

ANA CLÁUDIA MILHEIRO MORA

**Competências do Assistente Social na Intervenção com
Utentes Institucionalizados, Vítimas de Abandono**

Orientadora: Professora Doutora Paula Ferreira

**Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa
Instituto de Serviço Social**

Lisboa

2022

ANA CLÁUDIA MILHEIRO MORA

Competências do Assistente Social na Intervenção com Utentes Institucionalizados, Vítimas de Abandono

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre no Curso de Mestrado em Riscos e Violência(s) nas Sociedades Atuais: Análise e Intervenção Social, conferido pela Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa no dia 19 de dezembro de 2022, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº 341/2022, de 04 de novembro de 2022 com a seguinte composição:

Presidente: Prof.^a Doutora Fátima Gameiro

Arguente: Prof.^a Doutora Ana Paula Garcia

Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Ferreira

**Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa
Instituto de Serviço Social**

Lisboa

2022

Não há limite para o que nós, como mulheres, podemos alcançar.

(Michelle Obama)

Agradecimentos

A todos os Assistentes Sociais que fizeram parte desta investigação, tornando-a mais rica com a integração dos seus conhecimentos e experiências, sem os quais não teria sido possível a realização da mesma.

À Professora Doutora Paula Ferreira, pelo profissionalismo dedicado a esta dissertação, acrescentando e polindo cada ideia apresentada, tornando-a mais clara e valorizada. Pela orientação, paciência, conselhos, partilha e dedicação. O seu cunho pessoal e humano, foram um incentivo para concretizar esta investigação, nunca permitindo que se perdesse o foco, a motivação e o empenho.

Aos professores que ministraram as diversas disciplinas deste mestrado, enriquecendo as minhas bases e facultando-me ferramentas, essenciais à realização desta investigação.

Aos colegas de trabalho, pelo incentivo e apoio prestado.

Aos colegas do mestrado, por todo o apoio na frequência do mestrado.

À Joana e à Jessica, pela força, paciência, conselhos e partilhas.

À Dalila, pelo incentivo na realização do mestrado.

Aos meus pais, avós e cunhada, por todo o apoio, encorajamento, palavras e conforto, nos momentos de maior necessidade.

Ao meu irmão, por todos os ensinamentos, disponibilidade, paciência e carinho.

Ao meu marido, pelo incentivo e encorajamento. Por todas as palavras, ensinamentos, conselhos e conforto. Pela presença constante, que nunca me permitiu desistir e pela motivação, que me fez querer fazer sempre mais e melhor.

Resumo

Os profissionais, independentemente da área, devem dotar-se de competências, ao nível do saber, do saber-fazer e do saber-ser. Quando abordamos uma área temática sensível, como o abandono de idosos, o nível de competência dos profissionais, que contactam diretamente com estes indivíduos, torna-se mais exigente.

Assim, definiu-se como objetivo geral desta investigação *Conhecer as competências do AS na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI–ULDM e UMDR, vítimas de abandono*.

Do universo constam AS que intervêm com utentes de UCCI–ULDM e UMDR, no território português. Da amostra fazem parte 18 destes profissionais, escolhidos de forma aleatória, após divisão por NUTS II. O modelo teórico utilizado para identificação e avaliação das competências foi o de Le Boterf (2003).

Utilizou-se uma metodologia mista, através do método Delphi aplicando um inquérito aberto, numa primeira fase, e um inquérito por questionário, com uma escala de Likert de cinco níveis, numa segunda fase. Realizou-se um *Focus Group* com sete profissionais, que haviam, nas fases anteriores, respondido aos questionários.

Com esta investigação reconhecemos que as competências mais valorizadas pelos Assistentes Sociais, na resolução da problemática do abandono nas UCCI-ULDM e UMDR, incidem no saber-fazer e que as estratégias mais utilizadas recaem sobre o trabalho em equipa/rede.

Palavras-chave: Assistente Social; Competências; Estratégias de Intervenção; Abandono; Idosos Incapacitados; UCCI.

Abstract

Professionals, regardless of the area, must equip themselves with skills, in terms of knowledge, know-how and know-how. When we approach a sensitive subject area, such as the abandonment of the elderly, the level of competence of the professionals, who are in direct contact with these individuals, becomes more demanding.

Thus, the general objective of this investigation was defined to know AS's competences in the intervention with users institutionalized in UCCI-ULDM and UMDR, victims of abandonment. The universe includes AS that intervene with users of UCCI-ULDM and UMDR, in Portuguese territory. The sample comprises 18 of these professionals, chosen at random, after division by NUTS II. The theoretical model used to identify and assess competences was that of Le Boterf (2003).

A mixed methodology was used, through the Delphi method, applying an open survey, in a first phase, and a questionnaire survey, with a five-level Likert scale, in a second phase. A Focus Group was carried out with seven professionals, who had, in the previous phases, answered the questionnaires.

With this investigation, we recognize that the competences most valued by Social Workers, in solving the problem of abandonment in the UCCI-ULDM and UMDR, focus on know-how and that the most used strategies fall on teamwork/networking.

Key words: Social Worker; Skills; Intervention Strategies; abandonment; Disabled Elderly; UCCI.

ÍNDICE DE SIGLAS

APAV	– Associação de Apoio à Vítima
AQ	– Aptidões ou Qualidades
AS	– Assistente Social
AVD	– Atividade de Vida Diária
ECCI	- Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EGA	– Equipa de Gestão de Altas
ERPI	– Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
ISS	– Instituto da Segurança Social
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PII	– Plano Individual de Intervenção
PR	– Procura de Respostas
RE	– Recursos Emocionais
RI	– Recolha de Informações
RF	– Recursos Fisiológicos
RNCCI	– Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SM	– Saberes do Meio
SC	– Saberes-fazer Cognitivos
SF	– Saberes-fazer Formalizados
SR	– Saberes-fazer Relacionais
SP	– Saberes Procedimentais
ST	– Saberes Teóricos
SPSS	– Statistical Package for Social Sciences
TE	- Trabalho em Equipa/rede
UC	– Unidade de Convalescença
UCCI	– Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCP	– Unidade de Cuidados Paliativos
ULDM	– Unidade de Longa Duração e Manutenção
ULHT	– Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
UMDR	– Unidade de Média Duração e Reabilitação
VSI	- Valorização do Sujeito da Intervenção

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	11
PARTE I - REVISÃO TEÓRICA	13
CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO E VIOLÊNCIA(S) CONTRA A PESSOA IDOSA	14
1.1. Envelhecimento e Vulnerabilidade.....	14
1.2. Violência(s) e Maus-tratos	15
CAPÍTULO 2 – O ABANDONO DOS IDOSOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	18
2.1. Abandono e os Serviços de Saúde de Carácter Temporário.....	18
CAPÍTULO 3 – A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: AS UCCI	21
3.1. Importância da RNCCI.....	21
3.2. O Assistente Social nas UCCI.....	23
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	26
CAPÍTULO 4 - OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	27
4.1. Pertinência da Investigação e Pergunta de Partida	27
4.2. Objetivos da Investigação	27
4.2.1. Objetivo Geral	27
4.2.2. Objetivos Específicos	27
CAPÍTULO 5 – METODOLOGIA.....	29
5.1. Desenho da pesquisa	29
5.2. Participantes	29
5.3. Técnicas de recolha de dados	30
5.4. Procedimento.....	31
CAPÍTULO 6 – ANÁLISE DOS RESULTADOS	33
6.1. As competências dos AS nas UCCI	33
6.2. As estratégias na intervenção em contexto de UCCI	40
CAPÍTULO 7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de Colaboração para Investigação

Apêndice I. A – Pedido de Colaboração para Investigação

Apêndice I. B – Pedido de Colaboração para Investigação – Diretor do Instituto de Serviço Social da ULHT

Apêndice II – Entrevista Aberta – 1ª Fase

Apêndice II. A - Entrevista Aberta – 1ª Fase, Análise de Conteúdo

Apêndice III – Inquérito por Questionário – 2ª Fase

Apêndice III. A – Inquérito por Questionário – 2ª Fase - Respostas

Apêndice III – Inquérito por Questionário – 2ª Fase – 56 Competências

Apêndice IV – E-mails enviados aos Participantes

Apêndice IV. A – Pedido de Colaboração para Investigação

Apêndice IV. B – 1ª Fase da Investigação

Apêndice IV. C – 2ª Fase da Investigação

Apêndice IV. D – 3ª Fase da Investigação

Apêndice IV. E – 3ª Fase da Investigação

Apêndice V – Cronograma 2021/2022

Apêndice VI – Listagem das UCCI de Portugal, realizada pela Investigadora, adaptada da Listagem das Unidades da RNCCI (SNS, 2021)

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Nº de UCCI's em Portugal, por NUTS II.....	30
Tabela 2 - Tipos de competências identificadas.....	34
Tabela 3 - Tipo de competências e média total do grupo.....	35
Tabela 4 - Indicadores da categoria dos saberes	35
Tabela 5 - Indicadores da categoria dos saberes-fazer	36
Tabela 6 - Indicadores da categoria dos saberes-ser	36
Tabela 7 - Competências selecionadas.....	37
Tabela 8 - Competências selecionadas por subcategoria	38
Tabela 9 - Estratégias utilizadas pelos AS, na resolução da problemática do abandono, em utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR	41
Tabela 10 - Nº de competências, por categoria.	43
Tabela 11 - Estratégias mais valorizadas pelos AS	43

INTRODUÇÃO

O panorama nacional de abandono em idosos incapacitados, que são a maioria dos utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), tem vindo a aumentar (RNCCI, 2011). Esta situação acarreta inúmeras consequências para as vítimas e, no âmbito das UCCI, importa ter um profissional de referência que consiga intervir atempadamente, perante este tipo de situações.

Em face desta problemática, procurou-se com esta investigação analisar a situação de abandono em contexto de UCCI. Por ser uma temática ainda pouco explorada, este acabou por ser um tema que revelou algum interesse e curiosidade. A vontade de querer perceber o que poderá ser feito para melhorar a situação destes utentes tornou-se um objetivo a concretizar. Sem dúvida que o papel do Assistente Social (AS) poderá ser fundamental na intervenção de utentes em situação de abandono, visto que poderá ajudar a compreender as causas, as consequências, a forma de prevenção e as diligências que podem ser efetuadas. Deste modo, é necessário que o Assistente Social possua determinadas competências, para que consiga intervir neste tipo de situação de forma assertiva, inovadora e justa, tendo sempre em conta o bem-estar do(s) utente(s) em questão.

De acordo com a investigação realizada, existem alguns estudos que incidem nas competências no âmbito do Serviço Social. Porém, não foi observável nenhuma investigação relativamente às competências do Assistente Social no âmbito do abandono nas UCCI, pelo que a presente investigação aparenta ser precursora em Portugal.

O objetivo primordial da presente investigação tem por base *Conhecer as competências do Assistente Social na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR, vítimas de abandono*, tendo a sua concretização, em termos de trabalho empírico, sido realizada em Portugal Continental e nos Arquipélagos dos Açores e da Madeira. A população e consequente amostra recaiu sobre Assistentes Sociais que exercem atividade profissional em UCCI, nas tipologias de Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR). Deste modo, pretendem-se identificar as competências mais valorizadas pelos Assistentes Sociais na intervenção com utentes em situação de abandono, nas UCCI – ULDM e UMDR, assim como identificar as estratégias utilizadas pelos AS na resolução da problemática do abandono, em utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR.

O pretendido com este estudo, fundamenta-se em auxiliar os Assistentes Sociais, ao nível das competências na sua intervenção com a população supramencionada, assim como na minimização do impacto desta problemática no utente e, se possível, na sua resolução.

A presente investigação divide-se em duas partes, sendo a primeira parte composta por três capítulos e a segunda parte por cinco capítulos.

Na primeira parte, onde está integrada a Revisão Teórica, contamos com o Capítulo 1, onde são abordados conceitos como o Envelhecimento, a Vulnerabilidade, as Violência(s) e os Maus-tratos. No Capítulo 2 é abordado o Abandono e os Serviços de Saúde de Carácter Temporário. O Capítulo 3, aborda a Importância da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e o papel do Assistente Social nas UCCI.

Na segunda parte do estudo, que incorpora o Estudo Empírico, consta o Capítulo 4, que aborda os Objetivos, a Pertinência da Investigação e a Pergunta de Partida e os Objetivos Gerais e Específicos. O Capítulo 5 integra a Metodologia, descrevendo o Desenho, os Participantes, as Técnicas de Recolha de Dados e os Procedimentos. No Capítulo 6, apresentam-se os Resultados, e no Capítulo 7 realiza-se a sua Discussão.

Na parte final encontra-se a Conclusão, onde são ponderados os resultados, abordadas as principais dificuldades e sugeridas propostas para novos trabalhos de investigação.

PARTE I - REVISÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO E VIOLÊNCIA(S) CONTRA A PESSOA IDOSA

De forma a enquadrar o tema em análise, importa referir que em todo o mundo é notório um drástico aumento do número de população idosa, sendo que tal tem impacto em diversos setores como a área da saúde, da economia e até mesmo na própria sociedade onde estes idosos estão inseridos ou no seio da própria família (Oliveira & Martins, 2022). Anes et al. (2019) consideram que a família é um sistema aberto, que se relaciona com outras partes, mais próximas ou mais distantes, facultando todas as condições aos idosos. Não obstante, se estas condições não se verificarem, este sistema pode proporcionar situações de violência.

No sentido de perceber estas questões, nomeadamente a questão do envelhecimento e dos maus-tratos contra a pessoa idosa, procuramos neste capítulo discutir, primeiramente, as questões do envelhecimento e da vulnerabilidade e, de seguida, abordar a temática da(s) violência(s) e maus-tratos.

1.1. Envelhecimento e Vulnerabilidade

Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo e, conforme afirmam Anes et al. (2019), suportados nos dados do Eurostat, no ano de 2050, é estimado que o número de portugueses com 65 ou mais anos e o número de população inativa venha a ser o mais elevado da União Europeia. Segundo a Pordata (2020), no mês de dezembro de 2019 existiam 2.280.424 sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos, sendo esta idade considerada o marco inicial da velhice (Rosa, 2016). Segundo o Centro Regional de Informação das Nações Unidas (CRINU, 2021), em 2017 existiam 962 milhões de pessoas com 60 ou mais anos de idade no mundo e teme-se que em 2100 este número triplique. Nos dias que decorrem, sabe-se que o continente europeu contabiliza 25% de idosos no seu universo, pelo que detém a maior percentagem relativamente a outros continentes.

Em simultâneo, com o aumento do número de idosos, verifica-se um crescimento elevado dos casos de violência contra estes indivíduos. Por serem mais vulneráveis e, conseqüentemente, necessitarem do apoio de terceiros para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), tornam-se dependentes e alvos mais fáceis para os agressores. Segundo Oliveira e Martins (2022), a dependência destes idosos deve-se, em parte, à dificuldade que os idosos têm em movimentar-se e deslocar-se, visto que as suas capacidades motoras passam a ser mais

reduzidas. A diminuição ou ausência de capacidades cognitivas, também fazem com que estas pessoas se tornem mais indefesas ou capazes de agir. Deixam assim de ter uma voz ativa, não só em casa, como na sociedade, tornando-se, para muitos indivíduos, desinteressantes.

1.2. Violência(s) e Maus-tratos

A violência e os maus-tratos contra os idosos são uma das grandes preocupações da sociedade atual (Paulino & Costa, 2019). Quando este tipo de situações ocorre, acrescentando a imagem que a sociedade muitas vezes atribui aos idosos, proporciona a que muitas pessoas os desprezem, os considere inúteis, favorecendo o aumento das diversas formas de violência. Para os agressores a cultura, religião, posição social ou etnia das vítimas não são um obstáculo e, deste modo, Anes et al. (2019) consideram a violência contra os idosos como um problema global.

Escalpelizando a violência na população idosa, segundo o relatório mundial sobre violência e saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), os maus-tratos a idosos são definidos como um ato único ou reiterado, de provocação e tentativa e/ou agressão, intencionais ou não. Consistem igualmente na ausência de uma ou várias ações, que deveriam ser executadas em determinadas alturas, por parte de alguém que demonstrou ser da confiança do idoso. Este tipo de violência pode ser entendido como ataques ou abuso contra os idosos, que se manifestam nas *“relações sociais e interpessoais, de grupos, de classes sociais, de sexo e/ou género e institucionais, que originam malefícios ou danos físicos, psicológicos e morais no idoso”* (Anes et al., 2019, p. 364).

Como refere a OMS (2002), a violência é designada como o emprego de força física ou poder, através de execução da ação ou de ameaça, contra si próprio, outras pessoas, grupos ou comunidades. Sendo que pode resultar em sofrimento, ferimentos, morte, dano psicológico, comprometimento no desenvolvimento ou privação, quer a nível físico, psicológico, económico ou de carácter sexual. Esta Organização defende ainda que a violência pode ser praticada de modo intencional e não intencional, independentemente das consequências que daí advenham. Quando ocorre de forma intencional, existe intenção de lesar o(s) outro(s) ou a si próprio. Por sua vez, quando surge o ato de violência não intencional significa que, mesmo com o uso de força, a intenção de provocar algum dano é inexistente, mesmo que resultem lesões. Assim, nesta forma de violência, o comportamento e as suas consequências podem ter objetivos divergentes.

Nos maus-tratos a idosos, podemos definir diversas formas de atuação. Perante Amarante (2018) e o relatório mundial sobre violência e saúde, da OMS (2002), estes podem-se revelar a nível físico, psicológico ou emocional, financeiro ou material, sexual, negligência, autonegligência e abandono.

Os maus-tratos físicos pressupõem qualquer forma de agressão física como contusões, queimaduras, forçar a toma indevida de fármacos ou tóxicos, coação física, alimentação ou relações sexuais contra vontade do indivíduo, óbito, entre outros.

Os maus-tratos psicológicos ou emocionais, ocorrem quando é causado sofrimento, inquietação ou aflição à vítima, como consequência de agressão ou ameaças verbais ou gestuais, isolamento social ou humilhações, insultos, discriminação, intimidação, recusa a dialogar, desconsideração ou desrespeito.

No que diz respeito aos maus-tratos financeiros ou materiais, estes sucedem quando existe impossibilidade de usufruto e controlo do próprio dinheiro, exploração, averiguação indevida e desautorizada dos bens do idoso, chantagem económica, roubo, transferência de dinheiro ou propriedades e uso indevido de guarda ou procuração.

Os maus-tratos sexuais refletem-se quando há contacto sexual não consentido e surge nas formas de agressão sexual, coação sexual, assédio sexual físico ou verbal e na exposição inconveniente (ex.: vídeos e as fotografias de cariz sexual).

A negligência advém sempre que o cuidador não assume a responsabilidade de prestar cuidados necessários ao bem-estar do idoso, que possui um determinado grau de incapacidade. Esta pode ser subdividida em intencional (ex.: não dar comida propositadamente) e não intencional (ex.: não facultar um fármaco, por não saber que é necessário).

A autonegligência subsiste quando há uma rejeição do próprio indivíduo na aquisição de bens alimentares, vestuário, habitação, higiene pessoal e habitacional, medicação e/ou cuidados de saúde, resultando na inaptidão de cuidar de si próprio.

Por sua vez, do abandono considera-se não fazer parte do dia a dia do outro, assim como não estar presente sempre que necessário. Esta problemática está intrinsecamente ligada com o facto de que, propositadamente ou não, familiares ou instituições não atendem às necessidades de saúde física e mental do utente (Castro et al., 2017).

Dados recolhidos no relatório da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2019), confirmam que, efetivamente, existe um aumento do número de pessoas idosas vítimas de violência, primordialmente do género feminino. Na sua generalidade, são viúvas ou casadas, possuem um baixo grau de escolaridade e têm entre 65 e 75 anos de idade. No que respeita ao

agressor, por norma este é de idade inferior à da vítima, do género masculino e da família mais direta, tendencialmente são os filhos quem mais agride as vítimas, seguindo-se os cônjuges.

Dias et al. (2018) aludem que os indivíduos do género feminino tendem a vitimizar-se mais do que os indivíduos do género masculino, que acabam por não se querer pronunciar tanto sobre o assunto. Não obstante, Gomes (2022), considera que muitos idosos tendem a desvalorizar as situações de violência, julgando que tais atos ocorrem por sua culpa. Alguns idosos levam bastante tempo até expor a situação a alguém ou a solicitar apoio. Outros, acabam por nunca o fazer, porque muitos destes episódios ocorrem nos seus domicílios, nas habitações das suas famílias, nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ou noutras instituições onde se encontram. Por norma, se não forem denunciados, os maus-tratos expandem-se e perduram no tempo, levando a que as suas consequências aumentem e agravem. Alguns dos motivos que levam a que não exista denúncia, passam pelo facto de a vítima poder conhecer o agressor, pela vergonha sentida, pela possibilidade de a denúncia não ser credível, pela incerteza de que o ato sofrido é considerado, de facto, como uma forma de violência ou maltrato, pela dúvida se irá ser feita justiça, pelo receio de todo o processo após a denúncia e pela preocupação em ser julgado(a) por ter feito a denúncia.

Assim, importa estar atento à temática da violência e dos maus-tratos, visto que o impacto e as consequências apresentadas por estas vítimas podem ser inúmeros, tanto a nível físico como psicológico. E, qualquer que seja a forma violência ou de maus-tratos, poderá provocar na vítima sequelas desnecessárias, que levarão algum tempo a sarar ou que permanecerão com o indivíduo vitimado. Neste âmbito destacam-se a “depressão, alterações pós-traumáticas, agitação, fadiga, perda de identidade, tentativas de suicídio; doenças psicossomáticas, diminuição gradual das defesas físicas, alterações do sono e apetite, desidratação, desnutrição, entre outros” (Anes et al., 2019, p. 364).

As principais causas da violência contra o idoso, muitas das vezes, resultam do consumo excessivo de álcool por parte do agressor, na dependência física, emocional e/ou financeira da vítima face ao agressor, ou ainda do meio ambiente onde a vítima se insere (Alarcon et al., 2022).

Uma forte evidência da possível melhoria das situações de violência pode dever-se às campanhas de sensibilização e ao alerta da população, para esta problemática. É premente que estas se mantenham, mas também que sejam identificados os idosos incapacitados e vulneráveis, de forma que se previnam este tipo de situações e que se proporcione a estas pessoas uma maior qualidade de vida, de segurança e de conforto.

CAPÍTULO 2 – O ABANDONO DOS IDOSOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nos dias que correm, o panorama do abandono de idosos, por familiares e/ou amigos acentua-se, sendo este aumento maior impacto nos serviços de saúde. Para muitas pessoas, cuidar de idosos que sejam ou não pertencentes à sua família, significa manter uma relação que pode nem sempre ter sido positiva (Alarcon et al., 2022). Por este motivo e também pelo facto de as pessoas terem inúmeras preocupações no seu dia a dia, comparativamente a anos anteriores, o seio familiar deixou de ser tido como um núcleo duro e estável, destruturando-se muitas das vezes. Consequentemente, os familiares com menos capacidades ou mais idade deixaram de poder contribuir para a tomada de decisões da família, limitando-se ao que os restantes membros decidem. As suas ideias e, por vezes também os seus desejos, deixam de ser válidos, acabando por ser desprezados pelos demais (Bauman, 2000).

Evidencia-se que as famílias já não são unidas e que as pessoas, de forma geral, se tornaram egoístas, ao ponto de não darem uma oportunidade a quem a merece. A sociedade acredita que toda a gente deve ser livre e deve procurar adaptar-se às novas condições e, segundo Bauman (2000), a existência desses laços com pessoas idosas e/ou incapacitadas não permite, na maioria das vezes, que tal aconteça. Atualmente, a população apenas atribui importância a bens materiais e atribui menos importância à família e a quem dela é dependente para realização das AVD. Por estes motivos, a institucionalização temporária ou a hospitalização são tidos, erradamente, como uma resposta que se pode tornar definitiva. As famílias deixam de comparecer e os idosos e/ou pessoas incapacitadas acabam por permanecer, até surgir uma resposta definitiva.

No sentido de perceber estas questões, nomeadamente a temática do abandono de idosos, procuramos neste capítulo discutir as questões do abandono e dos serviços de saúde de carácter temporário.

2.1. Abandono e os Serviços de Saúde de Carácter Temporário

Para Castro et al. (2017), a problemática do abandono está intrinsecamente ligada com o facto de que, propositadamente ou não, o cuidador não atende às necessidades de saúde física e mental do utente. Inúmeras são as situações de abandono de pessoas idosas e/ou incapacitadas, principalmente das que se encontram parcial ou totalmente dependentes na execução das AVD.

Quando existe decadência ou incapacidade de realização das AVD, automaticamente a qualidade de vida dos indivíduos é afetada de forma negativa, o que prognostica a morbilidade e mortalidade dos mesmos. De acordo com Storeng et al. (2018), um indivíduo é funcional quando de forma plena é autónomo, sendo capaz de efetuar as suas próprias escolhas, tomar as suas decisões e realizar determinadas tarefas do quotidiano. Não obstante, à medida que os indivíduos vão atingindo idades mais avançadas ou quando ocorrem constrangimentos ao nível da saúde, surge uma diminuição da sua capacidade e autonomia.

Algumas destas pessoas mais vulneráveis resistem à ideia de que não são capazes de tomar uma atitude ou decisão. Tal ocorre, independentemente de se poderem encontrar debilitadas a nível físico ou de não conseguirem viver o seu dia a dia, sem necessidade de apoio de terceiros. Ínfimas vezes a rede de suporte «ouve» estes cidadãos e eles acabam por sofrer uma perda de identidade. A sua opinião deixa de ser válida e o sentimento de utilidade perante a família e a sociedade termina (Barroso, 2008).

O medo, a revolta e a incerteza apoderam-se muitas vezes de famílias/indivíduos, tendo por consequência o abandono dos seus entes. Concludentemente, não estando estas famílias/indivíduos conscientes ou capacitados, esquecem-se de que os seus familiares são humanos e carentes de atenção e carinho, para além de outros fatores (Martins, 2004). O descuido com estas necessidades, leva a que numerosas famílias acabem por se afastar dos seus familiares. Variavelmente, preocupam-se em institucionalizá-los em locais, onde sabem que o apoio de que necessitam lhes é facultado. No entanto, existem outras que não o fazem e que os deixam à mercê de quem os queira ajudar.

Como consequência e, segundo Martins (2004), estas pessoas são vistas como um obstáculo, não só no seio familiar, como na sociedade, por já não serem produtivas ou conseguirem apoiar a família e amigos, por serem dependentes de terceiros ou não contribuem para a economia ou cultura do país. Desta forma, são muitos os idosos que não são respeitados, numa etapa da vida em que a necessidade de cuidados de saúde e cuidados a longo prazo aumenta. Assim, o sentimento de abandono e, muitas vezes a depressão, passam a tomar conta destas pessoas. Prevalece a falsa ideia de que os idosos e as pessoas incapacitadas são inúteis e não têm aptidão para auxiliar terceiros e, desta forma, muitas pessoas desrespeitam e desacreditam-nos.

Por estes motivos, a institucionalização temporária, na qual existe uma data de alta prevista, acaba por servir como um «despejo». Deste modo, aquando da entrada dos utentes nos serviços de saúde, as famílias/indivíduos deixam de prestar importância aos idosos, deixam de

os visitar e de fazer parte do seu quotidiano, abandonando-os. Segundo o Projeto Lei N.º 62/XIII (2015), é crime:

Abandonar pessoa idosa em hospitais ou outro tipo de estabelecimentos dedicados à prestação de cuidados de saúde, quando a pessoa idosa se encontre a cargo do agente. (PL n.º/XIII, p. 6)

Após consciencialização do problema, a OMS (2002) tem como prioridade melhorar a qualidade de vida dos idosos, ao invés de aumentar a esperança média de vida, que era um fator primordial há alguns anos (Barroso, 2006). Para que exista uma melhoria da qualidade de vida destes idosos, é premente desassociar o envelhecimento, das perdas e incapacidades. Apesar de institucionalizados os idosos devem, sempre que possível, contactar e poder ser contactados pelos familiares e amigos. Visto que, sendo os serviços de saúde maioritariamente de carácter temporário, é necessário ter outro tipo de resposta(s) aquando da data prevista de alta.

Como indica Gomes (2022), os idosos precisam que os escutem e, quando são vítimas de violência, ainda mais se aplica esta questão. É imprescindível que os colaboradores das UCCI disponham de tempo para ouvir estes idosos, adequando a sua abordagem a cada um deles. Devem saber valorizá-los, mostrar-lhes que não estão sozinhos e que, apesar da dependência de terceiros, têm bastante apreço.

CAPÍTULO 3 – A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: AS UCCI

A RNCCI foi criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, que dita o modelo e organização desta rede. A sua rede de parceiros engloba o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e o Ministério da Saúde e é constituída por um conjunto de instituições, de cariz público ou privado (Lopes et al., 2022). As áreas do serviço social e da saúde nem sempre tiveram a ligação que existe atualmente. Apenas em 2002, através da implementação da Circular Normativa Nº 8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde, foram determinadas as funções dos técnicos superiores de Serviço Social na área da saúde.

No sentido de perceber estas questões, nomeadamente a questão da intervenção do Serviço Social no âmbito das UCCI, procuramos neste capítulo discutir, primeiramente, a relevância da RNCCI e, de seguida, abordar o papel do Assistente Social nas UCCI.

3.1. Importância da RNCCI

Esta Rede surgiu para garantir a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, de forma ininterrupta e integrada, ainda que num tempo limitado, a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Sendo que esta dependência, pode ter ocorrido na sequência de um ou vários episódios de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamento de doença crónica .

Segundo o Serviço Nacional de Saúde (2021), a RNCCI é composta por quatro respostas diferenciadas, sendo elas: as UCCI, que são unidades de internamento – integram as Unidades de Convalescença (UC), as UMDR, as ULDM e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP); as Unidades de Ambulatório - constituídas pelas Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia; a Equipa Hospitalar, da qual faz parte a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos; e as Equipas Domiciliárias, que integram as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos .

As UCCI, podem abarcar as UC, as UMDR, as ULDM e as UCP. Não obstante, existem UCCI que possuem apenas algumas destas quatro valências/tipologias, não sendo obrigatório que as possuam todas. Em cada uma delas, existem profissionais de áreas distintas que, em conjunto, visam compreender de que forma podem contribuir para a melhoria da situação social e/ou clínica de cada utente. As UCCI, sendo instituições onde se presta apoio ao nível social e

de saúde, focam-se na diferenciação dos cuidados atribuídos, consoante a tipologia em que os utentes se encontram inseridos. Estes cuidados têm por objetivo aumentar a autonomia e funcionalidade de cada utente a fim de, após o internamento, ser viável a sua reintegração no seio da família e da comunidade.

Especificando cada uma das quatro tipologias, a UC destina-se a indivíduos que já não necessitam de se manter num hospital e, por consequência de doença imprevista ou alteração de doença crónica, necessitam de cuidados de saúde permanentes. A especificidade dos cuidados não permite que estes possam ser efetuados no domicílio. A UMDR está direcionada a pessoas sem autonomia, como consequência de terem contraído uma doença aguda ou o agravamento de doença crónica, carecendo de cuidados de saúde e apoio social, cuja reabilitação é uma possibilidade. A necessidade elevada da frequência destes cuidados, levam a que os mesmos não possam ser prestados no domicílio. A ULDM destina-se a indivíduos com doença crónica, cujo nível de dependência de terceiros nas AVD pode ser variável. Os mesmos não podem receber cuidados no seu domicílio ou noutro local idêntico, devido à fragilidade da sua situação. Nesta tipologia o objetivo prende-se com o retardamento das situações de dependência, proporcionando, dentro do possível, uma sensação de bem-estar ao utente (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2021). Por sua vez, as UCP estão direcionadas a utentes com doenças complexas, em estado avançado, em que a falha medicamentosa pode estar presente, tanto na doença inicial, como na doença em estado terminal. De referir que a maioria dos utentes integrados em UCCI – ULDM e UMDR tem idade igual ou superior a 65 anos de idade (RNCCI, 2011).

Como esclarece o Instituto da Segurança Social (ISS, 2019), os internamentos nestas tipologias têm durações distintas: na UC os internamentos são de 30 dias; na UMDR estes têm uma durabilidade de 30 a 90; por sua vez, na ULDM, os internamentos são superiores a 90 dias; e na UCP não existe intervalo de tempo. No entanto, existem exceções como a necessidade de prorrogação para que determinados objetivos sejam cumpridos e, muitas vezes, os utentes podem vir a permanecer durante mais algum tempo na UCCI. Por vezes também surge a possibilidade de prorrogação na UCCI, não porque os utentes ainda reúnem critérios, mas porque estes não têm resposta aquando da alta. Não obstante, esta situação não é a mais desejável, visto que a procura de vagas em UCCI é mais vasta do que a oferta existente.

Quanto ao encaminhamento para a admissão na UCCI, pode ocorrer de duas formas distintas: através do hospital de referência ou do domicílio. Quando ocorre através do hospital, a Equipa de Gestão de Altas (EGA) do hospital onde o utente se encontra efetua uma avaliação

inicial, verificando se o mesmo reúne critérios para integração na UCCI. Em caso afirmativo, a EGA transmite a informação à Equipa Coordenadora Local (ECL). Sucedendo através do domicílio, a referenciação é feita por um familiar/indivíduo ao Médico de família, Enfermeiro ou Assistente Social, afeto ao centro de saúde do utente. Após avaliação dos profissionais do centro de saúde, a informação é transmitida à ECL, que terá de apoiar e articular com as unidades e equipas locais, acompanhando o cumprimento dos contratos, assumindo também as referenciações para a Rede e atualizando informações relativas ao utente (ISS, 2019).

No que respeita ao montante a ser pago pelo internamento de cada utente, este é diferenciado, dependendo da valência onde se encontre e dos rendimentos que possui. O Instituto da Segurança Social efetua um cálculo para determinar o valor a ser pago, comunicando o mesmo ao utente e/ou seu(s) representante(s), que poderão aceitar ou recusar. Existe ainda a possibilidade de solicitar a comparticipação do ISS no pagamento da mensalidade.

3.2. O Assistente Social nas UCCI

O papel do Assistente Social no domínio da saúde, quer seja em contexto de UCCI, quer seja nos restantes estabelecimentos de saúde, ainda é muito associado à perspetiva assistencialista. Neste panorama, a maioria dos indivíduos considera que a atribuição de apoio económico ou alimentar são as únicas funções a desempenhar por estes profissionais. Existe uma série de princípios, de que são exemplos a dignidade, a humildade, a justiça, a solidariedade ou a assertividade, que pautam a intervenção por parte dos AS (APSS, 2018). São estes valores e princípios éticos, entre outros, que permitem uma intercessão positiva e profissional, tendo sempre como objetivo primordial a necessidade do utente, o meio que o rodeia, as suas relações e os seus ideais (RNCCI, 2006).

Guadalupe (2011) refere que a saúde é uma das áreas em que o Serviço Social se encontra bastante presente, enfatizando a relevância dos fatores psicossociais, determinantes no tratamento, na reabilitação e na readaptação dos utentes em meios sociais, apoiando-os no desenvolvimento das suas potencialidades.

Com base na leitura e análise do Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI (2006) e conforme afirma Carvalho (2012), a intervenção do AS nas UCCI assenta em várias fases metodológicas. São elas o acolhimento do utente e da família – aquando da sua entrada na UCCI, onde lhes é explicado o procedimento, é dada a conhecer a UCCI, são recolhidos alguns dados e

esclarecidas dúvidas; o diagnóstico – centrado nos problemas e necessidades do cliente, na sua construção com o cliente com a família e as organizações, na procura de alternativas e na procura de proteção e confiança para os clientes; o Plano Individual de Intervenção (PII) – realizado através da construção de objetivos e, consequentemente, de ações a desenvolver, assim como na definição de responsáveis pela execução das mesmas; a execução - que diz respeito à concretização das ações e à monitorização do plano de intervenção; e, por fim, a avaliação da execução – sendo este um processo contínuo, que ocorre antes, durante e após a intervenção, onde é questionada a sua pertinência, coerência, eficiência e eficácia, é questionada a pertinência das ações de acordo com os objetivos, a adesão dos participantes, e onde é importante perceber se os resultados obtidos estão de acordo com os resultados pretendidos. Perante a sequência descrita, uma intervenção é eficiente e eficaz quando a avaliação de diagnóstico é clara e quando a intervenção social está associada a um processo em que o sujeito e os seus sistemas estão interrelacionados. Assim, é possível realizar um PII com objetivos realistas, de acordo com as necessidades do utente (Carvalho, 2012).

Acontece que muitas vezes o apoio não é exclusivamente prestado aos utentes, mas também aos familiares/acompanhantes, desde o momento da admissão até ao momento da alta. O objetivo deste apoio incide na adequação dos cuidados às necessidades do utente, alcançando os objetivos definidos aquando da alta, de modo a assegurar o processo de recuperação e/ou reabilitação durante o internamento.

Deste modo, é função do AS a promoção do bem-estar do utente, a compreensão das suas necessidades e a garantia dos seus direitos sociais, como é exemplo o direito à acessibilidade, a transmissão de informação sobre os direitos e deveres dos utentes e/ou das instituições que frequentam ou poderão vir a frequentar, alertando-os para possíveis problemas que possam vir a existir. Guerra (2017) menciona que a intervenção do Assistente Social, na saúde, deve ter em conta o contexto socioeconómico do utente, visto que esta informação poderá ser benéfica na compreensão do seu estado de saúde. Também faz parte das funções do AS o acompanhamento psicossocial aos utentes e às famílias, a criação de projetos de intervenção social na comunidade, o *empowerment* dado aos utentes e à família e, a articulação/trabalho em rede. De referir que, apesar de todas as funções do AS se considerarem importantes, segundo Guadalupe (2010, p. 114), o trabalho em rede ajuda-nos a compreender o indivíduo no seu todo, uma vez que considera “*o indivíduo na sua dimensão de ator social, permitindo incorporar as ações dos indivíduos nos processos sociais*”.

Para além das funções que desempenham, os AS devem ser portadores de determinadas competências, sendo estas orientadas pelos direitos e deveres inscritos no código de Ética Profissional, ocorrendo a intervenção em contexto de saúde ou noutro contexto.

Almeida et al. (2021), perspetivam que as competências incidem na realização de determinadas tarefas, de forma permanente e vigorosa e que podem ser aprendidas e treinadas durante toda a vida, como é exemplo o talento ou o domínio. Importa que o AS consiga utilizar as suas competências na sua vida profissional, de forma a agilizar as diversas situações que passam por si. Algumas das competências têm por base estabelecer uma relação comunicativa - através de palavras, de expressões faciais, do contacto visual, de gestos, da postura, da proximidade física e até do silêncio ou quietude; saber acolher – manter um comportamento cordial, ser recetivo, interessado, valorizar o utente; ter empatia e autoconhecimento; ser natural e espontâneo; reagir com sentido de oportunidade; saber adaptar-se às diferentes situações; não emitir juízos de valor; gerir os silêncios; ter uma escuta ativa e crédula; ter em atenção o que o outro evita dizer; avaliar as mudanças nos utentes; tranquilizar os utentes e as famílias; fornecer informações e recursos; encorajar; proporcionar cuidados, aprendizagens e conselhos; consciencializar; empoderar; saber negociar e mediar; ser assertivo; responsabilizar; trabalhar em cooperação e em equipa; gerir conflitos e ter uma prática reflexiva, aprendendo com o passado e reconsiderando decisões.

Não obstante, Almeida et al. (2021) indica que as competências têm de ver também com o conhecimento profissional, principalmente aquele que é baseado na ciência e no saber abstrato. As competências *“são sempre contextuais intersubjetivas e indissociáveis do uso do conhecimento”* (Almeida et al., 2021, p. 22).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4 - OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

4.1. Pertinência da Investigação e Pergunta de Partida

Se, por um lado, o abandono é uma problemática atual, que ainda é considerada como um tema tabu pela maioria sociedade, por outro lado, existe no nosso país a discriminação de pessoas idosas incapacitadas.

Deste modo, pretendeu-se dar a conhecer o que motiva o abandono de utentes nas UCCI – ULDM e UMDR, as suas consequências, as competências que os AS têm para lidar com este tipo problemática e a intervenção realizada por eles, perante este tipo de ocorrências. Para um AS esta pode ser uma realidade desafiante. As barreiras a enfrentar em cada situação, apesar de variadas, podem ser de difícil resolução. No entanto, apesar da dificuldade inerente, o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos utentes sobrepõe-se.

Face ao exposto, foi elaborada a seguinte pergunta de partida, *“Quais as competências do Assistente Social na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR, vítimas de abandono?”*, que se procurou alcançar resposta, através da elaboração da presente investigação.

4.2. Objetivos da Investigação

4.2.1. Objetivo Geral

Para Serrano (2008) são os objetivos que conduzem uma pesquisa, atribuindo-lhe alguma conformidade. Após a definição da problemática em estudo, foram definidos alguns objetivos de acordo com a mesma. Deste modo, foi elaborado um objetivo geral:

- Conhecer as competências do AS na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR, vítimas de abandono.

4.2.2. Objetivos Específicos

Os quatro objetivos específicos criados estruturam o objetivo geral e, consequentemente vão de encontro à problemática, sendo estes:

- Identificar os diferentes tipos de competências presentes na prática profissional dos Assistentes Sociais, na sua intervenção com utentes em situação de abandono, nas UCCI – ULDM e UMDR;
- Saber quais os tipos de competências mais valorizados pelos Assistentes Sociais, na sua intervenção com utentes em situação de abandono, nas UCCI – ULDM e UMDR;
- Sistematizar os diferentes tipos de competências identificados e avaliados pelos Assistentes Sociais, na sua intervenção com utentes em situação de abandono, nas UCCI – ULDM e UMDR;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos Assistentes Sociais, na resolução da problemática do abandono, em utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR.

CAPÍTULO 5 – METODOLOGIA

5.1. Desenho da pesquisa

De forma a conseguir responder à pergunta de partida e concretizar os objetivos propostos para a presente investigação, foi necessária a recolha de dados de diversos AS, em contexto de UCCI, que exercem atividade profissional em Portugal Continental e nas Ilhas, para que a amostra fosse mais diversificada.

A investigação teve por base o modelo de competências de Le Boterf (2003). Este autor sugere que os profissionais não devem estancar os seus conhecimentos e competências, devendo atualizá-los e aprender sobre determinados assuntos sempre que possível. Refere ainda que qualquer profissional deve saber intervir em todas as questões que vão surgindo no quotidiano, orientando-as de forma a não prejudicar o seu trabalho ou os objetivos a que se tinham proposto.

O método aplicado incide no método Delphi, para recolha de dados, de modo a determinar quais as competências destes profissionais e aquelas que mais são valorizadas, no âmbito do abandono nas UCCI – ULDM e UMDR. Este método permite trabalhar uma problemática, de forma alargada, tendo como vantagem a facilidade de conseguir obter informação acerca de determinada área, através de diversos intervenientes, em diversas etapas.

Foi executado um *Focus Group*, que permitiu uma reflexão por parte dos inquiridos, relativamente ao destaque dado às competências relacionadas com o saber-ser (detiveram maior peso na 1ª fase e a média mais elevada na 2ª fase) e, posteriormente e após a exclusão de competências baseadas na valorização acima da média, à importância atribuída às competências ligadas ao saber-fazer.

5.2. Participantes

O universo de participantes foi constituído a partir da listagem das unidades da RNCCI (SNS, 2021) e da listagem de unidades das regiões autónomas dos Açores e da Madeira, disponibilizadas nas páginas *online* dos respetivos municípios. Deste modo, foi possível identificar o número total de UCCI – ULDM e UMDR em Portugal, conforme dados constantes na tabela abaixo.

Tabela 1 - Nº de UCCI's em Portugal, por NUTS II

Região	Total de UCCI– ULDM e UMDR, por região
Alentejo	22
Algarve	14
Área Metropolitana de Lisboa (AML)	30
Açores	18
Centro	70
Madeira	2
Norte	73
Total de UCCI – ULDM e UMDR em Portugal – 229	

Assim, percebemos que o Norte é a zona que detém um maior número de UCCI, contabilizando 73, seguindo-se o Centro com 70 UCCI, a AML com 30 UCCI, o Alentejo com 22 UCCI, os Açores com 18 UCCI, o Algarve com 14 UCCI e a Madeira, apenas com 2 UCCI.

Das 229 UCCI – ULDM e UMDR existentes no país, com pelo menos um Assistente Social de cada, foi feita uma seleção amostral, dada a morosidade em contatar com todas elas. Para tal, foi utilizado o *Invertexto* – ferramenta online geradora de números aleatórios, que efetuou a seleção final, de forma imparcial, obtendo as 35 UCCI – ULDM e UMDR/Assistentes Sociais, que integram este estudo. De referir que todos os participantes são do sexo feminino e têm idades compreendidas entre os 25 e os 45 anos de idade.

5.3. Técnicas de recolha de dados

A recolha de informação pertinente e atual, obrigou a utilização de uma metodologia mista, através do método Delphi. Inicialmente, este método seria aplicado aos 35 AS, em duas fases. Numa primeira fase, pretendia-se conhecer o tipo de competências presentes na sua intervenção em UCCI. Para tal, foi criado no *Google Forms* um questionário aberto, em que era solicitado aos AS que identificassem estas competências, de acordo com as categorias do modelo de Le Boterf. Na segunda fase, pretendia-se perceber que tipo de competências eram mais valorizadas pelos profissionais. Assim, utilizou-se um inquérito por questionário, com o conjunto das competências listadas na primeira fase, avaliadas a partir de uma escala de Likert de 5 níveis.

No entanto e, apesar dos 35 AS terem concordado em participar no estudo, apenas 18 o fizeram nas duas primeiras fases. De forma a complementar estes dados e perceber a razão das suas escolhas foi realizado, numa terceira fase, um *Focus Group*, com sete AS que, se disponibilizaram a participar.

5.4. Procedimento

A articulação pessoal com todos os AS, demonstrou ser difícil, tendo a recolha de dados sido feita *on-line*, com o auxílio do *Google Forms*. Inicialmente, foi preenchido um documento com os principais dados da dissertação, como a proposta da temática, que foi aprovado pelo Conselho Científico do Instituto de Serviço Social da Universidade Lusófona.

Posteriormente, no dia 11 de novembro de 2021, foi necessário efetuar, via telefone e/ou via e-mail, contacto com os 35 AS seleccionadas através do *Invertexto*, de modo a informá-los e a solicitar a sua participação na presente investigação, garantido a sua confidencialidade, explicando todo o processo e identificando as datas correspondentes à entrega/reencaminhamento das respostas à entrevista (primeira fase – decorreu de 2 a 17 de dezembro de 2021) e aos questionários (segunda fase – decorreu de 6 a 20 de janeiro) (ver apêndice I. A e apêndice IV. A). Dada a falta de disponibilidade ou ausência de resposta de 15 AS, foram seleccionados para completar a amostra, com recurso ao mesmo *software*, 15 novos AS. Este contacto foi realizado a 30 de novembro de 2021 (ver apêndice IV. B). Após a confirmação da participação dos 35 AS, foram-lhes transmitidos todos os procedimentos inerentes à recolha dos dados (objetivos, prazos e técnicas de recolha) e foram esclarecidas todas as questões por eles colocadas.

Dos 35 AS, dois, solicitaram um documento oficial a solicitar a sua colaboração, pelo que foi pedido ao Diretor do Instituto de Serviço Social da ULHT, um documento oficial, a solicitar essa mesma colaboração que, posteriormente, foi enviado aos respetivos AS (ver apêndice I. B).

A 02 de dezembro de 2021 foi enviado um e-mail, aos 35 participantes, com o link de acesso ao primeiro questionário aberto e com a data prevista de resposta do mesmo (ver apêndice II). Até 17 de dezembro de 2021 (fim previsto para a primeira fase) apenas 12 haviam respondido, sendo necessário alargar o prazo, com vista à obtenção de mais respostas (ver apêndice IV. C). Foi enviado um 2º e-mail a reforçar o pedido, tendo nesta decorrência obtido mais seis respostas, perfazendo um total de 18 participantes. Todas as respostas foram analisadas de seguida, tendo sido criada uma base de dados para o efeito, com listagem de todas as competências identificadas (ver apêndice II. A).

A 06 de janeiro de 2022 foi enviado o *link* para o questionário fechado para os 18 profissionais que haviam respondido ao inquérito da primeira fase (ver apêndice III). Uma vez rececionados, os dados foram carregados na base de dados e extraídos, com recurso ao

programa SPSS, os principais resultados (média, desvio-padrão, variância e amplitude do intervalo de variação) (ver apêndice III. A).

De referir que nas duas fases, foi colocada uma opção que teria que ser respondida pelos participantes, de modo que estes pudessem dar o seu consentimento para a participação no estudo.

No dia 04 de abril de 2022, foi enviado um e-mail aos 18 profissionais que haviam colaborado anteriormente a solicitar a sua participação num *Focus Group*, de modo a recolher informação complementar (ver apêndice IV. D). Como apenas duas UCCI responderam, nos dias 11, 13 e 18 de abril de 2022, foi enviado novo e-mail, a reforçar o pedido e, desde modo, foi possível contar com a participação de sete UCCI.

Posta a situação, no dia 22 de abril de 2022, pelas 14h30, foi realizado o *Focus Group*, onde participaram as UCCI do Entroncamento, de Alvaiázere, de Sever do Vouga, de Mogadouro, de Cabeceiras de Basto, de Rio Maior e de Bragança, tendo este durado cerca de uma hora e quinze minutos. Neste, após o agradecimento aos presentes, iniciou-se uma apresentação em *Power Point*, intitulada de *Competências do Assistente Social na intervenção com utentes institucionalizados, vítimas de abandono*. Inicialmente, foram referidos os resultados obtidos no primeiro questionário, onde tinha sido solicitado aos AS que indicassem quais as competências que o AS deveria ter, na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI – UMDR e ULDM, vítimas de abandono; e as estratégias utilizadas pelos AS, na resolução da problemática do abandono, em utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR. Num segundo momento, foi abordado o resultado respeitante à avaliação efetuada ao segundo questionário, onde se pretendia compreender quais as competências, mais valorizadas, do AS, na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI – UMDR e ULDM, vítimas de abandono. Os resultados foram discutidos pelos participantes, tendo esta informação sido recolhida e feita uma análise de conteúdo.

CAPÍTULO 6 – ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1. As competências dos AS nas UCCI

Como foi já referido no capítulo metodológico (ponto 5.2), inicialmente a amostra era composta por 35 UCCI, contudo, face à ausência de resposta ou de colaboração nas duas fases do processo (condição obrigatória para a validação dos dados e sua inclusão na amostra) ficamos apenas com respostas de 18 UCCI.

Numa primeira fase foi solicitado aos AS destas 18 UCCI que, num questionário aberto, listassem as competências presentes na sua prática profissional, segundo os três tipos de saberes definidos por Le Boterf (2003): os saberes, saberes-fazer e saberes-ser. Desta resultaram 102 competências indicadas.

Segundo Le Boterf (2003), os saberes remetem para os conhecimentos e subdividem-se em três vertentes: os saberes teóricos, que nos direcionam para a compreensão; os saberes do meio, que remete ao saber adaptar-se ao meio onde intervém; e os saberes procedimentais, que vão de encontro ao saber proceder.

Os saberes-fazer têm que ver com as habilidades operativas presentes no exercício profissional e que se subdividem em quatro vertentes: os saberes-fazer formalizados, que incidem no saber atuar; os saberes-fazer empíricos, que remetem para o saber fazer em função de algo; os saberes-fazer relacionais, onde importa saber cooperar; e os saberes-fazer cognitivos, que pressupõem saber tratar determinada informação.

Os saberes-ser incidem nas atitudes e, também eles se subdividem em três vertentes: as aptidões ou qualidades, onde importam aptidões ou qualidades do indivíduo; os recursos fisiológicos, que englobam um conjunto de recursos externos; e os recursos emocionais, tem que ver com a gestão por reações emocionais.

De acordo com os três tipos de saberes enumerados anteriormente e após análise das 102 competências indicadas pelos AS, verificou-se, tal como é consta na tabela n.º 2, que os saberes-ser constituem aqueles que têm uma relevância predominante, com 35,3% (36), face aos saberes-fazer, cuja cotação é de 34,3% (35) e aos saberes, que contam com 30,4% (31).

De forma mais discriminada, quanto aos saberes, foram identificadas 31 competências, de entre as quais nove relativamente aos saberes teóricos, nove incidentes nos saberes do meio e 13 nos saberes procedimentais. Relativamente aos saberes-fazer foram apuradas 35 competências, que se subdividem em 16 saberes formalizados, três saberes empíricos, oito

saberes relacionais e oito saberes cognitivos. Quanto aos saberes-ser, os participantes totalizam 36 competências e, após a divisão nos três grupos destes últimos saberes, consideraram existir 10 aptidões ou qualidades, nove recursos fisiológicos e 17 recursos emocionais (ver apêndice II. A).

Tabela 2 - Tipos de competências identificadas

Competências	Total	%
Saber	31	30,4
Teóricos	9	
Meio	9	
Procedimentais	13	
Saber-fazer	35	34,3
Formalizados	16	
Empíricos	3	
Relacionais	8	
Cognitivos	8	
Saber-ser	36	35,3
Aptidões/ Qualidades	10	
Recursos Fisiológicos	9	
Recursos Emocionais	17	
Total	102	100

Nesta primeira fase e, de uma forma geral, temos o reconhecimento que, do conjunto das competências, aquelas que estão mais presentes na intervenção, pelo número de competências listadas, são os saberes-ser. Para os AS destas 18 UCCI, a valorização desta categoria poderá fazer sentido visto que, dentro daquilo que é profissão do Assistente Social, por norma a tendência incide nas questões do relacionamento interpessoal e na criação de uma relação de confiança e proximidade.

De referir, no entanto, que apesar disto, as diferenças entre os três tipos de competências são mínimas (sobretudo no que diz respeito aos saberes-fazer), o que demonstra a importância de integrar todos os diferentes tipos de competências na prática profissional.

Numa segunda fase, importou perceber também, dentro de cada um destes saberes, quais são as competências específicas mais valorizadas. E tal foi possível com a aplicação do inquérito por questionário.

Assim, solicitou-se aos 18 AS que avaliassem, de entre as competências listadas na fase anterior, aquelas que consideravam mais relevantes para a sua prática profissional, utilizando uma escala tipo Likert de 1 ‘discordo totalmente’ a 5 – ‘concordo totalmente’. Após esta avaliação, os inquiridos poderiam indicar, caso pretendessem, outra(s) competência(s) que não

tivesse sido anteriormente mencionada(s). Alguns especialistas indicaram algumas competências já referidas, ainda que por outras palavras, não tendo sido feita nenhuma reformulação ou acrescento às competências já identificadas na 1ª fase.

Cumprido este momento, procedeu-se em seguida à análise das competências mediante o recurso ao SPSS, onde foram calculadas a média, o desvio-padrão e a variância de cada um dos três tipos de saberes. Percebemos assim que a média total dos saberes é de 4,78, dos saberes-fazer é de 4,77 e dos saberes-ser é de 4,82, sendo que os saberes-ser são a categoria com a média mais elevada, como é possível observar na tabela 3. Estes primeiros resultados vieram confirmar os resultados obtidos na 1ª fase, e que davam conta da maior presença deste tipo de competências na prática profissional.

Tabela 3 - Tipo de competências e média total do grupo

Tipo de competências	Saber	Saber-Fazer	Saber-Ser
Média total do grupo	4,779568	4,773017	4,8225

No que respeita a uma análise discriminada pelos três tipos de saberes, verifica-se, no que se refere aos saberes, que os Saberes Procedimentais (SPs) são os mais valorizados, tendo a média mais elevada (M=4,82) face aos Saberes do Meio (SMs) e aos Saberes Teóricos (STs) (M= 4,81 e 4,69, respetivamente) e o menor desvio-padrão (DP=0,32 vs DP=0,37 e 0,40), tal como se verifica na tabela nº4.

Tabela 4 - Indicadores da categoria dos saberes

Saberes	STs	SMs	SPs
N	18	18	18
Média	4,6914	4,8086	4,8205
Erro Desvio	0,39524	0,36714	0,32742
Variância	0,156	0,135	0,107
Intervalo	1,11	1,11	1,08

Quanto aos saberes-fazer, os Saberes-fazer Relacionais (SRs) são os mais distinguidos entre os AS inquiridos, tendo a média mais elevada face aos Saberes-fazer Formalizados (SFs), aos Saberes-fazer Empíricos (SEs) e aos Saberes-fazer Cognitivos (SCs) (M=4,88 vs M=4,73, 4,52 e 4,85, respetivamente), e o desvio-padrão mais reduzido (DP=0,24 vs DP=0,37, 0,46 e 0,27, respetivamente), tal como se verifica na tabela nº5.

Tabela 5 - Indicadores da categoria dos saberes-fazer

Saberes-fazer	SFs	SEs	SRs	SCs
N	18	18	18	18
Média	4,7292	4,5185	4,8819	4,8472
Erro Desvio	0,36632	0,46049	0,24053	0,27639
Variância	0,134	0,212	0,058	0,076
Intervalo	1,19	1,67	0,75	0,88

Relativamente aos saberes-ser, os Recursos Fisiológicos (RFs) são os privilegiados, tendo a média mais elevada face às Aptidões/Qualidades (AQs) e aos Recursos Emocionais (RE) (M=4,89 vs M=4,74 e 4,83, respetivamente), e o desvio-padrão mais reduzido (DP=0,26 vs DP=0,42 e 0,32, respetivamente), como se verifica na tabela nº6.

Tabela 6 - Indicadores da categoria dos saberes-ser

Saberes-ser	AQs	RFs	REs
N	18	18	18
Média	4,7444	4,8951	4,8301
Erro Desvio	0,41759	0,2598	0,31638
Variância	0,174	0,067	0,1
Intervalo	1,1	1	1

Após esta análise, foi identificado que tipo de competências específicas foram mais valorizadas pelos diferentes AS no exercício da sua prática profissional, procurando-se extrair uma nova listagem das competências mais valorizadas, dentro de cada categoria. Para isso, utilizou-se como critério de seleção o valor da média do respetivo grupo (conforme informação constante na tabela 3), tendo todas as competências cuja média era inferior ou igual aos valores supramencionados, sido rejeitadas de imediato. Deste modo, efetuaram-se 18 exclusões ao nível dos saberes – sete nos ST, cinco nos SM e seis nos SP; 13 ao nível dos saberes-fazer – oito nos SF, dois nos SE, um nos SR e dois nos SC; e, por fim, 15 ao nível dos saberes-ser – oito nas AQ, uma nas RF e sete nas RE.

Através da avaliação desta segunda fase e, após exclusão de várias competências nas três grandes categorias, verificou-se que das 102 competências indicadas na primeira fase da recolha de dados, ficou-se com um conjunto total de 56 competências, distribuídas do seguinte modo: quanto aos saberes, foram destacadas 13 competências (das 31 sinalizadas, na 1ª fase). Relativamente aos saberes-fazer foram apuradas 22 competências (num total de 35) e quanto

aos saberes-ser, os participantes totalizam 21 competências (de entre as 36 iniciais), conforme consta na tabela 7.

Tabela 7 - Competências selecionadas

Competências	Total	Selecionadas	%
Saber	31	13	23,21
Saber-Fazer	35	22	39,29
Saber-Ser	36	21	37,50
Total	102	56	100

Pese embora na primeira fase, os inquiridos tenham identificado um maior número de competências relacionadas com o saber-ser, contabilizando estes saberes 36 competências, contra 35 dos saberes-fazer e 31 dos saberes, não obstante, com a aplicação do inquérito por questionário (segunda fase) e, após a consequente análise do mesmo, constatou-se que a categoria mais valorizada é a dos saberes-fazer, que representa cerca de 39% do total de competências destacadas pelos profissionais das UCCI.

Assim e, como observamos na tabela 8, quanto aos saberes, foram identificadas 12 competências, de entre as quais duas relativamente aos saberes teóricos, quatro incidentes nos saberes do meio e sete nos saberes procedimentais. Relativamente aos saberes-fazer foram apurados 22, que se subdividem em oito saberes-fazer formalizados, um saber-fazer empírico, sete saberes-fazer relacionais e seis saberes-fazer cognitivos. Quanto aos saberes-ser, apuraram-se 21 competências e, após a divisão nos três grupos destes últimos saberes, consideraram existir duas aptidões ou qualidades, oito recursos fisiológicos e 11 recursos emocionais.

A categoria dos saberes-fazer passa a ser a que detém um maior número de competências valorizadas pelos AS (22), seguindo os saberes-ser (21) e os saberes (13). Especificando dentro de cada uma destas três categorias verifica-se que nos saberes a subcategoria com maior número de competências são os SP (sete); nos saberes-fazer, a subcategoria mais valorizada assenta nos SF (oito); e nos saberes-ser os RE são quem conta com um maior número de competências selecionadas (11). A listagem das competências selecionadas encontra-se disponível no apêndice III. B.

Tabela 8 - Competências selecionadas por subcategoria

Saber Competências selecionadas	n	%
ST	2	15,38
SM	4	30,77
SP	7	53,85
Sub-total	13	
Saber-fazer Competências selecionadas	n	%
SF	8	36,36
SE	1	4,55
SR	7	31,82
SC	6	27,27
Sub-total	22	
Saber-ser Competências selecionadas	n	%
AQ	2	9,52
RF	8	38,10
RE	11	52,38
Sub-total	21	
TOTAL	56	

No sentido de validar estes resultados e compreender o que motivou as escolhas dos inquiridos quanto às suas competências, foi realizado um *Focus Group*. Neste, os inquiridos foram instados a refletir sobre o destaque dado às competências relacionadas com o saber-ser (apuradas como aquelas com maior peso na 1ª fase e com média mais elevada na 2ª fase) e se concordavam com a seleção posterior feita (de exclusão de competências baseadas na valorização acima da média) e que acabou por ressaltar a importância das competências associadas ao saber-fazer.

Segundo os participantes, a justificação para estes resultados pode ser associadas aos seguintes fatores:

- Quem está em início de carreira, julga que o saber-ser será o saber mais importante, mas com a prática e as novas competências adquiridas, ou seja, ao longo dos anos e com a experiência adquirida, apercebemo-nos de que o saber-fazer é realmente o que mais importa, apesar de ambos acabarem por se complementar;

- Alguns AS julgaram o primeiro questionário mais teórico do que o segundo e, desse ponto de vista, responderam, o que, na teoria, julgaram mais importante: o saber-ser. No entanto, o segundo questionário, por ser de resposta mais direta, ajudou a perceber que as

situações são resolvidas caso a caso e que, para isso, apesar de termos que saber-ser, temos, principalmente que saber-fazer;

- Indicaram ainda que cada caso é um caso e que temos que nos saber adaptar aos procedimentos. As regiões norte e centro, por exemplo, têm situações muito divergentes e, como é óbvio, as formas de atuação também o serão. Por este motivo e, depois de realmente pensarmos melhor, para além de sabermos ser e estar, temos, principalmente que saber como fazer as coisas, conforme os processos em mãos;

- No fundo, todas as competências são importantes e todas acabam por se conjugar. Numas situações devemos aplicar determinados saberes e noutras situações devemos aplicar outro tipo de saberes. Temos que nos saber adaptar às situações e perceber qual o melhor saber a aplicar, o que acaba por acontecer praticamente de forma instintiva, primordialmente quando a experiência é maior;

- Os AS declararam que o facto de os colegas terem mais ou menos experiência, tem a ver com o tipo de saber a que atribuíram um maior número de competências e com a valorização desses mesmos saberes. A localização das UCCI onde exercem a sua profissão, também pode ter a ver com a atribuição de competências aos saberes, ou com a sua valorização. Nos meios rurais, ainda se dá muita importância àquilo que outras pessoas possam dizer ou fazer e, por esse motivo, talvez o saber-ser esteja mais presente do que os restantes saberes, ainda que todos os outros tenham valor. No entanto, nos ambientes urbanos, este fator não causa tanto impacto e, por este motivo, talvez se dê maior importância ao saber-fazer;

- Afirmaram que temos que saber-ser, porque trabalhamos com pessoas. Isto é, se não possuímos determinadas características pessoais, ou não tivermos determinadas características do grupo do saber-ser, como a empatia, a resiliência, ou até mesmo a compreensão, dificilmente vamos conseguir chegar à outra pessoa. Não obstante, temos que saber-fazer, porque se não o fizermos, o mínimo erro cometido poderá ter implicações graves na vida da outra pessoa. É importante saber-fazer tudo com cautela e continuar a inteirarmo-nos sempre de toda a literatura/formações que possam existir, de modo a diminuir/extinguir os erros que possam vir a ser cometidos;

- Os AS afirmam que, apesar de todos os saberes estarem interligados, só é possível colocar em prática os saberes-fazer, se soubermos ser. Se tal não ocorrer, não vamos saber-fazer determinadas tarefas com a maior precisão, ou do melhor modo. Se soubermos ser e soubermos

fazer, com muito mais facilidade e satisfação vamos conseguir atingir os objetivos pretendidos;

- Não obstante, indicam que saber-ser não basta. Se assim fosse, qualquer pessoa que detivesse todas as competências necessárias a um do AS, na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI – UMDR e ULDM, vítimas de abandono, mesmo sendo de outra área, poderia executar esse trabalho. O que não é possível, por isso o AS tem que ser formado, tem que saber-fazer, para conseguir realizar um trabalho coeso e correto.

Os AS indicaram ainda que as competências que mais valorizam no AS, passam por deter todo o conhecimento necessário relativamente ao processo social do utente, vítima de abandono e conseguir aplicá-lo; saber-fazer um diagnóstico social correto, saber trabalhar em rede e em equipa; ser o mais pró-ativo e assertivo possível; ter capacidade de ouvir o outro; ter empatia e resiliência, para conseguir executar um bom trabalho; ter capacidade de adaptação e não esquecer que lidamos diariamente com pessoas com bastantes fragilidades.

Deste modo, para os intervenientes, todos os saberes têm que funcionar em conjunto, consoante cada situação que suceda. Todos eles importam e devem estar interligados, no entanto, o saber a que os AS atribuem maior importância, continua a ser o saber-fazer, tal como acima mencionado. Quando questionados acerca do que realmente importa na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI – UMDR e ULDM, vítimas de abandono, estes assumem que se não se souber executar determinados procedimentos, por mais assertivos e bons ouvintes que sejam os AS, não conseguem, nem podem realizar um bom trabalho.

6.2. As estratégias na intervenção em contexto de UCCI

No que respeita às estratégias utilizadas pelos AS na resolução da problemática do abandono, em utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR, foi solicitado aos inquiridos, ainda na primeira fase de recolha de informação, que nos dessem conta do tipo de estratégias utilizadas para lidar com esta situação. Feito este levantamento, os AS indicaram 35 estratégias, que se encontram expostas na tabela 9.

Tabela 9 - Estratégias utilizadas pelos AS, na resolução da problemática do abandono, em utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR

1 (PR) - Abranger os utentes vítimas de abandono, pelo Estatuto de Maior Acompanhado;
2 (TE) - É fundamental trabalhar em rede para conseguir dar uma resposta adequada às necessidades do utente;
3 (RI) - Devemos definir estratégias de contacto com os familiares, vizinhos e/ou amigos e perceber o motivo do abandono;
4 (VSI) - Devemos cuidar do utente de forma que o sentimento de abandono seja substituído pelo sentimento de mudança, através de uma resposta mais específica para colmatar as suas necessidades, após esgotadas todas as possibilidades de um envolvimento familiar
5 (OE) - Devemos ter presente a advocacia social em cada etapa da intervenção, para que familiares (quando existem) e utentes estejam devidamente esclarecidos e assim possam tomar as suas posições e decisões;
6 (RI) - É fundamental recolher o máximo possível de informação para construir um bom diagnóstico social do problema;
7 (VSI) - Importa fazer todo o acompanhamento e avaliação possível com o utente, relativamente à expectativa e perspetiva de futuro, promovendo sentimentos de bem-estar e colocando-o a par da situação;
8 (PR) - Efetuar a sinalização/encaminhamento do pedido de colaboração, para integração do utente em resposta social, caso não se verifique a possibilidade de regressar ao meio com o apoio das respostas sociais existentes;
9 (TE) - Articular com instituições locais (IPSS, Serviço Segurança Social, Ministério Público, Junta de Freguesia e/ou Câmara Municipal) com vista a dar uma resposta integrada ao utente;
10 (RI) - Perceber se existem pessoas na comunidade que conheçam a pessoa em questão e o seu respetivo contexto sociofamiliar e económico;
11 (TE) - Colaborar com toda a informação de que as outras entidades necessitem e atualizar a informação clínica, ou social, caso haja algum desenvolvimento, no que respeita à referenciação do utente;
12 (PR) - Efetuar a referenciação para vaga cativa reservada à Segurança Social, em ERPI, se necessário, juntamente com a denúncia de abandono;
13 (PR) - Efetuar estratégias para a reintegração social do utente ou para responder às suas necessidades individuais;
14 (TE) - Trabalhar em equipa, com colegas das mais variadas áreas: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas, outros assistentes sociais, administrativos, que se considerem pertinentes ao caso social em questão;
15 (OE) - Participar em formações, quer sejam do próprio serviço, como a título pessoal;
16 (RI) - Realizar o seu próprio estudo e pesquisa de informação em diversas áreas sociais, para que se possa sempre dar a melhor resposta aos utentes, e assim estar bem informado;
17 (VSI) - Procurar sempre ouvir os utentes, sem pressa, sem pressão, sem desconfianças, de forma a conquistar a confiança deles, a estabelecer uma boa relação entre utente e técnico, para que juntos possamos trabalhar em prol dos objetivos pretendidos;
18 (VSI) - Demonstrar tranquilidade, empatia, compreensão, compaixão e interesse pelo sofrimento e problema dos meus utentes, espreitando sempre a sua opinião e vontade;
19 (OE) - Adaptar o local da intervenção: gabinete, quarto do utente, etc.;
20 (OE) - Negociar com as famílias/cuidadores;
21 (OE) - Avaliar e resolver os problemas do quotidiano;

22 (TE) - Realizar o planeamento de altas com a equipa e com a família ou cuidador, sempre que possível;
23 (VSI) - Aceitar as condições e as limitações do utente, adotando estratégias para colmar essas diferenças;
24 (VSI) - Tentar sempre chegar aos interesses do utente;
25 (VSI) - Capacitar o utente, e/ou família, na medida do possível, para que de frente com o problema surjam as dúvidas e se dê ferramentas para busca de conhecimento, para posteriormente conseguir lidar com a situação;
26 (VSI) - Mostrar as potencialidades, vantagens existentes, recursos comunitários de apoio quer ao nível de apoios económicos sociais, quer ao nível de respostas institucionais de apoio;
27 (VSI) - Valorização do potencial do utente e de cada pessoa envolvente;
28 (RI) - Entrevistar o utente, de modo a perceber a dinâmica familiar anterior à Institucionalização;
29 (RI) - Contatar o Assistente Social da área de residência, no sentido de recolher mais informações acerca da família do utente;
30 (RI) - Tentar perceber se o utente e/ou a família já estavam sinalizada e reportada ao COMAI (Comissão Municipal de Apoio ao Idoso);
31 (PR) - Encontrar um sítio adequado à sua situação de saúde (se ele puder ficar sozinho), um sítio digno, com as condições básicas asseguradas, com conforto;
32 (PR) - Diligenciar rendimento para o utente, seja uma pensão, seja um complemento, de forma a garantir que ele vai poder fazer face às despesas;
33 (TE) - Articular com a câmara no sentido de ser possível arranjar uma habitação social, caso as rendas sejam elevadas;
34 (PR) - Assegurar se na zona de residência existe alguma cantina social onde a pessoa possa ir buscar refeições, de forma a não ter tantos gastos, caso o rendimento seja muito baixo;
35 (PR) - Procurar por novas respostas e novas soluções até que a situação esteja totalmente resolvida e o utente possa ter alta em segurança.

Na 2ª fase foi solicitado o mesmo procedimento utilizado ao nível das competências, ou seja, que avaliassem cada uma destas estratégias, através de uma escala de Likert de 5 níveis, sendo 1 nada importante e 5 muito importante.

Posteriormente, através de uma análise categorial, estas estratégias foram agrupadas por categoria, tendo sido possível identificar cinco grandes categorias, a saber: Procura de Respostas (PR), com oito referências; Recolha de Informação (RI), com sete referências; Trabalho em Equipa/rede (TE), com seis referências; Valorização do Sujeito da intervenção (VSI), com nove referências; e Outras Estratégias (OE), no qual se inserem as estratégias que não se enquadram em nenhuma das categorias anteriormente descritas, com cinco referências, como se verifica na tabela 10.

Tabela 10 - Nº de competências, por categoria.

Categoria	Estratégias
Procura de Respostas	8
Recolha de Informação	7
Trabalho em Equipa/rede	6
Valorização do Sujeito de Intervenção	9
Outras estratégias	5
TOTAL	35

Identificadas as grandes categorias, calculou-se a média, o desvio-padrão, a variância e o intervalo de variação para cada uma delas, e que nos permitiu perceber que tipo de estratégias são mais valorizadas pelos profissionais.

Assim, o trabalho em equipa/rede surge como a categoria das estratégias mais valorizadas, tendo a média mais elevada face à procura de respostas, à recolha de informação, à valorização do sujeito de intervenção, com uma média de 4,880. Esta categoria conta ainda com o desvio padrão mais reduzido, relativamente aos restantes, tal como a variância e o intervalo, como se verifica na tabela 11. Segue-se a valorização do sujeito de intervenção com uma média de 4,82, seguida da procura de respostas, com média de 4,819, e, finalmente, a recolha de informação, com uma média de 4,69.

Tabela 11 - Estratégias mais valorizadas pelos AS

Estratégias	Procura de Respostas	Recolha de Informação	Trabalho em Equipa/rede	Valorização do Sujeito de Intervenção
N	18	18	18	18
Média	4,819	4,690	4,880	4,821
Erro Desvio	0,3355	0,3830	0,2298	0,3618
Variância	0,113	0,147	0,053	0,131
Intervalo	1	1	0,8	1

CAPÍTULO 7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos resultados dos questionários abertos (primeira fase) e, posteriormente do questionário fechado (segunda fase), compreendemos que existiram resultados diferenciados em ambos. Na primeira fase, os participantes atribuíram maior importância aos saberes-ser e, na segunda fase, aos saberes-fazer. Perante esta variação de resultados, os AS indicaram que todos os saberes têm a devida importância, devendo relacionar-se entre si. Cruzando esta informação com as referências teóricas que constam deste estudo, percebemos que existe uma concordância na informação. Tal como refere Almeida et al. (2021, p. 21), *“não há conteúdo sem forma de conhecer (e vice-versa). Daí que não se deva separar competências”*. Deste modo, a informação prestada pelos AS vai ao encontro do referido pelos autores supramencionados, de que as competências devem ser aplicadas como um todo e não de forma isolada.

Contudo e, após análise do *Focus Group* (terceira fase), foi verificado que a categoria dos saberes-fazer foi aquela a que os participantes atribuíram maior importância. Como referido no ponto 3.2. desta investigação, segundo o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI (2006) e conforme afirma Carvalho (2012), a intervenção do AS tem por base diversas etapas metodológicas. Sendo que delas fazem parte o acolhimento do utente e da família, o diagnóstico, o PII, a execução e a execução da ação.

Por sua vez, Almeida et al. (2021), afirma que os AS têm que possuir determinadas competências, de modo a executar as diversas tarefas a que são propostos, e que estas podem ser aprendidas e treinadas. Perante esta informação, deduz-se que para cumprir as diversas etapas metodológicas da intervenção do AS, este terá que possuir diferentes competências, que lhe permitam saber como atuar em cada uma dessas fases. Estes conhecimentos são evidenciados através das informações prestadas pelos AS, quando relatam algumas competências, como sejam:

- “SF3 - Elaborar o relatório social, o plano de intervenção e a informação social, de forma individualizada”,
- “SF4 - Perceber qual o contexto sociofamiliar”,
- “SF5 - Saber referenciar a situação e encaminhá-la para quem de direito”,
- “SF6 - Saber quais são as características sociodemográficas do utente, da família e da comunidade”,

- “SF8 - Identificar o tipo de proximidade e de relação entre utente e família”,
- “SF9 - Conhecer as razões atribuídas pelo idoso ao afastamento dos familiares”,
- “SF14 - Articular com as estruturas do exterior/da comunidade, para que o utente tenha alta em segurança e possa integrar um ambiente que lhe proporcione todo o conforto e segurança”,
- “SF16 - Desenvolver estratégias que colmatem aquilo que é o fosso existente entre as respostas sociais existente e o acesso às mesmas”,
- “SE1 - Zelar pelo interesse do bem-estar dos seus utentes, promovendo a mudança, empowerment e protegendo sempre os seus direitos”,
- “SR2 - Conseguir trabalhar em equipa”,
- “SR3 - Promover as relações interpessoais, a socialização, a igualdade e a coesão”,
- “SR4 - Ter boa capacidade para se relacionar com terceiros”,
- “SR5 - Trabalhar em rede e em parceria, adotando procedimentos como a inter-institucionalidade e a inter-multidisciplinariedade”,
- “SR6 - Ter competências de articulação, de negociação, de mediação, de planeamento e de organização”,
- “SR7 - Estabelecer uma relação de confiança”,
- “SR8 - Saber como apoiar a resolução dos desafios sempre inesperados de dor, doença, de incapacidade, do isolamento e do abandono”,
- “SC1 - Saber ouvir e observar”,
- “SC2 - Ser empático e assertivo”,
- “SC3 - Respeitar as individualidades”,
- “SC4 - Ser pró-ativo, dinâmico, crítico, reflexivo e criativo no que diz respeito à criação, implementação e defesa de políticas públicas e sociais”,
- “SC7 - Ter capacidade de avaliação”,
- “SC8 - Reconhecer que não podem trabalhar sozinhos, pois existem outras áreas de quem o assistente social, nestas instituições, não se pode "separar", nomeadamente da área da Medicina, da Psicologia e/ou da Medicina Física e Reabilitação”.

As competências referidas vão ao encontro do indicado pelos autores e, através delas, os Assistentes Sociais que intervêm com utentes institucionalizados em UCCI, vítimas de abandono, conseguem cumprir todas as etapas da intervenção, da forma mais assertiva possível, nunca descurando as restantes competências.

No que respeita às estratégias utilizadas pelos AS, na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI, vítimas de abandono, que foram indicadas pelos inquiridos, também elas vão ao encontro dos referido pelos autores. Cada uma das estratégias indicadas, implica que o AS que as aplica, possua determinadas competências. Na sua maioria, em todas as estratégias estão implícitos os três grandes grupos dos saberes, no entanto e, mais uma vez, é o grupo dos saberes-fazer o que mais se destaca. Ainda que importem as restantes competências na execução das estratégias, se não aplicarmos os saberes-fazer, não conseguimos de forma alguma, utilizá-las.

Importa referir que, segundo os inquiridos, o trabalho em equipa e em rede foi considerada uma das estratégias mais importantes. Guadalupe (2010), confirma este facto, ao referir que só desta forma podemos conhecer o idoso no seu todo, permitindo, assim, trabalhar todos os aspetos inerentes à sua situação. Se tal não sucedesse, não existiria informação suficiente para que a intervenção com o indivíduo fosse viável.

Ao aplicar estas estratégias, os Assistentes Sociais estão a cumprir com o referido por Gomes (2022), quando diz que os idosos têm a necessidade de ser escutados, primordialmente quando são vítimas de violência. Proporcionam-lhes a oportunidade de terem uma melhor qualidade de vida, longe de toda a violência pela qual já passaram e com a qual não têm de viver até ao fim dos seus dias. São estas estratégias que impedem estes idosos de serem vítimas de outro tipo de violências e que lhes garante cuidado e proteção.

Após análise de todos os dados recolhidos, percebemos que conseguimos dar resposta à pergunta de partida, *Quais as competências do Assistente Social na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR, vítimas de abandono.*

Como respostas, pudemos identificar 56 competências, das 102 competências indicadas inicialmente pelos AS. Destas 56 competências, 13 relacionam-se com os saberes, 22 incidem nos saberes-fazer e 21 têm por base os saberes-ser.

CONCLUSÃO

A presente investigação foi elaborada, para que se pudesse compreender quais as competências mais valorizadas e as estratégias utilizadas pelos AS, na sua intervenção com utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR, vítimas de abandono. Segundo o Manual do Prestador - Recomendações para a melhoria contínua (2011), o número de idosos, vítimas de abandono, nas UCCI, tem vindo a aumentar. Perante a revisão da literatura, é imperativo que se compreenda que as competências utilizadas pelos AS neste tipo de intervenção e as estratégias por si utilizadas na resolução desta problemática, são o ponto-chave para uma intervenção com sucesso. Com a aplicação das devidas competências, o AS compreenderá melhor o utente, bem como a sua situação, o que o levará a definir as estratégias para a resolução do problema, de forma mais viável.

Com esta investigação, foi possível responder à pergunta de partida e executar os objetivos geral e específicos propostos, como consta no capítulo 4. Não obstante, surgiram algumas barreiras à realização da mesma que, a seu tempo, acabaram por ser desconstruídas, permitindo a sua execução de forma positiva. Estes constrangimentos incidiram na dificuldade de articulação com os AS a serem inquiridos, principalmente por nos encontrarmos no pico de uma pandemia – COVID-19. Muitos dos AS não se encontravam disponíveis para articular, por terem muito trabalho acumulado e por estarem a lidar com uma situação de grande dificuldade, e para a qual não existiam respostas. Esta questão fez com que a recolha de informação levasse mais tempo e conduziu a que a dimensão da amostra fosse mais reduzida. Deste modo, o método de recolha de dados – método de Delphi, ao invés do que tinha sido pensado inicialmente, teve de ser «reforçado», com a aplicação do Focus Group. Tudo isto implicou dezenas de contactos com os AS e as suas UCCI, de modo a viabilizar o estudo.

Por conseguinte, conseguimos compreender quais são as competências do Assistente Social, na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR e, neste seguimento, sugere-se como propostas de investigação futuras:

- Perceber se a região demográfica onde a UCCI – ULDM e UMDR se localiza, tem influência no tipo de competências a ser aplicada pelo AS, na intervenção com utentes em situação de abandono;
- Perceber se a experiência profissional do AS tem influência no tipo de competência a ser aplicada pelo AS, na intervenção com utentes em situação de abandono.

Através da presente investigação pretende-se que os Assistentes Sociais valorizem e legitimem a necessidade da aplicação das competências necessárias, para uma intervenção positiva. E que reconheçam, de igual modo, a importância das estratégias utilizadas na resolução da problemática. Para além dos inquiridos, que terão conhecimento das competências dos AS e das estratégias de intervenção a ser utilizadas com utentes, vítimas de abandono, nas UCCI – ULDM e UMDR, importa que esta informação chegue aos restantes AS, primordialmente aos que lidam com esta problemática. Por último, mas com igual importância, pretende-se que esta investigação seja útil e possa contribuir para o conhecimento científico nesta área do abandono e da RNCCI, servindo também como uma diretriz para os profissionais destas áreas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS, SNS (2021). *Listagem das unidades da RNCCI*. <http://www.acss.min-saude.pt/2017/07/11/listagem-das-unidades-da-rncci/>
- Alarcon, M., Cardoso, B., Ala, C., Damaceno, D. Sponchiado, V. & Marin, M. (2022). *Idosos vítimas de violência: avaliação da família por meio do modelo Calgary*. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/JyFCy6kmmNwScdFdmGY4v8M/?format=pdf&lang=pt>
- Almeida, J., Sousa, P. & Caria, T. (2021). *Competências no contexto de trabalho em serviço social*. Húmus.
- Amarante, A. (2018). *Maus tratos nos idosos. Artigo de Revisão. Área Científica de Geriatria. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/82771/1/Trabalho%20final%206%C2%BA%20ano%20Agostinho%20Tavares%20Amarante.pdf>
- Anes, Brás, Antão & Anastácio. (2019). Violência e maus-tratos em idosos portugueses: 2000-2017. *Revista INFAD de Psicología*, Vol. 5, nº 1: Salud, Psicología Y Educación. http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/62789/1/Viol%c3%aaanciaMausTratosIdosos_AnesBrasAntao%26Anastacio.pdf
- APAV. (2019). *Estatísticas APAV. Pessoas idosas vítimas de crime e de violência 2013-2018*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas_Idosas_2013_2018.pdf
- APAV. (2020). *Estatísticas APAV, Relatório anual 2020*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2020.pdf
- Associação dos Profissionais de Serviço Social. (2018). *Código deontológico dos assistentes sociais*. https://www.apss.pt/wp-content/uploads/2018/12/CD_AS_APSS_Final_APSS_AssembGeral25-10-2018_aprovado_RevFinal.doc-1-converted-1-C%C3%B3pia.pdf
- Azores. (2021). *Nº de camas em funcionamento na RNCCI*. <https://www.azores.gov.pt/Gra/Rede+Regional+de+Cuidados+Continuados+Integrados/menus/principal/Indicadores/>
- Barroso, V. L. (2008). *Órfãos Geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Bauman, Z. (2000). *Modernidade Líquida*. Tradução por Zahar, J. (2001) *modernidade-liquidazygmunt-bauman.pdf*.

- Carvalho, M. (2012). *Serviço social na saúde*. Lisboa: Pactor.
- Castro, V., Rissardo, L. & Carreira, L. (2017). *Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares*. Universidade Estadual de Maringá. Maringá-PR, Brasil.
- Centro Regional de Informação das Nações Unidas. (2021). *Envelhecimento*. <http://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Cuidados Continuados, (2009). *Guia da rede nacional de cuidados continuados integrados*. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia-da-RNCCI.pdf>
- Dias, I., Lopes, A. & Lemos, R. (2018). *Violência contra as mulheres idosas: o peso das assimetrias de género na idade avançada*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/123719/2/364435.pdf>
- Gomes, A. (2022). *Violência contra idosos*. https://www.researchgate.net/profile/Albino-Gomes/publication/357630347_VIOLENCIA_CONTRA_IDOSOS/links/61d6f25cda5d105e5521c385/VIOLENCIA-CONTRA-IDOSOS.pdf
- Guadalupe, S. (2010). *Intervenção em rede. Serviço social, sistémica e redes de suporte social*. Coimbra.
- Guadalupe, S. (2011). *Anotações cronológicas sobre a trajectória do serviço social no sistema de saúde em Portugal*. Revista Serviço Social & Saúde, volume X, nº12.
- Guerra, I. (2017). *O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar*. Public Sciences & Policies, Vol., S. III, nº1.
- ISS. (2019). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre.
- Lopes, I., Bracons, H. & Santo, I. (2022). *A intervenção do Serviço Social nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados e, tempo de Pandemia. Estudo realizado nas ULDM da Comunidade Intermunicipal do Oeste*. https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/12859/1/intervencao_servico_social_unidades_cuidados_continuados_integrados_pandemia.pdf
- Martins, R. (2004). Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium – Revista do IPV*, pp. 249-254.
- Ministério da Saúde. (2002). *Circular Normativa Nº8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde*.

<https://servicosociaisau.de.files.wordpress.com/2008/03/ms-circular-normativa-n-8-16-maio-2002.pdf>

- Ministério da Saúde. (2006). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* – RNCCI, https://www.seg-social.pt/documents/10152/13339/rncci_boas_praticas_assistentes_sociais_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555
- Oliveira, W. & Martins, I., (2022). *Envelhecimento, saúde e direito à Cidade. A percepção de idosos quanto a acessibilidade e mobilidade no espaço urbano: uma revisão.* <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/951/1011>
- OMS. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde.* Genebra.
- Paulino, M. & Costa, D. (2019). *Maus tratos a pessoas idosas.* Pactor.
- PORDATA. (2020). *População residente com 65 e mais anos, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário.* <https://www.pordata.pt/Portugal/>
- Prodanov, C. & Freitas, E. (2013). *Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.* II edição, Universidade Feevale.
- Projeto de Lei 62/XIII. (2015). *41ª Alteração ao Código Pena, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro, criminalizando um conjunto de condutas que atentam contra os direitos fundamentais dos idosos.* <https://app.parlamento.pt/>
- Rauen, F. (2018). *Roteiros de investigação científica.* 2ª edição, versão atual Tubarão.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, *Manual do prestador recomendações para a melhoria contínua.* (2011). http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2019). <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
- Rosa, M. J. (2016). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa.* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rozados, H. (2015). *O uso da técnica delphi como alternativa metodológica para a área da ciência da informação.* Porto Alegre.
- Saúde, Serviço Nacional de (2021). *Cuidados Continuados.* <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>
- Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil. (2021). *Hospitais e centros de saúde.* <https://srs-madeira.pai.pt/hospitais-e-centros-de-saude>
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de projectos sociais, casos práticos.* Porto Editora.

Storeng, S., Sund, E., Krokstad, S. (2018). *Factors associated with basic and instrumental activities of daily living in elderly participants of a population – based survey: the Nord-Trondelag Health Study, Norway.* <https://bmjopen.bmj.com/content/8/3/e018942.citation-tool>

Apêndices

APÊNDICE I – PEDIDO DE COLABORAÇÃO PARA INVESTIGAÇÃO

Apêndice I. A – Pedido de Colaboração para Investigação

Pedido de Colaboração para Investigação

Exmo./a. Sr./a. Diretor/a Técnico/a,

O meu nome é Ana Mora e no âmbito do Mestrado em Riscos e Violência nas Sociedades Atuais: Análise e Intervenção Social, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa (ULHT), estou a realizar uma dissertação no contexto do abandono em utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR, sob a coordenação da professora Doutora Paula Ferreira, do Instituto de Serviço Social, da ULHT.

O estudo insere-se numa investigação científica intitulada “Competências do Assistente Social na Intervenção com Utentes Institucionalizados, Vítimas de Abandono”, que tem como objetivo conhecer as competências do assistente social na intervenção com utentes institucionalizados, vítimas de abandono, mediante a aplicação de um inquérito online, trifásico, a nível nacional e dirigido a assistentes sociais.

Na investigação assume-se a confidencialidade do especialista inquirido (assistente social) em todas as suas etapas e o respeito por todas as questões éticas, inclusive a proteção dos seus dados, de acordo com o Regulamento Europeu 2016/ 679 de 27 de abril de 2016.

Este processo de inquirição decorrerá em três fases: primeira fase (a decorrer de 2 a 17 de dezembro de 2021) que cada um dos especialistas descreva quais as competências que reconheça que deveriam constar de acordo com as categorias (os saberes; os saberes-fazer e os saberes ser/agir), e quais as estratégias utilizadas para resolução do problema (tempo médio de resposta 20/30 m). Após a análise dos dados da 1ª fase, será enviado um link com os resultados para a segunda fase (6 a 20 de janeiro) em que será questionado o grau de concordância (numa escala tipo Likert de 1 ‘totalmente em desacordo’ a 5 – ‘totalmente de acordo’) (máx. 10 m). Numa terceira fase (de 10 a 24 de fevereiro) serão questionadas as competências exatamente necessárias ao assistente social para a intervenção com utentes institucionalizados, vítimas de abandono, assim como as estratégias utilizadas para resolução do problema, numa escala de ‘sim’ ou ‘não’. (máx. 10 m). A base teórica utilizada nesta investigação será o modelo de competências (os saberes; os saberes-fazer e os saberes ser/agir), de Le Boterf.

Reforça-se a importância da colaboração nas três fases, visto que é um processo contínuo e a sua ausência não pode ser substituída por outro especialista.

De forma a poder realizar este estudo venho solicitar a V. Ex.^a que autorize a aplicação da metodologia supramencionada ao assistente social que exerça funções nesta unidade de cuidados continuados integrados – longa e/ou média duração. Agradeço desde já a atenção e disponibilidade, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional.

Aguardo uma resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Mora

Email: ana_cmm_3@hotmail.com

Contacto: 966 328 587

Apêndice I. B – Pedido de Colaboração para Investigação – Diretor do Instituto de Serviço Social da ULHT



Exma. Diretora Técnica do Hospital Soerad

Dr.ª Susana Neves

Assunto: PEDIDO DE COLABORAÇÃO PARA INVESTIGAÇÃO

Para os devidos efeitos, solicito a V/Exa. que seja concedido apoio à elaboração da pesquisa conducente à dissertação de Mestrado da aluna desta Ana Cláudia Miheiro Mora subordinada ao título provisório "Competências do Assistente Social na Intervenção com Utentes Institucionalizados, Vítimas de Abandono".

A investigação é orientada pela Professora Doutora Paula Isabel Marques Ferreira que poderá ser contactada para qualquer esclarecimento adicional pelo e-mail: p4535@ulusofona.pt ou para a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias- Instituto de Serviço Social, através do e-mail: servico.social@ulusofona.pt.

Lisboa, 30 de Novembro de 2021

Professor Doutor Carlos Diogo Moreira

Diretor do Instituto do Serviço Social

APÊNDICE II – ENTREVISTA ABERTA - 1ª FASE

Competências do Assistente Social na Intervenção com Utentes Institucionalizados, Vítimas de Abandono

A presente investigação científica, intitulada "Competências do Assistente Social na Intervenção com Utentes Institucionalizados, Vítimas de Abandono", tem como objetivos definir as competências do assistente social que intervém com idosos institucionalizados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) - Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) ou Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e perceber quais as estratégias utilizadas por estes profissionais, na resolução da problemática do abandono, em utentes institucionalizados em UCCI – UMDR e UMDR. A investigação terá incidência a nível nacional e é dirigida a assistentes sociais. Para demarcar as competências referidas, é aplicado o método Delphi, faseadamente.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - Declaro que estou informado sobre os objetivos deste questionário e que a minha participação não é remunerada. Confirmando ainda que concordo com o uso dos meus dados, tal como descrito anteriormente, e que participo voluntariamente no preenchimento deste questionário.

Concordo____ Não concordo____

Assim, nesta primeira fase, importa que identifique as competências que julga necessárias aos assistentes sociais que intervêm com utentes, vítimas de abandono, de acordo com as categorias (os saberes, os saberes-fazer e os saberes ser/agir). De modo a conseguir identificar e descrever as competências de acordo com as categorias acima referidas, segue uma breve explicação:

- Os saberes abrangem os saberes teóricos, meio e procedimentais;
- Os saberes-fazer dirigem-se aos saberes-fazer formalizados, empíricos, relacionais e cognitivos;
- Os saberes ser/agir abarcam as aptidões ou qualidades, os recursos fisiológicos e os recursos emocionais.

Pretende-se que em seguida apresente as competências tendo em consideração a sua prática profissional.

*Campos de preenchimento obrigatório.

- Descreva as competências a nível dos saberes.

- Descreva as competências a nível dos saberes-fazer.

-Descreva as competências a nível dos saberes ser/agir.

-Descreva, do modo mais detalhado possível, as estratégias por si utilizadas na prática quotidiana. Pode dar exemplos de situações concretas.

Grata pela sua colaboração!

Apêndice II. A – Entrevista Aberta – 1ª Fase Análise de Conteúdo

- **Competências a nível dos saberes**

- **Saberes Teóricos**

- Saber/entender o conceito de vítima de abandono;
- Saber identificar a informação necessária, filtrando-a;
- Conhecimento dos ajustes no processo interativo (por exemplo: identificação dos papéis de autoridade e poder e a sua possível inversão na relação pais e filhos);
- Conhecimento dos ajustes no processo interativo (por exemplo: identificação dos papéis de autoridade e poder e a sua possível inversão na relação pais e filhos);
- Conhecimento teórico do processo de envelhecimento (processos dinâmicos e subjetivos a cada indivíduo);
- Competências relativas ao envelhecimento ativo (estratégias de promoção e estimulação de competências);
- Conhecimento ao nível de várias áreas: Psicologia, Direito, Sociologia, entre outras;
- Visualização dos indivíduos inseridos num contexto interacional sistémico e não isolado;
- Deve investir sempre que possível em conhecimento (formações, cursos, palestras, conferências, etc.);
- Deve fazer sempre o seu próprio estudo, análise e avaliação incidido em cada caso social;
- Utiliza saberes científicos, técnicos e humanos na investigação e intervenção das relações sociais.

- **Saberes do Meio**

- Ter conhecimento das entidades existentes;
- Conhecimento da realidade psicossocial do utente institucionalizado e da sua dinâmica familiar (relações interpessoais estabelecidas entre utente e família ao nível das suas interações estabelecidas ao longo da vida);
- Conhecimento sobre o atual contexto cultural, social, económico, etc.
- Conhecimento da legislação;
- Ter conhecimento do planeamento regional/rede de suporte formal e na área da gestão;

- Conhecer os procedimentos, seja de integração em ERPI (pela Segurança Social ou não, dependendo dos rendimentos do utente), seja de integração em Família de Acolhimento (também pela Segurança Social ou não), quer integração na comunidade e conhecer os critérios de integração em cada uma delas;
- Reconhecer que os utentes têm direitos, informando-os dos mesmos;
- Saber informação teórica relativamente às UCCI;
- Ser conhecedor daquilo que são as políticas sociais e as normas pela qual se rege a RNCCI.

- **Saberes Procedimentais**

- Saber como ser um elemento de referência para o utente que se encontra institucionalizado, vítima de abandono;
- Saber prestar apoio psicossocial sistemático;
- Saber como recolher informação através de familiares, vizinhos, do meio e das IPSS locais;
- Saber motivar e proporcionar a mudança;
- Trabalhar sempre com base no código de ética e deontológico de serviço social;
- Saber atuar na prevenção de possíveis situações de abandono;
- Saber como resolver as diversas problemáticas;
- Estar preparado para apoiar, desenvolver, conceber, planejar, orientar, analisar e intervir;
- Realização de reuniões sociais ao longo do internamento;
- Saber atender às necessidades que surgem no quotidiano de cada contexto de trabalho/pessoal;
- Saber realizar diagnósticos sociais;
- Saber reconhecer que cada caso é um caso e que uma solução para o problema de um utente, não significa que seja a resposta mais adequada para outro utente;
- Saber definir, com a pessoa (caso esta tenha capacidade para tal) qual a melhor resposta para a sua situação, uma vez que o tempo de internamento nas unidades de cuidados continuados têm um limite e dando a conhecer ao utente esse limite.

- **Competências a nível dos saberes-fazer**

- **Os saberes-fazer formalizados**

- Realizar contatos de referência para o utente;
- Aferir junto do utente a melhor resposta social, evidenciando que é a melhor opção independentemente de possuir retaguarda;
- Elaborar o relatório social, o plano de intervenção e a informação social, de forma individualizada;
- Perceber qual o contexto sociofamiliar;
- Saber referenciar a situação e encaminhá-la para quem de direito;
- Saber quais são as características sociodemográficas do utente, da família e da comunidade;
- Compreender qual o valor atribuído pelo utente institucionalizado, à família;
- Identificar o tipo de proximidade e de relação entre utente e família;
- Conhecer as razões atribuídas pelo idoso ao afastamento dos familiares;
- Desencadear a aprendizagem dos direitos e deveres;
- Saber realizar o genograma, a cada reunião de acolhimento;
- Saber aplicar as competências técnicas - pois demonstram a capacidade de utilizar o conhecimento para promover a prática e a experiência, para a resolução da problemática em causa;
- Instrução de processos;
- Articular com as estruturas do exterior/da comunidade, para que o utente tenha alta em segurança e possa integrar um ambiente que lhe proporcione todo o conforto e segurança;
- Ter conhecimentos básicos a nível de saúde;
- Desenvolver estratégias que colmatem aquilo que é o fosso existente entre as respostas sociais existente e o acesso às mesmas.

- **Os saberes-fazer relacionais**

- Prestar apoio psicossocial;
- Conseguir trabalhar em equipa;
- Promover as relações interpessoais, a socialização, a igualdade e a coesão;
- Zelar pelo interesse do bem-estar dos seus utentes, promovendo a mudança, empowerment e protegendo sempre os seus direitos;

- Ter boa capacidade para se relacionar com terceiros;
- Trabalhar em rede e em parceria, adotando procedimentos como a inter-institucionalidade e a inter-multidisciplinariedade;
- Ter competências de articulação, de negociação, de mediação, de planeamento e de organização;
- Estabelecer uma relação de confiança;
- Saber como apoiar a resolução dos desafios sempre inesperados de dor, doença, de incapacidade, do isolamento e do abandono.

- **Os saberes-fazer cognitivos**

- Saber ouvir e observar;
- Ser empático e assertivo;
- Respeitar as individualidades;
- Ser pró-ativo, dinâmico, crítico, reflexivo e criativo no que diz respeito à criação, implementação e defesa de políticas públicas e sociais;
- Não se envolver emocionalmente;
- Ser prático e objetivo;
- Ter discernimento;
- Ter capacidade de avaliação;
- Reconhecer que não podem trabalhar sozinhos, pois existem outras áreas de quem o assistente social, nestas instituições, não se pode «separar», nomeadamente da área da Medicina, da Psicologia e/ou da Medicina Física e Reabilitação.

- **Competências a nível dos saberes ser/agir**

- **As aptidões ou qualidades**

- Diligenciar todo o processo de forma clara, com o utente, fazendo-o sentir proactivo no encaminhamento que se afigurar mais acertado;
- Avaliar a expectativa do utente e realizar monitorização psicossocial;
- Fazer uma sinalização da situação, às entidades competentes e solicitar a sua colaboração;
- Articulação com pessoas de referência, com serviços locais ou outras instituições, para recolha de informação;

- Compreender as dinâmicas que se estabelecem ao nível das relações interpessoais dos utentes com as suas famílias;
- Avaliar, compreender e apoiar os utentes e seus familiares na relação que estes estabelecem entre si;
- Intervenção baseada no modelo interacional sistémico, respeitando as suas bases culturais, princípios e educação;
- Saber pôr em prática as suas competências comportamentais - enfatizam qual a atitude do próprio, a aptidão, em querer agir para a resolução da questão, em atingir os objetivos definidos e chegar ao resultado, recorrendo a diversos recursos disponíveis numa perspetiva macro;
- Ser disponível;
- Deter inteligência emocional, sendo capaz de gerir todas as emoções que quer o próprio, quer o utente estão a sentir.

- **Os recursos fisiológicos**

- Gestão de e potenciais conflitos entre utente e familiares;
- Deve saber autocontrolar-se e saber lidar com situações desgastantes e stressantes;
- Deve ter boa capacidade de comunicação oral, escrita e escuta ativa;
- Deve saber trabalhar em equipa;
- Capacidade de adaptação às diversas situações;
- Conseguir mediar conflitos;
- Ser e agir como profissional, tendo por base o sentido e a coerência, ao agir no meio da incerteza e da contingência;
- Possuir capacidade de interagir com os utentes, com a equipa multidisciplinar, com os recursos existentes na comunidade, sabendo fazer distinção entre os fatores pessoais e profissionais;
- Ser capaz de resolver problemas.

- **Os recursos emocionais**

- Dar apoio emocional, que é tão ou mais importante do que tratar de diligências pertinentes;
- Ter empatia e sensibilidade;

- Comunicar é uma competência que permite a construção e manutenção de relações interpessoais saudáveis;
- Ser assertivo (apreender e compreender as intenções, opiniões, sentimentos e emoções sentidas pelos diversos atores envolvidos);
- Deve ser prudente, coerente, sensato e justo;
- Demonstrar tranquilidade, confiança, compaixão e empatia ao utente;
- Ser resiliente, responsável e persistente;
- Ter espírito de equipa, de sacrifício, de solidariedade, saber motivar e saber fazer cooperar;
- Ter aptidão para o relacionamento humano;
- Ter empatia;
- Ser humano;
- Ser compreensivo;
- Ter muita paciência;
- Ser multifacetado e multitarefa;
- Ter autocontrolo;
- Ser persistente;
- Ter confiança em si e no outro.

- **Descreva, do modo mais detalhado possível, as estratégias por si utilizadas na prática quotidiana. Pode dar exemplos de situações concretas.**

- Todos os utentes, vítimas de abandono ou sem rede de suporte familiar, devem vir a ser abrangidos pelo Estatuto de Maior Acompanhado;
- Trabalhar em rede;
- Ter estratégias de contacto com os familiares, vizinhos e/ou amigos e perceber o motivo do abandono: entender os dois lados é fundamental para definir a melhor estratégia;
- Esgotadas todas as possibilidades de um envolvimento familiar, resta-nos cuidar do utente de forma que o sentimento de abandono seja substituído pelo sentimento de mudança, que leva a que seja necessária uma resposta mais específica para colmatar as suas necessidades;
- A advocacia social deve estar presente em cada etapa, para que familiares (quando existem) e utentes estejam devidamente esclarecidos e assim possam tomar as suas posições e decisões;

- Recolha do máximo possível de informação para elaboração do relatório social;
- Fazer todo o acompanhamento e avaliação possível com o utente, relativamente à expectativa e perspetiva de futuro, promovendo sentimentos de bem-estar e colocando-o a par da situação;
- Sinalização/encaminhamento do pedido de colaboração, para integração do utente em resposta social, caso não se verifique a possibilidade de regressar ao meio com o apoio das respostas sociais existentes;
- Articulação com instituições locais (IPSS, Serviço Segurança Social, Ministério Público, Junta de Freguesia e/ou Camara Municipal);
- Perceber se existem pessoas na comunidade que conheçam a pessoa em questão e o seu respetivo contexto sociofamiliar e económico;
- Realização de relatório social;
- Após referenciação, o AS deve colaborar com toda a informação de que as outras entidades necessitem e devem atualizar a informação clínica, ou social, caso haja algum desenvolvimento;
- Juntamente com a denuncia de abandono, poderá ser feita a referenciação para vaga cativa reservada à Segurança Social, em ERPI;
- Efetuar estratégias para a reintegração social do utente ou para responder às suas necessidades individuais;
- Trabalhar em equipa, com colegas das mais variadas áreas: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas, outros assistentes sociais, administrativos, que se considerem pertinentes ao caso social em questão;
- Participar em formações, quer sejam do próprio serviço, como a título pessoal;
- Sempre que sentir necessidade, realizar o seu próprio estudo e pesquisa de informação em diversas áreas sociais, para que se possa sempre dar a melhor resposta aos utentes, e assim estar bem informado;
- Procurar sempre ouvir os utentes, sem pressa, sem pressão, sem desconfianças, de forma a conquistar a confiança deles, a estabelecer uma boa relação entre utente e técnico, para que juntos possamos trabalhar em prol dos objetivos pretendidos;
- Demonstrar tranquilidade, empatia, compreensão, compaixão e interesse pelo sofrimento e problema dos meus utentes, espreitando sempre a sua opinião e vontade;
- Adaptar o local da intervenção: gabinete, quarto do utente, etc;
- Negociar com as famílias/cuidadores;
- Avaliar e resolver os problemas do quotidiano;

- Realizar o planeamento de altas com a equipa e com a família ou cuidador, sempre que possível;
- Ser resiliente;
- Prestar apoio psicossocial, sempre que necessário;
- Aceitar as condições e as limitações do utente, adotando estratégias para colmar essas diferenças;
- Tentar sempre chegar aos interesses do utente;
- Capacitar o utente, e/ou família, na medida do possível, para que de frente com o problema surjam as dúvidas e se dê ferramentas para busca de conhecimento, para posteriormente conseguir lidar com a situação;
- Mostrar as potencialidades, vantagens existentes, recursos comunitários de apoio quer ao nível de apoios económicos sociais, quer ao nível de respostas institucionais de apoio;
- Valorização do potencial do utente e de cada pessoa envolvente;
- Entrevista com o utente de modo a perceber a dinâmica familiar anterior à Institucionalização;
- Contato com o Assistente Social da área de residência, no sentido de recolher mais informações acerca da família do utente;
- Tentar perceber se o utente e/ou a família já estavam sinalizada e reportada ao COMAI (Comissão Municipal de Apoio ao Idoso);
- Encontrar um sítio adequado à sua situação de saúde (se ele puder ficar sozinho), um sítio digno, com as condições básicas asseguradas, com conforto;
- Diligenciar rendimento para o utente, seja uma pensão, seja um complemento, de forma a garantir que ele vai poder fazer face às despesas;
- Caso as rendas sejam elevadas, articular com a câmara no sentido de ser possível arranjar uma habitação social;
- Caso o rendimento seja muito baixo, assegurar se na zona de residência existe alguma cantina social onde a pessoa possa ir buscar alguma refeição de forma a não ter tantos gastos;
- As estratégias vão sendo adquiridas ao mesmo tempo que se vai procurando por novas respostas, por novas soluções até que a situação esteja totalmente resolvida e o utente possa ter alta em segurança.

APÊNDICE III – INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO - 2ª FASE

2º Questionário - Competências do Assistente Social na Intervenção com Utentes Institucionalizados, Vítimas de Abandono

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - Declaro que estou informado sobre os objetivos deste questionário e que a minha participação não é remunerada. Confirmando ainda que concordo com o uso dos meus dados, tal como descrito anteriormente, e que participo voluntariamente no preenchimento deste questionário.

Concordo_____ Não concordo_____

Competências - A nível dos saberes: - Saberes Teóricos (ST) - Saberes do Meio (SM) - Saberes Procedimentais (SP)	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
ST1 - Saber/entender o conceito de vítima de abandono;					
ST2 - Saber identificar a informação necessária, filtrando-a;					
ST3 - Conhecimento dos ajustes no processo interativo (por exemplo: identificação dos papéis de autoridade e poder e a sua possível inversão na relação pais e filhos);					
ST4 - Conhecimento teórico do processo de envelhecimento (processos dinâmicos e subjetivos a cada indivíduo);					
ST5 - Competências relativas ao envelhecimento ativo (estratégias de promoção e estimulação de competências);					
ST6 - Visualização dos indivíduos inseridos num contexto interacional sistémico e não isolado;					
ST7 - Investimento, sempre que possível, em conhecimento (formações, cursos, palestras, conferências, etc.);					
ST8 - Investimento, sempre que possível, no seu próprio estudo, análise e avaliação incidido em cada caso social;					

ST9 - Utilizar saberes científicos, técnicos e humanos na investigação e intervenção das relações sociais.					
SM1 - Ter conhecimento das entidades existentes;					
SM2 - Conhecimento da realidade psicossocial do utente institucionalizado e da sua dinâmica familiar (relações interpessoais estabelecidas entre utente e família ao nível das suas interações estabelecidas ao longo da vida);					
SM3 - Conhecimento sobre o atual contexto cultural, social, económico, etc.					
SM4 - Conhecimento da legislação;					
SM5 - Conhecimento do planeamento regional/rede de suporte formal e na área da gestão;					
SM6 - Conhecer os procedimentos, seja de integração em ERPI (pela Segurança Social ou não, dependendo dos rendimentos do utente), seja de integração em Família de Acolhimento (também pela Segurança Social ou não), quer integração na comunidade e conhecer os critérios de integração em cada uma delas;					
SM7 - Reconhecer que os utentes têm direitos, informando-os dos mesmos;					
SM8 - Saber informação teórica relativamente às UCCI;					
SM9 - Ser conhecedor daquilo que são as políticas sociais e as normas pela qual se rege a RNCCI.					
SP1 - Saber como ser um elemento de referência para o utente que se encontra institucionalizado, vítima de abandono;					
SP2 - Saber prestar apoio psicossocial sistemático;					
SP3 - Saber como recolher informação através de familiares, vizinhos, do meio e das IPSS locais;					

SP4 - Saber motivar e proporcionar a mudança;					
SP5 - Trabalhar sempre com base no código de ética e deontológico de serviço social;					
SP6 - Saber atuar na prevenção de possíveis situações de abandono;					
SP7 - Saber como resolver as diversas problemáticas;					
SP8 - Estar preparado para apoiar, desenvolver, conceber, planejar, orientar, analisar e intervir;					
SP9 - Realizar de reuniões sociais ao longo do internamento;					
SP10 - Saber atender às necessidades que surgem no quotidiano de cada contexto de trabalho/pessoal;					
SP11 - Saber realizar diagnósticos sociais;					
SP12 - Saber reconhecer que cada caso é um caso e que uma solução para o problema de um utente, não significa que seja a resposta mais adequada para outro utente;					
SP13 - Saber definir, com a pessoa (caso esta tenha capacidade para tal) qual a melhor resposta para a sua situação, uma vez que o tempo de internamento nas unidades de cuidados continuados têm um limite e dando a conhecer ao utente esse limite. Na sua opinião, indique se pretende indicar outra(s) competência(s) que não tenha sido mencionada.					

Competências - A Nível dos Saberes- fazer: *Saberes-fazer Formalizados (SF); *Saberes-fazer Relacionais (SR);	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
--	-------------------------------	-----------------	---	-----------------	-------------------------------

*Saberes-fazer Cognitivos (SC).					
SF1 - Realizar contatos de referência para o utente;					
SF2 - Aferir junto do utente a melhor resposta social, evidenciando que é a melhor opção independentemente de possuir retaguarda;					
SF3 - Elaborar o relatório social, o plano de intervenção e a informação social, de forma individualizada;					
SF4 - Perceber qual o contexto sociofamiliar;					
SF5 - Saber referenciar a situação e encaminhá-la para quem de direito;					
SF6 - Saber quais são as características sociodemográficas do utente, da família e da comunidade;					
SF7 - Compreender qual o valor atribuído pelo utente institucionalizado, à família;					
SF8 - Identificar o tipo de proximidade e de relação entre utente e família;					
SF9 - Conhecer as razões atribuídas pelo idoso ao					

afastamento dos familiares;					
SF10 - Desencadear a aprendizagem dos direitos e deveres;					
SF11 - Saber realizar o genograma, a cada reunião de acolhimento;					
SF12 - Saber aplicar as competências técnicas - pois demonstram a capacidade de utilizar o conhecimento para promover a prática e a experiência, para a resolução da problemática em causa;					
SF13 - Instrução de processos;					
SF14 - Articular com as estruturas do exterior/da comunidade, para que o utente tenha alta em segurança e possa integrar um ambiente que lhe proporcione todo o conforto e segurança;					
SF15 - Ter conhecimentos básicos a nível de saúde;					
SF16 - Desenvolver estratégias que colmatem aquilo que é o fosso existente entre as respostas sociais existente e o acesso às mesmas.					
SR1 - Prestar apoio psicossocial;					

SR2 - Conseguir trabalhar em equipa;					
SR3 - Promover as relações interpessoais, a socialização, a igualdade e a coesão;					
SR 4 - Zelar pelo interesse do bem-estar dos seus utentes, promovendo a mudança, empowerment e protegendo sempre os seus direitos;					
SR5 - Ter boa capacidade para se relacionar com terceiros;					
SR6 - Trabalhar em rede e em parceria, adotando procedimentos como a inter-institucionalidade e a inter-multidisciplinarity;					
SR7 - Ter competências de articulação, de negociação, de mediação, de planeamento e de organização;					
SR8 - Estabelecer uma relação de confiança;					
SR9 - Saber como apoiar a resolução dos desafios sempre inesperados de dor, doença, de incapacidade, do isolamento e do abandono.					

SC1 - Saber ouvir e observar;					
SC2 - Ser empático e assertivo;					
SC3 - Respeitar as individualidades;					
SC4 - Ser pró-ativo, dinâmico, crítico, reflexivo e criativo no que diz respeito à criação, implementação e defesa de políticas públicas e sociais;					
SC5 - Não se envolver emocionalmente;					
SC6 - Ser prático e objetivo;					
SC7 - Ter discernimento;					
SC8 - Ter capacidade de avaliação;					
SC9 - Reconhecer que não podem trabalhar sozinhos, pois existem outras áreas de quem o assistente social, nestas instituições, não se pode «separar», nomeadamente da área da Medicina, da Psicologia e/ou da Medicina Física e Reabilitação.					

Competências - A Nível dos Saberes Ser/Agir: *Aptidões ou Qualidades (AQ); *Recursos Fisiológicos (RF); *Recursos Emocionais (RE).	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
AQ1 - Diligenciar todo o processo de forma clara, com o utente, fazendo-o sentir proactivo no encaminhamento que se afigurar mais acertado;					
AQ2 - Avaliar a expectativa do utente e realizar monitorização psicossocial;					
AQ3 - Fazer uma sinalização da situação, às entidades competentes e solicitar a sua colaboração;					
AQ4 - Articulação com pessoas de referência, com serviços locais ou outras instituições, para recolha de informação;					
AQ5 - Compreender as dinâmicas que se estabelecem ao nível das relações interpessoais dos utentes com as suas famílias;					
AQ6 - Avaliar, compreender e apoiar os utentes e seus familiares na relação que estes estabelecem entre si;					
AQ7 - Intervenção baseada no modelo interacional sistémico, respeitando as suas bases culturais, princípios e educação;					
AQ8 - Saber pôr em prática as suas competências comportamentais - enfatizam qual a atitude do próprio, a aptidão, em querer agir para a resolução da questão, em atingir os objetivos definidos e chegar ao resultado, recorrendo a diversos recursos disponíveis numa perspetiva macro;					
AQ9 - Ser disponível;					
AQ10 - Deter inteligência emocional, sendo capaz de gerir todas as emoções que quer o próprio, quer o utente estão a sentir.					
RF1 - Gestão de e potenciais conflitos entre utente e familiares;					

RF2 - Deve saber autocontrolar-se e saber lidar com situações desgastantes e stressantes;					
RF3 - Deve ter boa capacidade de comunicação oral, escrita e escuta ativa;					
RF4 - Deve saber trabalhar em equipa;					
RF5 - Capacidade de adaptação às diversas situações;					
RF6 - Conseguir mediar conflitos;					
RF7 - Ser e agir como profissional, tendo por base o sentido e a coerência, ao agir no meio da incerteza e da contingência;					
RF8 - Possuir capacidade de interagir com os utentes, com a equipa multidisciplinar, com os recursos existentes na comunidade, sabendo fazer distinção entre os fatores pessoais e profissionais;					
RF9 - Ser capaz de resolver problemas.					
RE1 - Dar apoio emocional, que é tão ou mais importante do que tratar de diligências pertinentes;					
RE2 - Ter empatia e sensibilidade;					
RE3 - Comunicar é uma competência que permite a construção e manutenção de relações interpessoais saudáveis;					
RE4 - Ser assertivo (apreender e compreender as intenções, opiniões, sentimentos e emoções sentidas pelos diversos atores envolvidos);					
RE5 - Deve ser prudente, coerente, sensato e justo;					
RE6 - Demonstrar tranquilidade, confiança, compaixão e empatia ao utente;					
RE7 - Ser resiliente, responsável e persistente;					

RE8 - Ter espírito de equipa, de sacrifício, de solidariedade, saber motivar e saber fazer cooperar;					
RE9 - Ter aptidão para o relacionamento humano;					
RE10 - Ter empatia;					
RE11 - Ser humano;					
RE12 - Ser compreensivo;					
RE13 - Ter muita paciência;					
RE14 - Ser multifacetado e multitarefa;					
RE15 - Ter autocontrolo;					
RE16 - Ser persistente;					
RE17 - Ter confiança em si e no outro.					

<u>No que se refere a possíveis estratégias a utilizar na intervenção, indique qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:</u>	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
1 - Abranger os utentes vítimas de abandono, pelo Estatuto de Maior Acompanhado;					
2 - É fundamental trabalhar em rede para conseguir dar uma resposta adequada às necessidades do utente;					
3 - Devemos definir estratégias de contacto com os familiares, vizinhos e/ou amigos e perceber o motivo do abandono;					
4 - Devemos cuidar do utente de forma que o sentimento de abandono seja substituído pelo sentimento de mudança, através de uma resposta mais específica para colmatar as suas necessidades, após esgotadas todas as possibilidades de um envolvimento familiar;					

5 - Devemos ter presente a advocacia social em cada etapa da intervenção, para que familiares (quando existem) e utentes estejam devidamente esclarecidos e assim possam tomar as suas posições e decisões;					
6 - É fundamental recolher o máximo possível de informação para construir um bom diagnóstico social do problema;					
7 - Importa fazer todo o acompanhamento e avaliação possível com o utente, relativamente à expectativa e perspectiva de futuro, promovendo sentimentos de bem-estar e colocando-o a par da situação;					
8 - Efetuar a sinalização/encaminhamento do pedido de colaboração, para integração do utente em resposta social, caso não se verifique a possibilidade de regressar ao meio com o apoio das respostas sociais existentes;					
9 - Articular com instituições locais (IPSS, Serviço Segurança Social, Ministério Público, Junta de Freguesia e/ou Câmara Municipal) com vista a dar uma resposta integrada ao utente;					
10 - Perceber se existem pessoas na comunidade que conheçam a pessoa em questão e o seu respetivo contexto sociofamiliar e económico;					
11 - Colaborar com toda a informação de que as outras entidades necessitem e atualizar a informação clínica, ou social, caso haja algum desenvolvimento, no que respeita à referência do utente;					
12 - Efetuar a referência para vaga cativa reservada à Segurança Social, em ERPI, se necessário, juntamente com a denúncia de abandono;					
13 - Efetuar estratégias para a reintegração social do utente ou para responder às suas necessidades individuais;					

14 - Trabalhar em equipa, com colegas das mais variadas áreas: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas, outros assistentes sociais, administrativos, que se considerem pertinentes ao caso social em questão;					
15 - Participar em formações, quer sejam do próprio serviço, como a título pessoal;					
16 - Realizar o seu próprio estudo e pesquisa de informação em diversas áreas sociais, para que se possa sempre dar a melhor resposta aos utentes, e assim estar bem informado;					
17 - Procurar sempre ouvir os utentes, sem pressa, sem pressão, sem desconfianças, de forma a conquistar a confiança deles, a estabelecer uma boa relação entre utente e técnico, para que juntos possamos trabalhar em prol dos objetivos pretendidos;					
18 - Demonstrar tranquilidade, empatia, compreensão, compaixão e interesse pelo sofrimento e problema dos meus utentes, espeitando sempre a sua opinião e vontade;					
19 - Adaptar o local da intervenção: gabinete, quarto do utente, etc;					
20 - Negociar com as famílias/cuidadores;					
21 - Avaliar e resolver os problemas do quotidiano;					
22 - Realizar o planeamento de altas com a equipa e com a família ou cuidador, sempre que possível;					
23 - Aceitar as condições e as limitações do utente, adotando estratégias para colmar essas diferenças;					
24 - Tentar sempre chegar aos interesses do utente;					
25 - Capacitar o utente, e/ou família, na medida do possível, para que de					

frente com o problema surjam as dúvidas e se dê ferramentas para busca de conhecimento, para posteriormente conseguir lidar com a situação;					
26 - Mostrar as potencialidades, vantagens existentes, recursos comunitários de apoio quer ao nível de apoios económicos sociais, quer ao nível de respostas institucionais de apoio;					
27 - Valorização do potencial do utente e de cada pessoa envolvente;					
28 -Entrevistar o utente, de modo a perceber a dinâmica familiar anterior à Institucionalização;					
29 - Contatar o Assistente Social da área de residência, no sentido de recolher mais informações acerca da família do utente;					
30 - Tentar perceber se o utente e/ou a família já estavam sinalizada e reportada ao COMAI (Comissão Municipal de Apoio ao Idoso);					
31 - Encontrar um sítio adequado à sua situação de saúde (se ele puder ficar sozinho), um sítio digno, com as condições básicas asseguradas, com conforto;					
32 - Diligenciar rendimento para o utente, seja uma pensão, seja um complemento, de forma a garantir que ele vai poder fazer face às despesas;					
33 - Articular com a câmara no sentido de ser possível arranjar uma habitação social, caso as rendas sejam elevadas;					
34 - Assegurar se na zona de residência existe alguma cantina social onde a pessoa possa ir buscar refeições, de forma a não ter tantos gastos, caso o rendimento seja muito baixo;					
35 - Procurar por novas respostas e novas soluções até que a situação esteja totalmente resolvida e o utente possa ter alta em segurança.					

Apêndice III. A – Inquérito por Questionário – 2ª Fase - Respostas

Competências - A nível dos saberes: - Saberes Teóricos (ST) - Saberes do Meio (SM) - Saberes Procedimentais (SP)	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
ST1 - Saber/entender o conceito de vítima de abandono;				4	14
ST2 - Saber identificar a informação necessária, filtrando-a;				2	16
ST3 - Conhecimento dos ajustes no processo interativo (por exemplo: identificação dos papéis de autoridade e poder e a sua possível inversão na relação pais e filhos);			1	6	11
ST4 - Conhecimento teórico do processo de envelhecimento (processos dinâmicos e subjetivos a cada indivíduo);				9	9
ST5 - Competências relativas ao envelhecimento ativo (estratégias de promoção e estimulação de competências);				6	12
ST6 - Visualização dos indivíduos inseridos num contexto interacional sistémico e não isolado;				6	12
ST7 - Investimento, sempre que possível, em conhecimento (formações, cursos, palestras, conferências, etc.);				3	15
ST8 - Investimento, sempre que possível, no seu próprio estudo, análise e avaliação incidido em cada caso social;				5	13
ST9 - Utilizar saberes científicos, técnicos e humanos na investigação e intervenção das relações sociais.				7	11
SM1 - Ter conhecimento das entidades existentes;				3	15
SM2 - Conhecimento da realidade psicossocial do utente institucionalizado e da sua dinâmica familiar (relações interpessoais estabelecidas entre utente e				3	15

família ao nível das suas interações estabelecidas ao longo da vida);					
SM3 - Conhecimento sobre o atual contexto cultural, social, económico, etc.				4	14
SM4 - Conhecimento da legislação;				4	14
SM5 - Conhecimento do planeamento regional/rede de suporte formal e na área da gestão;				4	14
SM6 - Conhecer os procedimentos, seja de integração em ERPI (pela Segurança Social ou não, dependendo dos rendimentos do utente), seja de integração em Família de Acolhimento (também pela Segurança Social ou não), quer integração na comunidade e conhecer os critérios de integração em cada uma delas;			1	4	13
SM7 - Reconhecer que os utentes têm direitos, informando-os dos mesmos;				1	17
SM8 - Saber informação teórica relativamente às UCCI;				2	16
SM9 - Ser conhecedor daquilo que são as políticas sociais e as normas pela qual se rege a RNCCI.				4	14
SP1 - Saber como ser um elemento de referência para o utente que se encontra institucionalizado, vítima de abandono;				4	14
SP2 - Saber prestar apoio psicossocial sistemático;				4	14
SP3 - Saber como recolher informação através de familiares, vizinhos, do meio e das IPSS locais;				2	16
SP4 - Saber motivar e proporcionar a mudança;				5	13
SP5 - Trabalhar sempre com base no código de ética e deontológico de serviço social;				1	17
SP6 - Saber atuar na prevenção de possíveis situações de abandono;				3	15

SP7 - Saber como resolver as diversas problemáticas;				3	15
SP8 - Estar preparado para apoiar, desenvolver, conceber, planejar, orientar, analisar e intervir;				5	13
SP9 - Realizar de reuniões sociais ao longo do internamento;				4	14
SP10 - Saber atender às necessidades que surgem no quotidiano de cada contexto de trabalho/pessoal;				6	12
SP11 - Saber realizar diagnósticos sociais;				1	17
SP12 - Saber reconhecer que cada caso é um caso e que uma solução para o problema de um utente, não significa que seja a resposta mais adequada para outro utente;				1	17
SP13 - Saber definir, com a pessoa (caso esta tenha capacidade para tal) qual a melhor resposta para a sua situação, uma vez que o tempo de internamento nas unidades de cuidados continuados têm um limite e dando a conhecer ao utente esse limite. Na sua opinião, indique se pretende indicar outra(s) competência(s) que não tenha sido mencionada.			1	1	16

Competências - <u>A</u> <u>Nível dos Saberes-</u> <u>fazer:</u> *Saberes-fazer Formalizados (SF); *Saberes-fazer Relacionais (SR); *Saberes-fazer Cognitivos (SC).	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
SF1 - Realizar contatos de referência para o utente;				6	12
SF2 - Aferir junto do utente a melhor				5	13

resposta social, evidenciando que é a melhor opção independentemente de possuir retaguarda;					
SF3 - Elaborar o relatório social, o plano de intervenção e a informação social, de forma individualizada;				2	16
SF4 - Perceber qual o contexto sociofamiliar;				1	17
SF5 - Saber referenciar a situação e encaminhá-la para quem de direito;				2	16
SF6 - Saber quais são as características sociodemográficas do utente, da família e da comunidade;				3	15
SF7 - Compreender qual o valor atribuído pelo utente institucionalizado, à família;			1	6	11
SF8 - Identificar o tipo de proximidade e de relação entre utente e família;				1	17
SF9 - Conhecer as razões atribuídas pelo idoso ao afastamento dos familiares;				3	15
SF10 - Desencadear a aprendizagem dos direitos e deveres;				6	12
SF11 - Saber realizar o genograma, a cada reunião de acolhimento;			3	5	10

SF12 - Saber aplicar as competências técnicas - pois demonstram a capacidade de utilizar o conhecimento para promover a prática e a experiência, para a resolução da problemática em causa;				6	12
SF13 - Instrução de processos;				8	10
SF14 - Articular com as estruturas do exterior/da comunidade, para que o utente tenha alta em segurança e possa integrar um ambiente que lhe proporcione todo o conforto e segurança;				1	17
SF15 - Ter conhecimentos básicos a nível de saúde;			1	9	8
SF16 - Desenvolver estratégias que colmatem aquilo que é o fosso existente entre as respostas sociais existente e o acesso às mesmas.				4	14
SR1 - Prestar apoio psicossocial;				5	13
SR2 - Conseguir trabalhar em equipa;					18
SR3 - Promover as relações interpessoais, a socialização, a igualdade e a coesão;				3	15

SR 4 - Zelar pelo interesse do bem-estar dos seus utentes, promovendo a mudança, empowerment e protegendo sempre os seus direitos;				2	16
SR5 - Ter boa capacidade para se relacionar com terceiros;				3	15
SR6 - Trabalhar em rede e em parceria, adotando procedimentos como a inter-institucionalidade e a inter-multidisciplinarietà e;					18
SR7 - Ter competências de articulação, de negociação, de mediação, de planeamento e de organização;				1	17
SR8 - Estabelecer uma relação de confiança;				2	16
SR9 - Saber como apoiar a resolução dos desafios sempre inesperados de dor, doença, de incapacidade, do isolamento e do abandono.				3	15
SC1 - Saber ouvir e observar;					18
SC2 - Ser empático e assertivo;				1	17
SC3 - Respeitar as individualidades;				3	15

SC4 - Ser pró-ativo, dinâmico, crítico, reflexivo e criativo no que diz respeito à criação, implementação e defesa de políticas públicas e sociais;				3	15
SC5 - Não se envolver emocionalmente;			1	10	7
SC6 - Ser prático e objetivo;				6	12
SC7 - Ter discernimento;				5	13
SC8 - Ter capacidade de avaliação;				2	16
SC9 - Reconhecer que não podem trabalhar sozinhos, pois existem outras áreas de quem o assistente social, nestas instituições, não se pode «separar», nomeadamente da área da Medicina, da Psicologia e/ou da Medicina Física e Reabilitação.				2	16

Competências - A Nível dos Saberes Ser/Agir: *Aptidões ou Qualidades (AQ); *Recursos Fisiológicos (RF); *Recursos Emocionais (RE).	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
AQ1 - Diligenciar todo o processo de forma clara, com o utente, fazendo-o sentir proactivo no encaminhamento que se afigurar mais acertado;				5	13
AQ2 - Avaliar a expectativa do utente e realizar monitorização psicossocial;				6	12

AQ3 - Fazer uma sinalização da situação, às entidades competentes e solicitar a sua colaboração;				4	14
AQ4 - Articulação com pessoas de referência, com serviços locais ou outras instituições, para recolha de informação;				3	15
AQ5 - Compreender as dinâmicas que se estabelecem ao nível das relações interpessoais dos utentes com as suas famílias;				4	14
AQ6 - Avaliar, compreender e apoiar os utentes e seus familiares na relação que estes estabelecem entre si;				3	15
AQ7 - Intervenção baseada no modelo interacional sistémico, respeitando as suas bases culturais, princípios e educação;				4	14
AQ8 - Saber pôr em prática as suas competências comportamentais - enfatizam qual a atitude do próprio, a aptidão, em querer agir para a resolução da questão, em atingir os objetivos definidos e chegar ao resultado, recorrendo a diversos recursos disponíveis numa perspetiva macro;			1	4	13
AQ9 - Ser disponível;				5	13
AQ10 - Deter inteligência emocional, sendo capaz de gerir todas as emoções que quer o próprio, quer o utente estão a sentir.				6	12
RF1 - Gestão de e potenciais conflitos entre utente e familiares;				5	13
RF2 - Deve saber autocontrolar-se e saber lidar com situações desgastantes e stressantes;				2	16
RF3 - Deve ter boa capacidade de comunicação oral, escrita e escuta ativa;				2	16
RF4 - Deve saber trabalhar em equipa;				1	17
RF5 - Capacidade de adaptação às diversas situações;				1	17

RF6 - Conseguir mediar conflitos;				2	16
RF7 - Ser e agir como profissional, tendo por base o sentido e a coerência, ao agir no meio da incerteza e da contingência;				1	17
RF8 - Possuir capacidade de interagir com os utentes, com a equipa multidisciplinar, com os recursos existentes na comunidade, sabendo fazer distinção entre os fatores pessoais e profissionais;				1	17
RF9 - Ser capaz de resolver problemas.				2	16
RE1 - Dar apoio emocional, que é tão ou mais importante do que tratar de diligências pertinentes;				7	11
RE2 - Ter empatia e sensibilidade;				2	16
RE3 - Comunicar é uma competência que permite a construção e manutenção de relações interpessoais saudáveis;				2	16
RE4 - Ser assertivo (apreender e compreender as intenções, opiniões, sentimentos e emoções sentidas pelos diversos atores envolvidos);				3	15
RE5 - Deve ser prudente, coerente, sensato e justo;				4	14
RE6 - Demonstrar tranquilidade, confiança, compaixão e empatia ao utente;				5	13
RE7 - Ser resiliente, responsável e persistente;				1	17
RE8 - Ter espírito de equipa, de sacrifício, de solidariedade, saber motivar e saber fazer cooperar;				5	13
RE9 - Ter aptidão para o relacionamento humano;				2	16
RE10 - Ter empatia;				3	15
RE11 - Ser humano;				1	17
RE12 - Ser compreensivo;				2	16

RE13 - Ter muita paciência;				2	16
RE14 - Ser multifacetado e multitarefa;				4	14
RE15 - Ter autocontrolo;				3	15
RE16 - Ser persistente;				2	16
RE17 - Ter confiança em si e no outro.				4	14

<u>No que se refere a possíveis estratégias a utilizar na intervenção, indique qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:</u>	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
1 - Abranger os utentes vítimas de abandono, pelo Estatuto de Maior Acompanhado;			2	2	14
2 - É fundamental trabalhar em rede para conseguir dar uma resposta adequada às necessidades do utente;					18
3 - Devemos definir estratégias de contacto com os familiares, vizinhos e/ou amigos e perceber o motivo do abandono;				6	12
4 - Devemos cuidar do utente de forma que o sentimento de abandono seja substituído pelo sentimento de mudança, através de uma resposta mais específica para colmatar as suas necessidades, após esgotadas todas as possibilidades de um envolvimento familiar;				4	14
5 - Devemos ter presente a advocacia social em cada etapa da intervenção, para que familiares (quando existem) e utentes estejam devidamente esclarecidos e assim possam tomar as suas posições e decisões;				5	13
6 - É fundamental recolher o máximo possível de informação para construir um bom diagnóstico social do problema;				3	15
7 - Importa fazer todo o acompanhamento e avaliação possível				4	14

com o utente, relativamente à expectativa e perspetiva de futuro, promovendo sentimentos de bem-estar e colocando-o a par da situação;					
8 - Efetuar a sinalização/encaminhamento do pedido de colaboração, para integração do utente em resposta social, caso não se verifique a possibilidade de regressar ao meio com o apoio das respostas sociais existentes;				2	16
9 - Articular com instituições locais (IPSS, Serviço Segurança Social, Ministério Público, Junta de Freguesia e/ou Câmara Municipal) com vista a dar uma resposta integrada ao utente;				2	16
10 - Perceber se existem pessoas na comunidade que conheçam a pessoa em questão e o seu respetivo contexto sociofamiliar e económico;				7	11
11 - Colaborar com toda a informação de que as outras entidades necessitem e atualizar a informação clínica, ou social, caso haja algum desenvolvimento, no que respeita à referênciação do utente;				3	15
12 - Efetuar a referênciação para vaga cative reservada à Segurança Social, em ERPI, se necessário, juntamente com a denúncia de abandono;				4	14
13 - Efetuar estratégias para a reintegração social do utente ou para responder às suas necessidades individuais;				4	14
14 - Trabalhar em equipa, com colegas das mais variadas áreas: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas, outros assistentes sociais, administrativos, que se considerem pertinentes ao caso social em questão;				1	17
15 - Participar em formações, quer sejam do próprio serviço, como a título pessoal;				5	13
16 - Realizar o seu próprio estudo e pesquisa de informação em diversas				6	12

áreas sociais, para que se possa sempre dar a melhor resposta aos utentes, e assim estar bem informado;					
17 - Procurar sempre ouvir os utentes, sem pressa, sem pressão, sem desconfianças, de forma a conquistar a confiança deles, a estabelecer uma boa relação entre utente e técnico, para que juntos possamos trabalhar em prol dos objetivos pretendidos;				3	15
18 - Demonstrar tranquilidade, empatia, compreensão, compaixão e interesse pelo sofrimento e problema dos meus utentes, espeitando sempre a sua opinião e vontade;				2	16
19 - Adaptar o local da intervenção: gabinete, quarto do utente, etc;				6	12
20 - Negociar com as famílias/cuidadores;				5	13
21 - Avaliar e resolver os problemas do quotidiano;			1	4	13
22 - Realizar o planeamento de altas com a equipa e com a família ou cuidador, sempre que possível;				2	16
23 - Aceitar as condições e as limitações do utente, adotando estratégias para colmar essas diferenças;				2	16
24 - Tentar sempre chegar aos interesses do utente;				4	14
25 - Capacitar o utente, e/ou família, na medida do possível, para que de frente com o problema surjam as dúvidas e se dê ferramentas para busca de conhecimento, para posteriormente conseguir lidar com a situação;				3	15
26 - Mostrar as potencialidades, vantagens existentes, recursos comunitários de apoio quer ao nível de apoios económicos sociais, quer ao nível de respostas institucionais de apoio;				3	15

27 - Valorização do potencial do utente e de cada pessoa envolvente;				4	14
28 -Entrevistar o utente, de modo a perceber a dinâmica familiar anterior à Institucionalização;				4	14
29 - Contatar o Assistente Social da área de residência, no sentido de recolher mais informações acerca da família do utente;				3	15
30 - Tentar perceber se o utente e/ou a família já estavam sinalizada e reportada ao COMAI (Comissão Municipal de Apoio ao Idoso);			1	8	9
31 - Encontrar um sítio adequado à sua situação de saúde (se ele puder ficar sozinho), um sítio digno, com as condições básicas asseguradas, com conforto;				2	16
32 - Diligenciar rendimento para o utente, seja uma pensão, seja um complemento, de forma a garantir que ele vai poder fazer face às despesas;				2	16
33 - Articular com a câmara no sentido de ser possível arranjar uma habitação social, caso as rendas sejam elevadas;				5	13
34 - Assegurar se na zona de residência existe alguma cantina social onde a pessoa possa ir buscar refeições, de forma a não ter tantos gastos, caso o rendimento seja muito baixo;				4	14
35 - Procurar por novas respostas e novas soluções até que a situação esteja totalmente resolvida e o utente possa ter alta em segurança.				2	16

Apêndice III. B – Inquérito por Questionário – 2ª Fase – 56 Competências

- **Competências a nível dos saberes**

- **Saberes Teóricos**

ST2 – Saber identificar a informação necessária, filtrando-a;

ST7 - Investimento, sempre que possível, em conhecimento (formações, cursos, palestrar, conferências, etc.

- **Saberes do Meio**

SM1 - Ter conhecimento das entidades existentes;

SM2 - Conhecimento da realidade psicossocial do utente institucionalizado e da sua dinâmica familiar (relações interpessoais estabelecidas entre utente e família ao nível das suas interações estabelecidas ao longo da vida);

SM7 - Reconhecer que os utentes têm direitos, informando-os dos mesmos;

SM8 - Saber informação teórica relativamente às UCCI.

- **Saberes Procedimentais**

SP3 - Saber como recolher informação através de familiares, vizinhos, do meio e das IPSS locais;

SP5 - Trabalhar sempre com base no código de ética e deontológico de serviço social;

SP6 - Saber atuar na prevenção de possíveis situações de abandono;

SP7 - Saber como resolver as diversas problemáticas;

SP11 - Saber realizar diagnósticos sociais;

SP12 - Saber reconhecer que cada caso é um caso e que uma solução para o problema de um utente, não significa que seja a resposta mais adequada para outro utente;

SP13 - Saber definir, com a pessoa (caso esta tenha capacidade para tal) qual a melhor resposta para a sua situação, uma vez que o tempo de internamento nas unidades de cuidados continuados têm um limite e dando a conhecer ao utente esse limite.

- **Competências a nível dos saberes-fazer**

- **Os saberes-fazer formalizados**

SF3 - Elaborar o relatório social, o plano de intervenção e a informação social, de forma individualizada;

SF4 - Perceber qual o contexto sociofamiliar;

SF5 - Saber referenciar a situação e encaminhá-la para quem de direito;

SF6 - Saber quais são as características sociodemográficas do utente, da família e da comunidade;

SF8 - Identificar o tipo de proximidade e de relação entre utente e família;

SF9 - Conhecer as razões atribuídas pelo idoso ao afastamento dos familiares;

SF14 - Articular com as estruturas do exterior/da comunidade, para que o utente tenha alta em segurança e possa integrar um ambiente que lhe proporcione todo o conforto e segurança;

SF16 – Desenvolver estratégias que colmatem aquilo que é o fosso existente entre as respostas sociais existentes e o acesso às mesmas.

- **Os saberes-fazer empíricos**

SE1 – Zelar pelo interesse do bem-estar dos seus utentes, promovendo a mudança, *empowerment* e protegendo sempre os seus direitos;

- **Os saberes-fazer relacionais**

SR2 - Conseguir trabalhar em equipa;

SR3 - Promover as relações interpessoais, a socialização, a igualdade e a coesão;

SR4 - Ter boa capacidade para se relacionar com terceiros;

SR5 - Trabalhar em rede e em parceria, adotando procedimentos como a inter-institucionalidade e a inter-multidisciplinariedade;

SR6 - Ter competências de articulação, de negociação, de mediação, de planeamento e de organização;

SR7 - Estabelecer uma relação de confiança;

SR8 - Saber como apoiar a resolução dos desafios sempre inesperados de dor, doença, de incapacidade, do isolamento e do abandono.

- **Os saberes-fazer cognitivos**

SC1 - Saber ouvir e observar;

SC2 - Ser empático e assertivo;

SC3 - Respeitar as individualidades;

SC4 - Ser pró-ativo, dinâmico, crítico, reflexivo e criativo no que diz respeito à criação, implementação e defesa de políticas públicas e sociais;

SC7 - Ter capacidade de avaliação;

SC8 - Reconhecer que não podem trabalhar sozinhos, pois existem outras áreas de quem o assistente social, nestas instituições, não se pode «separar», nomeadamente da área da Medicina, da Psicologia e/ou da Medicina Física e Reabilitação.

- **Competências a nível dos saberes ser/agir**

- **As aptidões ou qualidades**

AQ4 - Articulação com pessoas de referência, com serviços locais ou outras instituições, para recolha de informação;

AQ6 - Avaliar, compreender e apoiar os utentes e seus familiares na relação que estes estabelecem entre si.

- **Os recursos fisiológicos**

RF2 - Deve saber autocontrolar-se e saber lidar com situações desgastantes e stressantes;

RF3 - Deve ter boa capacidade de comunicação oral, escrita e escuta ativa;

RF4 - Deve saber trabalhar em equipa;

RF5 - Capacidade de adaptação às diversas situações;

RF6 - Conseguir mediar conflitos;

RF7 - Ser e agir como profissional, tendo por base o sentido e a coerência, ao agir no meio da incerteza e da contingência;

RF8 - Possuir capacidade de interagir com os utentes, com a equipa multidisciplinar, com os recursos existentes na comunidade, sabendo fazer distinção entre os fatores pessoais e profissionais;

RF9 - Ser capaz de resolver problemas.

○ **Os recursos emocionais**

RE2 - Ter sensibilidade;

RE3 - Comunicar é uma competência que permite a construção e manutenção de relações interpessoais saudáveis;

RE4 - Ser assertivo (apreender e compreender as intenções, opiniões, sentimentos e emoções sentidas pelos diversos atores envolvidos);

RE7 - Ser resiliente, responsável e persistente;

RE9 - Ter aptidão para o relacionamento humano;

RE10 – Ter empatia;

RE11 - Ser humano;

RE12 - Ser compreensivo;

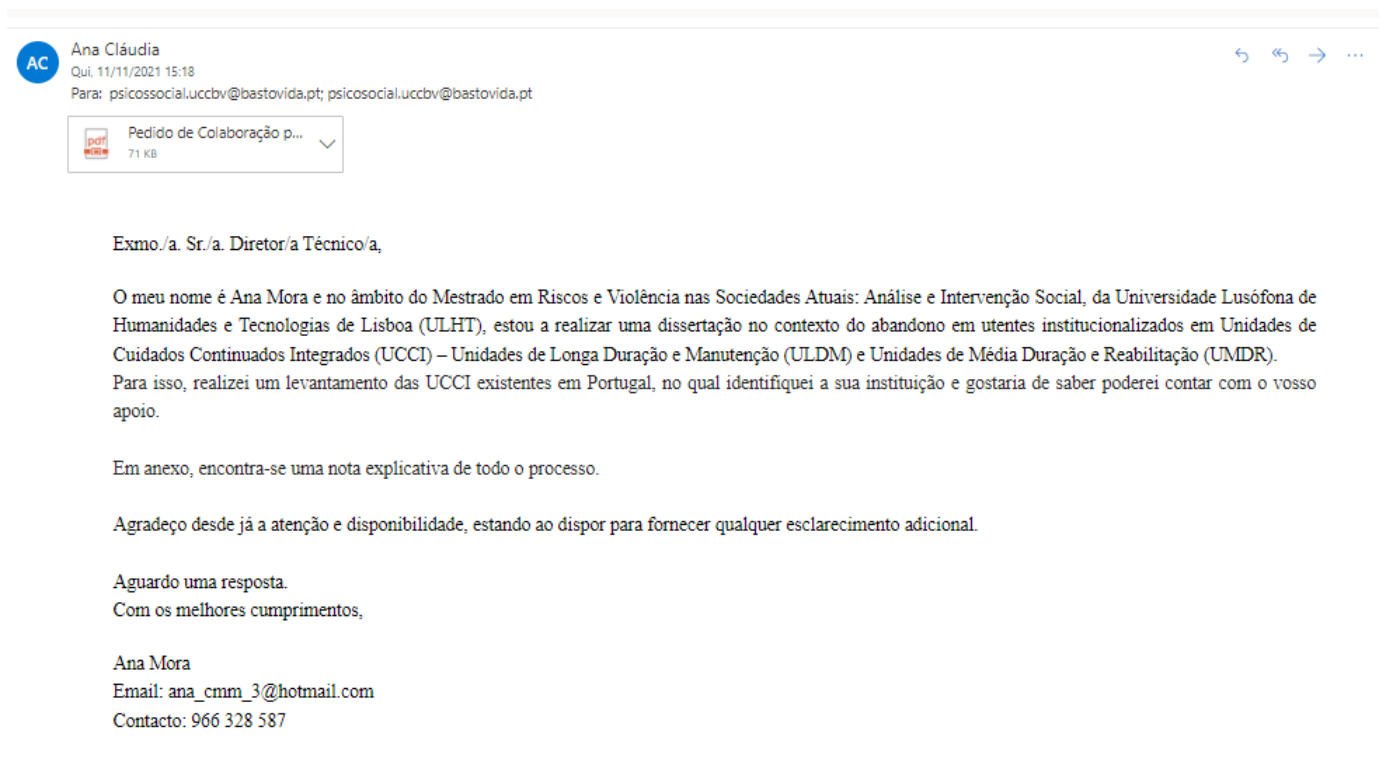
RE13 - Ter muita paciência;

RE15 - Ter autocontrolo;

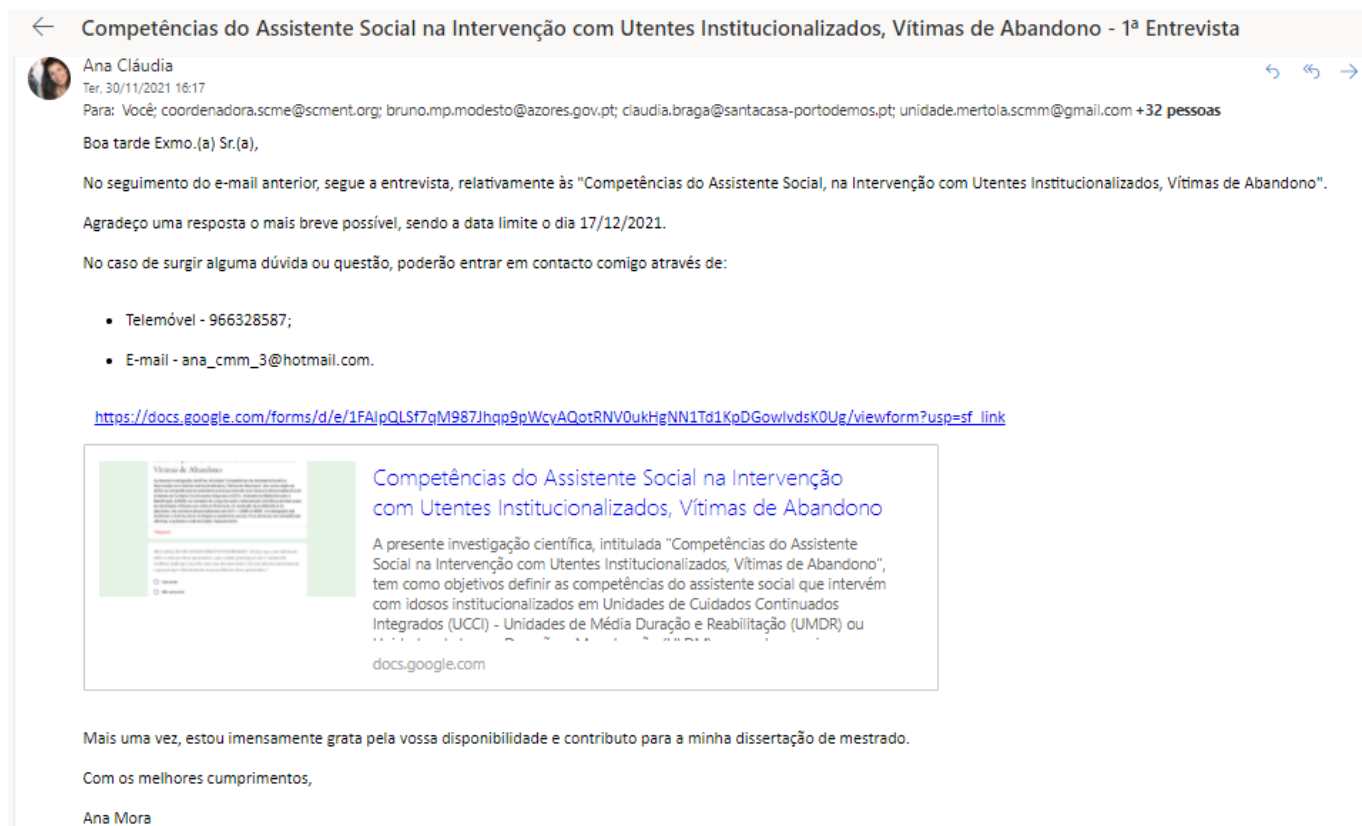
RE16 - Ser persistente.

APÊNDICE IV – E-mails enviados aos participantes

Apêndice IV. A – Pedido de Colaboração para a Investigação



Apêndice IV. B – 1ª Fase da Investigação



Apêndice IV. C – 2ª Fase da Investigação

← ENC: 2º Questionário - Competências do Assistente Social na Intervenção com Utentes Institucionalizados, Vítimas de Abandono

AC

Ana Cláudia

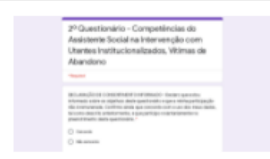
Seg, 17/01/2022 10:20

Para: coordenadora.scme@scment.org; bruno.mp.modesto@azores.gov.pt; claudia.braga@santacasa-portodemos.pt; unidade.mertola.scmm@gmail.com; geral@scmihavo.pt +29 pessoas

Bom dia Exmo.(s),

Relembro a quem ainda não respondeu ao questionário, que a data limite para resposta ao questionário incide no dia 20/01/2021, pelo que agradeço que respondam assim que vos seja possível. **De referir que, sem a vossa resposta, poderá haver comprometimento na elaboração da presente dissertação.**

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd8aYIYWxDQbnUsMICMtiCooBaNgkggQpAUoBzwZWTKomD_4A/viewform?usp=sf_link



2º Questionário - Competências do Assistente Social na Intervenção com Utentes Institucionalizados, Vítimas de Abandono

docs.google.com

No caso de surgir alguma dúvida ou questão, poderão entrar em contacto comigo através de:

- **Telemóvel** - 966328587;
- **E-mail** - ana_cmm_3@hotmail.com.

Mais uma vez, estou imensamente grata pela vossa disponibilidade e contributo para a minha dissertação de mestrado.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Mora

Apêndice IV. D – 3ª Fase da Investigação

Bom dia a todos,

Visto que não se reuniu toda a informação, por ausência de resposta por parte de diversas UCCI, não foi possível elaborar e, posteriormente enviar a 3ª entrevista, como referido inicialmente. Contudo ainda necessito recolher alguns dados, para que a minha dissertação tenha viabilidade e informação consistente.

Deste modo, apelo à vossa colaboração, para que no dia 22/04/2022, pelas 14h30 possamos fazer uma reunião conjunta, via zoom, para poder recolher mais alguma informação. A mesma deverá ter a duração máxima de 30min/45min.

Após esta reunião, terei todos os dados necessários, que posteriormente chegarão até vós.

Peço que me indiquem se poderei contar convosco na data e hora indicadas, pff.

Agradeço pela vossa disponibilidade e contributo para a minha dissertação de mestrado. Remeto os meus contactos, em caso de necessidade:

- **Telemóvel** - 966328587;
-
- **E-mail** - ana_cmm_3@hotmail.com.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Mora

Apêndice IV. E – 3ª Fase da Investigação

Bom dia a todos,

Peço que me informem **até ao dia de hoje**, se poderão participar na **reunião, que será no dia 22/04/2022, pelas 14h30.**

Grata,

Ana Mora

Apêndice V – Cronograma 2021/2022

Cronograma 2021/2022

	2021				2022						
Etapas/mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Articulação com o orientador/a											
Enquadramento teórico											
Recolha de dados											
Análise de dados											
Redação do trabalho											
Revisão e redação final do trabalho											
Entrega da dissertação											
Defesa da dissertação											

Apêndice VI – Listagem das UCCI de Portugal, realizada pela investigadora, adaptada da *Listagem das Unidades da RNCCI* (SNS, 2021)

Listagem das UCCI de Portugal, realizada pela investigadora, adaptada da
Listagem das Unidades da RNCCI (SNS, 2021)

UCCI - Portugal Continental e Ilhas		
Região	Designação do Prestador	Tipologia
Norte	SCM Valpaços	UMDR
Norte	G.H.P.H. - GAIARTS, Hospital Privado de Gaia	ULDM e UMDR
Norte	5 SENSI - Saúde e Bem Estar, Lda	ULDM
Norte	Associação do Centro Social de Escapães	ULDM
Norte	Celestial Ordem Terceira da Santíssima Trindade	ULDM e UMDR
Norte	Centro Paroquial de Promoção Social e Cultural de Darque	ULDM e UMDR
Norte	Centro Social da Paróquia de São Martinho de Medelo	ULDM e UMDR
Norte	Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira	ULDM
Norte	DELAPO - Acolhimento, Apoio e Assistência Social de Delães, Lda	ULDM
Norte	Domus Fraternitas - Fundação de Solidariedade Social	UCP, ULDM e UMDR
Norte	Fundação Ensino e Cultura Fernando Pessoa	ULDM e UMDR
Norte	Fundação Lar Santo António - Esposende	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Paredes - Hospital	UMDR
Norte	Residências Montepio, Serviços de Saúde, S.A. (Vila Nova de Gaia)	ULDM e UMDR
Norte	Mutivaze - Empreendimentos Imobiliários, Lda	UCP e ULDM
Norte	PMV - Policlínica, S.A.	ULDM e UMDR
Norte	Radelfe - Clínica de Radiologia de Paços de Ferreira S.A.	ULDM e UMDR
Norte	SAS - Serviço de Apoio Sénior, Lda	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Alijó	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Amarante	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Arcos de Valdevez	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Arouca	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Barcelos	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Boticas	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Bragança	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Castelo de Paiva	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia São Bento de Arnoia - Celorico de Basto	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Cinfães	ULDM
Norte	Irmandade da Santa Casa da Misericórdia Esposende	UC e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Felgueiras	UC, ULDM e UMDR

Norte	Santa Casa da Misericórdia Freixo Espada a Cinta	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Guimarães	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Lousada	UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Marco de Canaveses	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Miranda do Douro	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Mirandela	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Mogadouro	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Monção	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Murça	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Peso da Régua	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Ponte da Barca	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Póvoa de Lanhoso	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Póvoa de Varzim	ULDM e UMDR
Norte	Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Resende	ULDM
Norte	Irmandade da Santa Casa da Misericórdia Riba D'Ave	UC, ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Ribeira Pena	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia São Miguel de Refojos	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Sabrosa	UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Santo Tirso	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia São João da Madeira	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Sernancelhe	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Torre de Moncorvo	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Vieira do Minho	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Vila do Conde	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Vila Flor	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Vila Real	UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Vila Verde	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia Vimioso	ULDM
Norte	Santa Casa da Misericórdia Vizela	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima	ULDM
Norte	Foco Saúde, S.A.	ULDM e UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia de Vale de Cambra	ULDM
Norte	Centro Social da Paróquia da Polvoreira	UMDR
Norte	Instituto São João de Deus (Âncora)	ULDM
Norte	Instituto São João de Deus (Melgaço)	ULDM e UMDR
Norte	Associação para o Desenvolvimento da Figueira	ULDM

Norte	Santa Casa da Misericórdia de Paredes de Coura	ULDM
Norte	HOSPOR - Hospitais Portugueses, S.A. (Grupo Luz Saúde)	UMDR
Norte	Hospitais Senhor do Bonfim, S.A.	ULDM e UMDR
Norte	Basto Vida - Serviços de Ação Social e Cuidados de Saúde, CRL	UMDR
Norte	Santa Casa da Misericórdia de Montalegre	ULDM e UMDR
Norte	Involvevinhais, LDA	ULDM
Norte	Geriasi Clínica da Lomba	UMDR
Madeira - Ribeira Brava	UCCI Ribeira Brava	UMDR
Madeira - Funchal	Atalaia Living Care	UMDR
Centro	Residência Montepio Albergaria	UC, ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Mangualde	ULDM e UMDR
Centro	Naturidade Porto de Mós, S.A.	UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Alvaiázere	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Vila de Pereira	ULDM e UMDR
Centro	Associação de Solidariedade Social, C.R.D. de Travassós de Baixo - ACREDITA	UMDR
Centro	Associação de Solidariedade Social de Farminhão - ASSF	ULDM
Centro	Associação de Beneficência Popular de Gouveia	ULDM e UMDR
Centro	Fundação ADFP - Assistência, Desenvolvimento e Formação Profissional Miranda do Corvo	ULDM e UMDR
Centro	Associação Pró-cidadão Deficiente Integrado	UMDR
Centro	Associação Solidariedade Social Alto Paiva	ULDM
Centro	Cáritas Diocesana de Coimbra	ULDM
Centro	Casa de Repouso de Coimbra	UMDR
Centro	Centro Cívico Polivalente "O Emigrante" Camarneira	ULDM
Centro	Centro Paroquial e Social Santa Marinha de Avanca	ULDM
Centro	Centro Social Padre Tomás de Aquino Vaz de Azevedo - Orvalho	ULDM e UMDR
Centro	Centro Social São Nuno Santa Maria	ULDM
Centro	Classineutra, Lda	UMDR
Centro	Fundação Nossa Senhora da Guia	UMDR
Centro	Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Aguiar da Beira	ULDM
Centro	Irmandade de Nossa Senhora das Necessidades	ULDM
Centro	Doce Viver, Lda	ULDM
Centro	Lar Residencial Dona Bárbara Tavares da Silva (Penamacor)	ULDM
Centro	Lorsenior - Domus Vitae	ULDM e UMDR
Centro	Naturidade Penela, S.A.	UMDR

Centro	Santa Casa da Misericórdia Águeda	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Arganil	ULDM e UMDR
Centro	Irmandade da Santa Casa da Misericórdia da Batalha	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Cantanhede	ULDM
Centro	Santa Casa da Misericórdia Castelo Branco	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Castro Daire	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia de Oliveira do Bairro	ULDM
Centro	Santa Casa da Misericórdia Figueiró dos Vinhos	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Fornos de Algodres	ULDM
Centro	Santa Casa da Misericórdia Fundão	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Guarda	UC, ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Idanha-a-Nova	UC, ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Ílhavo	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Leiria	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Manteigas	ULDM
Centro	Santa Casa da Misericórdia Marinha Grande	ULDM
Centro	Santa Casa da Misericórdia Mealhada	UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Mortágua	ULDM e UMDR
Centro	Misericórdia de Nossa Senhora dos Milagres de Oliveira de Frades	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Pampilhosa da Serra	ULDM
Centro	Santa Casa da Misericórdia Pedrogão Grande	ULDM
Centro	Santa Casa da Misericórdia Penela	ULDM
Centro	Santa Casa da Misericórdia Porto de Mós	ULDM
Centro	Santa Casa da Misericórdia Santa Comba Dão	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Santar	ULDM
Centro	Santa Casa da Misericórdia Seia	UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Tábua	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Vila de Rei	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Vouzela	ULDM e UMDR
Centro	Solar Billadonnes	ULDM e UMDR
Centro	Centro Social Paroquial Freixo de Numão	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia de Pinhel	ULDM
Centro	Associação Cultural, Recreativa e Social de Samuel	ULDM
Centro	Propriarmonia - Unidade de Saúde de Coimbra, Lda.	UC, ULDM e UMDR
Centro	União das Misericórdias Portuguesas	ULDM e UMDR
Centro	Casa de Repouso Quinta da Relva	ULDM e UMDR
Centro	Confraria Nossa Senhora da Nazaré	ULDM e UMDR

Centro	Santa Casa da Misericórdia Entroncamento	UC, ULDM e UMDR
Centro	Idosos em Família, Lar de 3ª idade de Fernanda Luís e Filhos, Lda	ULDM
Centro	Liga dos Amigos do Hospital de Santarém	UMDR
Centro	Naturidade Rio Maior, S.A.	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Bombarral - Hospital Casimiro da Silva Marques	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Tomar	ULDM
Centro	TMG - Residência para Seniores, Lda	ULDM e UMDR
Centro	Santa Casa da Misericórdia Coruche	ULDM e UMDR
AML	Residências Montepio, Serviços de Saúde, S.A. (Parede)	ULDM e UMDR
AML	Residências Montepio, Serviços de Saúde, S.A. (Montijo)	UC, ULDM e UMDR
AML	Associação para o Bem Estar Infantil da Freguesia de Vila Franca de Xira - ABEI	ULDM
AML	AGMR - Investimentos, Lda	ULDM
AML	Apoio Móvel Especial à Terceira Idade e Convalescentes, Lda - AMETIC	ULDM e UCP
AML	Associação de Reformados e Idosos da Freguesia da Amora - ARIFA	ULDM
AML	Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação - ASFE	UC, ULDM e UMDR
AML	Associação de Apoio aos Profissionais do Hospital de Santa Maria	ULDM e UMDR
AML	Cercitop, CRL	ULDM e UMDR
AML	Hospital Nossa Senhora da Arrábida	ULDM e UMDR
AML	Hospital Soerad	ULDM e UMDR
AML	Naturidade Porto Salvo, S.A.	UC, ULDM
AML	Liga de Amigos do Hospital Garcia de Orta	ULDM e UMDR
AML	Raríssimas - Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras	ULDM e UMDR
AML	Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	UMDR
AML	Santa Casa da Misericórdia do Barreiro	ULDM e UMDR
AML	ROLLAR - Alojamento para Idosos, Lda	ULDM e UMDR
AML	LATI - Centro Comunitário do Bocage	UMDR
AML	Santa Casa da Misericórdia Aldeia Galega da Merceana	ULDM
AML	Santa Casa da Misericórdia Alhos Vedros	ULDM e UMDR
AML	Santa Casa da Misericórdia Amadora	ULDM
AML	Naturidade Laveiras, S.A.	UMDR
AML	Santa Casa da Misericórdia Canha	ULDM
AML	Santa Casa da Misericórdia Montijo	ULDM
AML	União Mutualista Nossa Senhora da Conceição	ULDM
AML	Cooperativa Almadense de Solidariedade Social, CRL	ULDM

AML	UCCI São Roque	ULDM e UMDR
AML	Casa do Sagrado Coração de Jesus	ULDM e UMDR
AML	Residência Montepio Entrecampos	ULDM e UMDR
AML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa	ULDM e UMDR
Algarve	Associação Cultural e de Apoio Social de Olhão	UMDR
Algarve	Associação de Bem Estar Social da Freguesia de Azinhal - ABESFA	ULDM
Algarve	Casa da Criança do Rogil	ULDM
Algarve	Cruz Vermelha Portuguesa	ULDM e UMDR
Algarve	Fundação António Silva Leal	ULDM
Algarve	Fundação Algarvia de Desenvolvimento Social	ULDM e UMDR
Algarve	Lar Quinta de São Sebastião, Lda	ULDM
Algarve	PRO-FN, Serviços de Saúde, Lda	UC e UMDR
Algarve	Santa Casa da Misericórdia Estômbar	ULDM
Algarve	Santa Casa da Misericórdia Faro	ULDM
Algarve	Santa Casa da Misericórdia Portimão	UC e UMDR
Algarve	Santa Casa da Misericórdia Silves	ULDM
Algarve	Santa Casa da Misericórdia Vila Real de Santo António	ULDM
Algarve	Santa Casa da Misericórdia Loulé	UMDR
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Chamusca	ULDM e UMDR
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Santarém	ULDM
Alentejo	A ANTA - Associação Cultural e de Desenvolvimento da Beira	ULDM e UMDR
Alentejo	Associação de Intervenção Social de Grândola - AISGRA	ULDM
Alentejo	Centro Social Paroquial São Tiago de Urra	UC e ULDM
Alentejo	Cruz Vermelha Portuguesa	ULDM e UMDR
Alentejo	Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva	ULDM e UMDR
Alentejo	Fundação São Barnabé	ULDM e UMDR
Alentejo	Futuro de Garvão - Associação de Solidariedade Social	ULDM
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Alter do Chão	ULDM e UMDR
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Arronches	ULDM e UMDR
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Évora	UMDR
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Ferreira do Alentejo	ULDM
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Mértola	ULDM
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Mora	ULDM e UMDR
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Odemira	ULDM e UMDR
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Ponte de Sor	ULDM
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Portel	ULDM e UMDR
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Santiago do Cacém	ULDM e UMDR

Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Serpa	UC, UCP, ULDM e UMDR
Alentejo	Santa Casa da Misericórdia Vila Viçosa	ULDM
Alentejo	Instituto S. João de Deus - H. S. João de Deus	ULDM e UMDR
Açores - Terceira	Sta. Casa M. A. Heroísmo	ULDM e UMDR
Açores - Terceira	Lar D. Pedro V	ULDM e UMDR
Açores - Sta. Maria	CS Vila do Porto	ULDM e UMDR
Açores - São Miguel	CS Nordeste	ULDM e UMDR
Açores - São Miguel	CS Povoação	ULDM e UMDR
Açores - São Miguel	CS Ribeira Grande	ULDM e UMDR
Açores - São Miguel	CS Vila Franca do Campo	ULDM e UMDR
Açores - São Miguel	Sta. Casa M Lagoa	ULDM e UMDR
Açores - São Miguel	Sta. Casa M. P. Delgada	ULDM e UMDR
Açores - São Miguel	C. Bom Jesus	ULDM e UMDR
Açores - São Jorge	CS Calheta	ULDM e UMDR
Açores - São Jorge	CS Velas	ULDM e UMDR
Açores - Pico	CS Madalena	ULDM e UMDR
Açores - Pico	CS Lajes Pico	ULDM e UMDR
Açores - Pico	SC S. Roque Pico	ULDM e UMDR
Açores - Graciosa	CS Graciosa	ULDM e UMDR
Açores - Flores	CS Sta. Cruz Flores	ULDM e UMDR
Açores - Faial	Sta. Casa M. Horta	ULDM e UMDR