobre 15 famílias dos idosos internados na UCCLDM da SCMS.

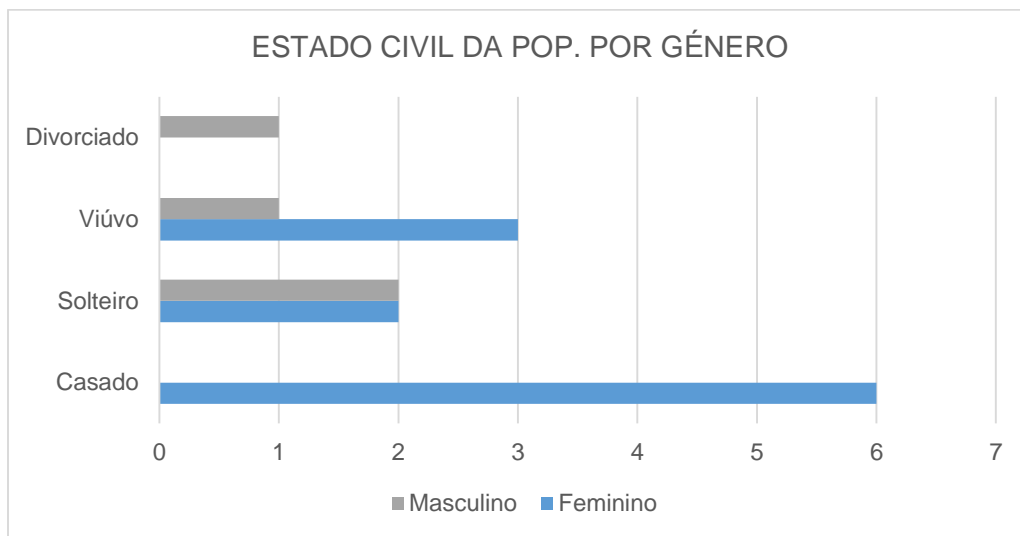


Gráfico 5- Estado Civil da População por gênero

Após a análise do gráfico 5, podemos concluir que na sua maioria são as mulheres que desempenham um papel de principal cuidadora, sendo também na sua generalidade as esposas dos utentes. É possível verificar o número reduzido de homens presentes no estudo de caso que desempenhem um papel de cuidador principal.

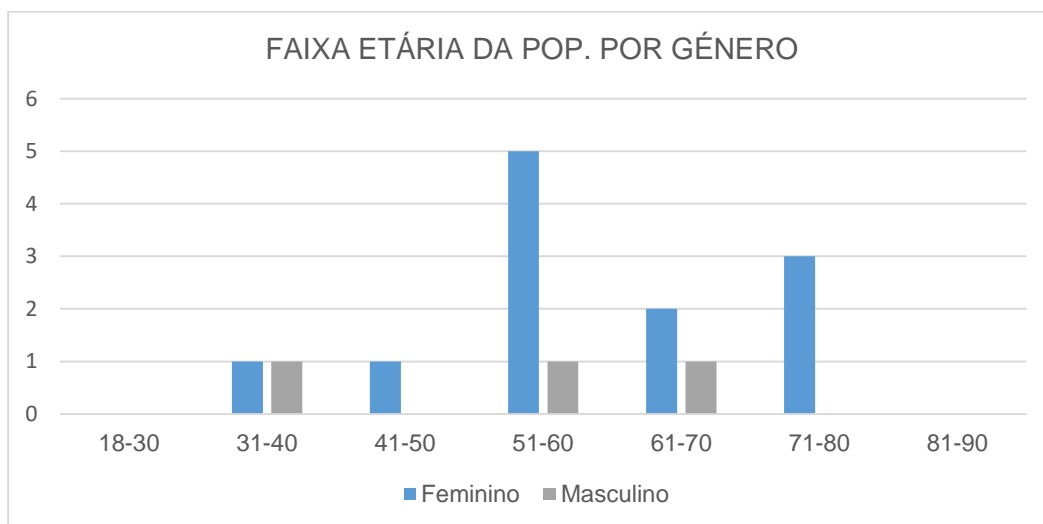


Gráfico 6- Faixa etária da população por gênero

Através do gráfico 6, verifica-se as faixas etárias mais preponderantes dos principais cuidadores, nomeadamente a faixa etária dos 51-60 onde se apura que são 5 as pessoas que se assumem como cuidador principal, sendo a maioria mulheres. A

seguinte faixa etária mais evidente é a dos 61-70 e 71-80, onde são as mulheres que se evidenciam.

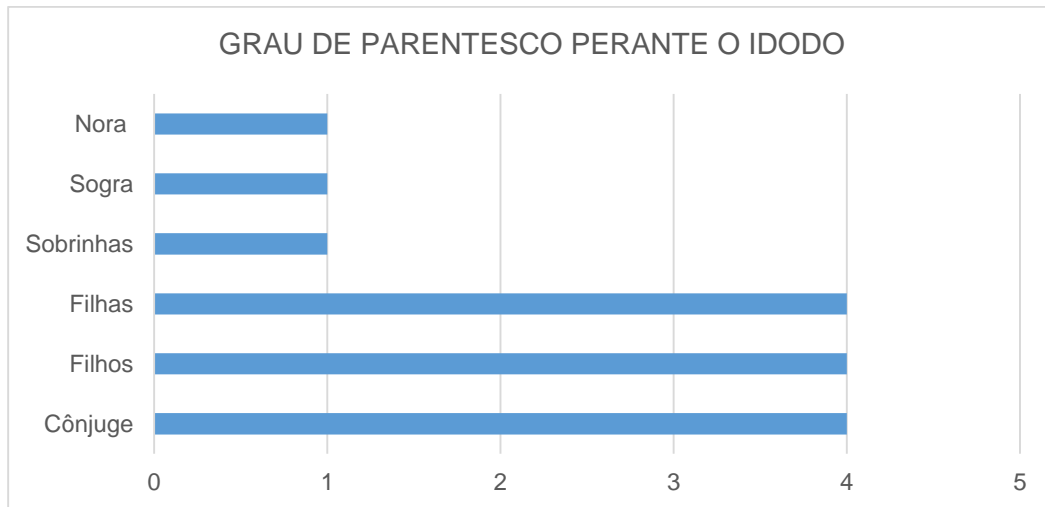


Gráfico 7- Grau de parentesco perante o idoso

Na sua maioria são os familiares diretos que se assumem de forma mais evidente como cuidadores principais, nomeadamente os cônjuges e os filhos/as, porém, como foi possível verificar durante o estudo de caso existem outros graus de parentesco em evidencia, tais como uma sogra, uma nora e uma sobrinha. Esta situação verifica-se quando a rede de suporte familiar apresenta uma maior fraqueza.

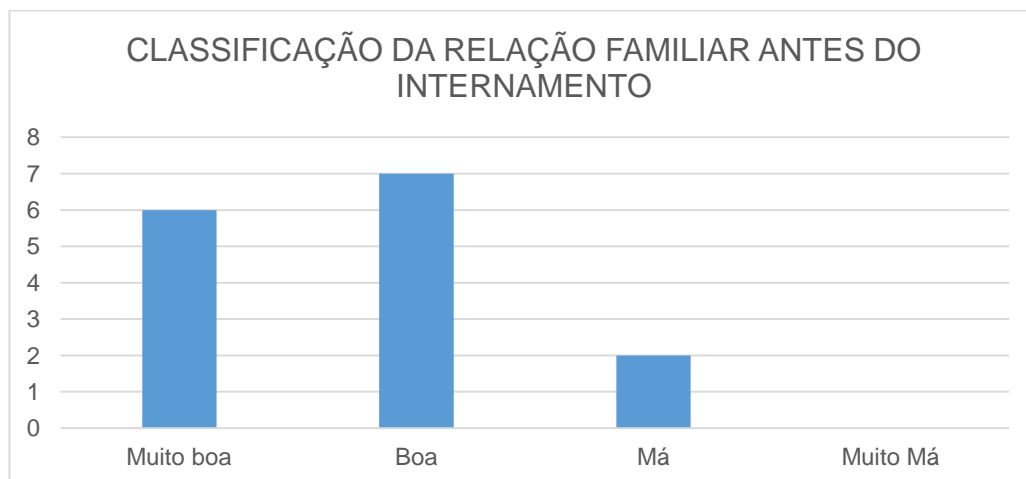


Gráfico 8- Classificação da relação familiar antes do internamento

De acordo com o gráfico 8, é possível atestar como os principais cuidadores classificam a sua relação com o utente antes do internamento, sendo que na sua maioria (7) classificam a sua relação como boa, 6 dos cuidadores referem ser muito boa e apenas dois dos cuidadores expõe que a relação com o utente e seu familiar é má.

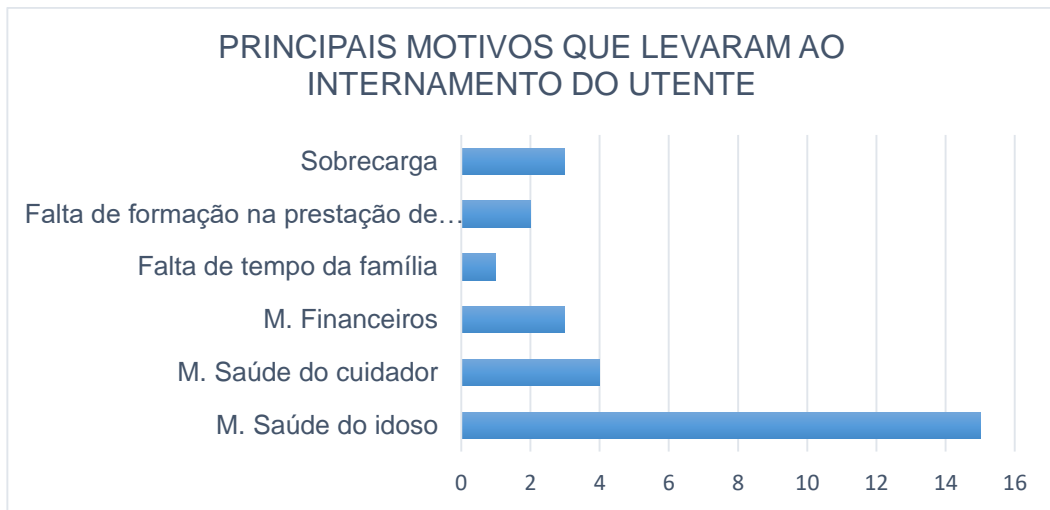


Gráfico 9- Principais motivos que levaram ao internamento do utente

Os motivos de saúde do utente são as principais causas do internamento do utente na UCC, contudo, existem outros motivos que quando questionados aos cuidadores principais estes referem que também são cruciais, e que levam igualmente ao internamento, tais como: a sobrecarga e a falta de formação na prestação de cuidados, que leva muitas das famílias a procurar o internamento dos seus familiares; falta de tempo da família, motivos financeiros e motivos de saúde do cuidador/a principal.

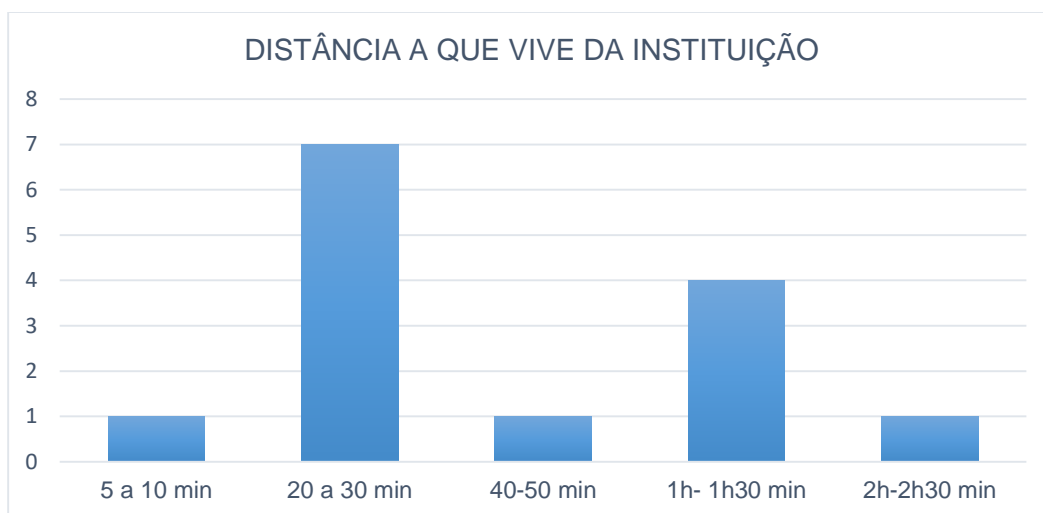


Gráfico 10- Distância a que vive da instituição

No início do estudo de caso apontava-se que a distância pudesse estar ligada às dificuldades que muitas famílias têm em se relacionar com os seus familiares internados, tendo sido questionado a que distância vivem da instituição, sendo que foi possível confirmar que muitos destes cuidadores principais vivem a cerca de 20-30 min

e a outra maioria a 1h-1h30 min, sendo esta uma distância considerável e podemos estar perante uma das razões que implicam algum afastamento dos seus familiares.

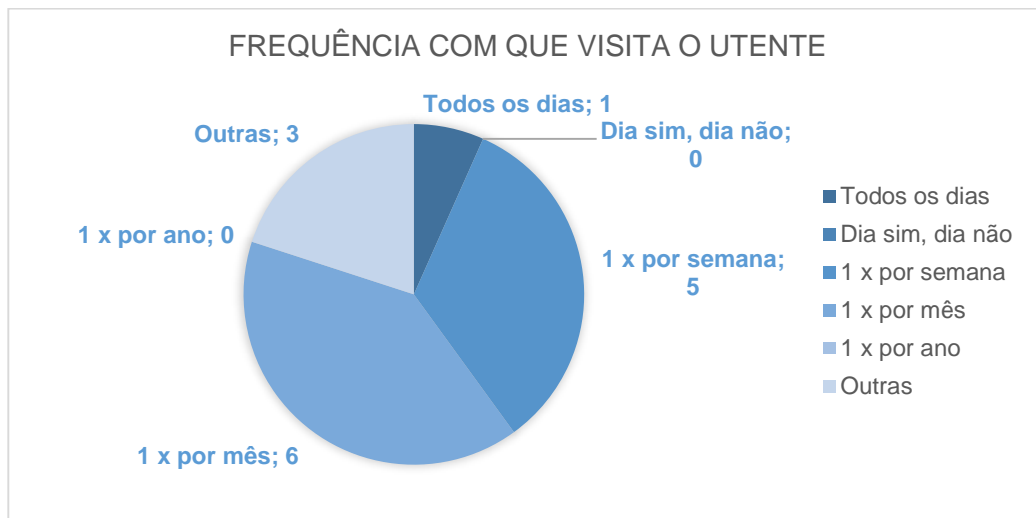


Gráfico 11- Frequência com que visita o utente

No presente gráfico, verificamos a frequência com que os cuidadores principais visitam os seus familiares, sendo que as opções que estão mais em evidência são: uma vez por mês e uma vez por semana, podemos relacionar com o facto de 4 dos principais cuidadores viverem a cerca de 1h-1h30 da instituição e cerca de 7 a 30-30 min.

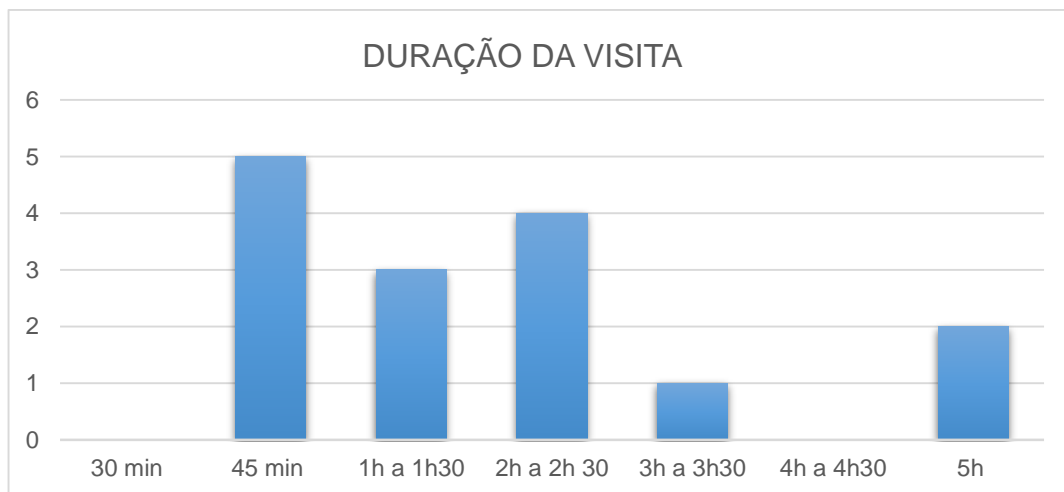


Gráfico 12- Duração da visita

Na sua maioria, a duração das visitas na UCCLDM da SCMS têm uma duração de 45min a 2h-2h30, havendo uma pequena maioria em que a duração da visita é cerca de 5h. Esta pequena maioria, deve-se ao facto das distâncias a que os familiares vivem da instituição, sendo este um dos principais fatores de afastamento.

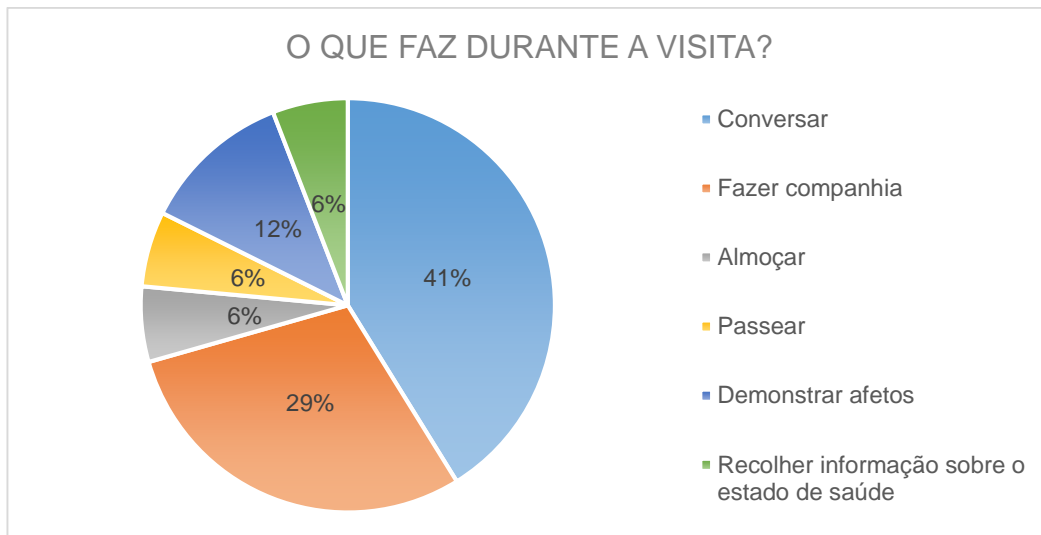


Gráfico 13- O que faz durante a visita?

Muitos dos cuidadores principais mostraram ter em comum diversos aspetos no que diz respeito ao que fazem durante o tempo que estão a visitar o seu familiar, tendo sido evidente que o fazer companhia ao utente foi o mais referido, seguido de conversas e demonstrar afetos perante eles.

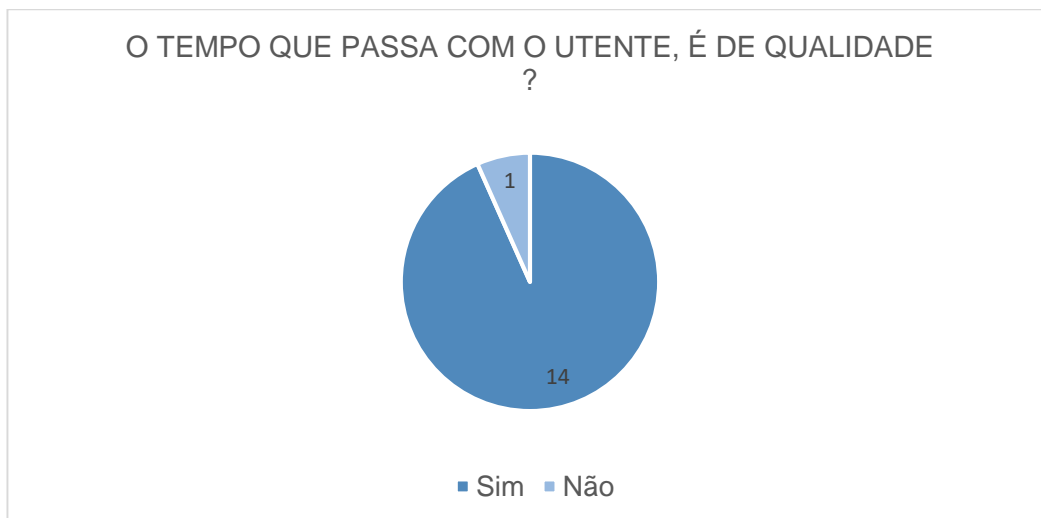


Gráfico 14- O tempo que passa com o utente é de qualidade

Os cuidadores principais quando questionados com o facto de se o tempo que passam com os utentes é de qualidade a esmagadora maioria afirmou que sim, esse tempo verifica-se ser de qualidade tendo apenas existido uma resposta negativa que se deve ao facto do cuidador principal se encontrar longe do seu familiar e devido ao estado de saúde apresentado pela utente.

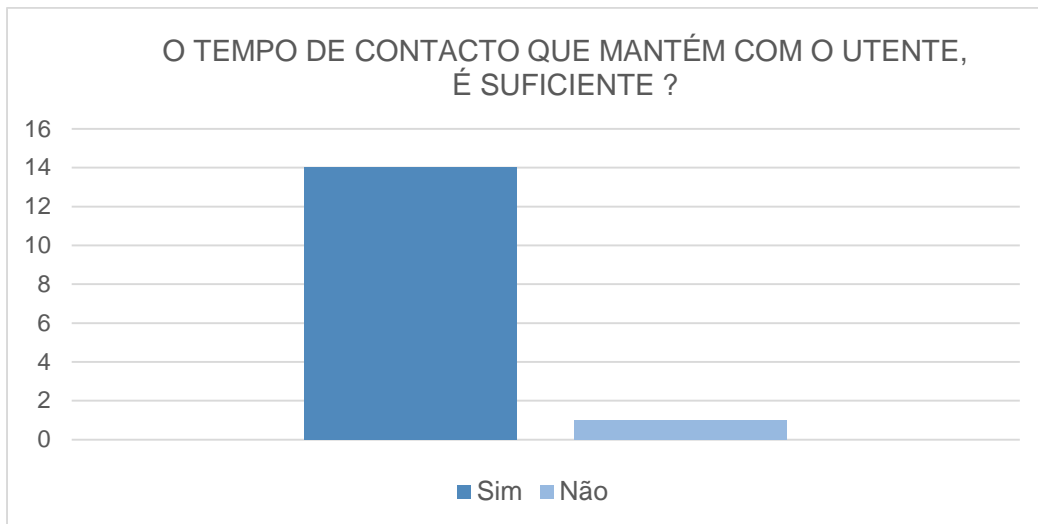


Gráfico 15- O tempo de contato com o utente é suficiente ?

Por vezes o estado de saúde que o utente apresenta pode dificultar a qualidade de tempo que a família tem com o seu familiar, porém, como foi possível verificar a maioria dos cuidadores considera ser de qualidade como é possível verificar no presente gráfico, consideram-nos suficiente.

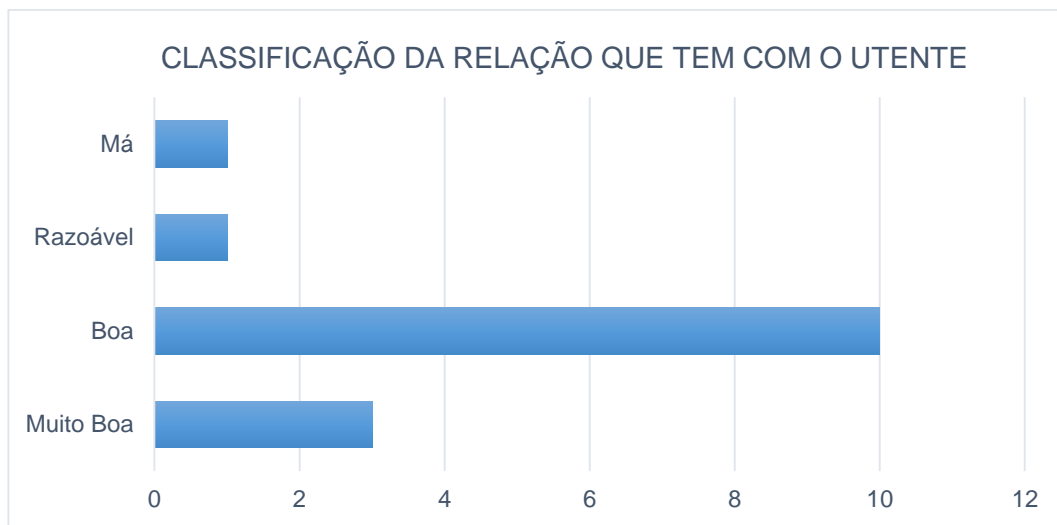


Gráfico 16- Classificação da relação que tem com o utente

No gráfico 16, está representado como os principais cuidadores classificam a relação que têm com o utente após o internamento, tendo-se mantido na sua maioria e comparativamente com o gráfico 8 a boa relação entre o utente e o cuidador principal.

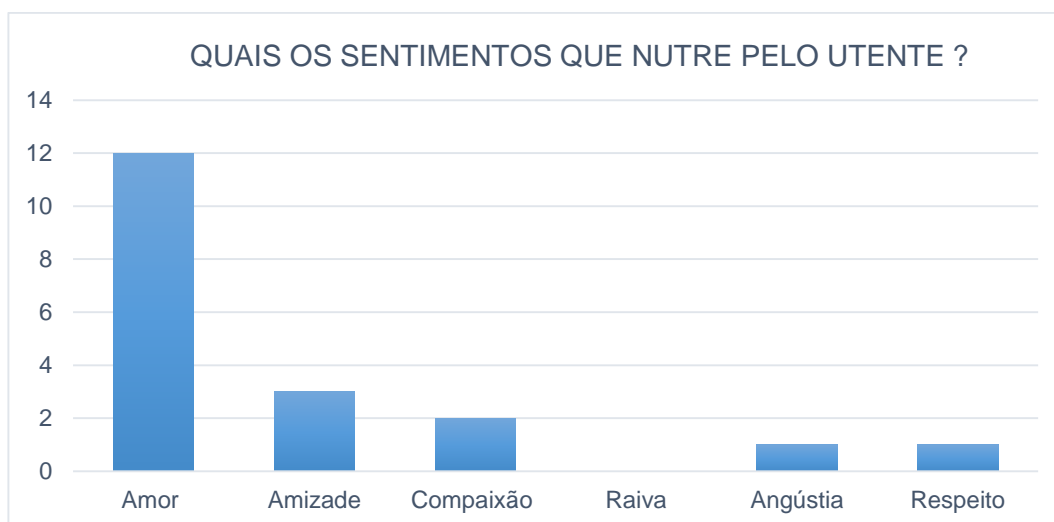


Gráfico 17- Sentimentos que nutre pelo utente

Através do gráfico 17, conseguimos perceber quais os principais sentimentos que os cuidadores principais identificaram perante os seus familiares, sendo manifestamente evidente, que o amor é o mais referido seguido de amizade e compaixão.

Áreas de carência na relação familiar geradas pela dependência do utente
Origina sentimentos como pena/compaixão
Dificulta a comunicação
Dependência do utente
Estado de Saúde
Estado Demencial
Cuidadores idosos
Fraca rede de suporte familiar
Necessidade de cuidados permanentes
Mudança de hábitos familiares
Conflitos familiares
Estado de espirito da família
Distância da família
Falta de formação para prestar cuidados

Tabela 1- Áreas de carência geradas pela dependência do utente na família

A presente tabela, indica as principais áreas de carência geradas pela dependência que os utentes apresentam, foram, enunciados diversos problemas como dificuldade na comunicação utente- família, a dependência do utente, o seu estado de saúde e o seu estado demencial, a necessidade de cuidados permanentes, a falta de formação para prestar cuidados, todas estas foram áreas de carência que geravam outras expressadas, como: mudança de hábitos familiares e conflitos familiares.

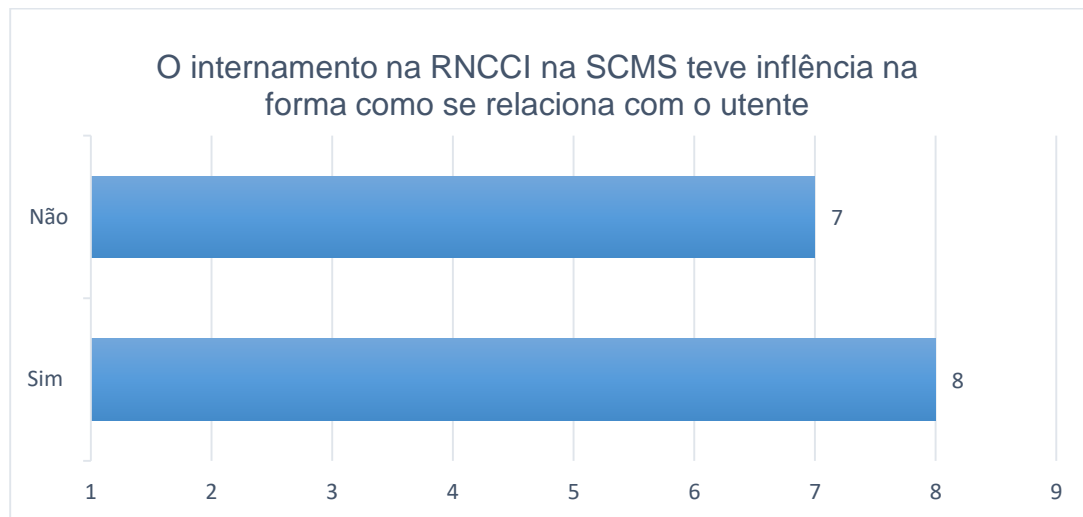


Gráfico 18- Influência do internamento na relação do utente com a família

Por fim, no gráfico 18, os cuidadores mostraram-se divididos, mas 8 dos 15, confirmaram que o internamento teve influência na forma como se relaciona com o utente indicando que a prestação de cuidados adequados e o bem-estar dos seus familiares, ajuda na maneira como se relacionam quando visitam o seu familiar.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO E SUA CONCLUSÃO

Com este estudo de caso a estagiária pretendeu articular os conhecimentos teóricos e teórico-práticos na área do serviço social e a realidade psicossocial dos idosos, concretizando uma experiência de investigação em contexto organizacional; desenvolvendo conhecimentos que contribuíram para uma melhor compreensão do fenómeno das relações afetivas que se estabelecem entre os utentes internados na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção na SCM-Santarém- Hospital Jesus Cristo. O objetivo do estudo de caso, consistiu em identificar as principais dificuldades que a família apresenta na relação afetiva com as pessoas idosas institucionalizadas e também salientar a importância da permanência dos

vínculos afetivos, que por vezes se perdem, para uma melhor vivência do idoso institucionalizado.

A sua principal abordagem passa pela questão das Relações Afetivas entre as Famílias e as Pessoas Internadas na RNCCI, na SCM-Santarém- Hospital de Jesus Cristo, proporcionando uma análise sobre processo, onde a família é considerada de extrema importância, visando num primeiro momento a realização de um diagnóstico social que teve como população alvo os utentes idosos de ambos os sexos com idade superior a 65 anos (16/21) internados na UCC. Esta primeira intervenção permitiu identificar os idosos e as famílias que seriam solicitadas para a participação no estudo de caso, sendo esta a principal população alvo.

Desta amostra foi excluído 1 utente, que se apresenta como principal cuidador e sem qualquer possibilidade da sua família participar no estudo de caso. Assim, o estudo incidiu sobre 15 famílias dos idosos internados na UCCLDM da SCMS.

Dado que a família exerce um papel fundamental no equilíbrio emocional e afetivo na vida do idoso, procurou-se compreender se a forma como as relações interpessoais estabelecidas entre a família e a pessoa idosa internada, são o resultado das interações que estabeleceram ao longo das suas vidas.

Na sua maioria, são as mulheres que desempenham o papel de principal cuidadora, sendo também na sua generalidade as esposas dos utentes, estando evidenciadas nas faixas etárias mais preponderantes, nomeadamente a faixa etária dos 51-60, seguidas dos 61-70 e 71-80. Neste estudo de caso foi possível verificar o número reduzido de homens presentes que desempenhem um papel de cuidador principal.

Maioritariamente são os familiares diretos que se assumem de forma mais evidente como cuidadores principais, nomeadamente os cônjuges e os filhos/as, porém, foi possível verificar na análise dos gráficos que existem outros graus de parentesco em evidência, tais como uma sogra, uma nora e uma sobrinha. Esta situação verifica-se quando a rede de suporte familiar apresenta uma maior fragilidade.

A relação do idoso institucionalizado com sua família constitui-se como um campo vasto de reflexão, permeado por múltiplas questões nos âmbitos familiar e psicossocial. Neste sentido, verificou-se a importância da presença da família na vida do idoso institucionalizado, as quais manifestam afeto, interesse, preocupação e responsabilização. Os principais cuidadores classificam a sua relação com o utente antes do internamento, como sendo muito boa e boa, existindo apenas dois dos cuidadores que expõe que a relação com o utente e seu familiar antes do internamento já era má.

As relações interpessoais estabelecidas entre a família e a pessoa idosa institucionalizada são o resultado das interações que estabeleceram ao longo das suas vidas. Gerir essa relação de forma harmoniosa é um desafio permanente. Observa-se, com frequência, alterações a nível de saúde do idoso, as alterações nas dinâmicas familiares, com inversão dos padrões de autoridade e poder, nomeadamente entre pais e filhos, o que implica ajustes no processo interativo entre o idoso que se encontra numa instituição e a família (Pimenta, 2009).

Os motivos de saúde do utente são as principais causas do internamento do utente na UCC, contudo, existem outros motivos que quando questionados aos cuidadores principais estes referem que também são cruciais, e que levam igualmente ao internamento, tais como: a sobrecarga e a falta de formação na prestação de cuidados, que leva muitas das famílias a procurar o internamento dos seus familiares; falta de tempo da família, motivos financeiros e motivos de saúde do cuidador/a principal.

O ser humano necessita, em qualquer fase da sua vida, de estabelecer relações e laços afetivos, de amar e ser amado. É no seio da família que, mesmo em situações em que é impossível partilhar o mesmo teto, os idosos devem ser apoiados, sendo os laços afetivos mais importantes que o espaço físico (Imaginário, 2004).

A institucionalização pode potencializar o afastamento do idoso da família. Com frequência, a família usa como estratégia de defesa o distanciamento do idoso para superar as vivências dolorosas ocorridas no período que antecedeu a ida para o lar, em que o esforço físico, a pressão permanente, a falta de tempo para dormir e cuidar de si, o isolamento progressivo foi constante. Esta situação é muitas vezes observável, quando os utentes entram nas UCC's para descanso do cuidador.

No início do estudo de caso apontava-se que a distância pudesse estar ligada às dificuldades que muitas famílias têm em se relacionar com os seus familiares internados, tendo sido questionado a que distância vivem da instituição, sendo que foi possível confirmar que muitos destes cuidadores principais vivem a cerca de 20-30 min e a outra maioria a 1h-1h30 min, existindo assim uma distância considerável e que pode ser uma das razões que implicam algum afastamento dos seus familiares.

Por vezes com o passar do tempo, as relações vão dissipando e a necessidade de um contacto permanente começa a diminuir, levando a família a distanciar-se, com perda especialmente para o idoso, que se sente abandonado e sem apoio emocional, vendo o relacionamento com os seus familiares dificultado por muitas das vezes estes não saberem lidar com o idoso e com a dependência que este na maioria das vezes apresenta.

Verificámos a frequência com que os cuidadores principais visitam os seus familiares, sendo que as opções que estiveram mais em evidência foram: uma vez por mês e uma vez por semana, podemos relacionar com o facto de 4 dos principais cuidadores viverem a cerca de 1h-1h30 da instituição e cerca de 7 a 30-30 min.

Institucionalizar significa confiar alguém aos cuidados de uma instituição especializada, sendo no caso dos idosos os chamados lares. Quando esta mudança ocorre na vida de um idoso, ele passa por uma adaptação a uma nova rotina, com pessoas, horários e hábitos de comer, dormir e tomar banho. Isso faz com que o idoso institucionalizado perca de alguma forma, sua identidade devido ao facto de ter que se adaptar a uma nova forma de vida, a um novo ambiente e a conviver com pessoas diversas (Alcântara, 2004, p. 51).

Cabe à família, após o internamento do idoso procurar não se distanciar e manter o apoio e o melhor relacionamento possível com o mesmo, Na sua maioria, a duração das visitas na UCCLDM da SCMS, por parte dos principais cuidadores e da sua família, têm uma duração de 45min a 2h-2h30, havendo uma pequena maioria em que a duração da visita é cerca de 5h. Esta pequena maioria, deve-se ao facto das distâncias a que os familiares vivem da instituição, sendo este um dos principais fatores de afastamento.

Existe por parte do idoso um apego natural ao seu ambiente de vida e aos seus objetos pessoais. Nesse sentido, a mudança do lar para uma UCC, bem como o distanciamento dos conhecidos pode acarretar ao idoso o surgimento da depressão e de outras doenças. Isso nos leva a concluir que:

“Há necessidade de participação consciente e ativa dos familiares, porque muitos negam o declínio funcional e psicológico do idoso quando este apresenta mais de uma doença sem bom prognóstico, que eles desconhecem na maioria das vezes, gerando uma postura de indiferença e dificuldade na relação idoso-família” (Jede; Spuldaro, 2009, p. 416).

Muitos dos cuidadores principais mostraram ter em comum diversos aspetos no que diz respeito ao que fazem durante o tempo que estão a visitar o seu familiar, tendo sido evidente que o fazer companhia ao utente foi o mais referido, seguido de conversas e demonstrar afetos perante eles, como é possível verificar:

“Converso com ela, procuro saber como é que ela está, como se sente” (Família 1);

*“Converso com ela, mas às vezes é complicado porque ela só que é vir comigo”
(Família 2);*

“Faço-lhe companhia, falo também, mas como a minha mãe não comunica “(Família 3).

É possível retirar destas citações, que muitas das vezes o grau de dependência e o estado demencial que os utentes apresentam são dificuldades presentes na forma como a família se relaciona com o utente.

Quando questionados com o facto de se o tempo que passam com os idosos é de qualidade, a esmagadora maioria afirmou que sim, esse tempo verifica-se ser de qualidade tendo apenas existido uma resposta negativa que se deve ao facto do cuidador principal se encontrar longe do seu familiar e devido ao estado de saúde apresentado pela utente.

Por vezes o estado de saúde que o utente apresenta pode dificultar a qualidade de tempo que a família tem com o seu familiar, porém, como foi possível verificar a maioria dos cuidadores considera ser de qualidade e consideram o tempo que disponibilizam de visita para o utente, suficiente.

Devido ao internamento do idoso gerar mudanças não só nele próprio, mas também a nível familiar e das suas relações, foi questionado novamente aos principais cuidadores, como estes classificam a relação que têm com o utente após o internamento, tendo-se mantido na sua maioria e comparativamente com o gráfico 8, onde foi feita a mesma questão, porém antes do internamento, respostas positivas como a boa relação entre o utente e o cuidador principal.

Verificando-se que as boas relações permanecem, procuramos saber quais os principais sentimentos que os cuidadores principais identificaram perante os seus familiares, sendo manifestamente evidente, que o amor é o mais referido seguido de amizade e compaixão.

É necessário também considerar como consequência da institucionalização, o surgimento de uma nova realidade no âmbito da família que altera toda a sua dinâmica, tendo sido por isso questionado aos cuidadores principais como é que o nível de dependência do utente condiciona a relação com a família. As respostas foram diversas, sendo que esta é a questão central de todo o estudo de caso. Foram mencionadas as principais áreas de carência geradas pela dependência que os utentes apresentam, tendo sido enunciados diversos problemas como, dificuldade na comunicação utente-família, a dependência do utente, o seu estado de saúde e o seu estado demencial, a necessidade de cuidados permanentes, a falta de formação para prestar cuidados, todas estas foram áreas de carência que geravam outras expressadas, como: mudança de hábitos familiares e conflitos familiares.

Algumas das respostas merecem um destaque principal, para que desta forma se possa confirmar como o nível de dependência afeta/ condiciona a relação com a família:

“É impossível estar a cuidar dela, isso cria tensão na família. Eu não teria condições, é impossível levá-la a sair, portanto sim, nunca é bem aceite” (Família 4);

“Quem viu a minha mãe antes e quem a vê agora, é como a minha mãe não existisse, eu não a reconheço assim, não existe um diálogo, o avançar da demência, torna tudo muito complicado. Eu não tenho resposta para ela, já custa a ajudar e custa-me ver como ela está. Abandonar não abandono, mas houve uma altura em que eu e o meu marido tivemos quase a separar-nos” (Família 5);

“Condiciona na medida em que sem encontra em estado vegetativo” (Família 6);

“A minha mãe tendo a demência que tem, dificultou a sua estadia na sua casa, precisa de ajuda permanente e tínhamos de nos esforçar e desdobrar para a ajudar, quando a minha saúde não permite muito bem. Nem sempre foi fácil” (Família 7);

“Condiciona, nós vimos vê-lo e isso afeta todos porque ficamos tristes em ver o seu estado de saúde” (Família 8);

CONCLUSÃO DO ESTUDO

As atuais alterações demográficas, sem paralelo ou precedência na história da existência humana, estão a modificar a dinâmica do mundo de hoje. O rápido envelhecimento das sociedades modernas, representado por uma acentuada tendência de involução da pirâmide etária, fruto de uma maior longevidade humana, tornou-se uma realidade inevitável e com consequências drásticas na nova visão do mundo. Estas múltiplas repercussões afetam o funcionamento da sociedade em geral, potenciando inúmeros desafios à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa para o desenvolvimento dos países, assumindo lugar de destaque nas agendas sociais e políticas.

Nos dias de hoje o envelhecimento é um fenómeno mundial. No nosso país estima-se assim que a população idosa em Portugal continuará a aumentar nas próximas décadas, atingindo entre 36% a 43% da população em 2060, com um respetivo índice de envelhecimento na ordem dos 287 a 464 idosos por cada 100 jovens.

Ao longo da nossa vida, todos temos habilidades sociais com as quais vamos aprendendo a lidar com os vários acontecimentos com que nos deparamos e por conseguinte, moldamo-nos de acordo com as lições que tivemos, ou seja, nenhum indivíduo é igual no que toca a este tipo de habilidades. A Assertividade, a Empatia e a

Habilidade de Resolver Problemas são as que mais encontramos no dia-a-dia, todos as temos, sem que nos apercebamos, uma vez que estão incutidos em nós, mas quando precisamos delas, elas surgem.

Um ser Humano cresce e passa por várias fases ao longo da sua vida e são elas que vão determinar aquilo que nós somos. O mesmo acontece com um idoso.

“A velhice acarreta a diminuição da capacidade de adaptação, que ocorre de maneira objetiva, limitando o sistema psicossocial, no qual se manifesta a dificuldade de aceitação. Isso tudo leva ao aumento da dependência do ambiente familiar, que é um local de proteção e estabilidade” (Jede; Spuldaro, 2009, p. 414).

A institucionalização, enquanto saída de casa e ingresso no lar, pode confrontar o idoso com potenciais perdas e ganhos em termos intra e interpessoais com fortes implicações para o seu funcionamento individual e emocional.

Dentro dessa nova configuração do processo de envelhecimento, deve-se mencionar a importância da afetividade no quadro das relações familiares, pois o relacionamento afetivo é influenciado pelo modo como a pessoa vê o mundo e pela maneira como conviveu ao longo dos anos no seio familiar. A afetividade é a base para um bom convívio familiar; uma maneira positiva de ver a si mesmo, capaz de promover uma expressão positiva de humor e emoções na vida familiar (Espitia; Martins, 2006, p. 54).

Em alguns relacionamentos onde se verifica a inexistência de apego emocional, o cuidado torna-se uma tarefa muito difícil, onde as atitudes de solidariedade, gratidão e responsabilidade podem ser assumidas como uma obrigação. Um fator muito importante a ser analisado refere-se à formação dos relacionamentos na vida familiar e como o idoso participou no processo construtivo dos laços afetivos, da formação da personalidade e nas atividades de lazer. Isso porque todos esses fatores é que motivarão a família a passar momentos de prazer ao lado dos idosos ao longo de suas vidas (Espitia; Martins, 2006, p. 55).

“Ao envelhecer, o idoso deixa transparecer que necessita de mais cuidado, atenção, amor e muito afeto. Nesta fase o processo de transformação dos sentimentos emerge, e o afeto e amor com a família intensificam-se. Desta forma, a afetividade manifesta-se significativamente na vida diária dos idosos, expressando mais uma vez que a família deve estar sempre presente nesta etapa, para prestar o apoio necessário” (Espitia; Martins, 2006, p. 55).

A arte do cuidar é importante para o ser humano enquanto bem-estar físico, psíquico e social, preservando assim a dignidade humana.

A vida na sociedade atual está marcada pela individualidade de cada membro, o que faz com que os objetivos pessoais estejam acima da mutualidade familiar e os

vários conflitos gerados ao longo da vida conduzem algumas famílias à privação dos seus sentimentos, distanciando assim o contato pessoal. Encontra-se aqui umas das causas para a institucionalização dos idosos, o grau de dependência, o estado de saúde do idoso, incluindo o estado demencial.

A família é uma instituição que exerce uma influência significativa sobre os indivíduos ao longo de todo o seu processo de desenvolvimento, por isso, a sua importância é evidente no processo de envelhecimento, sendo que a afetividade ocupa um lugar especial em nossas vidas. Ter um olhar especial pela convivência pode ser uma forma de desenvolver e manter o equilíbrio afetivo entre o idoso e sua família (Espitia; Martins, 2006, p. 55).

Portanto, nota-se a interdependência relacional vivida no âmbito das famílias por parte de seus membros, o que constitui um forte apelo à preservação dos laços afetivos ao longo de todo o curso da vida. Nada pode substituir a importância das relações familiares no desenvolvimento e amadurecimento de cada membro da família, pois sem estas nada se constrói de maneira equilibrada e sadia na vida de qualquer pessoa.

14. AVALIAÇÃO

Este ponto é dedicado às reflexões sobre o processo de estágio, objetivos perspetivados e alcançados. A estagiária expões os objetivos pessoais face à intervenção social.

Segundo (Both, 2007) a avaliação é “um processo, onde se direciona a qualidade do desempenho sobre a quantidade de atividades propostas, tanto para o aluno como para o professor”.

Para concretizar a autoavaliação, pretende-se a realização de um diário de bordo a realizar durante o período de estágio, que tem como finalidade ajudar a fazer o relatório final. Para este processo de autoavaliação será necessário a consulta dos objetivos inicialmente propostos para saber se as metas foram ou não alcançadas.

A análise e a avaliação serão realizadas após a concretização da atividade através do diagnóstico que visa avaliar se as expectativas iniciais correspondem aos resultados obtidos, nomeadamente, a importância do trabalho desenvolvido; formação pessoal e profissional e a integração e relacionamento interpessoal.

O estágio curricular de mestrado teve grande importância para a estagiária pois permitiu a aquisição de experiência pessoal e também proporcionou, mais uma vez aprendizagens para a prática profissional e possibilitou o contato com uma realidade que esta desconhecia, com acontecimentos de vida que a deixaram reflexiva, e que sem dúvida a fizeram ter uma noção diferente, tendo ajudado no amadurecimento enquanto pessoa. Alguns desses acontecimentos que deixaram uma marca, foi quando esta se

apercebeu do tempo que os utentes aguardam para conseguir ter vaga em ERPI (em vagas quer cativas ou comparticipadas pelo Seguro Social), era algo que a estagiária tinha noção, porém, não a deixou de impressionar; as baixas pensões que os utentes auferem, não lhes permite procurar uma solução como ERPI privados ou até outras respostas sociais que cada vez mais surgem como forma adequada de responder às necessidades dos utentes.

O período de estágio permitiu a aquisição de conhecimentos sobre o trabalho e a dinâmica da RNCCI. Esta adotou saberes e estratégias acerca da forma de intervir e interagir com os utentes e as suas famílias, em contexto prático. As principais intervenções que a estagiária reconheceu de imediato a sua utilização, em contexto prático, foi a intervenção psicossocial, o trabalho em equipa e articulação entre os vários recursos.

A participação da estagiária nas atividades da UCCLDM-“Hospital de Jesus Cristo”, relativas ao Serviço Social, bem como, a observação, que realizou durante o período permitiram compreender a verdadeira relevância de valores como o esforço, o empenho, a qualidade, o respeito, o trabalho em equipa, o trabalho em rede, as relações cordiais e a ajuda. Compreendeu a verdadeira importância de uma equipa multidisciplinar, ou seja, de técnicos com formações de diferentes áreas, pois é essencial que assim seja, uma vez que, existe uma enorme diversidade de casos e necessidades com que os profissionais se deparam diariamente no seu trabalho. Compreendeu ainda a relevância de intervenção indireta, a par da intervenção direta, pois ambas pretendem atingir os mesmos objetivos. A intervenção indireta permite não perder o conhecimento das etapas e intervenções realizadas anteriormente, e torna-se um complemento indispensável, para o sucesso das intervenções diretas, que são realizadas junto do utente e que ajudam o mesmo a alcançar ou a suprimir as suas necessidades.

O período de estágio permitiu compreender os pontos positivos e/ou potencialidades, existentes como: boa relação, existente entre os elementos da equipa da UCC, o que é fundamental para a manutenção do trabalho em equipa e para o sucesso da intervenção, junto do utente. Ainda destaca a articulação que a UCC mantém com as restantes respostas sociais da SCMS, isto é, o trabalho em parceria e em rede que as une. Este trabalho permite um maior aproveitamento de recursos, uma maior dinâmica nas atividades realizadas com os utentes, e uma intervenção centrada no bem-estar do utente, tendo em conta sempre as suas necessidades e problemas, desenvolvendo o empowerment.

Neste ponto da avaliação, não poderá deixar de abordar alguns dos constrangimentos e dificuldades com os quais se deparou, tais como: o receio do primeiro

contato com a instituição, bem como, com os seus colaboradores; a incerteza relativamente à forma atuar e de interagir, perante a população-alvo; as dificuldades sentidas na intervenção com as famílias e/ou cuidadores principais dos utentes; as dificuldades quando realizava trabalho burocrático no início, da forma mais adequada e correta possível.

O sentimento de acolhimento que a estagiária experienciou pela equipa, no momento da sua integração na UCC, é incrível. Sem dúvida que foi muitíssimo bem-recebida, o que foi uma mais valia durante o estágio, deixando a estagiária sempre à vontade, sentido sempre uma satisfação enorme por estar a integrar o estágio. Foi uma experiência super enriquecedora.

15. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção apresenta-se sob a forma de guião de apoio à família, uma intervenção social que poderá ser executado em qualquer contexto organizacional onde se verifique a questão principal, a institucionalização por parte do idoso. O mesmo deverá ser aplicado pelo Assistente Social da instituição que irá acolher o idoso, a intervenção que será em forma de entrevista que deverá ser dividida em três momentos.

O objetivo do guião de apoio à família é promover a aquisição de conhecimentos e estratégias que após a institucionalização do idoso, permitam à família uma melhor relação e/ou evitar alguma perda de afetos com o mesmo. Deste modo, torna-se importante a participação da família.

O guião de apoio à família deve adaptar-se ao público a que se dirige. A forma mais fácil de o fazer é dirigir as sessões e/ou reuniões a pequenos grupos, nesta problemática em específico, à família, pois assim é mais fácil haver discussão sobre o assunto e a mensagem é transmitida de forma mais eficaz (Assis, 2002).

16. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento ativo, são os desafios, a nível global. Perante este contexto, houve necessidade de definir uma estratégia, ou seja, criar serviços adequados, como as Unidades de Cuidados Continuados, adequadas às necessidades do presente (UMCCI, 2011).

O fenómeno do envelhecimento, muitas vezes, é acompanhado, pela doença crónica, que se representa como uma das principais causas da perda de autonomia, dependência e morbilidade nos indivíduos (OMS, 2000, cit por, Louro, 2009). Contudo, apesar de este ser um problema maioritariamente observado na população com 65 ou mais anos de idade, ou seja, quando se chega à idade da velhice, não é característica apenas deste grupo da população, podendo haver pessoas dependentes de todas as idades (Gonçalves, 2009).

No âmbito do desenvolvimento das Políticas Sociais, surgiram as Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção, pretendem prestar apoio social e cuidados de saúde de recuperação, reabilitação, manutenção e reinserção, a pessoas com doenças crónicas, com diferentes níveis de dependência, de qualquer idade, que não reúnem as condições necessárias para estarem no domicílio (SCMS, 2015).

O serviço social tem um papel imprescindível nos Cuidados Continuados Integrados, estes profissionais inseridos nos serviços da RNCCI, tem o dever de enfatizar a relevância e a centralidade dos fatores psicossociais, e da reintegração dos doentes nos ambientes sociais que mais se ajustem ao desenvolvimento de todas as suas capacidades (DGS, 2006).

O estágio, no contexto da saúde, permitiu confirmar a importância e relevância do papel do técnico de Serviço Social, em equipamentos e serviços como as Unidades de Cuidados Continuados Integrados. O mesmo foi sem dúvida, benéfico e enriquecedor, permitiu a aquisição de competências, e dinâmicas profissionalizantes, na área do Serviço Social, o conhecimento de uma realidade complexa que possibilitou gerir um compromisso de responsabilidade na colaboração das atividades gerais desenvolvidas. Durante esse período a estagiária adquiriu competências como: a admissão de doentes; organização do processo social; registos no aplicativo informático da RNCCI; planeamento de alta/ acompanhamento psicossocial do doente; breve aprendizagem no que diz respeito à gestão de recursos humanos, funcionamento da Unidade e atividades relacionadas com a dinâmica da SCMS. A interação com os utentes e as famílias em todos estes momentos permitiu um desenvolvimento positivo no decorrer da aplicação do estudo.

O presente trabalho teve como objetivo estudar as relações afetivas entre a família e o idoso internado, com o intuito de dar a conhecer esta questão pouco valorizada e explorada, propondo no fim um guia de apoio à família. A quase inexistência de investigações sobre o tema em estudo pela estagiária, demonstra que a importância dada até aos dias de hoje à relação afetiva existente entre o idoso e a família antes do internamento do idoso é pouco valorizada, tendo por isso problemas acrescidos após a sua entrada numa instituição.

Os aspetos que fundamentaram o estudo prendem-se com a importância que tem a manutenção do contacto entre os idosos institucionalizados e a sua família, tendo em vista a estabilidade afetiva e emocional, quer do idoso, quer dos familiares. Após a recolha desta informação e visando promover a aproximação entre o idoso e a família, a estagiária deparou-se com fatores que provocam o afastamento e/ou proporcionam uma carência relação entre o idoso e a família. Os fatores que mais se sobressaíram foi a dependência do utente, o seu estado de saúde e demencial, o fato de muito dos cuidadores principais serem idosos, a fraca rede de suporte familiar, a necessidade de cuidados permanentes, muitas das vezes as mudanças de hábitos familiares que têm de existir, conflitos familiares, o estado de espírito da família, a distância da família e a falta de formação para prestar cuidados ao idoso que se encontra dependente.

Foi possível concluir, que a perceção que atualmente se tem do valor do cuidado na vida dos idosos, está na essência do cuidado ao ser humano e que isto é tão necessário quanto as necessidades humanas, sem as quais não se pode viver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, I. D., Forlenza, O. V. & Barros, H. L. (2005). *Demência De Alzheimer: Correlação Entre Memória e Autonomia*. Brasil. Revista de Psicologia Clínica.

Albarello, Luc. *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, p. 85-116;

Alcântara, A. O. (2004). *Velhos institucionalizados e família: entre abafo e desabafo*. Campinas: Editora Alínea.

Almeida, Henrique (2012). *“Biologia do envelhecimento: uma introdução”*. In Paúl Constança, Ribeiro, Oscar (Coord) (2012). *“Manual de Gerontologia”*. Lisboa. LIDEL, p. 21-40

Almeida, Helena (2012). *“Envelhecimento, Qualidade de vida e Mediação Social Profissional na Saúde”*. In Carvalho, M.Irene (2012) (Coord). *“Serviço Social na Saúde”*. Lisboa. Pactor, p. 139-181

Alzheimer Portugal. (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer*. Lisboa: Alzheimer Portugal;

António, Stella (2013). *“Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento”*. In Carvalho, M.Irene (2013)(Coord). *“Serviço Social no Envelhecimento”*. Lisboa. Pactor, p.81-101.

Assis, M. (2002). *Promoção da Saúde e Envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos*. Rio de Janeiro. Série Livros Eletrónicos - Programa de atenção ao idoso;

Azaredo, Z. (2008). *A família como núcleo de mudança cultural*. In V. Jorge e J. Macedo. *Crenças, religiões e poderes: dos indivíduos às sociabilidades*. Porto: Editora Afrontamento;

Both, Ivo José. (2007). *Avaliação planejada, aprendizagem consentida: a filosofia do conhecimento*. 1ª Edição, Curitiba;

Burns, A., & Zaudig, M. (2002). *Mild cognitive impairment in older people*. Lancet, 360, 1963-1965.

Cabral, M. V., Ferreira, P. M. (2013). *O Envelhecimento Ativo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*, Lisboa: 2013;

Carneiro, R. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Activação e Qualidade: Relatório Final.* Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: 2012;

Carmo, Hermano; Esgaio, Ana; Pinto, Carla (2014). *“Intervenção Social com Grupos”.* Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa. Lisboa. Edições ISCSP.

Carmo, Hermano; Esgaio, Ana; Pinto, Carla; Pinto, Paula (2015). *“Desenvolvimento Comunitário”.* Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa. Lisboa. Edições ISCSP.

Carrujo, Rute (2008). *“Seguro de dependência. Proposta de um modelo de avaliação financeiro-actuarial”.* Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade Nova de Lisboa. Repositório: <https://run.unl.pt/handle/10362/3340> (Consultado a 28 de dezembro de 2016).

Carvalho, M. (2009), *Entre os cuidados e os cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas.* Campus Social – Revista Lusófona de Ciências Sociais, América do Norte. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/campusocial/article/view/239/148>

Carvalho, M. (2012). *“Cuidados Continuados Integrados e Serviço Social” in “Serviço Social na Saúde”.* Lisboa. Pactor (2012);

Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento.* Lisboa. Pactor (2013);

Carvalho, M. (2013). *“Um percurso Heurístico pelo Envelhecimento” in “Serviço Social no Envelhecimento”.* Lisboa. Pactor (2013); p.1-15

Carvalho, M. (2014). *“Política de Saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social”.* Lisboa. Pactor (2014) p.261-271;

Cunha, Maria José Santos. (2009). *Investigação Científica. Os passos da Investigação Científica no Âmbito das Ciências Sociais e Humanas.* Vila Real: Ousadias, 2009;

Costa, M. A., Agreda, J. J., Ermida, J. C., Cordeiro, M. P., Almeida, M. L., Cabete, D., Lastra, C. (1999). *O idoso – Problemas e realidades (1ª ed.).* Coimbra: Formasau;

Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). *Declínio da capacidade cognitive durante o Envelhecimento.* Revista Brasileira de Psiquiatria,

(27), p. 79-82. <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n1/23718.pdf>. (Consultado a 17 de agosto de 2016);

Dias, V.; Schwartz, (2005). *O lazer na perspectiva do indivíduo idoso*. Revista Digital, 87, 16-29 ;

Direção Geral de Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Direção Geral da Saúde. Lisboa, 2012;

Direção Geral de Saúde. *Conceitos: envelhecimento*. <http://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/conceitos.aspx> (Consultado a 08 de julho de 2016);

Direção Geral de Saúde (2006). *“Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”*. Lisboa, DGS.

Direção Geral de Saúde (2004). *“Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas”*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx> (Consultado a 27 de dezembro de 2016);

Espitia, A. Z.; Martins, J. J. (2006). *Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros*. Arquivos Catarinenses de Medicina Online.

Farinha, V. (2013). *Identidade na Velhice - Um Jogo de Espelhos*. Tese de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia (Curso de Mestrado em Gerontologia). Lisboa: 2013;

Fernandes, A.; Gil, A.; Gomes, I. (2007) *Fórum Sociologia CESNOVA G.T. Mundos Sociais, Trajetórias e Modalidades: Envelhecimento Ativo um Novo Paradigma*. Número 17 (II Série), p. 14-67;

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais*. Oeiras: Editora Celta Oeiras;

Figueiredo, Maria. (2012). *Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusodidacta, 2012. p. 68;

Fonseca, António (2006). *“O Envelhecimento- Uma abordagem psicológica”*, 2ª edição. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento (1ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores;

Fortin, Marie-Fabienne. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidacta. 2009;

Furtado, Cláudia (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde.* Universidade Nova de Lisboa;

Freir Junior, Renato; Tavares, Maria de Fátima (2005). *A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião.* Botucatu, Vol. 9, nº. 16, p. 147-158.

Garcia, Carlos (1991). *Envelhecimento cerebral e demência.* Instituto de Neurologia. Faculdade Medicina de Lisboa, Lisboa;

Ghetu, M.V.; Bordelon, P.C. e Langan, R.C. (2010) –“*Diagnosis and Treatment of Mild Cognitive Impairment*”. *Clinical Geriatrics.* p. 30-36. <http://www.clinicalgeriatrics.com/node/3612>. (Consultado em 29 julho de 2016);

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar.* Coimbra: Formasau;

INE (2009). Instituto Nacional de Estatística – *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060;*

INE (2016). Instituto Nacional de Estatística – *Censos 2011;*

Jede, M.; Spuldaro, M (2009). *Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura.* Passo Fundo, Vol. 6, nº 3, p. 413-42.

Júnior, R. C. F., & Tavares, M. F. L. (2005). *A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião.* Interface-Comunicação, Saúde, Educação, (9) p. 147-158;

Leite, E. O. (1991).- *Tratado de direito de família: origem e evolução do casamento.* Curitiba: Juruá, 1991, p. 57;

Lima-Costa, M., Barreto, S., e Giatti, L. (2003). *Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos na população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílio.* Cadernos Saúde Pública, (19), p. 735-43;

Lima, Telma; Mioto, Regina; Prá, Keli (2007). “*A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de*

campo”. Revista Textos & Contextos Porto Alegre. Vol 6, nº1, p.93-104.
<http://revistaseletronicas.pucrs.br> (Consultado a 10 janeiro de 2017)

Lopes, Maria; Ribeiro, Ana; Santo, Inês; Ferreira, Fátima; Frederico, Luís (2012). “Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar” in Carvalho, M (2012) “Serviço Social na Saúde”. Lisboa. Pactor, p.25-52.

Martins, Orlanda. (2014) *A Família do Idoso Dependente – Análise das necessidades/dificuldades no cuidar no domicílio*. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Escola Superior de Saúde. Viana do Castelo: 2014;

Masfret, Dolores (2012). “Serviço Social de Saúde e o Planeamento da Alta para a Comunidade de Cuidados Continuados na Comunidade” in Carvalho, M. (2012) “Serviço Social na Saúde”. Lisboa. Pactor, p.55-80.

Minuchin, Salvador (1990) - *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas;

Núncio, Maria José (2010). *Introdução ao Serviço Social- História Teoria e Métodos*. ISCSP. Lisboa

Osorio, Augustín (2007). “Os idosos na Sociedade Atual”. In Osorio, Augustí. “As pessoas idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa”. Lisboa, Instituto Piaget, p. 11-46.

Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim de Século;

Paúl, C. (1997). “Lá para o fim da vida, idoso, família e meio ambiente”. Coimbra: Livraria Almeida;

Pego, M.S (2013). - *Cuidados Informais: Os Idosos em Situação de Dependência em Portugal*. Tese de mestrado na Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: 2013;

Pérsico, L. (2010). *Como melhorar a sua capacidade mental*. Lisboa: Plátano Editora;

Petersen, R. C. (2004). *Mild cognitive impairment as a diagnostic entity*. Journal of Internal Medicine, 256, p. 183-194;

Petersen, R. C. (2010). *Clinical trials for early (predementia) alzheimer ' s disease: a case for mild cognitive impairmnet*. The Journal of Nutrition, Health e Aging, 14 (4), p. 304-305;

Pinho, Joana. (2012). *“As Casas da Misericórdia: confrarias da Misericórdia e a Arquitetura quinhentista portuguesa”* Universidade de Lisboa- Faculdade de Letras- Departamento de história.
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9686/ulsd066903_td_Joana_Pinho.pdf
(Consultado a 10 de janeiro de 2017)

Pimenta, G.; Costa, A.; Gonçalves, L.; & Alvarez, A. (2009). *Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal.* Revista da Escola de Enfermagem da USP, (43), p. 609-614;

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família.* Coimbra: Quarteto. 2005;

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Loures: Lusociência;

Ramos, Sara (2015). *“A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente”* Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6631/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Sara%20Ramos%2024-06-2015.pdf?sequence=1> (Consultado a 27 de janeiro de 2017).

Rabelo, D. (2009). *Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção.* UNIPAM, (1), p. 56-68;

Ribeiro, Óscar, Paúl, Constança (2011). *“Envelhecimento Ativo”* in Ribeiro, Óscar. *“Manual de Envelhecimento Ativo”*. Lisboa. Edição LIDEL, p. 1-12.

Robertis, Cristina de (2011). *“Metodologias de Intervenção em Trabalho Social”* Coleção Educação e Trabalho Social. Porto. Porto Editora.

Rodriguez, J. O., & Rocha, M. L. (2002). *Guias em Demências;*

Rodrigues, P. (2011). *Relação entre a Memória e a Função Construtivo-Prática e o Déficit Cognitivo.* Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra;

Rozenthal, M., Engelhardt, E., e Laks, J. (1995). *Memória: aspetos funcionais.* Revista Brasileira Neurologia, (31), p. 157-60;

Rosa, T. E. (2003). *Factores Determinantes da Capacidade Funcional Entre Idosos.* Revista de Saúde Pública. 2003, (37), p. 40-48;

Rosa, Maria João Valente (2012). *“O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa”*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa

Santa Casa da Misericórdia de Santarém (2016). *“Compromisso da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santarém”*.

Santa Casa da Misericórdia de Santarém (2016). *Plano de Atividades da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção- “Hospital de Jesus Cristo”*. Santarém

Santa Casa da Misericórdia de Santarém (2016). *Regulamento Interno da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção- “Hospital de Jesus Cristo”*. Santarém

Santana, Isabel. (2010). *Projeções de População Residente*. Instituto Nacional de Estatística. 2010;

Secchi, S. R (2008). *Memória do idoso: o papel da Terapia Ocupacional*. Campinas: Metrocamp;

Sequeira, C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto;

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel – Edições Técnicas;

Silva, Flora (2001). *“Intervenção Psico-social”*. Universidade Aberta. Lisboa

Silva, C. A., Menezes, M. R., Santos, A. C. P. O., Carvalho, L. S., Barreiros, E. X. (2006). *Relacionamento de amizade na Instituição asilar*. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, (27), p. 274-283.

Singly, François. (2000). *Família e individualização*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000;

Singh-Manoux, A., & Kivimaki. (2010). *The importance of cognitive ageing for understanding dementia*. American Aging Association, 32, p. 509-512;

Sousa. L (2012). *Programa de Intervenção na Memória para Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro*. Dissertação de Mestrado na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto: 2012;

Tier, Cenir ; Fontana, Rosane & Soares, Narciso. (2004). *Refletindo sobre idosos institucionalizado*. Revista online, vol.57, n.3, pp.332-335.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *“Manual do Prestador- Recomendações para a Melhoria Contínua”*. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Lisboa

Vigário, V. (2012). *Diferenças no funcionamento cognitivo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica no Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra: 2012;

WEBGRAFIA:

Sítio do Instituto da Segurança Social, IP: (2016) *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Disponível em: http://www4.segsocial.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci (Consultado em junho de 2016);

Sítio do Instituto da Segurança Social, IP: (2016) *Apoios Sociais e Programas- Programas de apoio ao desenvolvimento social- RNCCI*. http://www4.segsocial.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci (Consultado em junho de 2016);

Sítio do Instituto da Segurança Social, IP: (2016). *Sou cidadão- Dependência- Complemento por dependências*. <http://www4.seg-social.pt/complemento-por-dependencia> (Consultado em janeiro de 2017);

Sítio da Santa Casa da Misericórdia de Santarém (2016/2017). <http://www.scms.pt/> (Consultado entre novembro 2016 e junho de 2017);

Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2006), Direção-Geral da Saúde.

LEGISLAÇÃO

Constituição da República Portuguesa (2005). Assembleia da República. VII Revisão Constitucional. <http://parlamento-pt/Legislação/Documents/constpt2005.pdf> (Consultado a outubro de 2016);

Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de junho. Diário da República- I Série A. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro. Diário da República, 1ª série- N.º 174.

ANEXOS

ANEXO I – CRONOGRAMA

Relações Afetivas entre Famílias e Pessoas Internadas na RNCCI

ATIVIDADES		OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
Atividades a desenvolver:							
Atividades Diretas:	- Admissão/ Acolhimento de utentes e familiares; - Atendimento Sociais; - Aplicação de escalas de Zarit e Gijon; - Intervenção Psicossocial/ Planeamento da alta;						
	- Realização dos questionários de satisfação a utentes e famílias;						
	- Acompanhamento de utentes a consultas;						
Atividades Indiretas:	- Organização/ Elaboração/ Acompanhamento de processos sociais;						
	- Realização de notas de alta social;						
	- Registos no aplicativo informático da RNCCI;						
	- Participação em reuniões						
	- Elaboração de panfletos informativo (Testamento Vital);						
Outras atividades:	- Visita por todas as instalações da SCMS;						
	- Observação da gestão de recursos humanos;						
	- Participação em atividades comemorativas da SCMS e da UCC;						
	- Observação do trabalho da equipa de controlo de infeção da SCMS;						
	- Participação em palestras, formações e workshop;						
Pesquisa Bibliográfica (leitura)							
Redação do Relatório Final de Estágio							(+)

ANEXO II- GUIÃO DE APOIO À FAMÍLIA

**PROMOÇÃO DAS RELAÇÕES AFETIVAS ENTRE A
FAMÍLIA E O IDOSO INTERNADO**

PROPOSTA DE UM GUIA DE APOIO À FAMÍLIA DO UTENTE INTERNADO

SUSANA ISABEL GANDUM REIS

OUTUBRO 2017

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Segundo Serrano (2014), a elaboração do diagnóstico é uma fase crucial para a elaboração deste projeto, pois permite identificar os principais problemas, dá a conhecer as suas causas de fundo e oferece vias de ação para a sua resolução gradual. Na verdade, o diagnóstico tem como principal objetivo o conhecimento da realidade e constitui uma das ferramentas teórico-metodológicas mais importantes para nos aproximarmos do conhecimento da realidade do objeto de estudo.

O presente trabalho pretende estudar as relações afetivas entre a família e o idoso internado, com o intuito de dar a conhecer esta questão pouco valorizada e explorada, propondo um guia de apoio à família.

Em Portugal estima-se assim que a população idosa continuará a aumentar nas próximas décadas, atingindo entre 36% a 43% da população em 2060, com um respetivo índice de envelhecimento na ordem dos 287 a 464 idosos por cada 100 jovens.

Um ser Humano cresce e passa por várias fases ao longo da sua vida e são elas que vão determinar aquilo que nós somos. O mesmo acontece com um idoso.

A institucionalização, enquanto saída de casa e ingresso numa estrutura residencial para idosos ou outra, pode confrontar o idoso com potenciais perdas e ganhos em termos intra e interpessoais com fortes implicações para o seu funcionamento individual e emocional. Pode potencializar o afastamento do idoso da família. Com frequência, a família usa como estratégia de defesa o distanciamento do idoso para superar as vivências dolorosas ocorridas no período que antecedeu a ida para a estrutura residencial para idosos, em que o esforço físico, a pressão permanente, a falta de tempo para dormir e cuidar de si, o isolamento progressivo foi constante. Por vezes com o passar do tempo, as relações vão dissipando e a necessidade de um contacto permanente começa a diminuir, levando a família a distanciar-se, com perda especialmente para o idoso, que se sente abandonado e sem apoio emocional, vendo o relacionamento com os seus familiares dificultado por, na maioria dos casos, estes não saberem lidar com a situação.

Dentro dessa nova configuração do processo de envelhecimento, deve-se mencionar a importância da afetividade no quadro das relações familiares, pois o relacionamento afetivo é influenciado pelo modo como a pessoa vê o mundo e pela maneira como conviveu, ao longo dos anos, no seio familiar. A afetividade é a base para um bom convívio familiar; uma maneira positiva de se ver a si mesmo, capaz de promover uma expressão positiva de humor e emoções na vida familiar (Espitia; Martins, 2006, p. 54).

A arte do cuidar é importante para o bem-estar físico, psíquico e social, preservando assim a dignidade humana. A vida na sociedade atual está marcada pela individualidade de

Guia de apoio à família

cada membro, o que faz com que os objetivos pessoais estejam acima da mutualidade familiar e os vários conflitos gerados ao longo da vida conduzam algumas famílias à privação dos seus sentimentos, distanciando assim o contato pessoal. Encontra-se aqui umas das motivações para a institucionalização dos idosos, o grau de dependência, o estado de saúde do idoso, incluindo o estado demencial.

A família é uma instituição que exerce uma influência significativa sobre os indivíduos ao longo de todo o seu processo de desenvolvimento, por isso, a sua importância é evidente no processo de envelhecimento, sendo que a afetividade ocupa um lugar especial em nossas vidas. Ter um olhar especial pela convivência pode ser uma forma de desenvolver e manter o equilíbrio afetivo entre o idoso e sua família (Espitia; Martins, 2006, p. 55).

O presente guia poderá ser executado em qualquer contexto organizacional onde se verifique a questão principal, a institucionalização de idosos.

Este guia mesmo destina-se a ser aplicado pelo Assistente Social da instituição que irá acolher o idoso.

A intervenção proposta será em forma de entrevista e deverá ser dividida em três momentos.

2 – DEFINIÇÃO DA ESTRATÉGIA

Estratégia é o padrão de objetivos, propósitos ou metas e principais políticas e planos para os alcançar, expressos de forma a definir em que negócio a empresa está ou deverá estar e o tipo de empresa que é ou deverá ser (Andrews, 1971)

Espinoza, (1986), cit. in Serrano, (2007) afirma que os objetivos de um projeto são os propósitos que pretendemos atingir e que estes devem ser claros, realistas e pertinentes.

Explicitar os objetivos é responder à pergunta: Para que se faz? Trata-se de indicar o destino do projeto ou os efeitos que se pretendem alcançar com a sua realização. Configuram o elemento fundamental, visto que expressam os ganhos definidos que se procuram alcançar (Ander-Egg, 1999).

Com este guião de apoio à família pretendemos articular os conhecimentos teóricos e teórico-práticos na área do serviço social e a realidade psicossocial dos idosos, desenvolvendo conhecimentos que contribuam para a uma melhor compreensão do fenómeno das relações que se estabelecem entre os idosos institucionalizados pela primeira vez; compreender se a forma como as relações interpessoais estabelecidas entre a família e a pessoa idosa são resultado das interações que estabeleceram ao longo das suas vidas.

Tendo em vista um conhecimento mais aprofundado desta realidade procuramos dar resposta à seguinte questão: *Quais as dificuldades que a família tem na relação afetiva com as pessoas idosas institucionalizadas?*

Para a avaliação das relações afetivas entre a família e a pessoa idosa será utilizada a entrevista semi-estruturada, dividida em três momentos designados após a institucionalização do idoso. Posteriormente será realizado um relatório e após a análise do mesmo a família será encaminhada para as diferentes áreas de acordo com as dificuldades identificadas.

A entrevista, é uma técnica de inquérito, ou seja, é um instrumento que visa a recolha de informação que, por não estar disponível à partida, tem de ser suscitada interrogando uma determinada população. A entrevista caracteriza-se por um contacto direto entre o investigador e o inquirido. A entrevista concretiza-se, portanto, num processo de comunicação e de interação humana que ocorre num determinado contexto.

Importa distinguir as diferentes modalidades de entrevista: O grau de liberdade concedido ao entrevistado, na expressão verbal do seu pensamento, ou, numa perspetiva equivalente, o grau de diretividade do entrevistador na condução da entrevista, é o critério fundamental de diferenciação dos diferentes tipos de entrevista.

3 – PLANEAMENTO DA ATIVIDADE

Tendo em conta a área em que o assistente social trabalha, são inúmeros os procedimentos de intervenção, no entanto, ao nível da terceira idade, nomeadamente em instituições de acolhimento, existem determinados procedimentos que frequentemente o profissional de serviço social tem de efetuar: entrevista inicial, acolhimento e o acompanhamento.

A entrevista inicial é realizada em contexto de gabinete e utilizada para a recolha de informação sobre o utente, proporcionando um conhecimento mais profundo sobre as problemáticas vivenciadas pelo mesmo assim como, pelo seu suporte social, o que possibilita a realização do diagnóstico social.

O acolhimento pretende a informar o utente e sua família de forma mais detalhada sobre as regras da instituição. O assistente social desempenha um papel crucial neste momento, uma vez que é necessário diminuir o impacto emocional que o utente irá sentir com esta modificação das suas rotinas, para tal, o técnico deverá implicar o utente e a sua família neste processo, de forma a minimizar os riscos de perda de identidade, vínculos afetivos, desenraizamento, receio de mudança, tendência a rejeitar a integração, auto culpabilização ou sensação de estar a sofrer uma punição. É agora que o técnico identifica também necessidades mais específicas do utente e que o ajudarão a melhorar esta alteração.

O acompanhamento pretende o seguimento de toda a situação, adequando sempre que necessário as respostas sociais às necessidades do utente, estando disponível para os receber e horário de atendimento, bem como aos seus familiares.

O objetivo do guião de apoio à família é promover a aquisição de conhecimentos e estratégias que após a institucionalização do idoso, permitam à família uma melhor relação e/ou evitar alguma perda de afetos com o mesmo. Deste modo, torna-se importante a participação da família.

O guião de apoio à família deve adaptar-se ao público a que se dirige. A forma mais fácil de o fazer é dirigir as sessões e/ou as reuniões a pequenos grupos, nesta problemática em específico, à família, pois isso facilita a discussão sobre o assunto e a mensagem é transmitida de forma mais eficaz (Assis, 2002).

O guião de apoio à família materializa-se através de uma entrevista dividida em três momentos:

- O primeiro momento, decorrerá no momento em que o idoso é institucionalizado pela primeira vez, aqui será efetuado um diagnóstico da dinâmica familiar;
- O segundo momento, decorrerá após os 3 primeiros meses de institucionalização do

Guia de apoio à família

do idoso e será neste momento que teremos a percepção da família sobre a institucionalização indicando os seus pontos fortes e fracos. Estes resultados, serão suportados por questões que serão dirigidas à família do idoso durante os momentos que se traduzem em sessões/ reuniões na instituição de acolhimento;

- O terceiro momento, acontecerá durante o 6º mês de institucionalização do idoso e procurar-se-á avaliar o seu grau de insatisfação, novamente efetuando algumas questões à família, identificando possíveis problemas, elaborando um relatório e posteriormente reportar e encaminhar para as diferentes áreas competentes.

4- PLANO DA SESSÃO

	1º MOMENTO	2º MOMENTO- 3º MÊS	3º MOMENTO-6º MÊS
INSTITUIÇÃO	Atendimento à família e ao utente	Apoio psicossocial	Apoio psicossocial
	Elaboração do diagnóstico da dinâmica familiar	Estabelece-se novamente interação com a família e o utente	Avaliação o seu grau de insatisfação
	Integração e apresentação à instituição		Elaborar um relatório após a intervenção e reportá-lo para as áreas competentes.
	PRINCIPAIS QUESTÕES	Como era a relação com o seu familiar antes do internamento?	Com que frequência visita o seu familiar?
Quais os principais motivos que levaram ao internamento, do seu familiar?		Qual a duração da visita?	Que tipo de sentimentos sente em relação ao seu familiar?
Vive a que distancia da instituição?		O que faz durante a visita?	Como é que o nível de dependência do utente condiciona a relação com a família?
		Considera que o tempo que passa como o seu familiar é de qualidade?	O internamento teve influência na forma como se relaciona com o seu familiar? De que modo?

Guia de apoio à família

		O tempo de contato que mantem com o vosso familiar considera suficiente?	
--	--	--	--

5 – PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação da intervenção pode ser definida como a apreciação da qualidade ou do grau de eficácia de um processo. Por outras palavras, a avaliação resulta de uma reflexão sobre todos os momentos e fatores que intervêm na ação desenvolvida, a fim de determinar quais podem ser, estão a ser ou foram os resultados da mesma. Esta, como qualquer outra definição, não esgota as possibilidades de sentido que a avaliação de uma ação pode encerrar.

De facto, uma intervenção com caráter informativo e/ou formativo, ao assumir e colocar em prática diversos itinerários/formatos, pode originar atividades de avaliação específicas e diretamente relacionadas com uma dada vertente formativa em particular (PRONACI, 2002).

Após o término da intervenção, nomeadamente dos três momentos, a avaliação será feita e da mesma resultará um relatório que indicará possíveis problemas, sugestões, que terão tido como base toda a entrevista e a opinião dos familiares do utente

A avaliação pode dar um contributo precioso, fornecendo novas referências e sugestões de aperfeiçoamentos para incorporar em futuras ações. Para além das melhorias que se podem introduzir nos dispositivos utilizados, muitas vezes as informações obtidas a partir de processos contínuos de avaliação também permitem, inclusive, transportar de novo e diretamente para o universo laboral ideias, sugestões e soluções válidas e diretamente aplicáveis.

Avaliar é como aprender, é um processo contínuo. A avaliação ganha um sentido acrescido e utilitário a partir do momento em que é percebida como um processo de aprendizagem e conhecimento contínuos (PRONACI, 2002).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrews, K. (1971). *The concept of corporate strategy*. Irwin.

Assis, M. (2002). *Promoção da Saúde e Envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos*. Rio de Janeiro. Série Livros Eletrônicos - Programa de atenção ao idoso

Espitia, A. Z.; Martins, J. J. (2006). *Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros*. Arquivos Catarinenses de Medicina Online.

PRONACI (2002). Programa Nacional de Qualificação de Chefias Intermédias. "Avaliação da formação na empresa". Fundação Manuel Leão

Serrano, G. (2014). *Elaboração de Projetos Sociais – Casos Práticos*. Porto Editora. Porto

ANEXO III- PANFLETO DO TESTAMENTO VITAL

Testamento Vital

Um Direito dos Cidadãos



Qual é o papel da Pessoa Chamada a Decidir?

O PCS será a pessoa chamada a decidir, em nome do utente, sempre que a situação clínica identificada pelo Utente se verificar ou, caso o TV seja suficientemente claro, deverá garantir que é cumprida. A decisão que prevalece é sempre a do utente.

Quem pode ser PCS?

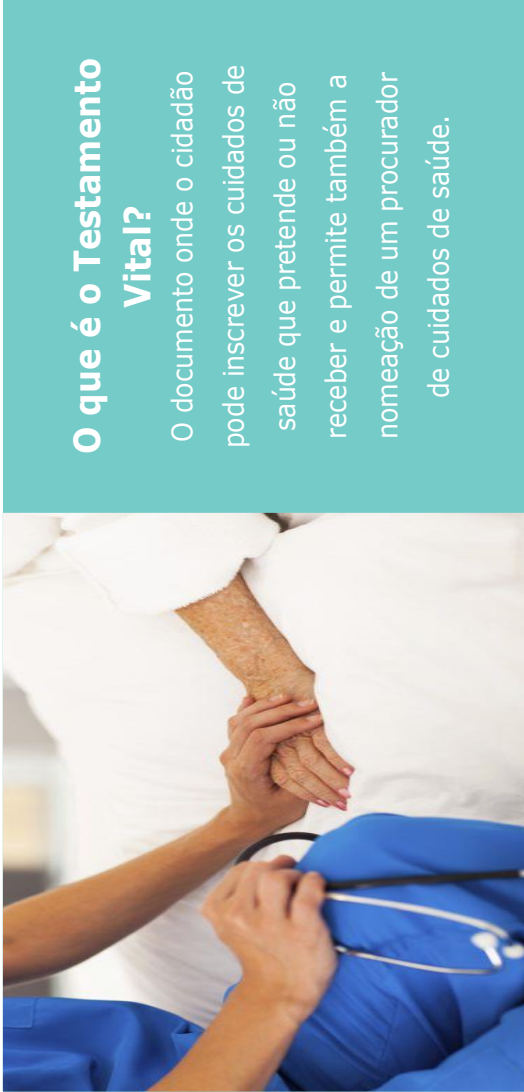
O PCS deve ser uma pessoa de confiança podendo ser um familiar ou outro.

Quem não pode ser PCS?

- Funcionários RENTEV;
- Funcionários do Cartório Notarial (com intervenção nos DAV);
- Proprietários e gestores de Unidades que administram ou prestem cuidados de saúde.

RENTEV
TESTAMENTO VITAL

TESTAMENTO VITAL
UM DIREITO DO CIDADÃO
UMA ESCOLHA INDIVIDUAL



O que é o Testamento Vital?

O documento onde o cidadão pode inscrever os cuidados de saúde que pretende ou não receber e permite também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde.

Para que o Testamento Vital seja válido, tem de estar registado no sistema informático RENTEV?

Não.

O utente pode ter sempre consigo o seu Testamento Vital em papel, desde que reconhecido pelo notário. Contudo o profissional de saúde só considera o Testamento Vital válido e o cumpre caso este esteja registado no RENTEV.

Como consultar?

- **Portal do utente** , descarregar o formulário com o modelo de Diretiva Antecipada de Vontade (DAV).
 - Num contexto de urgência ou de tratamento específico, o médico assistente poderá consultar o TV do utente, através do Portal Profissional.
- Entregar na Unidade Local de Saúde da sua área de residência.
- Encontra-se disponível no Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).
 - O próprio utente pode, através do Portal do Utente verificar se o seu TV está correto, ativo, dentro de prazo, acompanhado, todos os acessos feitos pelos médicos.

A Lei n.º 25/2012 não obriga ao uso do Modelo de DAV, mas o seu uso é altamente recomendado, uma vez que guarda a informação de forma estruturada, facilitando o processo de criação da DAV por parte do Utente e o processo de consulta por parte dos Médicos.

ANEXO IV- CONSENTIMENTO INFORMADO



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

4º Mestrado de Gerontologia e Saúde



CONSENTIMENTO INFORMADO



Susana Reis, Assistente Social e aluna do 2º Ano do Mestrado de Gerontologia e Saúde, a decorrer na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Portalegre - IPP.

O Estudo de Investigação designa-se "*Relações Afetivas entre as Famílias e as Pessoas Internadas na RNCCI: Um estudo de caso na SCM-Santarém- Hospital de Jesus Cristo*" e visa a obtenção do grau de Mestre.

Os Instrumentos de recolha de dados aplicados têm como objetivo recolher a informação acerca das "*Relações Afetivas entre as Famílias e as Pessoas Maiores Internadas na RNCCI: Um estudo de caso na SCM-Santarém- Hospital de Jesus Cristo*".

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo retirar-se a qualquer momento sem qualquer dano ou prejuízo.

A recolha de dados é efetuada através de uma entrevista aos cuidadores principais dos utentes internados na RNCCI, na Santa Casa da Misericórdia de Santarém.

A confidencialidade dos dados recolhidos são totalmente assegurados e não são feitos juízos de valor sobre a informação cedida e os nomes dos intervenientes não serão referidos em qualquer parte do trabalho.

Li o presente formulário de consentimento informado e voluntariamente aceito participar no estudo.

2017 / ___ / ___
Assinatura do Participante

ANEXO V- GUIÃO DE ENTREVISTA



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

4º Mestrado de Gerontologia

Gerontologia e Saúde

GUIÃO DE ENTREVISTA



A presente entrevista surge no âmbito de um estudo integrado no Mestrado de Gerontologia, lecionado pela Escola Superior de Educação e Ciências Sociais e pela Escola Superior de Saúde do IP Portalegre. Destina-se aos cuidadores principais dos utentes internados na UCC e tem como principal objetivo recolher a sua opinião acerca das *Relações Afetivas entre as Famílias e as Pessoas Internadas na RNCCI: Um estudo de caso na SCM-Santarém- Hospital de Jesus Cristo*.

A confidencialidade das suas respostas está assegurada.
Desde já, agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.

I-DADOS PESSOAIS

1. Dados do Familiar

a) Sexo	
b) Idade	
c) Estado Civil	
d) Grau de parentesco relativamente ao idoso	

II. MOTIVOS E AGENTES INTERVENIENTES NO PROCESSO DE INTERNAMENTO

2. Como era a relação com o seu familiar antes do internamento?

- a) Muito boa
- b) Boa
- c) Má
- d) Muito má

3. Indique quais os principais motivos que levaram ao internamento, do seu familiar?

- a) Motivos de saúde do idoso
- b) Motivos de saúde do cuidador
- c) Motivos financeiros

- d) Impossibilidade por falta de tempo da família
- e) Falta de formação para prestar cuidados de saúde adequados
- f) Sobrecarga

III. CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO FAMILIAR IDOSO APÓS O SEU INTERNAMENTO

4. *Vive a que distancia da instituição?*

- a) 5 Minutos
- b) 10 Minutos
- c) 20 Minutos
- d) 30 Minutos
- e) Outra: _____

5. *Com que frequência visita o seu familiar?*

- a) Todos os dias
- b) Dia sim, dia não
- c) Uma vez por semana
- d) Uma vez por mês
- e) De três em três meses
- f) Uma vez por ano
- g) Outra: _____

5.1 *Qual a duração da visita?*

5.2 *O que faz durante a visita?*

5.3. *Considera que o tempo que passa como o seu familiar é de qualidade?*

- a) Sim
- b) Não

6. *O tempo de contato que mantem com o vosso familiar considera suficiente?*

- a) Sim
- b) Não

IV. CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS FACE ÀS RELAÇÕES FAMILIARES

7. Como classifica a relação que tem com o seu familiar?

- a) Muito Boa
- b) Boa
- c) Razoável
- d) Má

8. Que tipo de sentimentos sente em relação ao seu familiar?

- a) Amor
- b) Amizade
- c) Compaixão
- d) Raiva
- e) Outro sentimento, qual? _____

9. Como é que o nível de dependência do utente condiciona a relação com a família?

10. O internamento na RNCCI na Santa Casa da Misericórdia de Santarém teve influência na forma como se relaciona com o seu familiar? De que modo?

- a) Sim
- b) Não

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

Susana Reis