

## Acompanhamento Integrado aos idosos dependentes

Ana Sofia Guerreiro Fernandes

Trabalho de Projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Serviço Social

Orientador:

Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, Professor Auxiliar

ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Junho de 2015



## **AGRADECIMENTOS**

Terminado o presente trabalho de projeto quero agradecer a todos os que me acompanharam neste processo de aprendizagem, tão enriquecedor e essencial ao meu desempenho enquanto Assistente Social na sociedade que integro.

Foram muitas as pessoas, além daquelas que passo a mencionar, que contribuíram e tornaram possível, através do seu alento e palavras de ânimo, que sem se darem conta, fizeram parte da engrenagem deste percurso solitário, ao longo destes últimos anos, para que fosse possível chegar até aqui.

Quero agradecer ao meu orientador, Dr. Jorge Ferreira, a atenção, disponibilidade e confiança creditada no meu trabalho.

Agradeço o contributo da Dra. Alexandra Cortês, na fase inicial do trabalho que permitiu aclarar a construção do objetivo central do projeto.

À Dra. Inês Guerra, colega Assistente Social da UCCI, pelo seu acolhimento, a sua ajuda sempre presente, o auxílio no esclarecimento das dúvidas e questões técnicas que surgiam e, sobretudo, pela sua amizade.

Um agradecimento muito especial aos utentes referenciados da UCCI, que são os verdadeiros protagonistas, pois sem eles não teria sido possível realizar o atual projeto.

Aos colegas da turma do Mestrado de Serviço Social, dos anos 2011 a 2013, em especial, o Sérgio, a Raquel, a Susana e Cristina pela partilha e camaradagem que demonstraram ao longo deste período.

Às minhas queridas amigas Susana, Telma e Patrícia pela sua amizade, carinho e paciência que tanto me orgulho.

À minha família, em especial pais e Nuno pela compreensão e apoio incondicional que me brindam na vida.

A todos o meu muito obrigado.

## **RESUMO**

O trabalho de projeto apresentado tem como objetivo promover respostas às necessidades sociais identificadas junto dos idosos dependentes das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (A.R.S.L.V.T.,I.P.), que visem contribuir na melhoria das condições de vida diária e quotidiana, promovendo a sua integração no meio envolvente, de forma integrada e participada dirigidas às pessoas idosas.

A elaboração diagnóstica desenvolveu-se em duas fases: a primeira, através da consulta na plataforma da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), dos processos sociais e de enfermagem dos utentes admitidos na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de Sintra, no relatório do Plano de Ação da respetiva unidade de saúde, em reuniões e entrevistas realizadas aos assistentes sociais que exercem a sua atividade junto da população idosa dependente da área geográfica de intervenção e ainda a aplicação de questionários a alguns sujeitos da amostra.

Os resultados obtidos revelam, em termos sociais, principalmente, a existência de uma grande percentagem de pessoas idosas que possuem dependência face a terceiros para a realização das suas atividades da vida diária, assim como situações vulneráveis de isolamento social causadas pelo estado de dependência que enfrentam no seu quotidiano.

A implementação do projeto será em toda a área geográfica abrangida pelos serviços prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público, de forma a dar resposta de modo integrado face às necessidades sentidas pela população idosa dependente.

**Palavras - chave:** Abordagem Integrada; Saúde; Serviço Social; Pessoa Idosa

## **ABSTRACT**

The project work presented aims to promote social needs responses identified among elderly dependents of the Continuous Care Teams (ECCI) in the Regional Health Administration of Lisbon and Tagus Valley (ARSLVT, IP), aiming to contribute to the improvement of everyday life conditions, promoting their integration into the surrounding environment, in an integrated and participatory way directed to the elderly people.

The diagnostic work developed in two phases: the first, as a Social Worker in Continuing Care Team of Sintra's Unit, through querying of the National Network of Continuous Care (RNCCI)'s platform, of the social processes and nursing of users admitted to the Continuous Care Unit (UCCI) of Sintra, in the respective health unit's Action Plan report, in meetings and interviews conducted to the social workers who pursue their activity with the dependent elderly population on their geographical area of intervention and even in the application of questionnaires to some individuals of the given sample.

The results show, in social terms, mainly, the existence of a large percentage of seniors who have dependence on third parties to perform their daily life activities, as well as vulnerable situations of social isolation caused by the state of dependence they face in their everyday life.

The project implementation will be across the geographical area covered by the services provided by the Continuous Care Teams in the Regional Health Administration of Lisbon and Tagus Valley, Public Institute, to give an integrated response to the needs felt by the dependent elderly population.

**Key-words:** Integrated approach; Health; Social Service; Senior Person

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
SIGLAS	vi
ÍNDICE DE TABELAS / FIGURAS / ANEXOS	vii
INTRODUÇÃO	1
<b>FASE I:</b> Vulnerabilidade social do idoso dependente: um problema social na contemporaneidade	3
1.1- Dimensões conceituais sobre o problema social em estudo	4
1.2 - O papel do Assistente Social na saúde e na pessoa idosa	6
1.3 - Criação da RNCCI	7
1.4 - Funções do Assistente Social nos Agrupamentos dos Centros de Saúde/Equipas Cuidados Continuados Integrados	9
1.5 - Caracterização da A.R.S.L.V.T.,I.P	11
Contexto demográfico da região L.V.T	11
Missão, Visão e Valores da ARSLVT,I.P	13
O perfil de saúde da RLVT	13
<b>FASE II:</b> Diagnóstico Social dos idosos dependentes referenciados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa de Vale do Tejo,I.P.	
2.1 - Dimensão do problema	14
2.2 - O envelhecimento demográfico na atualidade no caso português	15
2.3 - Políticas Sociais de suporte à intervenção social com o idoso dependente	15
2.4 – Diagnóstico	20
2.5 -Interpretação diagnóstica e sistematização das necessidades prioritárias de resposta	23
<b>FASE III:</b> Acompanhamento Integrado à pessoa idosa dependente em contexto de Cuidados Continuados Integrados: Refletir novas Respostas .	
3.1 - Fundamentação da viabilidade do projeto	25
3.2 - Objetivo Geral	26
3.3 - Objetivos específicos	26
3.4 – Destinatários	26
3.5 - Ações a desenvolver	26
3.6 – Metodologia	27

3.7- Recursos	30
3.8 -Resultados esperados	31
4 -Indicadores de Avaliação do Projeto	31
Análise Crítica - reflexiva sobre o processo	32
BIBLIOGRAFIA	33
ANEXOS	.
CURRICULUM VITAE	

## **SIGLAS**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSLVT, IP – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público

ARS – Administração Regional de Saúde

AS – Assistente Social

AVD – Atividades da vida diária

BLV – Banco Local de Voluntariado

CAD – Centro de Apoio a dependentes

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CMS – Câmara Municipal de Sintra

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa Cuidados Continuados Integrados

INE – Instituto Nacional de Estatística

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAI – Plano Nacional de ação para a inclusão

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos

PNS – Plano Nacional de Saúde

PRSLVT – Plano Regional de Saúde para a região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço Apoio Domiciliário

SADI – Serviço Apoio Domiciliário Integrado

SAPE – Sistema de apoio à prática de Enfermagem

SNRIPD – Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Unidade Cuidados Paliativos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULDM- Unidade Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UMLD – Unidade de Média e Longa duração

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

USF – Unidade Saúde Familiar

VD – Visita domiciliária



Tabela 1 - Funções do Assistente Social no ACES	9
Tabela 2 - Funções do Assistente Social na RNCCI	10
Tabela 3 - Respostas Sociais dirigidas à população idosa em Portugal	17
Tabela 4- Caraterização dos utentes dependentes + 75A na UCCI Sintra:Estudo de caso	19
Tabela 5 - Caraterização das necessidades sociais da amostra	21
Tabela 6 - Recursos	29
Tabela 7- Orçamento	29
Tabela 8 - Resultados a atingir	30
Tabela 9 -Indicadores de avaliação	30
Figura 1 - Mapa dos ACES, ARSLVT,IP	11
Figura 2 - População residente na região da ARSLVT, I.P	12
Figura 3 - Nº de utentes inscritos ACES na ARSLVT,I.P	12
Anexo A - Guião da entrevista com a Assistente Social da UCCI de Sintra	1
Anexo B - Questionário aplicado para detetar as necessidades sociais	4
Anexo C - Agrupamento Centros de Saúde da ARS em 2012	5
Anexo D - Organograma ARSLVT, I.P.	6
Anexo E - Pirâmides etárias em Portugal 2001/2011	7
Anexo F - Quadro de Planeamento	8

## **INTRODUÇÃO**

“Na sociedade actual, o envelhecimento está de um modo geral associado a alterações significativas no âmbito da participação activa do idoso. Os idosos, nesta fase do ciclo de vida, são alvo de alterações substanciais aos níveis dos papéis a desempenhar, no seio familiar, laboral e ocupacional, verificando-se uma tendência para a diminuição progressiva, de acordo com a idade” (Sequeira, 2010).

Tendo em conta não só aspectos de ordem social mas também aspectos relacionados com a procura e oferta dos cuidados de saúde, torna-se fundamental reflectir como é que na sociedade contemporânea é possível fazer chegar aos idosos, em especial aqueles que vivem dependentes de alguma forma de tipologia, respostas de cariz social, que sejam aquelas que as populações mais necessitam.

É neste contexto que surge o presente trabalho de projeto do Mestrado de Serviço Social com o intuito de responder mediante a organização e planeamento de ações que visem intervir face às necessidades de âmbito social detetadas num pré-diagnóstico obtido, em 2011, a partir de questionários aplicados aos sujeitos com mais de 75 anos, em algumas freguesias do concelho de Sintra. Numa segunda fase as necessidades foram aprofundadas junto do coletivo, quando a mestranda desempenhava a função de assistente social na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na Unidade de Saúde de Sintra, em 2013. O objetivo geral do projeto é delinear respostas que contribuam para a melhoria das condições de vida diária ou quotidiana dos idosos referenciados pelas ECCI da Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT), promovendo a integração da pessoa idosa no meio envolvente, de forma integrada e participada.

Este trabalho está dividido em três fases centrais: a primeira fase compreende o problema da vulnerabilidade social do idoso dependente, abordando as dimensões conceituais de dependência e pessoa idosa, assim como a relação do Serviço Social com a Saúde e as pessoas idosas, e as funções que o Assistente Social exerce nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e ECCI. É referida uma breve caracterização da A.R.S.L.V.T.,I.P., desde o seu contexto demográfico ao perfil de saúde da população da Região de Lisboa e Vale do Tejo. A análise a este conjunto de temas permite contextualizar a problemática central do projeto que são as necessidades sociais dos idosos dependentes identificados nas ECCI da ARSLVT,IP.

A segunda fase inclui o diagnóstico social dos idosos dependentes (+75A) tendo como análise o estudo de caso da ECCI do Centro de Saúde de Sintra, onde a mestranda enquanto Assistente Social, teve oportunidade mediante o desenvolvimento do seu trabalho, e aplicação de questionários e entrevistas, identificar necessidades sociais junto aos idosos do concelho, definir a dimensão do problema, interpretar o diagnóstico e sistematizar quais

as prioridades a dar resposta. Acrescenta-se na segunda parte do trabalho quais as políticas sociais que vigoram na área do envelhecimento, junto dos cuidados primários, assim como que respostas sociais dirigidas às pessoas idosas no caso português.

A terceira fase é a concepção do projeto: Acompanhamento Integrado à pessoa idosa dependente em contexto de Cuidados Continuados Integrados: Refletir novas Respostas, desde a fundamentação da viabilidade deste, aos objetivos gerais e específicos, a quem se destina, o que propõe realizar, qual a metodologia e técnicas utilizadas, os recursos quer humanos, materiais e financeiros, assim como os resultados a atingir e quais são os indicadores escolhidos que permitirão realizar a avaliação do projeto.

Finaliza com a análise crítica do trabalho, a conclusão e bibliografia.

Os anexos incluem: a entrevista realizada à assistente social, responsável pela ECCI de Sintra em 2013, o questionário aplicado a dez pessoas idosas da amostra, documentos de apoio e o Curriculum da mestranda.

## **FASE I**

### **Vulnerabilidade social do idoso dependente: um problema social na contemporaneidade**

“A sociedade contemporânea rege-se por valores materiais, o que implica ter como principal objetivo a rentabilização da produção em que se privilegiam apenas os indivíduos ativos. O idoso sem autonomia é rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos. Sendo assim, não será difícil prever que nestas circunstâncias ele tenda a isolar-se e assuma cada vez mais uma situação de dependência” (Martins,s.d.:126).

Conforme mencionado por Sequeira (2010) “na sociedade atual, os idosos são alvo de alterações substanciais ao nível dos papéis a desempenhar no seio familiar, laboral e ocupacional, verificando-se uma tendência para a diminuição progressiva. Tendem a participar em redes sociais mais pequenas e a diminuir contatos”.

O mesmo autor refere, segundo Bosi (1994) que “nos países ocidentais, o idoso tem perdido influência de forma progressiva. Ele passa de responsável pela manutenção da família, no qual é respeitado e do qual depende a sobrevivência da mesma, para se tornar apenas mais um elemento” (Sequeira,2010).

“O decréscimo da natalidade, o aumento da esperança média de vida e da população idosa, o aumento da taxa de divórcio e a maior mobilidade geográfica dos sujeitos, bem como o aumento das mulheres com carreiras profissionais, constituem-se como um conjunto de condições que direta ou indiretamente implicam dificuldades acrescidas nos cuidados requeridos pelos idosos dependentes. No entanto, a família, os vizinhos e amigos são considerados como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência” (Figueiredo,2007).

“Para além da entajada, essencial à sobrevivência, a existência de relações sociais significativas é considerada como protetora da saúde mental dos indivíduos (...) estes são talvez os principais motivos para considerarmos os fatores sociais ao longo da vida das pessoas, sobretudo nas fases de maior vulnerabilidade, como poderá ser o envelhecimento.

A existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento ótimo” (Constança Paul, 2005).

## 1.1 - Dimensões conceituais sobre a pessoa idosa

Conforme é verificado, o objecto deste trabalho abarca conceitos, nomeadamente de pessoa idosa e dependência. Nesse sentido, torna-se necessário reflectir de forma mais aprofundada sobre cada um deles, para que se saiba concretamente o que se pretende abordar.

### O conceito de pessoa idosa

“O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo que é difícil encontrar uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas como sendo “velhas”. Este facto está em grande parte associado à falta de consenso quanto à semântica e uso das palavras “idoso” e “velho” (Sequeira,2010).

O conceito de idoso, estabelecido, em 1982 pela Organização das Nações Unidas, durante a primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento da população é referido de forma distinta em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento, dado o critério cronológico. Ou seja, nos primeiros, as pessoas são consideradas idosas com mais de 65 anos enquanto nos países em desenvolvimento são aquelas pessoas que possuem 60 e mais. A diferenciação referida anteriormente reside na expectativa de vida ao nascer e a qualidade de vida proporcionada aos cidadãos.

“A idade não pode ser encarada como critério de discriminação nem como indicador que, propicie que um ser humano seja menos cidadão que outro. Contudo o critério cronológico, é um dos mais utilizados para estabelecer o que é ser idoso, quando se delimita a população e amostra de um estudo científico, se procede a uma análise epidemiológica, se pretende o desenho de políticas públicas ou se desenha o planeamento ou se estrutura a oferta de equipamentos” (Almeida in Carvalho:2012).

Pimentel (2005) menciona que “a definição do que é uma pessoa idosa é extremamente difícil e geralmente muito imprecisa”, contudo a autora refere que segundo Philibert (1984) procura uma forma interessante de o fazer. Assim, segundo este autor “uma pessoa idosa é sempre uma pessoa com mais idade que a maioria daqueles que a rodeiam. Segundo as condições de vida, de trabalho, de longevidade da população média de referência e os seus costumes. Uma pessoa idosa tem, por isso, uma experiência de vida e uma memória mais longa. É uma pessoa que sabe que o tempo que tem para viver é mais curto do que o que já viveu e do que o que a maioria das pessoas que a rodeiam têm para viver”.

## O conceito de dependência

O aumento da longevidade, implica segundo Sequeira (2010), “um maior risco de doença e, conseqüentemente um maior índice de dependência, ao qual há uma maior necessidade de cuidados formais e informais”.

O índice de dependência dos idosos, de acordo com os Censos 2011, é em Portugal de 28,8%. De acordo com Sequeira, (2010) “as projeções para o ano 2050 apontam que o índice de dependência irá situar-se nos 57,8%, o que significa que mais de metade dos idosos se encontrarão numa situação de dependência de outrem”.

Na génese do conceito de dependência entra, de acordo com Quaresma (2004), “a noção de incapacidade, e por outro, a noção de risco de perda de autonomia, associadas ambas à velhice”. Ainda segundo a mesma autora, “a dependência é uma construção social que sustenta medidas de protecção social às pessoas que precisam de ajudas, no seu dia-a-dia, para satisfazer as suas necessidades básicas, não sendo necessariamente que ser um atributo da velhice. A nível etimológico, esta palavra vem do latim: “estar suspenso”. No discurso comum muitas vezes associa-se dependência a deficiência, a incapacidade e a desvantagem, e muito embora a dependência possa ser potenciada pelo avanço na idade, a verdade é que com ele não pode ser confundida”.

De acordo com o Decreto-lei nº101,06/06/2006, considera dependência “como situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou por perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só realizar as atividades da vida diária”.

Segundo Carvalho (2012) “o conceito definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é medido através de indicadores objetivos e subjetivos que determinam vários níveis e tipos. Os primeiros dizem respeito à funcionalidade do corpo, à capacidade de realizar as atividades de vida diária, as atividades instrumentais da vida diária e a participação pessoal e social. Os indicadores subjetivos estão relacionados com os fatores contextuais – ambientes e pessoais. Esta tipologia relaciona as necessidades físicas, psíquicas e intelectuais, classificando níveis de dependência e necessidade de cuidados em diferentes categorias: independente, levemente dependente, a moderadamente dependente, a gravemente dependente e a completamente dependente”.

Também Carvalho (2012) refere que “a dependência na velhice é definida como sendo “um estado em que se encontram as pessoas, que, por razões ligadas à falta e perda de autonomia física, psíquica, intelectual, têm necessidade de assistência e de outros recursos para realizar as atividades correntes da vida diária”.

Sequeira (2010) acrescenta que “dependência está relacionada com a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas, necessitando a pessoa dependente da ajuda de terceiros para sobreviver”.

Para Cabrero, autor citado por Carvalho (2012) refere que “o estado de dependência pode ser temporário ou permanente, o processo pode ser progressivo, regressivo ou estável, mas também intermitente e contínuo, impedindo durante esse período o exercício de cidadania. No caso das pessoas dependentes, as condições à participação e escolha do modo de vida que se pretende só podem provir das organizações da sociedade, do Estado, do sistema judicial, legislativo e executivo. Significa que é necessário que a sociedade produza condições para os indivíduos poderem exercer a autonomia enquanto participação e escolha, ainda que com restrições de capacidade “(Carvalho:2012).

Neste trabalho o que se pretende é sobretudo focar a importância de prestar respostas às necessidades das pessoas idosas que estão em situação de maior ou menor dificuldade nas atividades da sua vida diária, o que as torna muitas vezes em situação de dependência.

## **1.2. O papel do Assistente Social na saúde e na pessoa idosa**

Segundo Masfret (2012) “a história do Serviço Social na Saúde teve início nos Estados Unidos da América, em 1905, quando Garnet Pelton se tornou a primeira trabalhadora social hospitalar. Em Portugal a sua institucionalização ocorre nos anos 40, nos domínios da saúde mental e de oncologia. É com a Reforma Hospitalar de 1968 (Decreto Lei nº 48358 de 27 Abril de 1968) que o Serviço Social adquire definitivamente importância, definindo-se as suas finalidades e funções tal como a sua posição no organograma hospitalar”(Branco: 2012).

“A atividade dos Assistentes Sociais desenvolvida na área da saúde nas Equipas Domiciliárias de prestação de Cuidados integrados e de suporte em cuidados paliativos, realiza-se desde os Centros de Saúde, desenvolvendo-se ao nível da interação do doente/dependente/família com o seu meio envolvente. O objetivo central do profissional está direcionado para o meio envolvente, através da conscientização e capacitação de grupos de indivíduos e de comunidades para se organizarem e responderem às necessidades dos seus doentes e cuidadores. No âmbito do funcionamento das Equipas Domiciliárias o atendimento individualizado, a gestão institucional, o trabalho de grupo e a organização comunitária são os quatro focos de intervenção do assistente social” (Manual Boas práticas A.S.:2007).

O papel do Assistente Social na intervenção com a população idosa é pertinente neste projeto, nomeadamente porque a pessoa idosa é um dos coletivos mais vulneráveis, sendo alvo de preocupação por parte destes profissionais.

Segundo Souza (2003), “o trabalho do Serviço Social perante as questões relacionadas com os idosos consiste em predominar o diálogo entre as diferentes faixas etárias, com o objetivos de realçar as diferentes formas de discriminação, além de estimular a pessoa idosa a acreditar no seu potencial, como uma pessoa de direitos, levando-a a redescobrir a sua identidade e ajudar a pessoa a diminuir a solidão”. Ainda segundo o mesmo autor, “o Serviço Social deve ter além de uma ação educativa e política, deve trabalhar os direitos sociais dos idosos, de forma a estimular a sua participação no meio em que se insere”.

### **1.3- Criação da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**

Em simultâneo com o aparecimento do Programa de apoio integrado a idosos (PAII), foi criado a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em 1996, da responsabilidade do Ministério da Solidariedade Social e do Trabalho e do Ministério da Saúde, contudo só foi regulamentada pelos mesmos ministérios em 1998 (Despacho Conjunto nº407). “Estas respostas dirigem-se às situações de dependência na área dos cuidados prolongados de saúde e social. O programa criou duas respostas inovadoras, o Apoio Domiciliário Integrado e a Unidade de Apoio Integrado, destinado a pessoas mais idosas, pessoas com deficiência e pessoas com diagnóstico de perturbação mental” (Carvalho:2012).

A necessidade de responder de forma eficaz ao problema das pessoas dependentes levou à criação de respostas integradas do Sistema Nacional de Saúde (SNS) consolidado através da Resolução do Conselho de Ministros nº84, de 27 de Abril 2005, onde se estruturou os mecanismos de prestação de cuidados para as pessoas em situação de dependência e se definem os princípios dos cuidados de saúde a prestar às pessoas idosas e dependentes.

Atualmente vigora o Decreto-lei nº 101, de 2006 que organiza os cuidados continuados integrados, cujo objetivo principal é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, assim como proporcionar melhores condições de vida, através da prestação de cuidados integrados a nível social e de saúde, da manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder no domicílio, de apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequado às situações, do apoio aos prestadores informais, da articulação dos cuidados e prevenção de lacunas dos serviços e equipamentos (Artº4).

“Os cuidados são da responsabilidade dos hospitais, centros de saúde, serviços de segurança social, organizações solidárias e autarquias, formando uma rede integrada de



cuidados compostos por unidades, que incluem internamento e ambulatório. O internamento é composto por unidades de convalescença, de média e longa duração, unidades de cuidados paliativos e unidades de dia. As equipas dividem-se em dois níveis, hospitalares e domiciliárias” (Carvalho,2012).

Segundo a mesma autora, “os cuidados prestados no âmbito da saúde, focam-se essencialmente em cuidados de continuidade após altas hospitalares. São cuidados desenvolvidos pelos centros de saúde e hospitais, em articulação com o sistema da segurança social, através de equipas especializadas. Depois de avaliados,os doentes podem ser encaminhados para o domicílio ou para as unidades”(Carvalho,2012).

De acordo o Plano Nacional de Saúde 2012-2013:17, desde a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi referenciado “122523 utentes pelos Cuidados de Saúde Primários. Nos últimos dados de monitorização da RNCCI entre os meses de Janeiro a Abril de 2015 foram referenciados para a Rede 14919 total de utentes,em relação 1º semestre de 2014 foram referenciados 21222 utentes. A RLVT foi a região que mais referenciou utentes (3310) contudo onde existem maiores taxas de ocupação é na região do Alentejo com 76%.

A população em 2014 com idade superior a 65 anos representa 83,7% do total e com idade superior a 80 anos representa 46,1% do total. O sexo feminino representa 54,7% dos utentes e 29% tem idade superior 80 anos. Os homens nesta faixa representa 17,3%”(Relatório Monitorização RNCCI 2014).

No que respeita aos cuidados sociais estes estão associados à solidariedade, apoio e ajuda, tutelados e financiados pelo Estado, mas têm também a regulação das entidades religiosas quando as instituições têm esse cariz As respostas às pessoas idosas e dependentes são, segundo Carvalho, “da responsabilidade do Estado, do mercado, da sociedade civil e da família. Ao Estado cabe o financiamento e a criação de normas legislativas, regras de acesso e fiscalização, à sociedade civil e à família cabem o cofinanciamento e a prestação do suporte”(Carvalho, 2012).

#### **1.4- Funções do Assistente Social nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)/ Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**

Através da Circular Normativa nº8 de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde, em 16 de maio de 2002, são estabelecidas as funções dos Assistentes Sociais, que vigoram, atualmente, nos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde. O documento define que os A.S. se reportem ao respetivo órgão dirigente máximo e agrupa 10 funções:

**Tabela 1 - Funções do Assistente Social nos ACES**

Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico social;
Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, nos quadros dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração, de planos de intervenção social;
Proceder à investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção social;
Participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respetivos serviços ou estabelecimentos;
Definir, elaborar, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária na área de influência nos respetivos serviços e estabelecimentos;
Analisar, selecionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação;
Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade;
Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades;
Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento, para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados;
Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crime ou de exclusão social.

Fonte: Elaboração própria

Para Dhooper (1997), autor mencionado em Carvalho (2012), “o assistente social apresenta-se junto dos profissionais de outras disciplinas como um consultor sobre os processos psicossociais, problemas de saúde em resposta às necessidades de um diagnóstico alargado ou até mesmo para envolver outros recursos da comunidade”. Ao atender, segundo o mesmo autor, “às necessidades do sujeito, não apenas as físicas, outro dos

atributos à função ao assistente social é enquanto promotor de advocacia social, na medida que auxilia o utente no acesso às ofertas dos cuidados de saúde, procurando ultrapassar obstáculos e barreiras, que por vezes se expressam em questões de linguagem e no acesso à informação”. Para Mondragón e Trigueros (1999) “o assistente social também é um mobilizador de recursos e mediador entre o utente e os serviços, sendo um eixo de articulação entre a equipa de saúde e a comunidade, mobilizando recursos e articulando-os com as instituições comunitárias” (Carvalho:2012).

De acordo com o referido no Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI,2007:6) as funções do Assistente Social na RNCCI englobam:

**Tabela 2 – Funções do Assistente Social na RNCCI**

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

-Fonte: Elaboração própria

“Os profissionais de Serviço Social integram os cuidados continuados integrados em unidades e equipas multi e interdisciplinares. Estas equipas são da responsabilidade dos cuidados primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários decorrentes de avaliação integral, cuidados médicos, de enfermagem, reabilitação e apoio social. Asseguram cuidados médicos e de enfermagem de natureza preventiva, curativa e reabilitadora, ações paliativas, cuidados de fisioterapia e apoio psicossocial e ocupacional, educação para a saúde e apoio nas AVD” (Pombo, 2004, mencionado in Carvalho 2012).

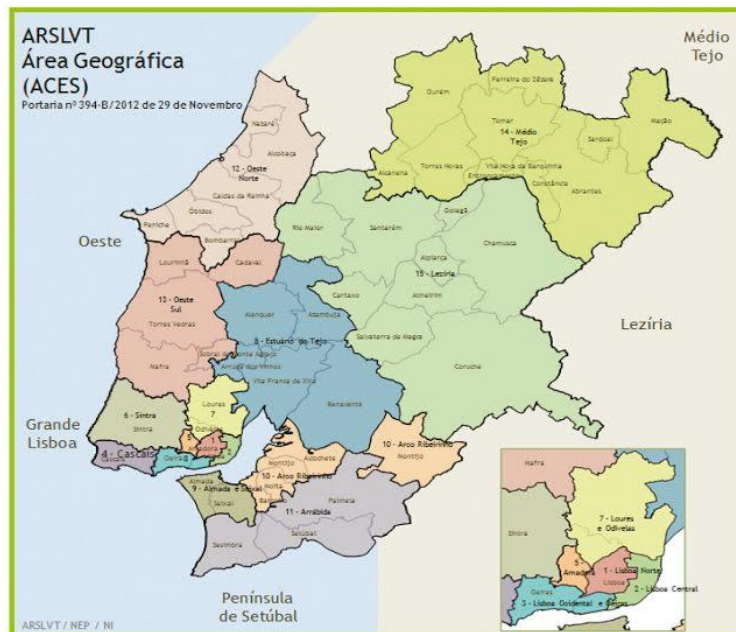
“A intervenção do assistente social nas equipas em cuidados continuados integrados é orientada para a advocacy, o profissional assume o papel de conselheiro,de consultor, de terapeuta, de gestor de caso, responsável pela mobilização de recursos ao nível da saúde(...) e a sua função passa por proteger os clientes, providenciar necessidades básicas,apoio psicossocial e e promover o bem-estar dentro do quadro de referência das políticas públicas” (Carvalho,2012).

### 1.5 – Caracterização da A.R.S.L.V.T. I,P.

Sendo o projeto a desenvolver no âmbito das Equipas de Cuidados Continuados na ARSLVT,I.P., torna-se necessário contextualizar a ARSLVT,I.P. Segundo o Plano Estratégico, “a ARSLVT,I.P. é uma pessoa coletiva de direito público,integrada na Administração indireta do Estado,dotada de personalidade jurídica,autonomia administrativa,financeira e patrimonial” (Plano Estratégico ARSLVT,I.P.,2014-2016).

#### Contexto Demográfico da região de Lisboa e Vale do Tejo

**Figura 1 - Mapa dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da ARSLVT**



Fonte: Plano Estratégico da ARSLVT 2014-2016

A região de Lisboa e Vale do Tejo é uma das regiões mais populosas do país, representando 34,5% da população nacional. Acentua-se o envelhecimento populacional em todas as sub-regiões de LVT, que são compostas por: Grande Lisboa, Península de Setúbal,Médio Tejo, Oeste e Lezíria do Tejo, 51 concelhos e 526 freguesias a que corresponde um território de 11.741 km<sup>2</sup>, uma população residente de 3.664 milhares de pessoas e uma densidade populacional de 312 habitantes por km<sup>2</sup>.

A Grande Lisboa é constituída pelos seguintes concelhos: Amadora, Cascais, Lisboa, Mafra, Odivelas, Oeiras, Sintra e Vila Franca de Xira. Os municípios mais populosos são Lisboa e Sintra. “O território da RLVT corresponde a 3,2% do território nacional e a sua população representa 27%. A A.R.S.L.V.T.,I.P. integra 15 agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), conforme se verifica na figura 1 e no anexo C. O Decreto-Lei nº 28/ 2008 de 22 de Fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do SNS e estabelece o seu regime de organização e funcionamento” (Plano de Ação Aces Sintra 2013-2015).

**Figura 2 – População residente na região ARSLVT, IP.**

ACES	População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário; Decenal				
	Total (HM)	0 - 14 anos (HM)	15 - 24 anos (HM)	25 - 64 anos (HM)	65 e mais anos (HM)
1 Lisboa Norte	225.038	30.535	23.280	120.596	50.627
2 Lisboa Central	261.350	32.204	24.933	141.178	63.035
3 Lisboa Ocidental e Oeiras	233.465	34.314	21.827	127.057	50.267
4 Cascais	206.479	32.655	21.727	115.383	36.714
5 Amadora	175.136	25.903	19.476	97.015	32.742
6 Sintra	377.835	66.633	43.891	215.654	51.657
7 Loures - Odivelas	349.603	53.968	37.970	198.887	58.778
8 Estuário do Tejo	244.377	41.465	24.935	140.551	37.426
9 Almada - Seixal	332.299	51.330	34.896	185.915	60.158
10 Arco Ribeirinho	213.584	33.608	21.573	119.004	39.399
11 Arrábida	233.516	38.852	23.754	130.282	40.628
12 Oeste Norte	176.298	25.537	18.423	95.410	36.928
13 Oeste Sul	206.269	34.186	20.844	113.841	37.398
14 Médio Tejo	227.999	30.919	22.928	118.608	55.544
15 Lezíria	196.620	27.929	18.759	104.418	45.514
<b>ARSLVT</b>	<b>3.659.868</b>	<b>560.038</b>	<b>379.216</b>	<b>2.023.799</b>	<b>696.815</b>

Fonte: INE, Resultados Definitivos Censos 2011

Em 2011, a região de Lisboa e Vale do Tejo possuía uma população residente de 3 659 868 habitantes, mais 5,2% do que em 2001, correspondente a 34,6% da população nacional e 36,4% da população do Continente, para uma área geográfica de 12 203 Km<sup>2</sup>, equivalente a 13,7% do território de Portugal Continental. Na sua maioria são mulheres 1 487 271, sendo a população masculina de 1334 605. O número de utentes inscritos nos centros de saúde da LVT regista 4.139 milhares de utentes.

**Figura 3 - Nº de utentes inscritos ACES, Lisboa e Vale do Tejo**

ACES	Índices Demográficos 2011	
	Índice de Envelhecimento	Índice Dependência de Idosos
1 Lisboa Norte	166	35
2 Lisboa Central	196	38
3 Lisboa Ocidental e Oeiras	146	34
4 Cascais	112	27
5 Amadora	126	28
6 Sintra	78	20
7 Loures - Odivelas	109	25
8 Estuário do Tejo	90	23
9 Almada - Seixal	117	27
10 Arco Ribeirinho	117	28
11 Arrábida	105	26
12 Oeste Norte	145	32
13 Oeste Sul	109	28
14 Médio Tejo	180	39
15 Lezíria	163	37
<b>ARSLVT</b>	<b>124</b>	<b>29</b>

Fonte: INE, Resultados Definitivos Censos 2011

“A população idosa (65 ou mais anos) representava, em 2011, 19% da população da Região e os muitos idosos (75 ou mais anos), 8,8%. Os índices de envelhecimento e de dependência dos idosos são mais elevados nas regiões rurais e do interior, no Médio Tejo, onde por cada 100 ativos tem 54,1 dependentes (jovens e idosos) e por cada 100 jovens tem 160,8 idosos” (Plano Estratégico ARSLVT,I.P2014-2016).

#### Missão, Visão e Valores da ARSLVT, I.P.

De acordo com a Lei Orgânica das A.R.S.,IP, “a ARSLVT,IP (ver Anexo D) tem como missão garantir à população da Região de Lisboa e Vale do Tejo, o acesso à prestação dos cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde, cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde. A visão adotada deste organismo é mais Saúde e Bem-Estar para a Região de Lisboa e Vale do Tejo, atingindo os melhores indicadores do país.

Os valores da ARSLVT,IP assentam na responsabilidade, de modo a que a sua atuação atenda às expectativas da sociedade em termos do respeito pela \*lei, pelos valores éticos, pelas pessoas, pela comunidade e pelo meio ambiente. Na entreajuda e reciprocidade, garantindo à população da RLVT os acessos à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades a cumprir e na criação de valor, pautando a sua atuação de forma a ser útil às pessoas, a garantir a qualidade na prestação de serviços e nos procedimentos internos, a ser disponível para as organizações que tem sob a sua tutela e a responder às necessidades com eficiência”.

#### Caraterização do perfil de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo

Em 2012, na RLVT o valor da taxa bruta de mortalidade foi de 10,0 óbitos por mil habitantes. As taxas brutas com valores acima as do Continente encontravam-se nas sub-regiões Oeste (10,8), Lezíria do Tejo (11,9) e Médio Tejo (11,4).

A taxa de mortalidade infantil na região tem vindo a diminuir (2,6 óbitos /1000 nados vivos). Entre 2004 a 2012, o número de casos notificados de infecção VIH/SIDA tem vindo a decrescer na região. Fonte: Consulta site ARSLVT,IP.

## **FASE II**

### **Diagnóstico Social dos idosos dependentes referenciados pelas ECCI na ARSLVT,I.P.**

#### **2.1- Dimensão do problema**

De acordo com a Carta Social (2013) “a população portuguesa ao estar cada vez mais envelhecida, a procura pelas respostas sociais é acrescida neste grupo-alvo. A área da região metropolitana da grande Lisboa, concentra um maior número de população idosa em relação à capacidade de recursos disponíveis Além da taxa de cobertura insuficiente na distribuição das ajudas técnicas na área territorial as dificuldades financeiras das famílias é um fator agravante no acesso a estes equipamentos técnicos” (Carta Social,2013).

O estudo de caso apresentado no diagnóstico realizado na ECCI de Sintra procura analisar quais são as necessidades sociais das pessoas com mais de 75A do concelho de Sintra e, simultaneamente compreender as lacunas existentes numa ECCI, e, evidencia que a resposta dos cuidados continuados integrados no grupo de pessoas idosas, em situação de dependência, apresenta algumas fragilidades, que são transversais nas ECCI, que compõem a ARSLVT,I.P, nomeadamente a escassez e assimetrias no acesso aos recursos/equipamentos e produtos de apoio\* necessários face às situações de dependência dos doentes referenciados pelas ECCI.

---

\*Produtos de apoio, denominado SAPA, criado pelo Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de Abril, substituiu o sistema de prescrição e financiamento de ajudas técnicas e tecnologias de apoio. O termo de “produtos de apoio substitui o de “ajudas técnicas, no contexto da nomenclatura na Norma ISO 9999:2007. O termo "produtos de apoio" substitui o de "ajudas técnicas", no contexto da nomenclatura utilizada na Norma ISO 9999:2007.

## **2.2- O envelhecimento demográfico na atualidade no caso português**

“A sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, transversal nas sociedades ditas desenvolvidas, em consequência do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade. Os progressos proporcionados pelo desenvolvimento, em geral, e pelas ciências da saúde, em particular contribuíram de uma forma decisiva para o prolongamento da vida à qual se associa um crescimento da população idosa essencialmente, em consequência das baixas taxas de natalidade” (Sequeira:2010).

Em Portugal, a população com mais de 75 anos, representa atualmente, de acordo com os Censos 2011 “cerca de 9,10% da população total, que comparativamente com os dados dos Censos em 2001 apresentava uma proporção de 6,8%, logo a população idosa passou de 701366 em 2001 para 961925, ou seja, apresentou um aumento significativo de 2,43% no que respeita ao envelhecimento demográfico”.

Através das pirâmides etárias da população (ver Anexo E) é visível a evolução da estrutura etária em Portugal, desde 1991 até 2011, verificando-se um aumento no envelhecimento da população, acentuado pela base das pirâmides etárias onde se verifica uma diminuição da população jovem e no topo um incremento da população idosa.

O índice de envelhecimento passou de 1991 de 72 idosos por cada 100 jovens entre os 0 e os 14 anos, para em 2011 ser o número de 129 idosos por cada 100 jovens entre as idades compreendidas de 0 a 14 anos.

Prevê-se que, em 2050, se acentue a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos, apontando a longevidade para os 81 anos (84,1 no que respeita às mulheres e 77,9 no que respeita aos homens), em vez dos atuais 79,20.

“A população idosa tem, desta forma, um importante destaque na estrutura da sociedade portuguesa, pois a esperança média de vida aumentou, e se por um lado coloca, em evidência a melhoria dos serviços e de saúde e das condições de vida da população, por outro traduz um envelhecimento demográfico com repercussões a nível da saúde e da segurança social, havendo, desta forma a necessidade de ajustar as respostas sociais à nova realidade com que nos confrontamos assim como o contributo das políticas públicas implementarem de serviços de qualidade que respondam às necessidades e expectativas dos cidadãos” (Almeida, 2012).

## **2.3- Políticas Sociais de suporte à intervenção social com o idoso dependente**

Na atualidade consideramos que, em Portugal a Saúde é um Dever e um Direito. O Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa é consagrado à Proteção da Saúde.



“Apesar de este ser o único artigo que se refere expressamente à saúde, encontram-se contudo, na Constituição outros preceitos que lhe dizem respeito: o Direito à Vida (Art.24º), o Direito à Integridade Pessoal (Art.25º), o Direito ao Ambiente e Qualidade de vida (Art.66º) entre outros” (Carvalho:2012).

O direito à proteção da saúde concede-nos a possibilidade de obter do Estado prestações ou serviços que permitam a sua efetivação, implicando por isso, um dever do Estado. Deste modo, este direito não impõe apenas o Estado a obrigação de criar condições para a proteção de saúde mas também lhe impõe que se abstenha de atuar de forma a prejudicar a saúde dos cidadãos.

A prestação de cuidados de saúde em Portugal caracteriza-se pela coexistência de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), de subsistemas públicos e privados específicos para determinadas categorias profissionais e de seguros voluntários privados. O SNS é a principal estrutura prestadora de cuidados de saúde, tendo sido criado pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, como instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos.

O SNS integra todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social. A última década foi marcada por um conjunto de reformas, com especial incidência na rede e nas urgências hospitalares, nos cuidados de saúde primários (CSP) e nos cuidados continuados integrados (CCI). A rede hospitalar em Portugal Continental é formada por 212 Hospitais, dos quais 91 são privados (portal do INE, 2012). Os 363 Centros de Saúde foram organizados em 74 Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES).

Em 2012 estavam, segundo dados do INE, em atividade 342 Unidades de Saúde Familiar e 186 Unidades de Cuidados na Comunidade (Plano Nacional de Saúde 2012-2016:33-34). Este processo de reestruturação e criação de novos serviços de saúde foi acompanhado por uma evolução positiva do número de profissionais de saúde. O rácio de médicos por 1000 habitantes aumentou de 3,3 para 4,0 entre 2001 e 2010.

De acordo com (Carvalho, 2012), “a grande transformação no que concerne à legislação na saúde em Portugal que se fez sentir no ano 2011 teve em vista garantir a sustentabilidade do SNS, quer no que respeita ao seu regime geral de acesso ou regime especial de benefícios, quer no que respeita aos seus recursos financeiros. Neste enquadramento, dá-se relevância à situação clínica dos utentes do SNS, bem como a sua situação económica, mediante a definição de alguns critérios de avaliação sociofamiliar”.

“Hoje constata-se que a cidadania participada, cede cada vez mais ao paradigma de emergência social, com uma forte vertente assistencial e neoliberal. No período em que programa do XIX Governo Constitucional espelha a crise que vivemos, com um défice

orçamental acumulado superior a 9% do PIB (2010) e um pacto de estabilidade financeira designado por troika, com uma orientação pautada por regras e metas preestabelecidas, assiste-se a um quadro de retrocesso social, suportado pela revisão das políticas públicas, com implicações no bem-estar e qualidade de vida dos portugueses” (Almeida, 2012).

Capucha (s.d.:338) descreve o envelhecimento “como sendo um resultado da melhoria generalizada das condições de vida, em larga medida induzida pelo sucesso de políticas sociais públicas como as de saúde, de redistribuição de rendimentos (em particular de segurança social) e de trabalho, contudo o problema que se coloca relativamente às políticas relacionadas com o envelhecimento é o de encontrar os mecanismos certos para garantir a solidariedade intergeracional no presente e no futuro e para responder às necessidades emergentes para o envelhecimento”. Segundo o mesmo autor “não é possível atender às necessidades das pessoas idosas sem o desenvolvimento de duas áreas de política centrais para a coesão e a solidariedade entre as gerações: a política de ação social e a política de pensões. No caso de uma política de ação social esta deve ser assente em três pilares básicos: assegurar a qualidade de toda a rede de equipamentos existentes; expandir essa rede de modo a cobrir a totalidade da procura e fazendo com que esta coincida com o tipo de oferta, tendo em conta a missão de cada tipo de valência e, implementar procedimentos de clarificação da relação entre o estado e os diferentes prestadores de serviços, assegurando que é dada a prioridade na utilização dos apoios públicos aos idosos mais pobres e diversificando as vias da atribuição dos apoios, estimulando o financiamento direto da procura e aumentando assim a probabilidade de escolha por parte das pessoas”.

A segunda área de desenvolvimento político é a da proteção social, e em particular, a das reformas mais baixas quer do sistema contributivo, quer do não contributivo. Ou seja, o défice de proteção social reflete-se negativamente nos idosos de menores recursos. Ainda que o rendimento disponível entre as famílias, incluindo as mais pobres, tenha subido cerca de 4% entre 1995 a 2001. Contudo as pensões mais baixas cresceram mas bastante menos. Em 2001 a pensão social não ultrapassava 51% do limiar da pobreza e a pensão mínima do regime geral 70%. Assim que é fundamental racionalizar as despesas com a proteção social, reforçar as políticas ativas por relação às passivas” (Capucha,s.d.:345).

## **Respostas sociais**

Na atualidade, Portugal conta com várias respostas oficiais para pessoas idosas, mencionadas abaixo na Tabela 3, reconhecidas pela Segurança Social:

**Tabela 3 – Respostas sociais dirigidas à população idosa em Portugal**

Serviço de apoio domiciliário	Resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.
Centro de Convívio	Resposta social de apoio a atividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.
Centro de dia	Resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia.
Centro de noite	Resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.
Acolhimento familiar	Resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.
Estruturas residenciais	Resposta social destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos.
Centro de férias e lazer	Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.
Pensões por “velhice”	Prestação mensal às pessoas que tenham chegado à idade de reforma, e tem como objetivo compensar a perda da remuneração de trabalho. Para beneficiar da mesma é necessário ter +65 <sup>a</sup>
Pensões por invalidez	Prestação mensal que tem como objetivo compensar a perda de remunerações de trabalho resultante da incapacidade antecipada para o trabalho
Pensões sociais	Prestação mensal para os nacionais residentes no país, que não se encontrem abrangidos por qualquer regime de protecção social; que não tenham rendimentos líquidos de qualquer natureza, ou não exceda 30% da remuneração mínima garantida à generalidade dos trabalhadores
Pensões de viúvez	Prestação atribuída ao conjugue do falecido pensionista, que por si só não tenha direito a qualquer pensão de sobrevivência, enquanto

## Acompanhamento Integrado aos idosos dependentes na A.R.S.L.V.T.,I.P.

	manter o seu estado civil.
Complemento solidário para idosos	Montante mensal pago aos idosos com baixos recursos, residentes em Portugal, com idade igual ou superior a 66 anos.
Complemento por dependência	Prestação atribuída ao pensionista que se encontra em situação de dependência e que precisa de ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana.

Fonte: Instituto da Segurança Social (2015), Elaboração própria

Foi criado, através do Despacho Conjunto nº 166 de 1994, o Programa de apoio integrado a idosos (PAII). É uma medida que qualificou os Serviços de Apoio Domiciliários (SAD) existentes e a criação de novos SAD integrados – SADI, que oferecem cuidados urgentes e permanentes destinados a manter a autonomia do idoso no domicílio; meios para assegurar a sua mobilidade e a acessibilidade a benefícios e serviços; serviços de apoio a famílias cuidadoras; formação dos intervenientes tendo em vista melhorar os serviços.

“O programa tem como finalidade aumentar o número de respostas e a sua qualidade, apostando na criação de novos serviços e na melhoria dos já existentes. Esta melhoria pressupunha a criação de respostas complementares, assim como a sua potenciação, através da articulação de recursos. O programa era gerido pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa” (Carvalho, 2012).

---

**\*\* Programas de saúde existentes na área dos idosos na ARSLVT, I.P.:** Saúde do adulto e do idoso, Rastreio oncológico colo retal, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Cuidados domiciliários, Cuidados de enfermagem, Saúde oral, Alimentação saudável, RNCC

## 2.4- Diagnóstico social dos idosos dependentes referenciados na ECCI Sintra: estudo de caso

“Planear consiste em projetar uma mudança, antecipar conceptualmente uma realidade desejável, prever as etapas necessárias de transformação dessa realidade e os caminhos a percorrer pelos agentes, identificar os fatores que afetam o processo e os modos como se pode intervir sobre eles, escolher as ações correspondentes e mobilizar os meios necessários para que a mudança desejada ocorra de fato no sentido projetado” (Capucha,2008).

“A primeira fase do planeamento centra-se no diagnóstico. Este deve abranger seis pontos centrais: a caracterização do contexto social onde irá ser aplicado o projeto, o segundo está relacionado com o conhecimento dos problemas que necessitam de ser resolvidos e na relação entre os mesmos, ou seja, é necessário conhecer a realidade onde se vai intervir, identificando os problemas que a caracterizam e de que forma os objetivos do projeto vão de encontro a intervir junto desses problemas; um terceiro aspeto na fase do diagnóstico está associado à dimensão e à intensidade desses problemas e a que nível se manifestam, ou seja, se existem quer a nível geral, regional, local; em seguida foca-se a evolução dos problemas identificados, a sua origem e quais as alterações verificadas; o quinto ponto refere-se aos indivíduos, aos agentes que estão comprometidos direta e indiretamente com o projeto e por último o diagnóstico deve abranger os interesses dos vários agentes, as suas representações e motivações e o modo como encaram os problemas e/ou os projetos” (Capucha,2008).

### Caraterização da população-alvo

Tabela nº4- Caraterização dos utentes dependentes + 75A na UCCI Sintra 2013 – Estudo de caso

		N	%
<b>Idade</b>	75 – 84	22	52%
	>= 85	20	48%
<b>Sexo</b>	Feminino	24	57%
	Masculino	18	43%
<b>Estado civil</b>	Solteiro/a	1	2%
	Casado/a	22	52%
	Viúvo/a	19	46%
<b>Habilitações literárias</b>	Não sabe ler nem escrever	2	5%
	2º Ciclo do Ensino Básico (5º ao 6º ano)	39	93%
	3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º ano)	1	2%

## Acompanhamento Integrado aos idosos dependentes na A.R.S.L.V.T.,I.P.

<b>Com quem reside</b>	Esposa/Marido/Companheiro/a	21	50%
	Filho /a	14	34%~
	Irmão/ã	3	7%
	Ajudante/auxiliar (remunerado)	1	2%
	Sozinho/a	3	7%
<b>Condições habitacionais</b>	Boas condições	33	79%
	C/ barreiras arquitetónicas	9	21%
<b>Esse alojamento é</b>	Próprio	24	57%
	Familiares	13	31%
	Alugado	5	12%
<b>Recursos económicos</b>	Até 500€	18	43%
	de 501 a 1000 €	24	57%
<b>Avaliação do Grau de dependência AVD</b>	Parcialmente dependentes	15	36%
	Totalmente dependentes	27	64%

Fonte Elaboração própria - Processos da plataforma RNCCI entre Junho a Setembro 2013, ECCI Sintra

O grupo alvo é constituído por um total de 42 pessoas idosas, sendo a média de idade que prevalece, de 84,3%, tendo a pessoa mais nova 75 anos e a mais velha 96 anos de idade. No que se refere ao género, verifica-se 18 indivíduos do sexo masculino e 24 do sexo feminino, correspondendo a uma percentagem de 43% e 57% respetivamente. Estes resultados revelam que a maioria dos idosos pertence ao sexo feminino. Relativamente ao seu estado civil, maioritariamente os indivíduos são casados/as, representando 52% da amostra, seguindo-se as pessoas viúvas/os com uma percentagem de 47% e os/as solteiros/as representando apenas 2%.

No que diz respeito às habilitações literárias, a maioria, ou seja 93%, possui escolaridade ao nível do 2º ciclo do ensino básico, 5 % são analfabetos e apenas 2 % frequentaram o 3º ciclo do ensino básico. Em relação à informação de com quem residem, 50% dos indivíduos refere ser o/a esposo/a, 34% vivem com os filhos/as, 7% pertence aos indivíduos que residem sozinhos assim como também a percentagem de 7% pertence aqueles que coabitam com irmã/o. Os indivíduos que vivem com ajudante familiar situam-se nos 2%.

Quanto às condições habitacionais, são mencionados 79% de residências com boas condições de habitabilidade e 21% das residências possuem barreiras arquitetónicas à pessoa idosa que nela vive. A maioria reside em casa própria, com a percentagem de 57% e a percentagem de 31% verifica-se nas situações em que a pessoa idosa reside na casa de familiares. Os indivíduos que residem em alojamentos alugados correspondem a 12%. A tabela mostra-nos que os recursos económicos das pessoas idosas da amostra, situam-se maioritariamente entre os 501€ a 1000€, ou seja 57%, e deve-se ao fato de muitos dos

indivíduos beneficiarem da pensão de velhice ou de invalidez, de viuvez e do complemento por dependência. Os restantes 43% auferem rendimentos inferiores a 500€ mensais. Referente ao grau de dependência das pessoas idosas na amostra, 64% são totalmente dependentes de terceiros para as suas atividades da vida diária (AVD), enquanto 36% possuem um grau de dependência parcial, ou seja, existem atividades no seu dia-a-dia que conseguem realizar, nomeadamente comer pela própria mão.

### Necessidades sociais detetadas

Tabela Nº 5 Caracterização das necessidades sociais da população-alvo

		Nº respostas		%	
<b>1 -Que tipo de ajuda/apoio considera ser o mais importante para o seu dia a dia?</b>	Afetivo/relacional	3		30%	
	Cuidados pessoais e médicos	2		20%	
	Monetário	2		20%	
	Mobilidade	3		30%	
<b>2- Quais os motivos de maior preocupação referidos</b>	Saúde	10		100%	
	Financeiro	2		20%	
	Família	4		40%	
	Outro	3		30%	
<b>3- Escala de Rede de apoio social (adaptação de Ljubben,1998)</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Com quantos familiares está ou fala pelo menos 1 vez semana?		1	6	0	3
Com quantos vizinhos se relaciona?		0	0	0	5
Com quantas outras pessoas se relaciona pelo menos uma vez por semana?		0	0	8	0
Nº total de respostas		0	7	10	8

Fonte:Elaboração própria, Questionários aplicados 10 idosos no domicílio referenciados pela UCCI Sintra 2013

Do total das 42 pessoas idosas que integram a população-alvo, foram realizados dez questionários ao domicílio dos utentes com a finalidade de conhecer quais eram as suas necessidades sociais. De acordo com a pergunta 1, a maioria dos inquiridos refere carecer mais do que um tipo de ajuda/apoio. 30% da percentagem frisa que esse tipo de ajuda é ao nível relacional e de convívio com outras pessoas. Também 30% da percentagem menciona

a dificuldade na mobilidade e autonomia própria, que as impede de sair da cama ou da divisão da casa que passam grande parte do tempo. Ainda são apontadas falta de apoio ao nível dos cuidados pessoais (higiene), referido por 20%, que dizem ser insuficientes, na medida em que quando é prestado através do SAD “é um serviço feito à pressa” e quando feito pelo cuidador, este “tem muita dificuldade em realizá-lo sozinho”. Com o mesmo valor de percentagem, 20% aponta o fator económico como sendo um dos tipos de apoio necessários, dado que o agregado familiar dispõe de insuficiência económica para fazer face às necessidades básicas do seu dia-a-dia.

Na resposta à pergunta 2 os inquiridos referem de forma unânime (100%) que o motivo da sua maior preocupação é a saúde, 4 utentes contam que as preocupações estão relacionadas com aspetos familiares, 3 mencionam como sendo outros os fatores da sua inquietação, nomeadamente 2 dos utentes indicam não possuírem médico de família atribuído e 1 utente diz que o seu maior receio é ter que sair da casa onde vive. O fator financeiro também é apontado como uma preocupação na ordem dos 20%.

A pergunta 3 está baseada no uso da Escala de Rede de Apoio Social (adaptação de Lubben,1998) e consiste em tentar perceber como é a rede social das pessoas idosas dependentes inquiridas. Verifica-se, de acordo com as respostas, que 6 pessoas idosas falam durante a semana, unicamente, com o familiar com quem coabitam, 1 inquirido não fala com nenhum dos familiares e 3 comunicam até com 3 familiares durante a semana.

As redes de vizinhança são escassas, e apenas 5 inquiridos referem relacionar-se com frequência com os vizinhos, enquanto os restantes não os contacta. Além da família e dos vizinhos 80% das pessoas idosas inquiridas apenas se relacionam com a equipa de enfermagem da UCCI de Sintra, que se desloca frequentemente ao domicílio, sendo este um ponto forte no diagnóstico, uma vez que os utentes colaboram favoravelmente com os profissionais de saúde.

## **2.5 - Interpretação diagnóstica e sistematização das necessidades prioritárias de resposta**

Além da aplicação do questionário, dados da plataforma, do contato com os próprios utentes, os cuidadores, das conversas informais quer com os técnicos de saúde (Enfermeiros, Nutricionista, Médicos), quer com a Assistente Social, e com base no diagnóstico elaborado, destaca-se que:

- As maiores preocupações dos idosos dependentes passam pela perda de mobilidade e autonomia, causado, além do quadro clínico que apresentam, pela incapacidade económica do agregado familiar, que impede muitas destas pessoas idosas dependentes de obterem material de apoio de forma temporária ou definitiva que atenua a realização das



suas AVD, no sentido de melhorarem substancialmente a sua qualidade de vida, dado que muitas das pessoas da amostra passam todo o dia na mesma posição ou na mesma divisão do seu habitat sem possibilidade de se deslocarem;

➤ Identifica-se a situação de isolamento social no domicílio/convívio com outras pessoas causada pelo estado de elevada dependência do idoso (alguns porque estão totalmente acamados e outros porque não conseguem andar),obstáculos que enfrentam no seu quotidiano, como barreiras arquitetónicas no habitat ou aqueles que podem deslocar-se ao exterior deparam-se, por exemplo, com a falta de elevadores ou o caso dos passeios não adaptados a uma cadeira de rodas. Complementando este item, em entrevista, a Assistente Social menciona “os idosos que mais apresentam dificuldades do foro social, aqui na comunidade, são aqueles que vivem sozinhos, que enfrentam a solidão e estão em vulnerabilidade social.”

➤ Verifica-se que o cuidador da pessoa idosa é, em muitos casos, o próprio cônjuge ou companheiro/a, eles próprios também idosos, com fragilidades e limitações de saúde, que afetam o seu equilíbrio físico e mental que, acrescentando ao cuidar de um idoso/a dependente, resulta num enorme cansaço e desgaste à vida do cuidador;

➤ No caso em que os cuidadores são familiares diretos, como os filhos/as, é referido a falta de apoio/entajuda para com os familiares, sendo a tarefa de cuidar do idoso dependente, muitas vezes a cargo de um único membro, que com alguma frequência têm dificuldade na conciliação da vida profissional e os cuidados ao idoso dependente ou inclusive o abandono da atividade laboral para se dedicar em exclusivo ao cuidado do idoso dependente;

➤ Os baixos rendimentos dos agregados são insuficientes para fazer face às suas necessidades básicas diárias, impossibilitando, os utentes de praticarem uma alimentação cuidada e adequada ao seu estado de saúde, pois muitas destas pessoas idosas dependentes e acamadas, necessitam de suplementos alimentares para reforço à sua dieta, que são dispendiosos e acabam por não serem comprados;

➤ Existem utentes sem médico de família, com esperas prolongadas na marcação de consultas médicas, traduzindo insatisfação junto dos utentes inquiridos;

### **FASE III**

Projeto: Acompanhamento Integrado à pessoa idosa dependente em contexto de Cuidados Continuados Integrados: refletir novas respostas

#### **3.1 Fundamentação da viabilidade do projeto**

Os dados do estudo de caso realizado através dos questionários aplicados na região de Sintra revela que 64% dos inquiridos é totalmente dependente da ajuda de terceiros na realização das suas Avds, enquanto 36% possui um grau de dependência parcial. Os idosos dependentes são, na sua maioria, afetados por problemas que influenciam quer a sua saúde física e psíquica e tornam-se impossibilitados de satisfazer sem a ajuda de terceiros, as suas necessidades básicas, tais como a mobilidade, a higiene e a alimentação.

Ainda que a realidade dos idosos identificados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Sintra não comprove como vivem os idosos com mais 75A referenciados pelas restantes Unidades de Cuidados Continuados Integrados de L.V.T., alerta que os produtos de apoio são reduzidos, assimétricos e de difícil acesso, e nestas circunstâncias adquirir os meios para os problemas de dependência é um impedimento ao aumento da qualidade de vida destes idosos.

Neste sentido torna-se necessário indagar condições que proporcionem o bem-estar e melhoria na vida das pessoas idosas, que sejam desenvolvidos meios alternativos para colmatar as necessidades desta população alvo, contribuindo para que o problema da falta dos produtos de apoio e equipamentos sociais seja respondido atempadamente, e quando sejam necessários estejam ao alcance, facilmente, na comunidade do idoso.

Ao responder à questão da acessibilidade de produtos de apoio procura-se, além de obter ganhos na saúde população envelhecida, responder em simultâneo à questão do isolamento social no domicílio, que muitos idosos mencionam sentir, devido à falta de autonomia e, no caso das barreiras arquitetónicas que condicionam a sua vida no dia a dia.

Tudo isto só é possível havendo um trabalho envolvido, em rede, de optimização de recursos na comunidade.

Acrescento a importância de clarificar o conceito de produtos de apoio, que segundo o Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD), são “meios indispensáveis à autonomia e integração de pessoas e destinam-se a dar resposta às pessoas com a deficiência ou incapacidade temporária de forma a compensar e atenuar as limitações de atividade quotidianas e restrições de participação decorrentes da deficiência ou incapacidade temporária”.

### **3.2- Objetivo Geral**

-Promover respostas às necessidades sociais identificadas junto dos idosos dependentes com mais de 75 anos referenciados pelas ECCI da ARSLVT,IP, que visem contribuir para a melhoria das condições de vida diária e quotidiana destes idosos, promovendo a sua integração no meio envolvente, de forma integrada e participada.

### **3.3- Objetivos específicos**

-Desenvolver intervenções, em articulação com os recursos existentes A.R.S.L.V.T.,IP que dê resposta às necessidades de pessoas com mais de 75A, nomeadamente a criação de um Banco de Produtos de Apoio Partilhados;

- Mobilizar os recursos sociais, económicos, de saúde e recreativos existentes na A.R.S.L.V.T.,I.P. de forma a dar resposta de modo integrado às necessidades sentidas pela população idosa dependente, com mais de 75A, referenciada pelas ECCI;

- Promover a autonomia e qualidade de vida do idoso dependente, cuidadores e comunidade em geral;

- Reduzir o tempo de hospitalização;

-Criar condições favoráveis para que os idosos dependentes estejam no habitat natural o maior tempo possível.

### **3.4- Destinatários**

As pessoas beneficiárias do projeto serão os utentes referenciados pelas ECCI da A.R.S.L.V.T.,IP, com mais de 75 anos de idade, que se encontrem em situação de dependência total ou parcial de terceiros na realização das suas atividades da vida diária, incluindo os seus cuidadores informais e familiares diretos.

### **3.5- Ações a desenvolver/ Plano de ação**

Após refletir sobre as situações problema possíveis detetadas no diagnóstico, verifiquei que a primeira situação, e prioritária, é a dificuldade que as pessoas idosas se deparam para adquirir produtos de apoio, equipamentos como é o caso de cadeiras de rodas, cama articulada, andarilhos, bengala, para dar resposta às suas necessidades de mobilidade diárias. É uma situação que assenta principalmente na incapacidade financeira (rendimentos baixos, provenientes das suas pensões de reforma, viuvez, dependência), por desconhecimento prestado ao agregado familiar em adquirir o equipamento e o tempo de espera para formalização dos pedidos assim como as assimetrias em função dos concelhos dentro da Região de Lisboa e Vale do Tejo que existem produtos de apoio (no caso de

Sintra, a única instituição que cede, mediante empréstimo na região é a Santa Casa da Misericórdia).

Proposta de intervenção:

Face às dificuldades em dar resposta às pessoas idosas que não têm possibilidade de adquirir materiais e equipamentos essenciais ao seu bem-estar, o projeto propõe criar um Banco de Produtos de Apoio Partilhados para os utentes das ECCI na A.R.S.L.V.T.,IP.

A implementação de um lugar onde se concentrarão os produtos de apoio dentro da ARSLVT,I.P. permitirá ser uma resposta de proximidade aos idosos em situação de dependência temporária ou permanente cujo estado de saúde atenda à utilização de material de apoio no domicílio, permitindo diminuir as dificuldades de mobilidade; reduzir o tempo de hospitalização; melhorar os cuidados de dependência face a terceiros e envolver a família e a comunidade em geral. Esta prioridade de intervenção deve passar por envolver todas as entidades e técnicos parceiros da ECCI e a Rede Social dos Concelhos, de forma a otimizar os recursos existentes nas comunidades.

### **3.6- Metodologia**

Conforme é referido por Serrano (2010), a metodologia é “o conjunto de atividades que se devem desenvolver para levar a cabo o projeto, ou seja, as ações e os procedimentos que se devem realizar para alcançar as metas e os objetivos propostos (...) a metodologia tem um papel fulcral no desenvolvimento de qualquer projeto, dado que proporciona as ferramentas, as técnicas e em suma, os métodos mediante os quais tentamos transformar a realidade a fim de a melhorar (...) deve garantir duas condições: que o processo seja participativo e científico”.

Para Guerra (2000), a metodologia de projeto é, assim, “um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e conclusiva de um processo de transformação do real. É uma imagem antecipada de um processo de transformação do real e é uma representação das operações que aí conduzirão. A metodologia de projeto, apresenta-se com uma previsão ou como um acompanhamento intelectual da produção de uma mudança. Ainda para a mesma autora, a metodologia é um processo permanente e contínuo; voltada para o futuro; sistémica; iterativa e uma técnica de inovação e mudança” (Guerra:2000).

O presente trabalho de projeto aborda uma problemática complexa que exige respostas à altura dos desafios. A criação de um Banco de Produtos de Apoio Partilhados implica um trabalho de parceria e proximidade fundamental. O contributo da metodologia do atendimento integrado é o exemplo que melhor concerne no que respeita à rentabilização dos recursos sociais das comunidades locais, privilegiando um atendimento menos moroso

à população, uma vez que o atendimento social é repartido em parceria e na centralidade de um gestor de caso.

“A resposta social integrada é enquadrada na Agenda Social Europeia, na revisão do Método Aberto de Coordenação e dos apelos do Conselho Europeu e na Estratégia de Lisboa, onde se verificam as preocupações constantes pelos processos de inclusão social e coesão social, pela concretização das políticas e identificação de princípios, objetivos e concentração na eficácia das políticas. Este processo de racionalização leva a um conjunto de objetivos comuns adotados pelo Conselho Europeu em 2006, relativamente à proteção e inclusão social, mencionados no Plano Nacional de ação para a Inclusão” (PNAI:2006-2008).

A Metodologia do Atendimento e Acompanhamento Integrado é uma ação para o desenvolvimento das políticas de apoio às famílias, considerada como uma Boa Prática Social, no PNAI 2006-2008, numa perspectiva de descentralização e desburocratização do atendimento, com vista ao aumento da capacidade de atendimento e de acompanhamento social e respetiva otimização de recursos.

A sua implementação, segundo o PNAI, “veio no sentido de dar resposta às sobreposições no atendimento/acompanhamento de públicos vulneráveis. Estas sobreposições advêm das diferentes entidades públicas e privadas que intervêm desarticuladamente no mesmo território e para a mesma população alvo. Os objetivos principais desta metodologia são otimizar os recursos das entidades ao nível do atendimento e acompanhamento; diminuir o número de famílias que cada técnico acompanha; identificar e implementar um gestor de caso por família e uniformizar os procedimentos organizativos e critérios de avaliação” (PNAI 2006-2008).

“Considerando esta Metodologia emancipadora nas dinâmicas atuais de intervenção social, esta tem permitido uma melhoria do funcionamento e articulação entre as organizações com responsabilidades no atendimento às famílias e indivíduos, devido à descentralização e à desburocratização; maior eficácia e eficiência no atendimento e respostas aos problemas das famílias e uma melhoria dos níveis de satisfação dos beneficiários quanto aos atendimentos e serviços prestados” (PNAI 2006-2008).

Na perspectiva da entrevistada (ver em Anexo) a intervenção do assistente social na metodologia do acompanhamento integrado tem um papel fundamental, como gestor de caso sobre o processo social que acompanha, sendo o único detentor da informação que virá a dar resposta ao problema “é um modelo eficaz (...) não duplicando a intervenção e permite haver uma resposta global à necessidade da pessoa”, permite ter um conhecimento local da população que acede aos serviços das ECCI, dando a possibilidade de uma maior atenção sobre as necessidades sociais, criando repostas personalizadas, agindo numa perspectiva preventiva e simultaneamente promovendo a cidadania social. Inclusive, refere

“irão utilizar-se uma série de recursos na comunidade, sempre na perspectiva das necessidades do indivíduo, e, quando os pedidos feitos não têm resposta, não havendo recursos na comunidade, é um bom exemplo a criação deste Banco de Apoio, que dá resposta a uma problemática muito visível, e ao não haver respostas, se calhar podemos criar”.

Contudo, o constrangimento demonstrado, segundo Ferreira e Seno (2014) “nem todas as instituições estão preparadas para a intervenção em rede na lógica de otimização de recursos, bem como para a problemática da dependência. São ainda referidos, pelos mesmos autores, limitações ao nível dos procedimentos e da forma como alguns parceiros assumem o seu papel na rede”.

“Sendo o Serviço Social um otimizador de recursos, ao diagnosticar e intervir em problemas psicossociais, situando-se os recursos ao nível do diagnóstico individual”, Carvalho (2012) relaciona a metodologia de atendimento e acompanhamento integrado com a abordagem psicossocial no diagnóstico em saúde, “em que o assistente social intervém na avaliação e diagnóstico psicossocial, fomentando assim uma abordagem global em saúde e colocando em evidência o diagnóstico de problemas sociais que poderão potenciar problemas de saúde. Esta concepção enquadra o Serviço Social na saúde, considerando o Homem como um ser total, que relaciona o físico, o psíquico e o social; uns não são explicados sem os outros. A intervenção do assistente social deverá contribuir para o estudo dos fatores que influenciam a saúde dos indivíduos e das comunidades, pela participação e realização de estudos epidemiológicos pois as doenças têm influências sociais. Os recursos sociais podem ajudar a resolver certos problemas, porém, nenhum problema psicossocial se resolve apenas com recursos sociais, mas a partir da compreensão da incidência que os fatores psicossociais têm na saúde das pessoas e das comunidades”. Assim, para os autores Madragón e Trigueros, 1999 (Carvalho, 2012) “a intervenção nos fatores sociais atua em distintos níveis: individual, de grupo ou na comunidade. Esta abordagem alia uma dimensão individual a uma intervenção mais ampla e abrangente, partindo de casos concretos para uma intervenção com caráter mais global”.

### 3.7 Recursos

Tabela 6 – Recursos humanos afetos ao projeto (Equipa)

Orçamento mensal / anual

Função	Tempo inteiro	Tempo parcial	Remuneração mês	Subsídios (alimentação)	Encargos sociais obrigatórios IRS, Seg. Social, Seguro)	Remunerações totais
Coordenador Projeto (A. Social)	x	-	1146,00	124,00	630,86	1270,00
(2) Assistentes Sociais	x	-	1012,68 / 2,025,36	124,00	505,00 (x 2)	1136,00 / 2,272,00
(4) Enfermeiros	x	-	1012,68 / 2,025,36	124,00	505,00 (x 4)	1136,00 / 4,544,00
(2) Fisioterapeutas	x	-	1012,68 / 2,025,36	124,00	505,00 (x 2)	1136,00 / 2,272,00
	-	-	-	-	-	-
(2) Nutricionistas	-	x	506,34 / 1012,68	62,00	-	-
1 Médico	-	x	506,34	62,00	-	-
Total	9 Técnicos	3 Técnicos	8,741,00	1,302,00	-	10,358,00
<b>Orçamento anual</b>	-	-	-	<b>15,624,00</b>	<b>4,670,86</b>	<b>124,296,0</b>

A remuneração de 1012,68 mensal para os técnicos baseia-se no valor da tabela dos técnicos superiores da função pública (STAL, novo regime de 1 Janeiro de 2009).

**\*\* No sentido racionalizar os recursos financeiros e estimular o emprego, pretende-se recrutar técnicos superiores desempregados de longa duração.**

Tabela 7 – Orçamento\*\*\* (anual)

Descrições dos custos	2016	2017	Totais
Custos com os Recursos Humanos afetos ao projeto	124,296,00	124,296,00	<b>248,592,00</b>
Despesas de transporte e ajudas de custo para deslocações	3,000,00	2000,00	<b>5000,00</b>
Custos com amortização de equipamentos novos ou usados	35,000,00	15,000,00	<b>50,000,00</b>
Custo com consumíveis e outros fornecimentos	4,200,00	2,700,00	<b>6,900,00</b>
Custo com aquisição de serviços a terceiros	4,900,00	5,200,00	<b>10,100</b>
Custo com adaptação de instalações	0,00	0,00	<b>0,00</b>
<b>Total das despesas</b>	<b>171,396,00</b>	<b>149,196,00</b>	<b>320,592,00</b>
<b>Descrições das receitas</b>			
Financiamento solicitado à ARSLVT, I.P.	200,000,00	120,592,00 +28,604,00	<b>320,592,00</b>
Financiamento Próprio	0,00	0,00	<b>0,00</b>
Totais	+28,604,00	149,196,00	<b>320,592,00</b>

\*\*\*Para efeitos de orçamento o projeto tem início no ano de 2016 e irá até ao ano de 2017.

### 3.8- Resultados esperados

**Tabela 8 – Resultados a atingir**

	Metas
Aumentar o número de idosos autónomos e independentes no seu habitat natural	10% ano
Promover as competências pessoais e melhorar o grau de colaboração familiar	2 programas anuais
Diminuição do número de idosos dependentes de terceiros.	10% ano
Possibilitar a integração das pessoas idosas em situação vulnerável de dependência, no meio natural, possibilitando um aumento das suas relações sociais	10% ano
Possibilitar maior rapidez nas altas sociais e regresso dos idosos das unidades hospitalares aos seus domicílios	10% ano
Diminuição do tempo de espera para obtenção de produtos de apoio	12 meses

#### 4. Indicadores de avaliação do projeto

**Tabela 9 – Indicadores de avaliação**

Projeção da intervenção junto da comunidade
Número de pessoas idosas acompanhadas pela equipa técnica
Número de parcerias realizadas. Número de desistências de acordos.
Número de idosos que obtêm ajudas técnicas em tempo útil.
Contabilização do tempo médio de permanência na UCCI
Número de pessoas idosas que recuperam 50% ganhos em saúde com a obtenção dos produtos de apoio
Impacto que teve na relação com o cuidador



### **ANÁLISE CRÍTICA – reflexiva sobre o processo**

Enquanto Assistente Social o fato de terminar um novo grau académico é parte de um processo que decidi eleger e tenho vindo a construir. A persistência em desenvolver um trabalho de projeto na área das pessoas idosas em contexto de dependência revela a minha atitude inconformista de querer trazer contributos em matérias relacionadas com este coletivo, em particular, cujas respostas sociais atuais não respondem a este problema complexo da sociedade contemporânea portuguesa. Entre outras questões quero ressaltar a importância de refletir alternativas neste domínio.

Este trabalho permitiu-me desenvolver uma visão estratégica e crítica e gostaria de continuar a aprofundá-lo, de modo a torná-lo elegível, e, caso possível, ser implementado nas comunidades onde é tão necessário, envolvendo todos os sujeitos que nele participam, de uma forma direta ou indiretamente, integrada e participada na resolução dos seus problemas.

Houveram períodos de avanço e retrocesso, nomeadamente, aquando tinha iniciado o presente projeto (fase pré-diagnóstico) o mesmo foi interrompido pela instabilidade da minha atividade profissional na unidade de saúde de Sintra por motivos contratuais e quando retomei os profissionais de saúde, a assistente social entrevistada e as equipas tinham sido reorganizadas e/ou substituídas, algumas funções extintas e parte dos sujeitos dos questionários aplicados tinham falecido.

Porém, na segunda fase os entrevistados permitiram reforçar as necessidades sociais antes reveladas e, não enconderam que a acessibilidade aos produtos de apoio não funciona ou funciona mal. Face a esta situação a criação de um Banco de Produtos de Apoio Partilhados aponta diretrizes adequadas à realidade quer local quer regional do grupo populacional focado e às suas características e, poderá servir para reorganizar os cuidados prestados nas equipas dos continuados integrados na região da grande Lisboa e ser replicado em outras zonas do país.

O grande desafio para o Serviço Social neste projeto passa, sobretudo, pelo trabalho em rede, pois é um trabalho exigente, sendo necessário haver um trabalho de qualidade nas equipas; mapear as respostas sociais existentes a nível local e regional para conseguir conhecer em profundidade as comunidades das UCCI da A.R.S.L.V.T.,I.P. e existir uma necessidade de um envolvimento real das partes interessadas de modo a alcançar os efeitos desejados. Requer criar novas formas de intervir, com novas práticas e experiências que alinhem objetivos, promovendo o bem estar da população idosa numa óptica local e de proximidade.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Almeida, Helena N. (2012), *Envelhecimento, qualidade de vida e mediação social profissional na saúde*, in Maria Carvalho (coord.), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Edições Pactor
- Antunes, Ana (2010), *Adequação da oferta de serviços de saúde e de apoio face às necessidades sentidas da população idosa do concelho da Constância*, Mestrado em Gestão e Economia de Saúde, Coimbra, FEUC
- Barros P, Machado S, Simões J. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011, 13(4):1–156. (autor referido no Plano Nacional de Saúde 2012-2016)
- Branco, F. e Maria Farçadas (2012), *O Serviço Social nos Cuidados de saúde Primários: contexto, perspetivas e desafios*, in Maria Carvalho (coord.), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Edições Pactor
- Capucha, L. (2008), *Planeamento e avaliação de Projetos – Guião Prático*, Lisboa, DGIDC/ME
- Carvalho, Ana F.S.(2009), *Serviço Social e Metodologias do Atendimento Integrado*, Dissertação de Mestrado de Serviço Social,, ISCTE-IUL
- Carvalho, Maria I. L. B. (2012), *Envelhecimento e cuidados domiciliários em instituições de solidariedade*, 2ª edição, Lisboa, Editora Coisas de Ler
- Direcção-Geral da Acção Social (1998), *Levantamento das Necessidades Sociais das Pessoas Idosas em Contexto Local*. Documentos temáticos, nº12, Lisboa, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Escala de Rede de Apoio Social (adaptação de Lubben,1998)
- Figueiredo,2007, autor citado por Custódio J., Lisete M. e Frazão A. Em *Envelhecer em tempo de crise: Respostas sociais*, Porto, 2012 (pp.94), Legis Editora
- Guerra, Isabel (2000),*Fundamentos e processos de uma sociologia de ação, O planeamento em ciências sociais*, 1ª Edição, Cascais, Editora Principia.
- José S. ,Wall, Karin e Correia, Sónia V. (2002), *Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente*, Working Paper
- Maia, R.L. (2002). *Dicionário de sociologia*. Porto, Porto Editora

Marques R. (coord.),Martingo C.,Teixeira F.,Saldanha M.,Guedes N.,Boura P.,Góis P.,Vaz P.,(2014) *Problemas Complexos de Governação Integrada*,Lisboa, Edição Fórum para a Governação Integrada

Masfret, Dolores Colom (2012), *O serviço social de saúde e o planeamento da alta para a continuidade de cuidados na comunidade*, in Maria Carvalho (coord.),*Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Edições Pactor

Organização das Nações Unidas (1982) Assembleia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena

Organização das Nações Unidas (1999), *Direitos Humanos e Serviço Social*, Lisboa, ISSScoop.

Paúl Constança e António Fonseca (2005), *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*,Lisboa, Climepsi Editores

Pimentel, Luísa (2005), *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias* Editora Quarteto

Plácido, António (2011) Análise dos resultados preliminares dos Censos 2011, Divisão dos Sistemas de Informação geográfica/Departamento de prospectiva e desenvolvimento estratégico/Câmara Municipal de Sintra

Quaresma, M. (2004). *O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência*, Lisboa: Cesdet Edições

Seno, Paula A. B. (2012), *Sistema de atendimento e acompanhamento integrado dirigido à população toxicodependente: uma prática do Serviço Social*, Mestrado de Serviço Social, Lisboa,ISCTE - IUL

Sequeira, Carlos (2010), *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*, Lisboa, Editora Lidel

Serrano, Pérez Glória (2008), *Elaboração de projetos sociais*, Porto, Edições Porto Editora.

Vaz, Silva e Sousa (2003). *Configurações de Vida na Velhice*. Antropológicas.Volume 7 Porto,UFP.

### **Documentos não publicados**

Plano de Ação Aces Sintra 2013-2015

## Artigos

Capucha, L.. *Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção. Proteção contra o “risco de velhice”: que risco?*,pp.337-347, Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3736.pdf>

Martins, Rosa, *Envelhecimento e políticas sociais: O idoso na sociedade contemporânea*, Educação, Ciência e Tecnologia, pp.126-140 Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenum/millenum32/10.pdf>

## Bibliografia eletrónica consultada

Carta Social , consulta a 11/03/2014,Disponivel em: <http://www.cartasocial.pt/conceitos.php>

Diagnóstico Social de Sintra (2004) , consulta a 12/03/2014, disponivel: <http://www.cm-sintra.pt/>

Instituto Nacional de Estatística (INE): O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas ,consulta a 28/06/2014, disponivel em: <http://www.ine.pt>

Instituto da Segurança Social, consulta a 02/09/2014,<http://www4.seg-social.pt/idosos>

Plano Ação Inclusão 2008-2010 - <http://www.gep.msess.gov.pt/planeamento/pnai.php>

Plano Estratégico ARSLVT,I.P 2014-2016 , consulta a 12/02/2015, Disponível em: [http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/writer\\_file/document/385/Plano\\_Estrat\\_gico\\_ARSLVT\\_2014-2016.pdf](http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/writer_file/document/385/Plano_Estrat_gico_ARSLVT_2014-2016.pdf)

Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (Perfil Saúde,pp.33-34),consulta a 14/02/2015,disponivel em: <http://pns.dgs.pt/>

Questionário Abuel, Questionário sobre saúde e bem estar nos indivíduos entre os 60 e os 84 anos de idade, Faculdade medicina da universidade do porto, consulta a 22/03/2013,Disponível em: <http://www.saudecoletiva.estatistico.com/tp/Lista1U2.pdf>

Relatório de monitorização RNCCI 1º semestre 2014 , consulta a 16/03/2015,Disponivel em:[http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20e%20da%20atividade%20da%20RNCCI\\_1%C2%BA%20semestre%202014.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20e%20da%20atividade%20da%20RNCCI_1%C2%BA%20semestre%202014.pdf)

Relatório de Monitorização da RNCCI 2013, Relatório anual, Fev.2014 , consulta a 16/03/2015,Disponivel em:

[http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI%202013%20-%20Relat%C3%B3rio%20Anual fevereiro%202014\\_FINAL.PDF](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI%202013%20-%20Relat%C3%B3rio%20Anual%20fevereiro%202014_FINAL.PDF)

Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência, consulta a 13/06/2015, disponível em: <http://www.inr.pt/content/1/1/bemvindo>

SAPA – Sistema de atribuição de produtos de apoio, consulta a 17/05/2015, disponível em: <http://www.inr.pt/content/1/59/ajudas-tecnicas-produtos-de-apoio>

## **Legislação**

Circular Normativa nº8 de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde, Publicada em 16 de maio de 2002

Circular Informativa nº 29/DSPCS, *Manual de Boas práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados*, de 06/07/07

Constituição da República Portuguesa – VII Revisão Constitucional. 2005. Artigo 24º, 25º, 64º e 66º do Capítulo dos Direitos Fundamentais.

Decreto – Lei nº101 (2006), Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, publicado no Diário da República I-Série A, de 6 de Junho

Decreto-Lei nº 28/ 2008 de 22 de Fevereiro

Decreto-Lei nº 48358 (1968), Cria a posição do A.S. no organograma hospitalar, Publicado no Diário da República I-Série A, nº 101, de 27 de Abril de 1968

Decreto Lei nº93/2009 de 10 Abril

Despacho Conjunto nº 166 (1994), Criação do Programa de Apoio Integrado a Idosos, publicado a 20 Julho

Despacho Conjunto nº407 (1998), Aprova as orientações reguladoras da Intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, Ministério da Saúde, Ministério do trabalho e da Solidariedade Social, publicado a 18 de Junho

Lei nº11-A/2013, de 28 de Janeiro

Lei n.º 56/1979, de 15 de Setembro

Lei Orgânica da A.R.S.I.P

[http://www.arscentro.minsaude.pt/Institucional/Documents/ARSS\\_Lei%20Org%C3%A2nicapdf](http://www.arscentro.minsaude.pt/Institucional/Documents/ARSS_Lei%20Org%C3%A2nicapdf)

Resolução do Conselho de Ministros nº84, (2005), Princípios de estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e dependentes, publicado no Diário da República, I-Série

## **ANEXOS**

### **Anexo A- Guião da entrevista com a AS da UCCI de Sintra**

#### **Guião da entrevista**

O meu nome é Ana Sofia Guerreiro Fernandes, estou atualmente a desenvolver um trabalho de projeto no âmbito do Mestrado de Serviço Social do Instituto Universitário de Lisboa – IUL sobre o tema: Resposta e Acompanhamento Integrado às necessidades sociais dos idosos dependentes com mais de 75 anos da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Sintra, sob orientação do Professor Doutor Jorge Manuel Ferreira Leitão.

O presente trabalho tem como objetivo geral desenvolver respostas às necessidades sociais identificadas junto dos idosos dependentes com mais de 75 anos referenciados pela ECCI de Sintra, que visem contribuir para a melhoria das condições de vida diária e quotidiana destes idosos, promovendo a sua integração no meio envolvente, de forma integrada e participada.

A referida entrevista tem como objetivo analisar as funções de uma assistente social numa UCCI, os desafios e problemas que enfrenta na sua prática profissional, quer através do surgimento de potenciais questões, quer através das respostas utilizadas.

Deste modo solicitamos a sua colaboração nas respostas à entrevista, de forma a realizar o presente trabalho de projeto.

#### **1.Caraterização:**

- Nome: Inês Guerra
- Sexo: Feminino
- Idade: 37
- Cargo: Assistente Social
- Tempo de serviço na UCC Sintra: 4Anos

#### **2.Experiência profissional**

Estive desempregada após conclusão da Licenciatura e fiz uma candidatura a uma empresa Medicsearch, que é especialista em consultoria em saúde e entre directamente onde estou, apesar de ser prestações de serviços,renováveis a cada 3 meses.

### **3. Gosta de trabalhar na área dos Cuidados Continuados?**

É para mim, um privilégio estar envolvida numa realidade que sempre tive grande curiosidade em desbravar desde os meus tempos académicos. Aqui, o trabalho é feito em equipa e deparamo-nos com dificuldades muitas vezes, ou porque não existem recursos disponíveis para dar resposta às situações de carácter económico ou quando se apercebemos que há ausência de suporte familiar ou este é frágil que não responde à situação da pessoa, e, aí os obstáculos são maiores, porque temos que agir com respeito e dignidade. As pessoas continuam a ser pessoas e tem que ser respeitadas por isso.

### **4. Quais as potencialidades (recursos) e limitações que encontra reconhecidas na intervenção prestada aos idosos dependentes, por parte da ECCI Sintra?**

A mais-valia na intervenção com os idosos é a abertura que têm com a equipa, os laços de afectividade e a relação de confiança construída. As limitações são quando não conseguimos dar resposta em tempo útil. O caso da hospitalização dos idosos referenciados para Cuidados Continuados é um problema, pois apesar do utente já ter alta clínica, a data social só é dada quando tem resposta de um equipamento social na zona da ARSLVT, IP.E, quando acontece é longe da área de residência do utente.

### **5. Que necessidades atuais existem, no âmbito social, junto dos idosos com mais de 75 anos, na área de intervenção da ECC Sintra?**

Os idosos que mais apresentam dificuldades do foro social, aqui na comunidade, são aqueles que vivem sozinhos, que enfrentam a solidão e estão em vulnerabilidade social. Por vezes, são escolhas individuais mas com grandes condicionalismos.

### **6. Quais as proveniências dos pedidos de intervenção: o próprio, a família, outro?**

Normalmente a referenciação é feita pelos próprios cuidadores, familiares, instituições parceiras na comunidade e a admissão é avaliada em reunião de equipa multidisciplinar

### **7. Na sua opinião, qual a importância da Metodologia do Atendimento e Acompanhamento Integrado?**

A meu ver, esta é uma metodologia eficaz, pois rentabiliza os recursos existentes, não duplicando a intervenção nas diferentes instituições e permite haver uma resposta global às necessidades das pessoas. Este modelo de intervenção nível local pode trazer um



conhecimento mais abrangente da comunidade,atendendo sempre às necessidades do individuo, e quando os pedidos são feitos e não tem resposta, não havendo recursos na comunidade, é um bom exemplo a criação de um Banco Partilhado de Produtos de Apoio, que é dar resposta a uma problemática muito visível,e ao não haver respostas, se calhar podemos criar.

**8.De que forma um projeto que possibilite respostas na intervenção com utentes dependentes com mais 75 anos inscritos na UCCI Sintra deve ser feito?**

Começar por haver uma escuta ativa e dar voz às pessoas mais velhas. Elas querem ser escutadas,sem estigmas,que as conheçam,perguntem pelo seu projeto de vida,do que gostam. Fazê-los sentirem-se a participar em todas as esferas da sua vida e isso é possível, estimulando, a meu ver a participação cívica, mesmo para aqueles que se recusam em sair de casa.

**9.Qual a importância atribuída ao trabalho desenvolvido até ao momento, com os parceiros locais?**

É um trabalho em rede diário, absolutamente fulcral. Apesar de nem todos os parceiros locais se envolverem, há uma preocupação constante com os utentes.

Dia 20 de Junho de 2013

Local: S. João Lampas

## Anexo B- Questionário aplicado para detetar as necessidades sociais



### Questionário

Nº: \_\_\_\_\_

No âmbito do trabalho de projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social sobre as “necessidades sociais dos utentes dependentes com idade superior a 75 anos inscritos na ECCI de Sintra” levado a cabo pela mestranda Ana Fernandes inscrita no 2º ciclo, do Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas do ISCTE, vem por este meio pedir-lhe a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário cuja finalidade será detetar quais são as necessidades no âmbito social dos idosos referenciados pela ECCI de Sintra. A resposta a todas as questões é imprescindível sendo todos os dados confidenciais e anónimos. Não existem respostas certas nem erradas. Pedimos-lhe por isso que apresente a sua opinião.

#### I- Necessidades sociais

##### 1.1- Que tipo de ajuda/apoio considera ser o mais importante no seu dia-a-dia?

Afetivo /relacional (convívio com outras pessoas)

Cuidados pessoais e médicos (higiene, medicação)

Cuidados domésticos (limpeza de casa, tratamento de roupa)

Monetária  Mobilidade  Outra  Qual? \_\_\_\_\_

##### 1.2- Quais são hoje em dia os motivos da sua maior preocupação?

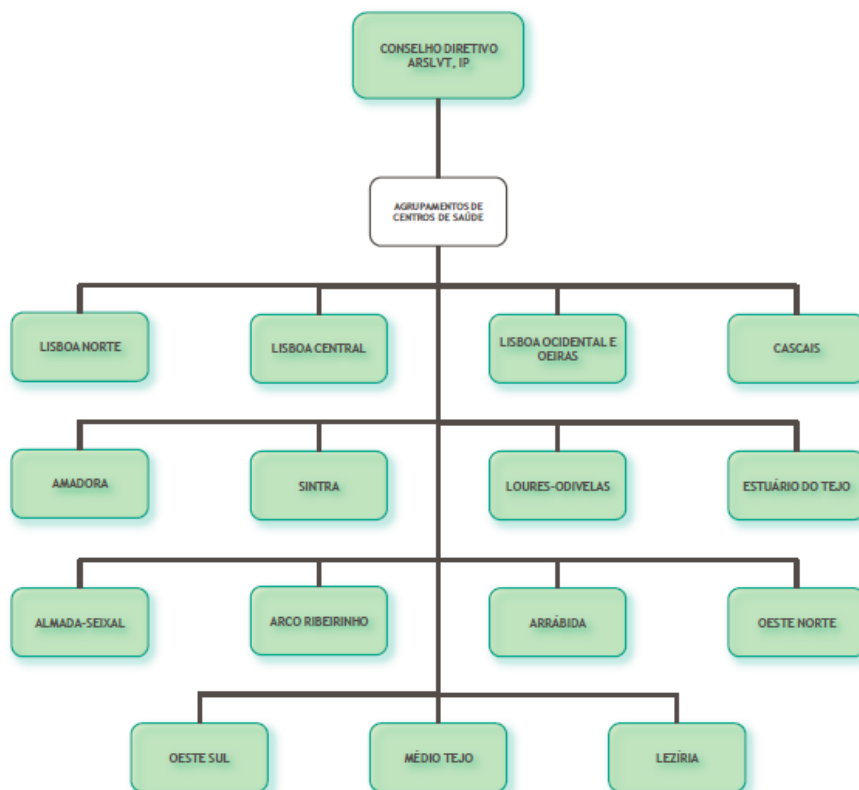
Saúde  Financeiro  Solidão/falta de apoios  Família

Questões existenciais(morte...)  Outro?  Qual? \_\_\_\_\_

<b>Escala de Rede de Apoio Social (adaptação de Lubben, 1998)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Com quantos familiares / parentes está ou fala pelo menos uma vez por semana?				
Com quantos vizinhos se relaciona?				
Com quantas outras pessoas se relaciona pelo menos uma vez por semana (padre, médico, instituição...)?				

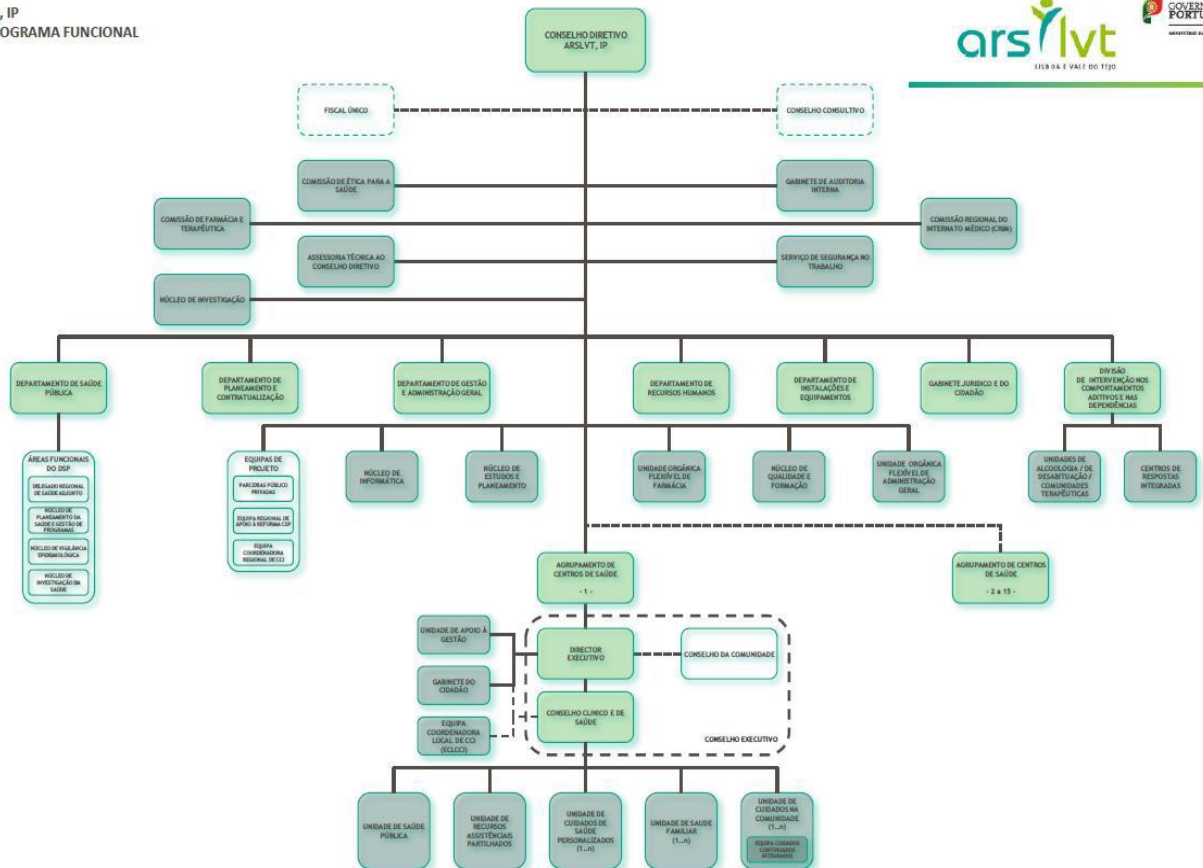
**Obrigado pela sua participação!**

## ANEXO C - Agrupamentos dos Centros de Saúde da ARS em 2012



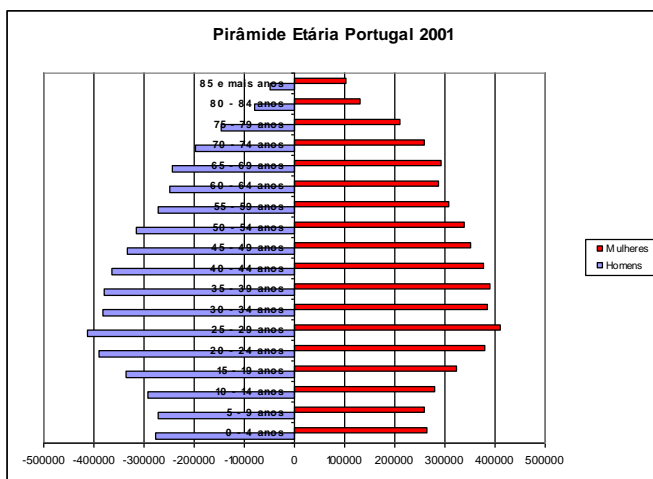
# Anexo D- Organograma ARSLVT,I.P. 2013

ARSLVT, IP  
ORGANOGRAMA FUNCIONAL  
2013

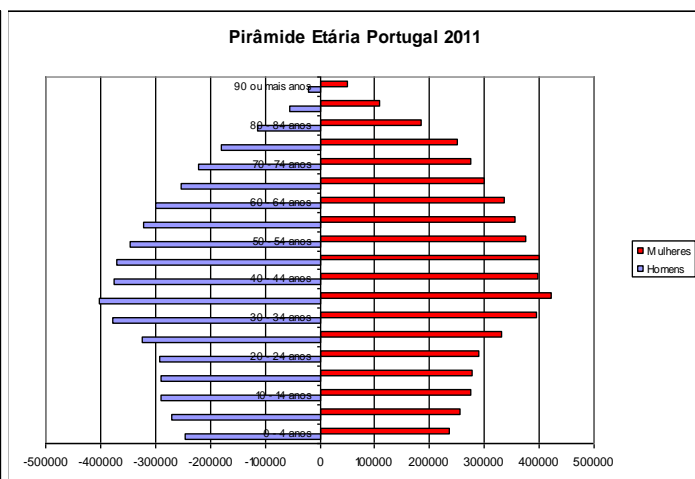


# ANEXO E – Pirâmide etárias Portugal 2001 / 2011

Pirâmide Etária Portugal 2001



Pirâmide Etária Portugal 2011



Fonte: INE, 2011

## ANEXO F – Quadro de Planeamento

Atividades	Calendarização	Recursos		Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materias	
Apresentação do Projeto ao Presidente do Conselho Diretivo da A.R.S.L.V.T.,I.P.	-	Presidente Cons. Diretivo		Parecer Positivo
Apresentação do Projeto aos membros das equipas UCCI da L.V.T.,de forma a integrar e inserir todos os profissionais neste processo de implementação e desenvolvimento	-	Equipas de profissionais UCCI da L.V.T.	Meios audiovisuais Sala de Reuniões Pc	Nº de participantes
Apresentação do Projeto via correio electrónico aos profissionais que não estiveram presentes na reunião	-	Equipas de profissionais UCCI da L.V.T.	Pc Base de dados Internet	Nº de emails enviados
Promover a articulação e divulgação entre entidades da comunidade de cada UCCI para estabelecer parcerias	-			Nº de reuniões Nº de participantes Nº de parcerias estabelecidas
Divulgar o projeto na comunidade de cada UCCI	-			Projeção de intervenção junto da comunidade
Acompanhamento e apoio aos idosos, na acessibilidade aos materiais de apoio e promoção do desenvolvimento global do individuo	-	Médicos Assistentes Sociais, Enfermeiro/as, Entidades parceiras		Nº de pessoas acompanhadas pela equipa técnica Nº de idosos que obtêm material de apoio em tempo útil

## **CURRICULUM VITAE**

### **FORMAÇÃO ACADÉMICA**

---

2015 **Mestre em Serviço Social** ISCTE,IUL – Lisboa

30/06/2011 a 30/07/2011, Formação Pedagógica de Formadores, IEFP Xabregas / Lisboa (99H)  
CCP nº F586077/2012

09/2005 a 09/2008 **Licenciatura Serviço Social**, Instituto Politécnico de Beja / Universidade de Huelva

03/11/08 a 30/06/09 Especialização **Mediação em Intervenção e Prevenção de Violência Juvenil**  
Universidade de Huelva/Patronato de Desarrollo Local de Huelva (640 horas)

2002 a 2004 Frequência académica de **Gestão de Empresas** (incompleto) - Escola Superior de Tecnologia e Gestão (ESTIG – Instituto Politécnico Beja)

### **FORMAÇÃO ESPECÍFICA**

---

18 a 23/05/2015 Projeto Sintra + Saúde – Atividades para Idosos , C.M.Sintra e ACES Sintra

12 a 16/05/2015 2ª Edição Academia Economia Social, CASES

24/01/2015 à atualidade Academia Ubuntu, Formação de Líderes Comunitários, IPAV /FCGulbenkian

08/09/2014 a 02/12/2014, Formação de Empreendedorismo, Aerlis/Iefp, Oeiras (300 horas)

10 e 11/09/2014, Ação de Dinamização do Manual de atividades para todos,CMS, (12h)

18/09/2014, Formação de Animadores GEPE, Ipav (7h)

19 a 21/09/2014, XII BootCamp em Empreendedorismo Social IES by Insead, Cascais (48h)  
<http://www.caterworld.pt/>

02/2014, Participante 5ª Edição Programa Talentos em Livre Trânsito Express (40 horas)  
Associação Sapana Org.

03/04/2012 a 18/05/2012, Formação para Técnicos “Igualdade de Género”, (18 horas) CAIS, Lisboa

11/04/2012 a 17/04/2012, Intercâmbio Internacional “Stop Unemployment, challenges and opportunities in Europe” (Mértola), Programa Juventude em ação

31/03/2012 a 03/04/2012, Projeto Ecológico “Voluntaria-te”, Rota Jovem, Aldeia das Amoreiras, Odemira  
uth Exchange Ishøj, Copenhaga / Dinamarca

06/06 a 13/06/10, Training Course “Inmigrant Youth – Help2Include”, Programa Juventude em Acção, Chãos

20/04/10 a 12/05/10, Curso de Interculturalidade para Professores e Educadores, ASPA, Granada (30 horas)

12 a 16/04/2010, Curso de Recursos para a Comunicação, Difusão de Atividades e Trabalho em Rede Agência Andaluza de Voluntariado (20 horas)

10 a 15/03/2010, Grundtvig Learning: Intercâmbio Internacional com Turquia, Alemanha e Espanha “Educação e Inovação cultural em meios rurais e desfavorecidos” Granada, Espanha

21 a 23/10/09, II Jornadas Interculturais da Universidade de Huelva, com duração de 21 horas

8, 9 e 10/10/09, VII Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Alentejo, Associação Realmente e ULSNA de Portalegre

13 e 14/04/09, X Jornadas Regionais de Voluntariado Cultural, em Córdoba

17 a 19/02/2009, Forinter2. Curso de Formação em Interculturalidade, 20 horas. Junta de Andaluzía /Universidade de Huelva

04/11/08 a 25/11/08, Curso Teórico Prático “Formação Intensiva para a Profissionalização na Gestão do Movimento Associativo”, 30 horas. Universidade de Huelva

13 e 14/12/07, Curso: “EL VOLUNTARIADO QUE HAY EN MI” 20 horas, Fundación Europea para la Cooperación Norte-Sur (FECONS), Junta de Andalucía

3 a 05/12/07, “II Jornadas de Sensibilização perante a Deficiência”, 15 horas. Universidade de Huelva



4/10/07 a 15/02/08, Mobilidade Internacional Estudantil ERASMUS Escuela Universitaria de Trabajo Social – Universidade de Huelva, Espanha

## **EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

---

### 10/2012 à atualidade **Formadora**

Bolsa de Formadores para a “Educação Não formal” na Associação Juvenil “DÍNAMO”, Mercês (Sintra) (nas temáticas como Participação juvenil, Co-gestão e Programas Públicos; Direitos Humanos, interculturalidade, questões de género)

05/2014 **Inquiridora** no Estudo Nacional sobre as comunidades ciganas, ISCTE/ U. Aberta e ACIDI

### 01/07/10 a 30/06/11 – 11/2013 a 31/12/2013 **Assistente Social**

ACES Sintra-Mafra (Agrupamento de Centros de Saúde), A.R.S.L.V.T.

Atendimentos Sociais; Equipa de Cuidados Continuados Integrados; Saúde Escolar; Saúde Infantil; Hemodiálise; Gabinete do Cidadão, encaminhamento às reclamações dos utentes para os serviços e visados competentes até à decisão final; Rendimento Social de Inserção; Articulação com a Rede Social do Concelho de Sintra;

### 01/02/2010 a 30/06/2010 **Trabalhadora Social**

Estágio Profissional Leonardo da Vinci, Granada/ Espanha - Associação Intercultural-Life,

- Planificação e preparação do Projeto Europeu “La Europa de todos” (Aprovado)
- Conceção e execução de projetos de Integração Social e Educação Intercultural
- Organização e Logística de eventos, cursos e atividades locais.

### 20 a 30/10/2009 **Auxiliar de Logística**

Universidade de Huelva na realização da II Semana Intercultural da Universidade de Huelva

- Atendimento e apoio a entidades colaboradoras
- Atendimento e informações aos alunos assistentes/Apoio nos recursos técnicos e materiais

### 01/07/2009 a 31/07/2009 **Monitora de atividades de tempos livres (OTLs)**

Ayuntamiento de Aljaraque/Empresa OffittecGestProyect, Colégio Público “El Puntal”

- Planificação e programação de atividades lúdico-formativas
- Dinamização de grupos entre os 3 e 13 anos através de jogos cooperativos, manualidades, temas ambientais, desportivos e interculturais, animação á leitura, dramatização.

01/02/2009 a 30/06/2009

**Trabalhadora Social e Responsável Juvenil** , Instituto Andaluz da Juventude /Associação Mundo Solidário de Huelva

-Conceção e execução de projetos em âmbito social na área juvenil, imigração,cooperação internacional e transfronteiriça com Portugal.

26/09/2008 a 15/01/2009 **Trabalhadora Social**

Estágio Profissional Erasmus / União Romani Andaluzia, ONG. Serviços Sociais

-Apoio e seguimento da adaptação escolar de alunos ciganos

-Ponto de Informação; Escola de pais; Inserção socioprofissional da população cigana

25/02/08 a 15/06/08 **Assistente Social** (Estagiária)

Comando Distrital da Polícia de Segurança Pública de Beja

Núcleo de Atendimento a Vitimas de Violência Doméstica do distrito de Beja

## **COMPETÊNCIAS LINGUÍSTICAS**

---

Nível de Espanhol avançado – falado e escrito - Curso de língua e cultura espanhola, 35h, (Instituto Cervantes, Granada).

## **COMPETÊNCIAS INFORMÁTICAS**

---

13/09/2004 a 11/11/2004 Curso de informática na óptica do utilizador, Datalentejo,Lda.

Windows, Word, Excel, Power Point, Publisher e Internet (na óptica do utilizador) e SPSS

## **DADOS ADICIONAIS**

---

**Animadora infantil**, atividades lúdico pedagógicas com crianças entre os 0 aos 13 anos

09/2012 à atualidade

**Voluntária** no GIP da Casa do Brasil de Lisboa – Apoio na procura de emprego e formação a cidadãos imigrantes e nacionais/ fomento do empreendedorismo.