

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Mafalda Tereso Repas

**O SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPA DE TRABALHO
DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO GERAL DE
ADULTOS DO CENTRO DE MEDICINA E
REABILITAÇÃO DA REGIÃO CENTRO –
ROVISCO PAIS: OPORTUNIDADES E DESAFIOS**

Monografia de Estágio no âmbito do Mestrado em Serviço Social, orientado pela Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz e apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Março de 2024



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Mafalda Tereso Repas

**O SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPA DE TRABALHO
DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO GERAL DE
ADULTOS DO CENTRO DE MEDICINA E
REABILITAÇÃO DA REGIÃO CENTRO –
ROVISCO PAIS: OPORTUNIDADES E DESAFIOS**

Monografia de Estágio no âmbito do Mestrado em Serviço Social, orientado pela Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz e apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Março de 2024

Agradecimentos

Após o fim de mais uma etapa académica, é impreterível agradecer a todas as pessoas que apoiaram e facilitaram a realização da mesma:

À minha supervisora de estágio, Doutora Helena Reis Amaro da Luz, por todo o empenho, exigência e dedicado acompanhamento. Muito obrigada pela preocupação e carinho, que me incentivaram sempre a dar o meu melhor.

À minha orientadora de estágio, Doutora Vera Lúcia Esteves Lopes, pela disponibilidade, por me receber tão bem, por tudo o que me ensinou e aconselhou. Será sempre uma referência de profissionalismo. Obrigada pela atenção e amizade.

Aos meus professores, impulsionadores de conhecimento, que durante todo o meu percurso académico me forneceram as ferramentas que necessitava para estar preparada para este momento.

Ao Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro, particularmente à Doutora Maria Isabel Rodrigues Alves Bento, que é a presidente, ao Doutor João Ricardo Gomes Pereira e Doutor Luís Filipe Picoa Pratas, que exercem as funções de vogais do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais. O meu enorme obrigado, à Doutora Inês Lucas, por ter estado sempre disponível para me apoiar e a todas as funcionárias da Reabilitação Geral de Adultos, por enriquecerem esta caminhada com todo o incentivo, carinho e partilha de conhecimentos.

Aos meus pais, Maria Tereso e Pedro Repas por todo o amor, apoio incondicional, motivação e por me darem a oportunidade de concretizar o meu percurso académico.

Por fim, à minha amiga Patrícia Bento, por me ter acompanhado e auxiliado em todo o meu percurso académico.

A todos vós, o meu sincero e enorme agradecimento!

**“Eles não sabem, nem sonham,
que o sonho comanda a vida.
Que sempre que um homem sonha
o mundo pula e avança
como bola colorida
entre as mãos de uma criança.”**
(António Gedeão – “Pedra Filosofal”)

Resumo

No âmbito do estágio de mestrado, realizado no serviço de Reabilitação Geral de Adultos (RGA), integrado no Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro, Rovisco Pais (CMRRC-RP), a investigação desenvolvida e que esta monografia dá a conhecer, pretendeu compreender o papel do Serviço Social na equipa de trabalho do serviço de RGA no CMRRC-RP e as oportunidades e desafios que enfrenta. Atendendo a que os serviços de reabilitação são cada vez mais um polo de apoio, que beneficia do desempenho em termos de cuidados, de todo um conjunto de profissionais qualificados em distintas áreas, intentando proporcionar a readaptação social, familiar e profissional dos doentes, deu-se real enfoque aos conceitos de saúde, deficiência e incapacidade, nomeadamente às deficiências adquiridas, bem como à multidisciplinaridade e interdisciplinaridade como abordagens do trabalho em equipa. Em relação ao contexto de estágio, importou realçar o enquadramento histórico e a caracterização do CMRRC-RP, bem como o papel do Serviço Social na saúde e no serviço de RGA. Relativamente à componente instrumental, o estudo recorrendo à metodologia qualitativa combinou em termos de métodos de recolha de dados, a pesquisa bibliográfica, documental e a entrevista semiestruturada, tendo sido auscultados nove profissionais da equipa de trabalho. A análise de conteúdo foi a metodologia na qual se baseou a interpretação dos relatos das entrevistas. Em termos de resultados, o estudo evidenciou que os profissionais da equipa de trabalho, oriundos de vários domínios disciplinares atuam numa ótica multidisciplinar e interdisciplinar pontuando sempre a sua ação em função da prossecução da saúde das pessoas que cuidam. Atributos como a comunicação, respeito pelo outro, compromisso e sensibilidade, são apontados pelos profissionais como articulados com o conceito de trabalho em equipa. O papel do assistente social é reconhecido como importante no seio da equipa de trabalho e valorizado por todos os profissionais das restantes áreas. Por entre sinergias que resultam do trabalho de equipa distinguem-se a partilha de conhecimentos e experiências, essenciais para uma intervenção eficaz, sendo que aspetos associados à disposição do internamento motivado pela distância entre serviços, constrangimentos financeiros, pouca formação académica no exterior e poucos profissionais de determinadas áreas, foram apontados como limites para um trabalho adequado às necessidades dos doentes.

A complexidade da realidade social, o cariz multifacetado dos problemas sociais que implicam a intervenção profissional e a dificuldade associada à gestão de expectativas dos doentes e/ou familiares, traduzem vertentes que desafiam o Serviço Social no contexto de trabalho em equipa.

Palavras-chave: Serviço Social, Saúde, Deficiências, Incapacidades, Reabilitação de Adultos, Equipas de trabalho.

Abstract

Within the scope of the master's internship, carried out at the Adult General Rehabilitation service (AGR), integrated into the Center for Medicine and Rehabilitation of the Central Region, Rovisco Pais (CMRRC-RP), the research developed and which this monograph makes known, intended understand the role of Social Service in the RGA service work team at CMRRC-RP and the opportunities and challenges it faces. Given that rehabilitation services are increasingly a support hub, which benefits from the performance in terms of care, of a whole group of qualified professionals in different areas, trying to provide the social, family and professional readaptation of patients, it was there is a real focus on the concepts of health, disability and disability, particularly acquired disabilities, as well as multidisciplinary and interdisciplinarity as approaches to teamwork. In relation to the internship context, it was important to highlight the historical framework and characterization of the CMRRC-RP, as well as the role of Social Work in health and the AGR service. Regarding the instrumental component, the study using qualitative methodology combined, in terms of data collection methods, bibliographical and documentary research and semi-structured interviews, with nine professionals from the work team being consulted. Content analysis was the methodology on which the interpretation of the interview reports was based. In terms of results, the study showed that the professionals in the work team, coming from various disciplinary domains, act from a multidisciplinary and interdisciplinary perspective, always punctuating their action based on the pursuit of the health of the people they care for. Attributes such as communication, respect for others, commitment and sensitivity are highlighted by professionals as linked to the concept of teamwork. The role of the social worker is recognized as important within the work team and valued by all professionals in other areas. Among the synergies that result from teamwork, we can distinguish the sharing of knowledge and experiences, essential for an effective intervention, with aspects associated with the provision of hospitalization motivated by the distance between services, financial constraints, little academic training abroad and few professionals of certain areas, were identified as limits for work suited to the needs of patients.

The complexity of social reality, the multifaceted nature of social problems that require professional intervention and the difficulty associated with managing the expectations of

patients and/or family members, reflect aspects that challenge Social Work in the context of teamwork.

Keywords: Social Work, Health, Disabilities, Inability, Adult Rehabilitation, Work teams.

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iv
Abstract	vi
Índice de Tabelas	xiii
Índice de Siglas	xiv
Introdução	1
Parte I: Enquadramento Teórico do Estágio	3
1. Conceitos de Saúde, Dependência, Deficiência e Incapacidade	3
1.1. Deficiência como uma condição adquirida	7
1.2. Cuidados de reabilitação: Medicina Física e Reabilitação de Adultos.....	9
1.3. Políticas Públicas no Quadro da Reabilitação	12
2. Trabalho em Equipa em Contexto de Reabilitação	16
2.1. Trabalho em Equipa	16
2.2. Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade	17
2.3. Vantagens e Desafios do Trabalho de Equipa	20
Parte II: Contexto de Estágio – O Serviço Social no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos e Atividades Desenvolvidas.....	21
1. O Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais: Elementos de Enquadramento.....	22
1.1. Caracterização do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais e do Serviço de Reabilitação Geral de Adultos	23

2. O Serviço Social no âmbito da Reabilitação da Saúde	25
2.1. O Serviço Social na Saúde	25
2.2. Serviço Social na Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro	29
3. Atividades desempenhadas no âmbito do Estágio	32
 Parte III: Estudo Empírico – O Serviço Social na Equipa de Trabalho do Serviço de Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais: Oportunidades e Desafios	
1. Problema e objetivos da investigação	34
2. Metodologia	36
3. População e Amostra	37
4. Técnicas e Instrumentos de recolha de dados	38
5. Procedimentos de Recolha de Dados	40
6. Metodologia de Análise de Dados	40
7. Apresentação e Análise de Resultados	42
7.1. Elementos de caracterização dos/as profissionais	42
7.2. Papel do/a profissional na Equipa	44
7.2.1. As funções desempenhadas no serviço de Reabilitação Geral para Adultos e no processo de reabilitação do doente	44
7.2.2. Papel/ação na equipa de trabalho do serviço de Reabilitação Geral para Adultos	45
7.2.3. Elementos que distinguem o trabalho do profissional na equipa em relação ao de outros/as profissionais da mesma equipa	46
7.3. Perceção do âmbito do trabalho em equipa	47

7.3.1. Perceção do que é trabalhar em equipa	47
7.3.2. Trabalho de modo Interdisciplinar	48
7.3.3. Características associadas a um trabalho em equipa	49
7.3.4. Momentos/ocasiões privilegiadas que suscitam o trabalho em equipa/colaborativo	49
7.4. Importância do trabalho do/a assistente social na equipa de trabalho- Perspetiva do Serviço Social.....	50
7.4.1. Interação/articulação que o/a assistente social estabelece com os vários profissionais da equipa do serviço e RGA e a sua importância para a equipa do serviço de RGA e no processo de reabilitação do doente.....	50
7.4.2. Importância da formação em Serviço Social para o trabalho na equipa de trabalho	51
7.4.3. Competências que o/a profissional de Serviço Social mobiliza para dinamizar o trabalho em equipa e a análise sobre o reconhecimento tido em relação ao trabalho do assistente social na equipa de trabalho.....	51
7.4.4. Análise do reconhecimento tido em relação ao trabalho do/a assistente social na equipa de trabalho.....	51
7.4.5. Importância do trabalho do/a assistente social na equipa de trabalho- Perspetiva dos/das profissionais da equipa de trabalho.....	52
7.4.6. Relevo atribuído ao/à assistente social na equipa e elementos que distinguem o trabalho deste/a profissional em relação a outros/as profissionais	53
7.4.7. Interação/articulação que estabelece com o/a assistente social na equipa e respetiva importância para a equipa do serviço de Reabilitação Geral para Adultos e para o processo de reabilitação do doente.....	54
7.5. Avaliação do Trabalho em Equipa	55

7.5.1. Oportunidades e Vantagens do trabalho em equipa para o serviço de Reabilitação Geral para Adultos e para o processo de reabilitação do doente ...	55
7.5.2. Limites ou dificuldades que se colocam no trabalho de equipa no serviço de Reabilitação Geral para Adultos	56
7.5.3. Soluções para superar os limites ou dificuldades apresentadas.....	57
7.5.4. Constrangimentos e Possibilidades associadas ao Serviço Social como profissional integrante da equipa de trabalho e com o intuito de reforçar o papel da equipa de trabalho	58
8. Reflexão Crítica.....	58
8.1. Discussão e Interpretação dos Resultados	58
8.2. Considerações Finais.....	62
Conclusão	64
Bibliografia.....	66
Apêndices.....	79
Apêndice I - Entrevista Semiestruturada aos/às Profissionais da Equipa de Trabalho	79
Apêndice II - Entrevista Semiestruturada ao/à Assistente Social da Equipa de Trabalho	80
Apêndice III - Declaração de Consentimento Informado para Participação em Estudo	82
Anexos.....	91
Anexo I - Organograma do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais	91
Anexo II – Ficha do Processo Social.....	92

Anexo III – Perfil de Comunicação	95
--	-----------

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Codificação dos entrevistados/as.....	42
--	----

Índice de Siglas

- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
- AGR – Adult General Rehabilitation
- AMIM – Atestado Médico de Incapacidade Multiusos
- ARS - Administração Regional de Saúde
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária
- AVD - Atividades da Vida Diária
- CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CNIS - Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade
- CRP - Constituição da República Portuguesa
- DGS - Direção Geral de Saúde
- DL - Decreto de Lei
- GRP – Governo da República Portuguesa
- GTRH - Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar
- HUC - Hospital Universitário de Coimbra
- IFSSW – Internacional Federation of Social Workers
- IPO – Instituto Português de Oncologia
- LVM – Lesionado Vertebro-Medulares
- MFR – Medicina Física e de Reabilitação
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PSI – Prestação Social para a Inclusão
- RGA – Reabilitação Geral de Adultos
- RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- RRH – Rede de Referência Hospitalar

RRHMFR - Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SVIP – Sistema de Verificação de Incapacidades Permanentes

TCE – Traumatismos Crânio Encefálicos

UAI - Unidade de Apoio Integrado

UCC – Unidade de Cuidados Continuado

Introdução

A presente monografia resulta do estágio curricular desenvolvido no âmbito do Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. O estágio desenvolveu-se no Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP), mais especificamente no serviço de Reabilitação Geral de Adultos (RGA), tendo contado com a orientação institucional da Doutora Vera Lopes e com a supervisão científica da Professora Doutora Helena Reis Amaro da Luz.

A escolha pela realização do estágio e inerente monografia como modalidade do trabalho final de mestrado foi motivada pelo interesse em aprofundar o conhecimento acerca das problemáticas humanas e sociais associadas às questões da deficiência e incapacidade e também pelo interesse em compreender o contexto institucional da reabilitação, no que concerne à provisão de respostas a doentes, as quais implicam um trabalho em equipa, enquadrando profissionais de Serviço Social, que se mostra fulcral para promover a saúde e que importa melhor entender, tendo desta proximidade com a prática emergido o objeto da investigação.

Com efeito, o Serviço Social no serviço de RGA do CMRRC-RP atua em conjunto com uma equipa de trabalho que abrange diversas áreas profissionais, visando o alcance de objetivos comuns. Torna-se essencial conhecer e aprofundar conhecimentos sobre os problemas que enformam os diagnósticos dos doentes e a forma como esta equipa consegue ajudá-los, em conjunto e de forma individual.

Neste âmbito, o estudo desenvolvido assumiu como objetivos de índole geral, a compreensão do contributo do Serviço Social na equipa de trabalho do serviço de RGA do CMRRC-RP, bem como os desafios por si enfrentados. Em termos metodológicos o estudo prosseguiu uma metodologia qualitativa tendo sido abordados por via de entrevistas semiestruturadas, profissionais das áreas de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, ciências da nutrição e serviço social, integrantes da equipa multidisciplinar, os quais desempenham um papel fulcral para o funcionamento do serviço no seio da equipa e sobretudo para a dignificação da vida dos utentes.

No que concerne à estrutura desta monografia, a primeira parte centraliza a análise em torno do enquadramento teórico da problemática de investigação e que enquadrou o estágio, discutindo-se os conceitos de saúde, dependência, deficiência e incapacidade; a deficiência adquirida; os cuidados de reabilitação, a medicina física e reabilitação de adultos, as respetivas políticas neste quadro da reabilitação e o trabalho em equipa neste contexto.

A segunda parte diz respeito ao Serviço Social no serviço de RGA e no CMRRC-RP e às atividades desenvolvidas em contexto de estágio, que por sua vez está estruturada em três partes. Numa primeira parte é abordado o enquadramento histórico e caracterização do CMRRC-RP e do serviço de RGA. Posteriormente é feita uma análise reflexiva em torno do Serviço Social no âmbito da saúde e no âmbito do serviço de RGA do CMRRC-RP. Por último, são explicitadas as atividades efetuadas em contexto institucional, as quais permitiram ampliar o conhecimento profissional da estagiária, contribuindo de igual modo para o seu enriquecimento pessoal.

A terceira parte da monografia contempla a componente da investigação/estudo empírico, nomeadamente o delineamento metodológico, a apresentação e análise dos resultados, assim como a discussão dos resultados. A monografia finaliza com aspetos conclusivos concernentes à prática no estágio e à investigação desenvolvida.

Parte I: Enquadramento Teórico do Estágio

A dependência e incapacidade traduzem problemáticas cruciais que comprometem a saúde e que estão subjacentes aos processos de reabilitação no quadro do serviço de RGA. Deste modo, compreender os conceitos de saúde, de dependência, de incapacidade e deficiência, nomeadamente as deficiências adquiridas resultantes dos episódios que levam os doentes aos diversos Centros de Medicina e Reabilitação, direcionados para a especialidade médica da Medicina Física e de Reabilitação (MFR), os seus objetivos e as diversas políticas públicas no quadro de reabilitação, configuram imperativos de análise para um enquadramento da temática geral da reabilitação. Neste âmbito, as equipas multidisciplinares, onde se enquadra o Serviço Social assumem destacado relevo para o objetivo da reabilitação, pelo que se procede a um aprofundamento analítico centrado no trabalho em equipa no contexto de Reabilitação.

1. Conceitos de Saúde, Dependência, Deficiência e Incapacidade

Os conceitos de saúde, dependência, deficiência, incapacidade encontram-se conectados e permitem de um modo geral a compreensão dos estados de saúde e das condições que com a mesma se relacionam (Nubila & Buchalla, 2008).

Ao longo do tempo têm surgido diversas abordagens sobre o conceito de saúde que têm por base significados que produzidos se articulam com aspetos do próprio corpo, com as relações que se estabelecem com as pessoas, ambientes, entre outros aspetos (Gonçalves, 2023). Em si, o conceito de saúde mostra-se relacionado com múltiplos fatores, dos quais o contexto histórico, cultural, social, científico e filosófico. Sobretudo, este é um termo complexo que depende também da ideologia de quem o nomeia (Nubila & Buchalla, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS), após a segunda Guerra Mundial, em 1946, definiu saúde como “ausência de doença (...) a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.” (Segre & Ferraz, 1997, p.539).

Acerca desta definição e como Filho (2018) esclarece, no período do pós-guerra, emergiu um novo entusiasmo sanitário que potenciou a mobilização de diversos burocratas com o objetivo de se obterem mais informações sobre como se poderia alcançar o “estado completo de bem-estar”. Assim, despontou um movimento ideológico, denominado promoção da saúde, dentro do contexto sanitário dos países industrializados

(Filho, 2018). Nesta época, a saúde aparecia dividida em vários campos como a saúde emocional, social, física, espiritual e intelectual em que a saúde emocional dizia respeito aos cuidados em crises emocionais e gestão de stresse; a saúde social englobava a questão da saúde nas comunidades, famílias e amigos; a saúde física remetia para o condicionamento, nutrição, autocuidado médico e controle de abuso de substâncias e a saúde espiritual previa a existência de sentimentos como o amor, a esperança, a caridade e boa-fé (Filho, 2018). Em 1978, os dirigentes da OMS lançaram uma campanha mundial ligada à preocupação pela atenção primária à saúde, prometendo a universalização da mesma (Filho, 2018). No caso português a saúde é assumida como um direito fundamental de todo o ser humano, estando consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976 (extenso CRP, 1976)¹, que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”. De forma a proteger este direito, foi criado em 1979 o Serviço Nacional de Saúde, de acesso universal, através da Lei n. 56/1979², que definia o Serviço Nacional de Saúde como uma rede de órgãos e serviços, com gestão descentralizada e democrática que propunha a prestação de saúde a toda a população.

Também com a evolução da humanidade e das sociedades a preocupação com a saúde tem vindo a acentuar-se, advogando-se a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis (Carvalho & Carvalho, 2006). De salientar que no seio da OMS tem existido a preocupação em encarar a saúde como um investimento a longo prazo, advogando-se a necessidade de a atividade económica estar ao serviço da saúde humana e de todo o planeta com o objetivo de se potenciar no futuro uma vida mais saudável para toda a população, a par com um ambiente sustentável (WHO, 2023), o que passa por reequacionar, entre outros aspetos, formas de estar e de viver em sociedade e por adotar comportamentos mais salutareos no espectro das escolhas individuais.

Com efeito, a aquisição de hábitos saudáveis, por parte de indivíduos, grupos e comunidades pode levar a uma maior longevidade, limitando o aparecimento de doenças crónicas, mais ou menos incapacitantes, acidentes e disfunções psicossociais e outras

¹ Vd. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>

² Vd. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>

patologias (Carvalho & Carvalho,2006), as quais podem desencadear uma situação de dependência de terceiros.

A dependência constituindo um comprometimento da saúde, pode ser definida como um estado em que se deparam as pessoas, que necessitam de assistência e/ou de ajudas importantes na realização de atos correntes da vida ou Atividades de Vida Diária (AVD) (Nogueira, 2009).

As Atividades de Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) referem-se às atividades desenvolvidas pelos indivíduos no que concerne quer aos seus autocuidados, quer a outras, relacionadas com a sua participação na sociedade, respetivamente (Nogueira, 2009). O estado de dependência não é exclusivo de uma faixa etária, pode ser derivado da falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual e pode ser entendido em diferentes níveis consoante a pessoa necessite de pouco, muito ou todo o apoio de outro indivíduo para realizar os vários tipos de atividades de vida diária (Nogueira, 2009). Deste modo, existem indivíduos que necessitam de reduzida assistência /ou apoio, precisando apenas de supervisão, uma vez que possuem alguma autonomia na locomoção e na realização das AVD's (Nogueira, 2009). Depois, existem os que necessitam de alguma assistência, para além de supervisão, necessitam de algum auxílio na realização das AVD's e o último grau de dependência é o mais grave, já que diz respeito aos indivíduos que necessitam de uma elevada ajuda no desempenho das AVD's e que requerem apoio extensivo e intensivo (Nogueira, 2009). Existem ainda dois graus de dependência, considerados no acesso à prestação social de Complemento por Dependência³, sendo que o 1.º grau abrange indivíduos que não se encontrem autónomos, que não consigam satisfazer as suas necessidades básicas e o 2.º grau reporta-se a pessoas, que para além da dependência de 1.º grau, estejam acamadas ou sejam portadoras de demências graves (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social [MTSSS], 2023).

O estado de dependência, muitas das vezes, é originado por deficiências e incapacidades. Neste sentido, entende-se por deficiência a perda, falha na estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica, de carácter temporário ou permanente,

³ Esta prestação é destinada a indivíduos que auferem da pensão de invalidez, velhice e sobrevivência, pensão de orfandade, pensão de viuvez, pensão rural transitória, beneficiários da Prestação Social para a Inclusão (PSI) e beneficiários não pensionistas que possuam uma doença responsável pela sua invalidez (MTSSS, 2023).

congénita ou adquirida (Raposo,2013). Também de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), as “deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda” (CIF, 2004). Normalmente mostram-se originadas por um defeito, perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, bem como associadas a funções mentais (Raposo, 2013). A pessoa portadora de deficiência é uma pessoa que, pelos motivos referidos anteriormente, apresenta dificuldades que limitam a sua atividade e a participação em contextos de igualdade com o meio envolvente (Raposo, 2013).

A incapacidade é um “termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições à participação, com os qualificadores de capacidade ou desempenho” (Nubila & Buchalla, 2008, p.330). A forma de encarar a incapacidade tem vindo a evoluir com as políticas, práticas e investigações, podendo distinguir-se várias abordagens ou modelos a este respeito, designadamente: o modelo tradicional, médico, social e integracional. O modelo tradicional configura uma das primeiras perspetivas de aprender a incapacidade assente num olhar cultural e desprovido de base científica; o modelo médico, por seu lado, fundamentado na prática científica e no conhecimento médico, veio permitir encarar a incapacidade como um problema interno do indivíduo, valorizando-a na perspetiva da limitação física; o modelo social que sugere a posteriori, remete para a incapacidade enquanto um problema da sociedade, fundando-se nas experiências, expectativas das pessoas nesta situação e também nos seus direitos individuais e coletivos e o modelo integracional, perdura no presente e reflete o equilíbrio entre o conhecimento científico e a experiência individual, integrando todas as dimensões da incapacidade, de um modo compreensivo (Sampaio et al., 2017).

Assim, a CIF define “incapacidade” como um fenómeno multidimensional, consequente da interação entre as pessoas e o seu meio físico e social, remete para os aspetos negativos da interação entre um indivíduo e os seus fatores ambientais, pressupondo uma relação dinâmica (Nubila & Buchalla, 2008).

Realce-se que a deficiência e incapacidade podem nascer com o individuo ou podem resultar de um determinado diagnóstico devido a um acidente ou problema de saúde, como por exemplo de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE). Nestes casos podemos dizer que é uma deficiência/incapacidade adquirida.

1.1. Deficiência como uma condição adquirida

A deficiência “decorre de uma disfunção biológica que acarreta limitação e, como consequência, uma barreira social. É significada historicamente no contexto de sua ocorrência” (Leite, 2014, p. 12). A OMS calcula que existam mais de mil milhões de pessoas portadoras de deficiência espalhada pelo mundo (World Health Organization [WHO], 2011). Em Portugal, existem, de acordo com os censos de 2021, cerca de 4.193.900 indivíduos inativos, dos quais 153.395 mostram-se incapacitados para trabalhar (Pordata, 2023).

A deficiência remete para situações congénitas e adquiridas, sendo que o crescimento, o desenvolvimento tecnológico e os diferentes ritmos e modos de vida, têm vindo a estar na origem de um elevado número de situações de deficiência adquirida. Trata-se de situações em que a deficiência resulta de acidentes de aviação, de trabalho e de diversas patologias, nomeadamente cerebrovasculares e cardiovasculares, ocorrendo em idades cada vez mais jovens e produtivas (Sampaio et al., 2017). Tal como Resende e Neri (2009) referem, a deficiência adquirida é aquela que sucede depois do nascimento, causada por fatores ambientais, tais como infeções, traumatismos ou intoxicações. Também o aumento da esperança média de vida permite um aumento considerável de doenças crónicas que, muitas das vezes, tornam-se significativamente incapacitantes (Sampaio et al., 2017).

Assim, a deficiência traduz uma consequência direta ou uma realidade que para o indivíduo resulta de um acidente ou de um problema de saúde e podem colocar-se ao nível do quadro motor ou cognitivo. Estas dificuldades traduzem-se na alteração parcial ou completa de uma ou mais partes do corpo que afetam a função física ou auditiva, visual e mental (Sampaio et al., 2017), consubstanciando-se vários tipos de deficiência.

A deficiência auditiva é uma das principais deficiências físicas que afeta o indivíduo, limitando-o no desempenho de atividades sociais. Pode ter origem inflamatória (viral, bacteriana, autoimune e alérgica), através de fatores vasculares, afeções neurológicas degenerativas, tumores e traumas (Francelin et al., 2010). Para atenuar este tipo de deficiências, existem aparelhos auditivos ou, nos casos mais graves, procede-se à leitura orofacial e ao uso da língua e sinais (Francelin et al., 2010).

A deficiência visual reflete “um dano no sistema visual, total ou parcial, que se traduz numa redução ou perda total da capacidade para realizar algumas tarefas diárias que requerem a visão” (Tarouca & Pires, 2015). A mesma reporta-se ao espectro que vai da cegueira até à visão subnormal (Gil, 2000). A visão subnormal (baixa visão) consiste numa alteração da capacidade funcional consequente de fatores como a diminuição significativa do campo visual, da sensibilidade aos contrastes e limitação de outras capacidades que impede a captação de registos próximos ou distantes e a organização, no nível cerebral, das informações trazidas pelos outros órgãos, responsáveis pelos sentidos (Gil, 2000). As causas mais frequentes de cegueira e visão subnormal são: a retinopatia da prematuridade motivada pela imaturidade da retina, devido a um parto prematuro ou de excesso de oxigênio na incubadora; as cataratas congênicas, consequentes de rubéola ou de outras infeções na gestação; o glaucoma congênito que pode ser hereditário ou causado por infeções; as degenerações retinianas; alterações visuais corticais e também podem resultar de doenças como diabetes, descolamento de retina ou traumatismos oculares (Gil, 2000).

A deficiência motora “assenta na existência de uma ou mais alterações na estrutura biológica e coordenativa do corpo humano, ou seja, refere-se à dificuldade ou impossibilidade em mexer, controlar ou coordenar algum tipo de movimento motor” (Associação Salvador, 2022, p.24). Esta problemática pode reverter um caráter temporário ou permanente, provocado por doenças, infeções e traumatismos, comprometendo a mobilidade do indivíduo devido às limitações ao nível da função, estrutura óssea e muscular (Associação Salvador, 2022). Pessoas com deficiência motora apresentam restrições no desempenho de uma atividade considerada normal no dia-a-dia, podem estar incapacitadas de se deslocarem sozinhas ou de percorrer grandes distâncias (Associação Salvador, 2022). A deficiência motora pode ter origem cerebral e não cerebral, ser causada por fatores externos (traumatismos) ou por fatores internos (reumatismos, tuberculose óssea, esclerose múltipla, entre outras) (Raposo, 2013).

Por outro lado, a deficiência intelectual ou mental, é definida como um transtorno neuropsiquiátrico que afeta negativamente o desempenho intelectual e consequentemente o comportamental (Pacheco & Carmo, 2021). Trata-se de uma redução no desenvolvimento cognitivo, que se manifesta em indivíduos com idade inferior aos dezoito anos (resultante de questões genéticas, provocadas durante o período gestacional ou no parto, ou decorrentes problemas/acidentes desenvolvidos na idade adulta (como

traumatismos), explicada como um funcionamento intelectual muito inferior ao considerado normal, que se expõe através de limitações na comunicação, aprendizagem e cuidado pessoal (Raposo, 2013). A consideração da deficiência como intelectual decorre de três critérios, que se associam ao seu diagnóstico, como a apresentação de défices no raciocínio, na solução de problemas, no planeamento, no pensamento abstrato, no juízo/avaliação, na aprendizagem na escola ou défices apresentados em testes de inteligência individuais; apresentação de défices nas funções adaptativas, nas atividades diárias como a comunicação, dificuldades em ter uma vida social, independente e em diversos ambientes, e apresentação de défices intelectuais e adaptativos durante o período de desenvolvimento (Pacheco & Carmo, 2021).

Globalmente, os indivíduos com deficiência intelectual apresentam dificuldades na comunicação, no raciocínio e interação, uma vez que no âmbito da comunicação e raciocínio têm dificuldades na assimilação da linguagem, reprodução da escrita, compressão e seguimento das regras, interpretação ou compreensão de sinais e ideias consideradas abstratas e ao nível da interação possuem dificuldades em lidar com relações sociais e em realizar tarefas quotidianas (Pacheco & Carmo, 2021).

Na sociedade capitalista, é patente a frequente desvalorização do deficiente, associada à ideia de que ele será pouco produtivo (Aranha, 2001, como citado por Lopes & Leite, 2015) e caracterizando-o como ineficiente e incapaz. Para a maioria das pessoas que adquirem uma deficiência, encaram-na como uma “morte em vida” (Kovács, 1997, p. 96), uma vez que as suas potencialidades nos diversos contextos do quotidiano são alteradas (Lopes & Leite, 2015).

Várias são as oportunidades e estruturas que se mostram adequadas para intervir face à realidade de pessoas com deficiência, existindo neste âmbito centros de reabilitação especializados com o intuito de potenciar a máxima recuperação de doentes com deficiências adquiridas, capacitando-os para o regresso às suas vidas.

1.2. Cuidados de reabilitação: Medicina Física e Reabilitação de Adultos

A reabilitação enquanto processo global, dinâmico e direcionado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, com o objetivo da sua reintegração social, desenvolveu-se no século XX, desenvolvimento que aconteceu nos períodos resultantes das grandes catástrofes mundiais e na esteira da responsabilidade

atribuída aos governos considerados culpados pelos custos económicos, familiares e sociais consequentes das lesões e sequelas dos seus cidadãos, exigindo-se medidas de compensação e integração (Sampaio et al., 2017).

Segundo Cardoso (2011), a reabilitação visa a promoção da independência e da integração social, das pessoas com algum tipo de deficiência, através do desenvolvimento das suas capacidades, habilidades e recursos pessoais, assumindo, como se reconhece (Associação Salvador, 2022), uma grande importância na vida destes indivíduos, pois baseia-se num processo que permite o desenvolvimento das capacidades adaptativas, compreendendo os aspetos funcionais, psíquicos, educacionais, sociais e profissionais.

Neste âmbito, a reabilitação possui como objetivo, potenciar a máxima participação na vida social dos indivíduos portadores de algum tipo de lesão, sendo um processo pessoal, contínuo e progressivo, que intenta acrescer a autonomia nas atividades da vida diária do doente, para que este se readapte à sua vida e a todo o contexto envolvente (Associação Salvador, 2022).

A reabilitação possui, como características gerais, um forte sentido processual, pressupondo fases (começo, meio e fim) para evitar a exposição, do doente e família, para salvaguardar tratamentos mais eficazes e procura identificar o melhor plano de cuidados e recuperação, baseado no estilo e perspetivas de vida do paciente e contexto clínico (Faro, 2006). A reabilitação pode ser encetada a partir de diferentes serviços, constituindo, neste âmbito, os centros de reabilitação, unidades próprias da rede de referência hospitalar de medicina física e de reabilitação do Serviço Nacional de Saúde (Associação Salvador, 2022). Estes executam “atividades de interesse público no quadro dos cuidados de reabilitação a doentes com lesões neurológicas, cerebrais e medulares, lesões músculo-esqueléticas, amputados, grandes politraumatizados, reumáticos, queimados, com lesões cardiovasculares, entre outros” (Associação Salvador, 2022, p. 36).

Nos dias de hoje, a reabilitação físico-motora é uma componente importante no processo saúde-doença e no cuidado de pessoas com deficiência, sobretudo da deficiência adquirida, devido ao aumento considerável de doentes vítimas de doenças crónico-degenerativas e de lesões neurológicas, como acidente vascular cerebral (AVC), lesão medular (LM), e traumatismo crânio-encefálico (TCE) (Andrade et al., 2010). Assim, a

reabilitação procura maximizar os benefícios potenciais das intervenções em reabilitação a nível físico, cognitivo e motivacional, promovendo a independência funcional, de acordo com um modelo de atuação precoce, iniciado ainda durante a primeira fase da doença, nomeadamente logo após o internamento hospitalar (Sampaio et al., 2017).

A reabilitação neuropsicológica, visa a independência e a qualidade de vida dos doentes contribuindo para a adaptação social e desempenho intelectual de todos os que apresentem alterações no seu funcionamento cognitivo, sendo apenas possível através da aplicação de diferentes terapias (Prusokowski et al., 2012). Para isto, é necessário realizar uma avaliação sobre o estado psicológico/cognitivo do doente, examinando as suas funções cognitivas que apresentem défices e as que estão normais; realizar terapias necessárias para o seu tratamento dependendo dos resultados da análise já realizada; estabelecer os procedimentos de reabilitação e, numa fase posterior, preparar a alta (Prusokowski et al., 2012). De acordo com Wilson (1997, como citado por Prusokowski et al., 2012), a reabilitação remete para a aplicação de diferentes técnicas que proporcionem o maior grau de recuperação, tanto ao nível físico, como psicológico e social expectável para cada caso.

A denominação, Medicina Física e de Reabilitação (MFR) surgiu como uma especialidade médica, que começou a ser desenvolvida através dos chamados “agentes físicos”, há mais de 70 anos, constituindo-se como a especialidade responsável pelo diagnóstico, prevenção, tratamento, reabilitação e integração do doente, em todas as idades e nas condições agudas e crónicas (Sampaio et al., 2017). Em 1944, começaram a ser atribuídos os primeiros títulos de especialista em Fisioterapia Médica pela Ordem dos Médicos e em 1951 é-lhes atribuída a designação de Fisioterapia, existindo a possibilidade de os profissionais continuarem a designarem-se de “agentes físicos”, sendo que a denominação – de Medicina Física e de Reabilitação surge com o Decreto-Lei nº. 225/70, de 18 de maio (Sampaio et al., 2017). Com este decreto-lei, é eliminada a expressão de “agentes físicos”, e por solicitação da Ordem dos Médicos, a especialidade passou então a denominar-se «medicina física e de reabilitação», já que se pretendia criar um ramo da medicina com funções de aplicação de terapêuticas físicas para além da prescrição, designação que foi possível devido à crescente evolução da medicina e à atenção crescente tida para com a reabilitação dos indivíduos com deficiências físicas e sensoriais (Decreto-Lei nº. 225/70).

A MFR para alcançar o seu objetivo principal de contribuir, de modo científico, para a reabilitação e recuperação do doente, baseia a sua atuação numa abordagem própria assente no exame médico e na avaliação da funcionalidade, exigindo uma formação autónoma e uma organização que lhe permita apoiar várias outras especialidades, de forma simultaneamente global e diferenciada (Sampaio et al., 2017).

Em Portugal, existem quatro centros de Medicina e Reabilitação: o Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP), localizado na freguesia da Tocha, Coimbra; o Centro de Medicina e Reabilitação do Sul (CMR-Sul) no Algarve; o Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão em Lisboa e o Centro de Reabilitação do Norte, localizado a norte do país (Associação Salvador, 2022).

Atualmente, o domínio da reabilitação é um elemento fundamental de afirmação do direito à saúde que beneficia das políticas públicas, as quais tiveram um papel determinante na sua criação e que facultam o seu desenvolvimento.

1.3. Políticas Públicas no Quadro da Reabilitação

As políticas públicas consubstanciam ações dos governos em interação com múltiplos agentes, que procuram produzir efeitos específicos e que influenciam a vida dos cidadãos (Souza, 2006). Podendo revestir múltiplos campos, as políticas públicas orientam-se para os problemas públicos visando encontrar soluções para os mesmos. No contexto específico da saúde, pode referir-se que foi na década de 70, que surgiu a primeira mudança do papel do Estado no que concerne à organização dos cuidados de saúde, por via do Decreto-Lei 413/71 de 27 de setembro, desencadeando-se nesta sequência, um pensamento relativo à proteção da saúde, sensibilizando para as atividades de saúde pública, através de uma melhor integração dos serviços públicos e do surgimento de novos princípios como a promoção da saúde e prevenção da doença (Decreto-Lei n.º 413/71). Em 1973, surge o Ministério da Saúde e as atividades de assistência separam-se das atividades de saúde e integram o Ministério das Corporações e Segurança Social, remetendo, assim, para a universalização da prestação de cuidados de saúde e para a preocupação da prevenção da doença, erguendo a saúde e a segurança social como dois domínios autónomos e detentores de políticas sociais (Carapinheiro & Pinto, 1987).

A partir da Revolução do 25 de Abril de 1974, emerge uma crescente preocupação com o cidadão e com a deficiência e incapacidade, com os seus direitos e deveres,

alocando-se ao Estado a responsabilização para apoiar e criar medidas políticas neste âmbito, assunções estas que se mostram vertidas na Constituição da República Portuguesa, quando se estabelece no artigo 71.º que todos os cidadãos, portadores de deficiência física ou mental desfrutam dos mesmos direitos que as pessoas que não possuem nenhuma limitação e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição (CRP, Sétima Revisão Constitucional, 2005). Também, o Estado apoia as organizações dos cidadãos que possuem algum tipo de deficiência e contempla uma política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência e de apoio às suas famílias, promovendo a sensibilização de toda a sociedade quanto a esta realidade (CRP, Sétima Revisão Constitucional, 2005).

No quadro da União Europeia é igualmente assumida uma preocupação constante na igualdade de valores económicos e sociais comuns, para garantir que todas as pessoas portadoras de deficiência consigam desenvolver as suas capacidades para terem uma vida ativa enquanto cidadãos (Faria, 2010). Deste modo, o Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia e a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia prevêm a melhora da situação social e económica das pessoas com deficiência (Tajani et al., 2017). Para isto, o princípio 17 do Pilar Europeu dos Direitos Sociais salienta a ideia de que as pessoas portadoras de deficiência têm direito a uma vida digna, com rendimentos que o permitam e direito a serviços para a sua inserção no mercado de trabalho, adaptado às suas necessidades, e na sociedade (Tajani et al., 2017).

A deficiência e incapacidade surgem, na legislação em 1982, a partir do Decreto-Lei n.º 144/82, de 27 de abril, que criou o Sistema de Verificação de Incapacidades Permanentes (SVIP), o qual veio admitir o acesso a prestações por incapacidade (Lei n.º 144/82, de 27). De salientar que em relação à incapacidade comprovada, existem alguns mecanismos de apoio, tais como o Atestado Médico de Incapacidade Multiusos (AMIM). A obtenção deste documento implica que, a pessoa portadora de deficiência e incapacidade ou o seu representante legal, possa requisitar na Delegação de Saúde da sua residência uma Junta Médica, para que nesse seguimento, seja contribuído o grau de incapacidade (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2023). Este, é um documento que tem como objetivo a atribuição de benefícios sociais, fiscais e económicos aos seus titulares, (e.g., isenção das taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde, atendimento prioritário, isenção do imposto automóvel, acesso a transporte não urgente de doentes, proteção e apoios sociais, bolsas de estudo no ensino superior), consoante o grau de

incapacidade que possuem mas a maioria dessas medidas exigem que o grau de incapacidade seja igual ou superior a 60% (SNS, 2023).

O SNS tem focado a sua preocupação nos desafios ligados às alterações demográficas, mudanças nos modelos de doença, inovação tecnológica e mobilidade geográfica (Sampaio et al., 2017). Com isto, surge a necessidade de assegurar cuidados de saúde a todos os cidadãos e de garantir que as diferentes instituições hospitalares funcionem de forma coordenada e articulada entre si, e com os outros níveis de cuidados (Sampaio et al., 2017). Desta forma, as Redes de Referência Hospitalar (RRH) apresentam um papel orientador e regulador das relações interinstitucionais, onde a prestação de cuidados ao cidadão constitui a prioridade das suas funções (Sampaio et al., 2017). As RRH surgiram do Programa Operacional da Saúde – SAÚDE XXI, na sequência de recomendações do Subprograma de Saúde 1994-1999, visando a melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade (Sampaio et al., 2017). Este programa objetivava implementar RRH pelas áreas de especialização caracterizadas como prioritárias, através da articulação funcional entre hospitais, responder às carências da população e garantir o direito à proteção e acesso na saúde (Sampaio et al., 2017). A Lei n.º 64-A/2011, de 30 de dezembro, que aprovou as Grandes Opções do Plano para 2012-2015, e o Programa do XIX Governo Constitucional, pretendiam a reorganização da rede hospitalar para promover a melhoria da qualidade e acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde (Lei n.º 64-A/2011). Esta reorganização preconizou uma visão integrada, e mais lógica do sistema de prestação de cuidados (Sampaio et al., 2017)

Neste âmbito, também foi criado o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH), por Despacho do Ministro da Saúde n.º 10601/2011, de 16 de agosto, visando uma melhoria da eficiência, do desempenho e da qualidade dos hospitais do SNS. Este despacho também previu a melhoria no acesso e na qualidade das prestações de saúde, a garantia da sustentabilidade económica e financeira, a melhoria da governação e do desempenho dos profissionais ao serviço dos hospitais e a intensificação do protagonismo e dever de informação aos cidadãos (Despacho do Ministro da Saúde n.º 10601/2011).

De igual modo, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Ministério da Saúde, 2012) veio contribuir para o fortalecimento da articulação dos serviços de saúde através da reestruturação dos cuidados de saúde, permitindo uma rede de prestação de cuidados integrada, eficiente, racional e unificada num sistema integrado de prestação de cuidados

eficiente (Sampaio et al., 2017). A este respeito, a Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, definiu as orientações estratégicas para esta rede de cuidados, visando o seu bom funcionamento (Portaria n.º 82/2014). Tal significa que, com esta portaria, foram estabelecidos os critérios para categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS (artigo 1.º da Portaria n.º 82/2014), sendo que as diversas de valências de cada Instituição hospitalar funcionariam através do contrato-programa, seguindo o plano estratégico, para garantir uma articulação, intervenção e referenciação eficiente (Sampaio et al., 2017).

Com o programa para a saúde do XXI Governo Constitucional (2015-2019) a redução das desigualdades entre cidadãos no acesso à prestação de cuidados e a capacitação do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços, constituíram prioridades. Este programa visava a urgência de dotar o SNS com capacidades para responder melhor e de forma mais rápida às necessidades dos cidadãos, através da concentração, num só local, de serviços de diagnóstico e terapêutica, evitando o reenvio para unidades distantes e dispersas (Governo da República Portuguesa [GRP], 2015). Pretendia, assim, a reforma dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados integrados ao mesmo tempo que uma reforma hospitalar, procurando o relançamento do SNS e a integração das prestações de saúde com as da Segurança Social (GRP, 2015).

Para promover uma maior participação do cidadão no SNS, uma melhor governação deste sistema e a melhoria da gestão hospitalar, surgiu a Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio (Sampaio et al., 2017). Esta portaria estabeleceu o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, tendo como princípio a definição das RRH enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados, essenciais na promoção da satisfação das necessidades no âmbito da saúde na elaboração do “diagnóstico e terapêutica; da formação; da investigação e colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades hospitalares” (Portaria nº 147/2016, p. 1617).

A boa articulação entre todos os cuidados anteriormente considerados contribui para o sucesso dos cuidados prestados, e o bom funcionamento de cada Instituição deve-se à existência de uma equipa composta por múltiplos profissionais de diversas áreas que

articulam todas as informações sobre o doente, visando a sua recuperação (Sampaio et al, 2017).

2. Trabalho em Equipa em Contexto de Reabilitação

2.1. Trabalho em Equipa

A designação do trabalho em equipa ganhou visibilidade há alguns anos, uma vez que as mudanças na organização do trabalho, ao longo dos tempos, tornaram o trabalho em equipa essencial em diversas organizações, acreditando-se que a união de pessoas de distintas áreas, competências e conhecimentos gerariam resultados mais eficazes (Fernandes, 2014). O trabalho em equipa deve basear-se numa atuação compreensiva e integrada, privilegiando a abordagem da pessoa como um todo e as necessidades da mesma, sendo que a sua atuação só será possível se a equipa de trabalho for constituída por diversos profissionais, de diferentes áreas, com uma intervenção composta dos mesmos e que articule entre si através do diálogo e da cooperação (Gomes, 2012).

Nas instituições de saúde, devido à hierarquização, com os seus vários graus e chefias, às suas competências, às responsabilidades e tarefas bem definidas dentro da equipa, cada um dos profissionais só desempenha bem o seu trabalho caso tenha as suas competências individuais bem desenvolvidas, ou seja, para além das competências e do trabalho coletivo, a equipa necessita das competências individuais, precisa do conhecimento e experiência de cada profissional integrante da equipa (Fernandes, 2014). Nestas instituições, as chefias distribuem o trabalho de acordo com as competências de cada profissional, numa base individual, estando responsáveis pelos seus resultados (Fernandes, 2014).

O conceito de trabalho em equipa é essencial no processo de reabilitação dos doentes, por estes apresentarem problemas físicos, cognitivos e comportamentais, necessitando assim, de um processo de reabilitação cada vez mais complexo e diversificado (Andrade et al., 2010). A MFR, para cumprir as suas funções e alcançar os seus objetivos necessita de atuar em equipa para que se alcance a máxima independência do doente, dependendo do seu diagnóstico (Faro, 2006). Para isto, é essencial que os princípios da reabilitação sejam baseados no planeamento conjunto com o doente e a família de forma a gerir o programa de cuidados, o que envolve a utilização de técnicas e

ações interdisciplinares. (Faro, 2006). Na formação dos profissionais, é essencial que os mesmos tenham a oportunidade de trabalhar em conjunto para desenvolverem as capacidades em relações humanas, para saber ser e saber estar em grupo (Chaves, 2004). Trabalhar em equipa implica a realização conjunta de tarefas específicas em virtude das várias funções profissionais. É a atividade sincronizada e coordenada de profissionais de diferentes áreas para alcançar um objetivo comum, sendo que o trabalho desenvolvido individualmente por cada profissional é diferente do que é realizado pela equipa (Chaves, 2004).

Nos centros de Reabilitação, a equipa é constituída por médicos especializados em fisioterapia, enfermeiros com e sem a especialidade em reabilitação, fisioterapeutas, psicólogos, neuropsicólogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e auxiliares. O trabalho em equipa assume particular importância, uma vez existem problemáticas que exigem uma avaliação sob várias perspetivas e uma intervenção articulada de diferentes conhecimentos profissionais (Gomes, 2012).

O trabalho em equipa exige que haja interação por parte dos profissionais, diversidade nas opiniões sobre um determinado problema e diversidade de capacidades para a resolução do mesmo (Fernandes, 2014). De acordo com Duluc (2000, como citado em Fernandes, 2014), a força, o compromisso, a complementaridade e o trabalho em equipa aberta representam as quatro conceções para o bom funcionamento do trabalho em equipa. Com isto, para uma equipa atingir um bom desempenho, é necessário que exista confiança entre os profissionais para realizar uma tarefa definida num determinado enquadramento institucional, promovendo uma boa performance conjunta dos profissionais que se mostre eficaz na resolução do problema, em vez de se optar por um trabalho com uma base individual (Fernandes, 2014).

Assim, são várias as configurações do trabalho em equipa, porém, o foco neste estudo será a equipa multidisciplinar e interdisciplinar, institucionalizada no domínio da reabilitação.

2.2. Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade

O trabalho no âmbito da saúde apresenta algumas características próprias necessárias para encarar problemas que muitas vezes não são considerados “tipicamente de saúde” (Scherer et al., 2013, p.3205), uma vez que existem outros fatores/dramas que

complicam o trabalho competente dos profissionais junto do doente (Scherer et al., 2013). As características do trabalho na área da saúde reportam-se de acordo com os profissionais de saúde, a necessidades complicadas e variáveis, sendo que o trabalho não é completamente padronizado, requer autonomia dos profissionais nas suas funções, convoca um grupo heterogéneo de profissionais e o trabalho destes está dependente de um ambiente sociopolítico que influencia o exercício das suas funções junto do doente (Scherer et al., 2013).

Para agir com competência, no domínio da saúde, o trabalho em equipa promove o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar (Fernandes, 2014).

Nos termos do Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de junho, o qual cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, define-se multidisciplinaridade como “a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais” (artigo 3.º, alínea f).

A multidisciplinaridade representa o primeiro nível de integração entre diferentes áreas disciplinares (Japiassú, 1976), remetendo para a existência de várias áreas profissionais na mesma equipa de trabalho, através de uma atuação fragmentada, em que a teoria e metodologia de cada disciplina não interagem com o de outras, existindo vários objetivos e diferentes perspetivas (Gomes, 2012). É entendida como uma “justaposição de disciplinas, visando objetivos múltiplos, sem interagir quanto a seus métodos e conceitos.” (Bruscato et al., 2004, p.35). Numa equipa multidisciplinar, os profissionais de diversas áreas, integrados na equipa de saúde, avaliam o doente de forma independente e aplicam os seus planos de cuidados como uma “camada adicional” de serviços e as soluções dos problemas são baseadas em informações dadas de mais do que uma área (Bruscato et al., 2004, p.35). Como consequência da inexistência da interação das disciplinas e pelo facto de todas permanecerem no mesmo nível hierárquico, pode surgir a falta de organização ou coordenação da equipa, originando diversos objetivos sob diferentes perspetivas (Gomes, 2012). A multidisciplinaridade pode ser o princípio para trabalhar em equipa, mas não é suficiente para organizar uma equipa competente.

O trabalho interdisciplinar integra as técnicas metodológicas, os conceitos e análises de diversas áreas profissionais, implicando uma ação colaborativa com todos os membros da equipa de forma a ampliar as opções no plano de cuidados (Bruscato et al.,

2004). De acordo com Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de junho, a interdisciplinaridade é entendida como “a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados” (artigo 3.º, alínea g). É uma equipa que trabalha de modo interdisciplinar aquela cujas disciplinas envolvidas incorporam os resultados entre si, partilham instrumentos, técnicas metodológicas e integram esquemas conceituais (Japiasú, 1976). A incorporação de uma perspectiva interdisciplinar como estratégia de trabalho permite unir a teoria e a prática, a racionalização de recursos e a abordagem da intervenção do problema de uma maneira absoluta, o que apenas ocorre com uma ação permanente (Edelman, s/d).

Pombo (2004) define interdisciplinaridade como a combinação entre duas ou mais disciplinas, visando compreender um determinado objeto através da partilha e discussão de distintos pontos de vista para realizar uma síntese que diz respeito ao objeto comum.

Portanto, uma equipa interdisciplinar reúne um conjunto de elementos que trabalham, através da comunicação mútua, para a resolução de problemas comuns em prol da melhoria da situação dos públicos destinatários (e.g., doentes e respetiva família) (Luz & Vasconcelos, 2022). Esta equipa nunca permanece estática, assumindo características diferentes em situações diferentes e tarefas (Eldeman, s/d), cujos diversos profissionais preservam as suas funções especializadas e fornecem o seu contributo através do seu conhecimento e das suas competências para uma resposta completa aos problemas (Luz & Vasconcelos, 2022). A interdisciplinaridade baseia-se no conhecimento, na epistemologia e nas ações que ocorrem em contexto de trabalho prático, através da aliança entre a experiência dos vários profissionais (Luz & Vasconcelos, 2022). Remete para uma dinâmica efetiva de cooperação, diálogo entre as disciplinas do conhecimento cuja organização e articulação estão direcionadas em prol de um interesse comum e as disciplinas envolvidas agregam resultados entre as mesmas, partilhando instrumentos e técnicas metodológicas. (Gomes, 2012).

A interdisciplinaridade aparentemente apresenta os princípios orientadores que dirigem os profissionais para um eficiente trabalho em equipa, em prol da resolução das necessidades holísticas dos públicos destinatários e da participação ativa de todos os profissionais da equipa de trabalho (Vasconcelos, 2020).

Em relação ao Serviço Social e de acordo com Luz e Vasconcelos (2022), reconhece-se que esta área das Ciências Sociais e Humanas possui um compromisso com a interdisciplinaridade já que dialoga com as diversas disciplinas/ciências e considera a reunião de diferentes conhecimentos e competências para fundamentar a sua intervenção. Tal resulta, como salientam as autoras, da complexidade dos fenómenos sociais e da necessidade de tornar assertiva a intervenção o que implica um diálogo com outras áreas académicas, com outros profissionais, para a concretização de objetivos definidos pela equipa de trabalho. Como refere Gomes (2016, como citado por Luz & Vasconcelos, 2022, p.61), “o Serviço Social é uma profissão que caminha para a interdisciplinaridade desde a sua formação”, uma vez que necessita de refletir, de debater com outras áreas profissionais, fomentando esta colaboração o alcance de objetivos idealizados e a atenuação de constrangimentos que surgem no contexto da sua intervenção (Luz & Vasconcelos, 2022).

Em suma, a interdisciplinaridade “pode ser um caminho para integrar conhecimento e ação e qualificar o agir, na busca pela integralidade da atenção” (Scherer et al., 2013, p.3205).

2.3. Vantagens e Desafios do Trabalho de Equipa

Cada vez mais, as instituições reconhecem o valor do trabalho de equipa para a resolução de problemas (Fernandes, 2014). De acordo com Chaves (2004), o trabalho de equipa nas instituições de saúde é influenciado pela partilha de objetivos comuns em que cada profissional deve ter uma noção clara sobre o objetivo final; pela compreensão e aceitação das funções de cada profissional; pela existência de recursos humanos e materiais essenciais; pela cooperação ativa e confiança mútua entre profissionais; liderança adequada e eficiente e pelos mecanismos de avaliação.

De acordo com Trappeen (2005, como citado por Fernandes, 2014), o trabalho de equipa possui vantagens com o uso de capacidades complementares, potenciando uma melhor coordenação através da comunicação entre profissionais, melhores sinergias, mais flexibilidade, mais apoio, aumento do compromisso, avaliação de feedback e maiores oportunidades de crescimento individual. Apresenta vantagens no domínio da aceitação e motivação uma vez que os indivíduos integrantes da equipa aceitam e executam melhor as propostas quando fazem parte das mesmas (Fernandes, 2014). “A ação interdisciplinar

veio permitir uma visão global, integrada, favorecendo o entendimento de relações pessoais, sociais, subjetivas e emocionais que permeiam o cotidiano do utente e dos seus familiares” (Lopes et al., 2012, p.50)

Porém, as equipas deparam-se também com alguns constrangimentos, muitas das vezes, provenientes da falta de capacidades nas relações humanas, falta de conhecimento, falta de uma liderança eficaz, falta de saber estar em grupo e falta de competências de áreas distintas (Chaves, 2004). No âmbito dos desafios, o trabalho de equipa pode revelar-se contraindicado devido às exigências das capacidades interpessoais dos seus elementos, possibilidade de conflitos associados a questões de personalidade, cultura, experiência e estatuto dos profissionais; exigência sobre os prazos uma vez que, por vezes, a procura de soluções para um determinado problema pode ser mais demorada e a falta de autonomia ou a existência de normas muito inflexíveis (Fernandes, 2014). Ainda a ausência de motivação, as diversas incompatibilidades, falta de recursos, ausência de apoio, programas de trabalhos diferentes, tarefas difíceis ou mesmo impossíveis e uma escolha errada de capacidades pode constituir uma fonte de problemas face ao perspetivado (Tappen, 2005, como citado por Fernandes, 2014).

A dificuldade em partilhar saberes no trabalho em equipa constitui um desafio uma vez que está relacionada com aspetos como a “fragilidade do núcleo de competência profissional, a não valorização do seu próprio trabalho, dificuldades pessoais, timidez, imaturidade, medo de errar, disputas de poder, desconhecimento de como trabalhar de forma interdisciplinar, e limitações da formação na graduação” (Scherer et al., 2013, p.3209).

Atualmente, o trabalho de equipa apresenta-se como uma exigência e um desafio para todos os profissionais e público destinatário (e.g., doentes e família) no campo da saúde predisposto a afetar positivamente a satisfação dos utentes e a satisfação dos profissionais (Chaves, 2004).

Parte II: Contexto de Estágio – O Serviço Social no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos e Atividades Desenvolvidas

Esta parte da monografia contempla o contexto de Estágio, procedendo-se, com o intuito de realizar a sua caracterização, a um enquadramento evolutivo do CMRRC-RP,

explicitando-se os seus elementos definidores, bem como do Serviço de RGA. Posteriormente, desenvolve-se uma abordagem reflexiva em torno da profissão de Serviço Social na área da saúde e em concreto no serviço de RGA, bem como em relação às atividades desenvolvidas no âmbito de estágio de mestrado.

1. O Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais: Elementos de Enquadramento

O CMRRC-RP possui um legado histórico que remete para a década de 40 do séc. XX, encontrando-se localizado na herdade da extinta Leprosaria Nacional (Rovisco Pais, 2022a). Foi em 1947 que surgiu, em Portugal, o Leprosário Nacional, intitulado de Hospital-Colónia Rovisco Pais, construído para ajudar no tratamento e estudo de doentes afetados pela doença de Hansen, também conhecida por “Lepra” (Cruz, 2009). De acordo com Doria (2014) em 1918 os doentes portadores de Hansen tinham sido transferidos do Hospital de São José para o Hospital do Rego, atualmente conhecido como Hospital Curry Cabral, direcionado para o tratamento de doença infetocontagiosas, mas “só em 1947-48, com a construção da Leprosaria Rovisco Pais, na Tocha, os leprosos encontravam de novo instalação específica” (Doria, 2014, p. 112).

Esta Instituição contou com o apoio do regime ditatorial do Estado Novo, podendo ser entendido como “um projeto de higiene para o regulação e regeneração da população portuguesa” (Cruz, 2009, p.2).

Posteriormente, foi criado em 1996, o CMRRC-RP pelo Decreto-Lei n.º 203/96 de 23 de outubro, que veio extinguir o antigo Hospital de Rovisco Pais que por sua vez dedicava-se à prestação de cuidados médicos especializados à população portuguesa afetada pela doença de Hansen. (Rovisco Pais, 2023a). De salientar que em pleno século XX, a lepra era um grave problema que estava a tomar fortes proporções ao nível da mortalidade em Portugal.

O CMRRC-RP orienta-se para a prestação de cuidados diferenciados de reabilitação e reintegração socioprofissional de pessoas portadoras de algum tipo de deficiência e/ou incapacidade, bem como para o desenvolvimento de atividades de ensino e de investigação (Rovisco Pais, 2023a). Os primeiros doentes de Medicina Física e Reabilitação foram integrados em novembro de 2002, num edifício com disponibilidade para 30 camas, tendo sido igualmente por esta altura desenvolvida a resposta em

ambulatório. Mais tarde, em maio de 2012, foi inaugurada a Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença, possuindo 30 camas, destinando-se a doentes nas situações de pós-Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Pós-Cirurgia do Aparelho Locomotor (Rovisco Pais, 2023a). Em junho de 2015, esta unidade alargou a sua capacidade para 60 camas, face à pressão da procura deste tipo de cuidados mais diferenciados (Rovisco Pais, 2023a). O CMRRC-RP integra também um pavilhão destinado a Tratamentos, Exames e Consultas externas (Pavilhão Dr. Santana Maia), e três edifícios destinados a internamento hospitalar: Serviço de Lesionados Vertebro-Medulares (LVM), Serviço de Reabilitação Geral de Adultos (RGA), e a Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de Convalescença. Além destes edifícios, o CMRRC-RP dispõe de 16 unidades habitacionais para preparação da alta dos doentes, um edifício para centro de formação, um bairro residencial para funcionários, uma cantina e uma igreja transformada também em museu (Rovisco Pais, 2023b).

1.1. Caracterização do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais e do Serviço de Reabilitação Geral de Adultos

O CMRRC-RP, localizado na Quinta da Fonte Quente, 3064-908, na Freguesia da Vila da Tocha, constitui nos termos do seu Regulamento Interno (Rovisco Pais, 2020) uma “pessoa coletiva de direito pública dotada de autonomia administrativa e financeira” sendo uma entidade integrante da administração do Estado (artigo 1.º), que atua nas áreas que abrangem os distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu, podendo prestar cuidados a outros indivíduos de outra zona geográfica do país que não o Centro caso tenha capacidade para tal (artigo 3.º). De salientar, que as funções deste Centro são negociadas com a Administração Regional de Saúde do Centro e Administração Central do Sistema de Saúde, mediante contrato programa com o objetivo de realizar prestações de saúde de medicina física e de reabilitação. (artigo 2.º).

Uma vez que a reabilitação tem como objetivo assegurar às pessoas portadoras de deficiência uma participação ativa na vida social e económica, promovendo a maximização da sua independência (Conselho da Europa, 1994), no que concerne à sua missão, o CMRRC-RP intenta “prestar, cuidados diferenciados de reabilitação em regime de internamento e ambulatório, a pessoas portadoras de limitação funcional através da prestação de cuidados diferenciados e completos de reabilitação com carácter exemplar e compreensivo”, visando a maximização do potencial de reabilitação de cada doente nos

seus contextos, através de um trabalho eficiente e responsável para promover a eficácia clínica, como se dispõe no seu regulamento interno (Rovisco Pais, 2020, artigo 4.º). Este Centro está delineado para a prática de uma reabilitação ativa, de forma intensiva, objetivando a reintegração familiar, social e profissional do doente (Sampaio et al., 2017).

O CMRRC-RP, de acordo com o seu regulamento interno, assume-se como entidade prestadora de cuidados de qualidade, assente na inovação e destinada a promover um impacto positivo na comunidade, beneficiando de um vasto trabalho de investigação, constituindo-se como um polo de desenvolvimento e conhecimento nas áreas da investigação clínica e formação em reabilitação de uma forma eficiente, financeiramente e clinicamente sustentável (Rovisco Pais, 2020, artigo 5.º). Para o exercício de cuidados de qualidade, segundo Mallet (2005), é necessário realizar uma prática assente em sete pilares como a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Neste sentido, o CMRRC-RP estrutura-se em torno de valores que assentam na inovação, integração do doente nos seus cuidados, nas relações personalizadas, na excelência dos serviços, na confiança, transparência e responsabilização e na melhoria contínua dos serviços de qualidade (Rovisco Pais, 2020, artigo 6.º). O CMRRC-RP configura uma unidade que se define como sendo de vanguarda na investigação clínica e formação em reabilitação e de liderança na requalificação e distribuição dos recursos em Reabilitação, promovendo uma gestão eficiente para a promoção do equilíbrio, eficácia e igualdade nos cuidados de saúde (Rovisco Pais, 2020, artigo 6.º).

Ao nível da sua orgânica (Rovisco Pais, 2020, artigo 14.º), o CMRRC-RP conta com serviços de coordenação, órgãos de apoio técnico, serviços de organização para a prestação de cuidados, serviços de Ação Médica, serviços de Apoio aos Cuidados e organização de apoio administrativo, geral e logístico (Anexo I).

Em relação ao serviço de RGA, este constitui um serviço de internamento, possuindo capacidade para 50 doentes que apresentem os seguintes diagnósticos clínicos: AVC, TCE, Síndromes de Guillain-Barré, Esclerose Múltipla, politraumatismos, doença de Parkinson, entre outros. Em termos da equipa prestadora de cuidados, o Serviço de RGA possui uma equipa multidisciplinar, composta por médicos fisiatras, médicos especializados em medicina interna, enfermeiros com e sem a especialidade em reabilitação, fisioterapeutas, psicólogos, neuropsicólogos, assistentes sociais, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e nutricionistas a quem compete identificar as prioridades

de tratamentos, elaborar o plano terapêutico de reabilitação e acompanhar o doente e família no processo de reabilitação (Rovisco Pais, 2022b). O tempo de internamento distingue este serviço do serviço da UCC e do serviço dos LVM, uma vez que permite um internamento mais longo, que varia entre quatro a oito semanas, podendo alargar-se consoante o estado clínico da pessoa.

2. O Serviço Social no âmbito da Reabilitação da Saúde

2.1. O Serviço Social na Saúde

Tendo por base a definição aprovada em 2014 pela International Federation of Social Workers (IFSSW) e pela International Association of Schools of Social Work, o Serviço Social constitui uma profissão de intervenção e uma disciplina académica, orientada para a promoção do desenvolvimento, mudança social, coesão social, empowerment e promoção da pessoa. Os princípios centrais do Serviço Social enquadram a justiça social, os direitos humanos, a responsabilidade coletiva e o respeito pela diversidade. Sustentado nas teorias do Serviço Social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, procura responder aos desafios decorrentes do dia-a-dia e promover o bem-estar social através do relacionamento das pessoas com as estruturas sociais (International Federation of Social Workers [IFSSW], 2014).

A intervenção dos profissionais de Serviço Social em Portugal rege-se pelo Código Deontológico dos Assistentes Sociais que define um conjunto de valores, princípios e obrigações de conduta ética que carecem de estar subjacentes à intervenção destes profissionais (APSS, 2018). Os valores influenciam o profissional na seleção dos seus objetivos, enquanto os princípios orientam a intervenção do profissional. As obrigações dizem respeito ao dever de cumprir os valores e os princípios. Constituem-se como valores do Serviço Social a Dignidade Humana, a Liberdade, e a Justiça Social. Sendo que os princípios éticos da profissão são os Direitos Humanos, a Responsabilidade Coletiva, a Integridade Profissional, a Confidencialidade Profissional, e a Sustentabilidade do Ambiente e da Comunidade (APSS, 2018).

O Serviço Social representa uma das áreas disciplinares que faz parte das equipas dos serviços de saúde, desde o século XX. Terá sido em 1905, que foi criado um posto de Serviço Social hospitalar no Massachusetts General Hospital, de Boston, nos Estados

Unidos da América, representando este um marco histórico de referência da evolução do Serviço Social na equipa destes serviços (Branco & Farçadas, 2012).

O Serviço Social na saúde surge ao mesmo tempo que o movimento hospitalar e a medicina vão evoluindo, estando associado à emergência do carácter coletivo da prestação de cuidados de saúde e ao surgimento das equipas multiprofissionais no sector da saúde (Cowles, 2012).

No quadro internacional, foi através do desenvolvimento de um programa de visitas domiciliárias para estudantes de medicina, em Baltimore nos Estados Unidos da América, que os aspetos sociais dos diagnósticos passaram a ser reconhecidos, o que motivou a necessidade de integrar trabalhadores sociais na área da saúde (Masfret, 2012). Em termos históricos, a investigação (Masfret, 2012) destaca Jane Adams, em 1987, como tendo sido a pioneira desta discussão ao preocupar-se com as condições das casas de convalescença para as pessoas carenciadas que tinham alta hospitalar e cujas habitações não tinham condições básicas, essenciais para a sua recuperação. Neste seguimento, em 1905, Garnet Isabel Pelton torna-se a primeira trabalhadora social hospitalar e no final desse ano, Ida Cannon é assumida como chefe de serviço, sendo que a partir de 1906, começaram a surgir novos locais para os trabalhadores sociais atuarem em articulação com os serviços médicos especializados, entrando desde essa altura o serviço social hospitalar em funcionamento em vários hospitais, com a criação de departamentos com serviços sociais de saúde, nas cidades de Nova Iorque e Chicago, continuando o trabalho do Massachussets General Hospital, em Boston (Masfret, 2012).

A institucionalização do Serviço Social na saúde, em Portugal também está ligada ao contexto dos cuidados e hospitalar. Ocorreu na década de 40 do século XX, num contexto marcado por um conjunto de transformações socioeconómicas relacionadas com a questão social e urbana, acreditando-se que a prática médica não seria suficiente, nem eficaz sem englobar a relação entre as condições sociais do doente e a doença (Santos, 2017).

O Serviço Social nos cuidados hospitalares caracteriza a presença do serviço social como universal, integrada funcionalmente, estável, sem prejuízo da existência de questões e de conflitos interprofissionais, inexistência de problemas relacionados com os estatutos e de reconhecimento institucional (Lopes et al., 2012). O Serviço Social

Hospitalar surgiu, em Portugal, em 1941, nos Hospitais Universitários de Coimbra, em 1942 em Lisboa, no Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos e em 1948 no Instituto Português de Oncologia (IPO), ampliando-se a outros estabelecimentos de saúde do país (Lopes et al., 2012).

A institucionalização do Serviço Social na saúde em Portugal interliga-se com o movimento reformador e higienista da medicina social, nas especialidades da saúde mental e oncologia (Branco & Farçadas, 2012). Neste âmbito, a Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946, Lei da Organização Hospitalar, funda a primeira jurisdição profissional do Serviço Social na Saúde que (Lei n.º 2011), posteriormente, foi consolidada e desenvolvida pelo Regulamento Geral dos Hospitais, através do Decreto-Lei n.º 48358/68, de 27 de abril de 1968 (Decreto-lei n.º 48358/68). Com isto, o Serviço Social fica encarregue da organização do trabalho dos voluntários, capaz de delimitar a sua participação no conselho técnico dos hospitais (Branco & Farçadas, 2012).

Os Decretos-Lei n.º 48357 e 48358 especificam a condição do Serviço Social no âmbito da reforma hospitalar de 1968, consagrando a importância do Serviço Social, através da delimitação das suas finalidades, funções e da sua posição face ao organograma hospitalar (Decreto-Lei n.º 48357 e Decreto-Lei n.º 48358). O Serviço Social na saúde executa um papel na investigação das técnicas médicas e sociais utilizadas, de forma a identificar as necessidades, tanto ao nível pessoal como ao nível familiar, e as circunstâncias da doença (Decreto-Lei n.º 48357).

Na década de 70 o Serviço Social estende-se aos centros de saúde locais e distritais, por se considerar pertinente a sua implementação nos cuidados primários (Santos, 2017). Assim, a organização do Ministério da Saúde e Assistência Social estipulou a criação dos centros de saúde ao nível local e distrital, com a existência do Serviço Social como unidade fundamental (Branco & Farçadas, 2012). Foi o Decreto-Lei n.º 413/71 que promulgou a Organização do Ministério da Saúde e Assistência e revogou algumas disposições legislativas. Terá sido, apenas na década de 1980, através do Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril, que se consolida a presença do Serviço Social nos cuidados de saúde primários, sendo definida a necessidade de um técnico de Serviço Social por cada 30 mil habitantes (Branco & Farçadas, 2012). Estes profissionais desempenhavam funções de planeamento e avaliação da política de saúde da área geográfica abrangida, de colaboração com outros profissionais e serviços do centro de

saúde, competindo-lhes a elaboração e/ou participação na elaboração de projetos ligados ao planeamento familiar, alcoolismo, droga e alimentação, assim como a coordenação da equipa de voluntários e a participação na recuperação e acompanhamento dos utentes (Santos, 2017). De salientar que em 1999 procedeu-se à revisão do Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril, tendo-se eliminado o Serviço Social como serviço, e sido atribuída a direção da unidade de cuidados na comunidade a profissionais de enfermagem (Santos, 2017). Realce-se que a Licenciatura e a criação da carreira de técnico superior de Serviço Social só é reconhecida em 1991, com o Decreto-Lei n.º 296 (Decreto-Lei n.º 296/91).

Acerca da intervenção no domínio dos cuidados, reconhece-se que no âmbito da jurisdição profissional do Serviço Social nos cuidados de saúde primários, os profissionais de Serviço Social estão sub-representados, ao contrário do que acontece em contexto hospitalar, integrando um profissional, na maior parte dos casos e apresentando um número de efetivos mais reduzido, comparativamente (Santos, 2017). Os assistentes sociais dos cuidados de saúde primários orientam-se, essencialmente, pelos documentos técnicos do Ministério da Saúde e as suas funções passam, essencialmente, pela prevenção e educação para a saúde, humanização dos serviços e advocacia social, existindo um gabinete do cidadão tanto nos cuidados de saúde primários como nos cuidados hospitalares (Santos, 2017).

O assistente social atua em conformidade com o Código Deontológico do Serviço Social, numa lógica de cooperação, com uma prática inter e transdisciplinar, preservando os valores fundamentais desta profissão (Dignidade Humana, Liberdade e Justiça Social), através de competências políticas, relacionais, psicossociais, assistenciais e técnico operativas (APSS, 2018). Com isto, o assistente social na saúde, organiza, aprofunda, amplia, desenvolve, facilita conhecimentos e informações sobre todos os aspetos da história e da situação referentes à saúde e seus determinantes (Vasconcelos, 2022). De acordo com Manual de Boas Práticas para os assistentes sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o assistente social da saúde atua:

na avaliação dos fatores psicossociais que interferem na saúde de indivíduos; na avaliação dos fatores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação; na intervenção psicossocial a nível individual, familiar e grupal; no aconselhamento e

intervenção em contextos de crise; na promoção da prestação de serviços de qualidade; na família e cuidadores informais; na advocacia social; na avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades locais de referência; na definição e realização de programas de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária; na educação e informação em saúde; na mobilização, organização e coordenação das entidades e atores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais (DGS, 2006, p.5).

Guadalupe (2013) aponta três vertentes de intervenção do Serviço Social na saúde, nomeadamente: a intervenção que promove a adaptação à situação; a intervenção que investiga e promove o suporte social, e a intervenção que permitirá a sua reintegração na comunidade. Segundo a autora, a intervenção que promove a adaptação face à situação, é uma intervenção que procura atenuar as dificuldades e as necessidades mediante o contexto do indivíduo e o diagnóstico clínico. Assim, o Serviço Social procura intervir com o doente e família de forma a ajudá-los na tomada de decisão face às escolhas que possam servir de auxílio aos novos desafios que se advinham e no acesso aos direitos sociais e aos recursos disponíveis (Guadalupe, 2013).

No essencial e tal como advoga Carvalho (2012), o assistente social na área da saúde deve contribuir para a promoção do direito social à saúde, atuar na sensibilização dos profissionais e serviços, sensibilizar outros profissionais para a importância dos fatores psicossociais e tratamento dos problemas e realizar pesquisas e levantamentos sobre a realidade social dos doentes.

2.2. Serviço Social na Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro

Na Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro, a intervenção do Serviço Social começa com o internamento no hospital que trata os doentes na fase aguda da sua doença, ou seja, num primeiro período, passando depois para as unidades de reabilitação (Sousa, 2017).

Na saúde, onde se enquadra o domínio da Reabilitação, o assistente social é responsável: “por 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 (...)” (Lopes et al., 2012, p.35). A este respeito, Branco e Farçadas (2012) explicitam que compete a este profissional esclarecer os doentes em matéria de direitos relativos a questões múltiplas (e.g., acesso a apoios), sendo que o apoio ou acompanhamento psicossocial traduz de igual modo um domínio de atuação, que permite, quer o apoio aos doentes em termos de orientações médicas e nos problemas sociais que interferem com os cuidados médicos (Branco & Farçadas, 2012), quer um suporte emocional ao próprio doente e cuidador, ajudando no acolhimento das orientações advindas dos profissionais da equipa, associados ao processo de reabilitação do doente, potenciando a mudança e o reforço da coesão familiar (Lopes et al., 2012).

Com efeito, neste campo de ação, o suporte emocional traduz num domínio do apoio profissional, que é prestado para facilitar a manifestação dos sentimentos face à doença, para atuar nos conflitos familiares que possam ter sido desencadeados pela nova condição de doença, reflete um incentivo à adesão, à informação, facilita o acompanhamento e capacitação dos doentes e familiares para a proteção social durante a doença e na sua reintegração comunitária, através do incentivo à reintegração profissional, quando possível, e favorece a sensibilização para a vida após o internamento, sobretudo para a continuidade dos tratamentos e fornecimento dos contactos necessários de unidades de saúde (Lopes et al., 2012).

Simultaneamente, o assistente social articula com outras instituições, entidades; informa os outros profissionais, membros da equipa interdisciplinar, sobre as condições sociais dos doentes, proporciona o acesso a diversos serviços, respostas sociais (necessários no processo de reabilitação do doente e continuação dos cuidados após a alta); promove a educação sobre os fatores sociais e sobre as estratégias de intervenção; participa em ações de promoção e prevenção da doença; é mediador entre os cuidados de saúde e parceiros da comunidade (Branco & Farçadas, 2012).

O assistente social também deve:

proceder à investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção social; participar na definição promoção e concretização das políticas de intervenção comunitária na área de influência dos respetivos serviços ou estabelecimentos; definir, elaborar, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária na área de influência dos respetivos serviços e estabelecimentos; analisar, selecionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação (Lopes et al., 2012, p.35).

Relativamente ao serviço de RGA ou à deficiência e incapacidade que este serviço pressupõe, a intervenção do Serviço Social visa a mudança social e a integração (Santos, 2010), visando a emancipação, o desenvolvimento das capacidades ao nível social e individual e a atenuação da discriminação deste por outros indivíduos e/ou comunidade (APSS, 2018). Neste âmbito, o Serviço Social deve atuar como mediador entre os indivíduos, instituições e grupos, centrando a sua prática na capacitação das potencialidades dos mesmos (Rodriguez, 2011). Para isto, o assistente social tem de possuir um vasto conhecimento sobre as políticas para conseguir articular e dar informação sobre os direitos sociais existentes e recursos disponíveis dentro da comunidade no que concerne à obtenção de prestações sociais adequadas à sua condição e atuar com base em metodologias de intervenção que se mostrem oportunas face às situações em concreto (Trullenque, 2010; Amaro, 2015). Adicionalmente, importa salientar que o assistente social integra uma equipa profissional há mais de cem anos (Oliver & Peck, 2006 como citados por Kirschbaum, 2017), desenvolvendo uma prática cuja eficácia decorre do estabelecimento de limites, do esclarecimento de funções/competências e da capacidade de discussão entre as diversas áreas integrantes da equipa de trabalho (Kirschbaum, 2017).

Em suma, a intervenção do assistente social na saúde e especificamente no contexto do serviço de RGA destaca a sua investigação nos aspetos individuais e coletivos, para promover a criação de relações que auxiliem, através do suporte social, os doentes e respetivas famílias. A intervenção dos assistentes sociais no Serviço de RGA visa a humanização e a qualidade dos cuidados prestados, colocando sempre ao dispor o seu

saber, de forma a facilitar o acesso aos recursos sociais, que são limitados (Guadalupe, 2013).

3. Atividades desempenhadas no âmbito do Estágio

O Serviço Social exerce a sua atividade, com indivíduos, que possuem problemas sociais, responsáveis pelo insucesso na satisfação de necessidades humanas básicas diárias e pelas relações sociais produzidas no núcleo desses problemas (Granja, 2011).

No CMRRC-RP, mais especificamente no serviço de RGA, o assistente social desempenha atividades de ação direta e indireta, individualmente e em equipa, tendo sido neste âmbito que foram desenvolvidas atividades profissionais no contexto do estágio curricular de mestrado.

Por intervenção direta entende-se a que acontece mediante relação presencial entre o assistente social e o doente, constituindo-se como um conjunto de ações que incluem um contacto pessoal (Núncio, 2010, como citado por Coutinho et al., 2012), exemplo disto são os atendimentos, realização de entrevistas no acolhimento dos doentes e o acompanhamento psicossocial. A intervenção indireta refere-se a todas as ações que são realizadas pelo assistente social sem a presença do doente (Núncio, 2010, como citado por Coutinho et al., 2012), como a elaboração das informações sociais, dos diagnósticos sociais, as reuniões da equipa multidisciplinar, a articulação com a rede formal e informal, encaminhamento dos direitos sociais para a obtenção de prestações sociais (e.g., complemento por dependência), os registos na plataforma Sclenic, a articulação inter e intrainstitucional, a instrução dos processos para a RNCCI quando o doente não pode e/ou consegue regressar ao domicílio, entre outras.

Em relação às atividades de ação direta, durante o período de estágio, foram realizadas atividades de acolhimento, entrevista social presencial, com a família, amigos ou doente aquando de entrada de doentes. Destarte, no primeiro momento de atendimento, foram convocados elementos de diagnóstico, designadamente, através do preenchimento da ficha do processo social (Anexo II), foram praticados atos de informação acerca de direitos e deveres transmitidos aos doentes e familiares, bem como acerca do acesso a serviços e bens. De igual modo, o período de estágio facultou a realização de atendimentos, após a alta, ao doente/família e demais elementos de referência de forma a

esclarecer dúvidas. A atuação ao nível da articulação com a rede informal dos doentes e a orientação/encaminhamento para as regalias sociais diretamente com os doentes constituíram igualmente dinâmicas interventivas. De acordo com o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (DGS, 2006), o acolhimento junto do doente e/ou família pretende dar suporte emocional face ao que está a acontecer, facilitando a aceitação e capacitação para a superação do problema; apoiar na integração, prestando informações; gerir as expectativas relativamente ao tempo de internamento, benefícios disponíveis, condições de vida após o internamento e grau de autonomia física, mental, social e profissional; apoiar na adaptação à situação, através da informação sobre os direitos sociais (subsídios na doença, isenções, acompanhamentos, transportes, alimentação, serviços voluntários, vida profissional/escolar) e recolher informação importante para a preparação da alta e continuidade dos cuidados, nomeadamente: nacionalidade, especificidades culturais, situação profissional, local de residência, retaguarda familiar, condições habitacionais, entre outras, tendo a intervenção desenvolvida no contexto do serviço de RGA, sido enquadrada no quadro destas premissas.

Ao longo do processo de acompanhamento dos internamentos, foi prestado acompanhamento psicossocial ao doente e família, já que os períodos de internamento carecem de prestação de atenção e acompanhamento no processo de reabilitação para orientar os doentes para a readaptação e reintegração social, prestando suporte emocional e social (DGS, 2006). Paralelamente existiu a participação em reuniões de equipa multidisciplinar, as quais possibilitaram a partilha de ideias, competências e experiências de diversos saberes profissionais para promover uma melhor atuação no processo de reabilitação dos doentes.

Relativamente às atividades de ação indireta, a intervenção centrou-se na elaboração do diagnóstico social, do plano individual de cuidados, tendo sido prestadas funções de advocacia social, de elaboração de informação social tendo-se também procedido à articulação intra/interinstitucional. No contexto da preparação da alta com doente/família e demais elementos de referência, foram desenvolvidas ações de monitorização/existência do equipamento necessário à transferência segura e respetiva aquisição de instrução ou treino para o seu uso; foi acautelado o entendimento por parte do doente e família do seu plano de cuidados e facilitado ao doente e família contactos, notas essenciais para a realização do plano de cuidados (DGS, 2006). Assim, procedeu-

se à avaliação da reunião das condições de saúde, sociais e familiares, requeridas para facilitar ao doente o regresso a casa/Instituição em segurança.

Ainda no quadro das atividades de ação indireta, foi desenvolvido trabalho de articulação com a rede formal/informal, a qual se mostrou essencial para a identificação/comunicação das necessidades de ordem médica, de enfermagem, nutrição e cuidados de reabilitação e para a negociação com o doente e família do seu plano de cuidados (DGS, 2006). A articulação interinstitucional desenvolvida foi facilitada pela realização de registos na plataforma SClínic, traduzindo estes, funções do Assistente Social no Serviço de RGA. Esta plataforma reúne todo um conjunto de informações médicas, de enfermagem, ao nível da fala, psicologia, nutrição e informações sociais essenciais que acompanham todo o processo de reabilitação do doente, estando disponíveis para todos os profissionais em formato digital.

Parte III: Estudo Empírico – O Serviço Social na Equipa de Trabalho do Serviço de Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais: Oportunidades e Desafios

A investigação é um processo sistemático e flexível que intenta compreender os fenómenos sociais, permitindo o debate e a construção de novas ideias (Coutinho, 2023). Neste âmbito, esta componente estrutural da monografia apresenta o estudo empírico enquadrado no âmbito do estágio de mestrado, elencando os elementos centrais de cariz metodológico prosseguidos, designadamente, a definição do problema e inerentes objetivos do estudo; a metodologia de investigação adotada; os participantes do estudo (amostra); as técnicas e instrumentos de recolha de dados utilizadas; o procedimento de recolha de dados e a metodologia de análise de dados, a que e segue a apresentação de resultados e sua discussão.

1. Problema e objetivos da investigação

A formulação do problema representa a fase inicial de todo o procedimento de investigação, salientando Marconi e Lakatos (2003, p. 126) que o problema de estudo “indica exatamente qual a dificuldade que se pretende resolver”, destacando a par, que o mesmo tem por base “um enunciado explicativo de forma clara, compreensível e

operacional, cujo melhor modo de solução ou é uma pesquisa ou pode ser resolvido por meio de processos científicos” (Marconi & Lakatos, 2003, p.127).

Equacionando a abordagem teórico concetual desenvolvida, é perceptível que os contextos de saúde são envolvidos por elevada complexidade e que as equipas de cuidados de saúde beneficiam de toda uma diversidade de profissionais que contribuem com a sua perícia para o cuidado individual dos pacientes (Hall & Weaver, 2001). A este respeito, o trabalho de equipa pautado pela interdisciplinaridade tem vindo a ser distinguido como evidenciando grande oportunidade para o sucesso das intervenções na área da saúde, uma vez que conjuga as diversas contribuições com a união para atingir os mesmos objetivos (Fazenda, 2012). Por seu lado, o profissional de Serviço Social é um elemento importante da equipa de trabalho, juntamente com outros profissionais para a reabilitação, cuidados de apoio social geral e para apoiar a qualidade de vida, entre outros aspetos (Payne, 2012), carecendo de se aprofundar os contornos e desafios do trabalho de equipa e de ímpeto interdisciplinar (Luz & Vasconcelos, 2022). Sendo certo que o assistente social integra a equipa de trabalho, em equipas profissionais há mais de um século (Oliver & Peck, 2006, como citado por Kirschbaum, 2017), contribuindo para um bom ambiente nos cuidados de saúde, através da promoção de cuidados eficazes seguindo uma prática coordenada com as práticas de outros profissionais (Kirschbaum, 2017) também se reconhece que a ação colaborativa, sendo uma componente central das equipas de trabalho, necessita de ser em cada contexto, construída, dinamizada e auxiliada através da interação dos profissionais de diversas áreas de forma a evitar os constrangimentos e desafios que surgem e criam oportunidades por forma a potenciar a edificação de uma abordagem promotora de saúde holística (Luz & Vasconcelos, 2022; DGS, 2006), sendo pois, este o mote subjacente à questão de partida definida para este estudo, a saber: “Quais as oportunidades que reveste o Serviço Social no Serviço de Reabilitação Geral para Adultos do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, no quadro da equipa de trabalho e quais os desafios que decorrem do trabalho colaborativo?”.

Definida a questão de partida, é essencial eleger os objetivos com o intuito de esclarecer e direcionar o método de pesquisa. Neste âmbito, existe o objetivo geral e também os objetivos específicos do estudo. Com isto, o objetivo geral surge no seguimento da questão de partida e expõe o tema numa perspetiva mais ampla e, por sua vez, os objetivos específicos são de índole mais concreta (Freixo, 2018; Moreira, 1994).

Em termos dos objetivos de estudo, pretendeu-se de um modo geral, compreender a contribuição do Serviço Social no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, no âmbito da equipa de trabalho e percecionar os desafios com os quais se defronta a este nível.

Em relação aos objetivos específicos, o estudo procurou:

- Caracterizar os profissionais da equipa multidisciplinar tendo por base elementos relativos ao seu enquadramento profissional no serviço de RGA;
- Compreender a ação profissional dos vários elementos da equipa de trabalho no âmbito desta, considerando o processo de reabilitação dos doentes;
- Percecionar o significado e as características que o trabalho em equipa deve revestir na perspetiva dos profissionais;
- Compreender a importância atribuída pelos profissionais ao trabalho do assistente social na equipa de trabalho;
- Sinalizar limites e potencialidades do trabalho em equipa e do profissional de Serviço Social no seio da equipa de trabalho.

2. Metodologia

Na ciência, a validade, a credibilidade e o rigor dos métodos e resultados de investigação dependem do enquadramento dos conceitos, dos pressupostos que os sustentam, assim como das estratégias de recolha e análise de dados por parte do/a investigador/a (Amaro, 2015; Coutinho, 2023), aspetos que se mostram sempre enquadrados pela perspetiva metodológica adotada.

Assim, neste estudo, a metodologia privilegiada foi de natureza qualitativa uma vez que se pretendeu, atento o questionamento e objetivos, focalizar experiências vividas, comportamentos e elementos referentes ao funcionamento organizacional, produzindo resultados não alcançados a partir de procedimentos estatísticos, mas sobretudo derivados da análise interpretativa (Strauss & Corbin, 2008).

Coutinho (2023) sublinha que a perspetiva qualitativa encerra dois níveis: um nível concetual, consubstanciado numa abordagem cujo objeto de estudo incide na análise de situações, na investigação de ideias, no apuramento de significados, na análise das interações sociais, tendo por base a perspetiva dos atores alocados aos processos em

análise e um nível metodológico, que pressupõe da parte do investigador uma compreensão das situações e dos significados das ações/fenómenos tendo por referência o contexto que os enquadra. Adicionalmente e como se realça (Pacheco, 1993, Shaw, 1999, Erickson, 1986, como citados por Coutinho, 2023), o interesse da investigação qualitativa centra-se no conteúdo, na relevância dos significados existindo a necessidade de particularizar, de estudar os dados a partir de uma situação específica, residindo a riqueza deste tipo de pesquisa na diversidade individual que consegue captar em termos de ações, comportamentos ou perspectivas, vertentes estas que se mostram essenciais de considerar no estudo por nós prosseguido, designadamente para compreender no contexto do serviço de RGA do CMRRC-RP o contributo das equipas de trabalho, para perceber os seus desafios e potencialidades, posicionando a análise do contributo do Serviço Social no cerne da investigação.

3. População e Amostra

Após a delimitação do objeto de análise o investigador pode decidir pelo estudo do universo da pesquisa ou pode selecionar uma amostra (Marconi & Lakatos, 2003) que se mostre significativa do fenómeno a estudar. Coutinho (2023, p.89) esclarece que por população se entende “o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e quem partilha uma característica comum”. Por seu lado, a amostra representa “o conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características da população de onde foi extraída” (Coutinho, 2023, p. 89). Refira-se ainda, que num estudo qualitativo em que se aplicam entrevistas, a questão da amostragem implica uma decisão em relação à seleção das pessoas a entrevistar e sobre os grupos a que devem pertencer (Flick, 2013).

Neste sentido, atendendo à população ou universo do estudo, abrangendo todos os profissionais de várias áreas disciplinares do serviço de RGA do CMRRC-RP integrantes da equipa de trabalho, reuniu-se em termos de amostra um grupo de participantes alocados à coordenação de cada área de trabalho ou serviço (no caso em que existe apenas um profissional em cada área), designadamente a diretora médica do serviço, a enfermeira chefe, o coordenador da equipa de fisioterapia, a coordenadora da equipa da terapia da fala, a coordenadora da equipa da teoria ocupacional, o psicólogo, a nutricionista e a assistente social, perfazendo um total de oito participantes. O processo de amostragem ocorreu por uma questão de conveniência (dado o fácil acesso aos participantes por razões

de realização do estudo integrado no âmbito do estágio), tendo constituindo critérios de seleção, o caráter voluntário da participação, a abrangência dos vários participantes aos grupos profissionais constituintes da equipa técnica de trabalho e participação dos profissionais nas reuniões semanais. Ainda que esta tipologia de amostragem não se mostre representativa implicando que os resultados apenas possam ser aplicados/interpretados por referência aos participantes no estudo, a mesma pode se utilizada quer para “captar ideias gerais [quer para] identificar aspetos críticos” (Sousa & Batista, 2011, p.77), argumentos estes que também se mostraram influentes para a sua escolha no contexto deste estudo.

4. Técnicas e Instrumentos de recolha de dados

Segundo Coutinho (2023), a procura de informação orientada para uma melhor compreensão de um determinado fenómeno social, não pode deixar de implicar uma revisão e análise da literatura com a qual esse fenómeno se relaciona, podendo assim referir-se que a revisão da literatura consiste na “identificação, localização e análise de documentos que contêm informação relacionada com o tema” (Coutinho, 2023, p.59). A este respeito, Marconi e Lakatos (2003) sublinham que qualquer investigação implica o levantamento de dados de várias fontes, sendo que o primeiro momento de qualquer pesquisa implica recorrer a técnicas de pesquisa assentes na obtenção de documentação indireta, isto é, pesquisa bibliográfica e documental direcionada para a recolha de elementos prévios relacionados com o campo de interesse. Neste sentido, foi desenvolvida a pesquisa bibliográfica para a componente teórico concetual a partir de publicações diversas (e.g., livros, dissertações, teses, artigos científicos) o que implicou a identificação, localização, organização e sistematização da informação bibliográfica recolhida (Marconi & Lakatos, 2003). A par, recorreu-se à recolha de informação proveniente de documentos vários (e.g., relatórios e documentos oficiais, documentos jurídicos, fontes estatísticas) com o intuito de enquadrar e compreender o contexto de estágio e também para suportar a reflexão teórico analítica transversal a todo o estudo.

Num segundo momento procedeu-se à recolha de dados proveniente de documentação direta, a qual consiste “no levantamento de dados no próprio local onde os fenómenos ocorrem” (Marconi & Lakatos, 2003, p. 186). Assim, no âmbito da pesquisa de campo/empírica utilizou-se a técnica da entrevista e em concreto a entrevista semiestruturada. Em si, a entrevista tem como finalidade a aquisição de informação

através de enunciação de questões que são colocadas ao inquirido pelo investigador, questões que podem ser abertas, fechadas ou ambas (Coutinho, 2023). Esta técnica requer a interação entre o entrevistado e investigador, para a obtenção de informação pertinente e pode assumir um cariz que medeia entre o menos estruturado ao mais estruturado (Coutinho, 2023). A entrevista semiestruturada é uma técnica utilizada quando se quer comparar dados obtidos de diversos participantes, de forma a explicar a perspetiva de cada um, a sua maneira de pensar e interpretação face ao que está a ser estudado. (Coutinho,2023). Sobretudo, este tipo de entrevista caracteriza-se pela inclusão de perguntas mais ou menos abertas no guião, sendo expectável que o entrevistado possa responder livremente às mesmas, carecendo o investigador de decidir na própria situação de entrevista, acerca da necessidade de pormenores adicionais, por forma a aprofundar o tema/temas em análise (Flick, 2013). No presente estudo e pelo facto de os pontos de vista dos participantes (relativos ao trabalho em equipa e contributo do Serviço Social) serem mais facilmente obtidos no formato de entrevista relativamente aberta (semiestruturada), a opção recaiu nesta modalidade de entrevista.

Deste modo e em termos operativos, o estudo implicou a realização de entrevistas semiestruturadas, tendo para o efeito sido concebidos dois guiões (instrumentos), um para os/as profissionais da área de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, nutrição (Apêndice I) e outro para a profissional de Serviço Social (Apêndice II), assentes em critérios como especificidade, profundidade, amplitude, entre outros (Flick, 2013). Em termos de estruturação, o guião de entrevista dirigido aos vários profissionais englobou elementos relativos ao seu enquadramento profissional, contemplando a par 4 categorias temáticas concernentes ao papel do profissional na equipa; à perceção do âmbito do trabalho em equipa; à importância do trabalho do/a assistente social na equipa de trabalho e à avaliação do trabalho em equipa

Por sua vez, o guião de entrevista dirigido à profissional de Serviço Social englobou elementos relativos ao seu enquadramento profissional, também contemplando a par, quatro categorias temáticas, concernentes ao papel do/a Assistente Social na equipa; à perceção do âmbito do trabalho em equipa; à importância do trabalho do/a Assistente Social na equipa de trabalho e à avaliação do trabalho em equipa.

5. Procedimentos de Recolha de Dados

A recolha de dados proveniente das entrevistas semiestruturadas foi obtida individualmente, tendo sido auscultados os participantes do estudo em espaço próprio e separado, na Instituição de estágio. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas e transcritas para facilitar a apresentação, análise e discussão dos dados recolhidos. No início de cada entrevista, realizou-se um esclarecimento do estudo, tendo sido solicitada a leitura e assinatura do Consentimento Informado (Apêndice III) aos entrevistados, assegurando o cumprimento de todos os procedimentos éticos na abordagem da informação.

6. Metodologia de Análise de Dados

A análise e interpretação de dados associadas a estudos qualitativos desenvolve-se frequentemente com recurso ao método de análise de conteúdo. Tendo por base Bardin (1977, citado por Mendes & Miskulin, 2017, p.1052) a metodologia de análise de conteúdo “reveste um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mensagens”. Assim, a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 2016, p.37).

As palavras, (e também os símbolos e os signos), caracterizadas como unidades de análise, podem organizar-se em categorias conceituais e essas categorias podem expor elementos de uma teoria específica que se quer testar (Coutinho, 2023). As categorias podem ser pré-definidas anteriormente à análise ou não, podendo admitir um caráter exploratório, reconhecendo-se, assim, dois tipos de análise conteúdo diferentes (Coutinho, 2023).

A análise de conteúdo de tipo exploratório envolve a divisão do conteúdo e apresenta várias fases, nomeadamente: a pré-análise e a exploração do material e o tratamento de resultados (a inferência e a interpretação) (Bardin, 2016: Coutinho, 2023).

A pré-análise consiste na fase de organização que tem como objetivo “tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise” (Bardin, 2016, p.

125). Caracteriza-se por ser a fase em que se organiza os dados com o propósito de compor o conjunto de documentos que são sujeitos aos processos analíticos e consiste na organização do material, nomeadamente: na escolha de documentos para analisar, na formulação de questões orientadoras e de objetivos; na elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação e na preparação formal de todo o material (Coutinho, 2023).

Caso as diferentes tarefas da pré-análise sejam concluídas com sucesso, a fase da análise remete para o emprego metódico das decisões tomadas (Bardin, 2016).

A exploração do material traduz uma fase longa e consiste em operações de “codificação, enumeração, em função de regras previamente formuladas” (Bardin, 2016, p.131), compreende a organização e transformação dos dados obtidos de acordo com o quadro teórico de referência, integrando três procedimentos essenciais: o recorte, ou seja, a escolha da unidade de análise/registo compreendidas como a “menor parte do conteúdo, cuja ocorrência é registada de acordo com as categorias levantadas” (secções de texto importantes para o estudo, podendo ser diferentes e inter-relacionados (e.g., tema, palavra, personagem ou item) (Bardin, 1977, como citado por Mendes & Miskulin, 2017; Coutinho, 2023). Importa referir ainda as unidades de contexto, uma vez que se apresentam como a parte do texto mais amplo de onde é retirada a unidade de registo, servindo de “unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem” (Coutinho, 2023, p.220). Nesta fase, ainda existe a enumeração, caracterizando-se como a escolha das regras de contagem das unidades de análise/registo e a categorização, que consiste na escolha de categorias, juntando as unidades de registo de acordo com as suas características semelhantes (Bardin, 1977, como citado por Mendes & Miskulin, 2017; Coutinho, 2023).

A última fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, em que os resultados “brutos” (Bardin, 2016, p.131) obtidos são analisados de forma a serem significativos e válidos, para posteriormente serem interpretados, através da comparação das diversas respostas e da sua confrontação com a fundamentação teórica para a formação de novos saberes (Bardin, 2016; Coutinho, 2023).

Para efeitos da apresentação e sistematização dos resultados procedeu-se à codificação dos/as entrevistados/as utilizando a seguinte nomenclatura.

Tabela 1

Codificação dos/as entrevistados/as

Codificação	Entrevistados/as
<u>E1</u>	<u>Diretora Médica de Serviços</u>
<u>E2</u>	<u>Enfermeira Chefe</u>
<u>E3</u>	<u>Subcoordenador da Equipa de Fisioterapia</u>
<u>E4</u>	<u>Terapeuta Ocupacional</u>
<u>E5</u>	<u>Coordenadora da Equipa de Terapeutas da Fala</u>
<u>E6</u>	<u>Psicólogo</u>
<u>E7</u>	<u>Nutricionista</u>
<u>E8</u>	<u>Assistente Social</u>

7. Apresentação e Análise de Resultados

Neste ponto do trabalho, procede-se à apresentação e análise dos resultados do estudo, considerando os elementos de caracterização dos profissionais; o papel dos profissionais na equipa de trabalho; a perceção tida acerca do âmbito do trabalho em equipa; a importância do trabalho do/a assistente social na equipa de trabalho e a avaliação do trabalho em equipa. A apresentação dos dados considera a análise de conteúdo (categorização) tendo por base a informação constante das grelhas de análise de conteúdo (Apêndices IV, V, VI, VII e VIII).

7.1. Elementos de caracterização dos/as profissionais

A caracterização dos/as profissionais entrevistados/as foi realizada a partir de indicadores como: género, idade, habilitações literárias/formação pós-graduada; profissão/cargo desempenhado no serviço de RGA; antiguidade na Instituição e tempo de serviço na equipa de trabalho (Apêndice IV).

Em termos globais, os entrevistados, maioritariamente do género feminino (6 mulheres e 2 homens), são profissionais detentores de qualificação formativa de nível

superior (n=8), possuindo idades entre os 30 e 47 anos, trabalham na Instituição em média há aproximadamente 13,5 anos (menor antiguidade: 2 anos; maior antiguidade: 25 anos) e integram a equipa de trabalho há cerca de 6 anos (menor tempo de serviço na equipa: 2 anos; maior tempo de serviço na equipa: 15 anos). Todos os entrevistados exercem funções diferentes no serviço de RGA do CMRRC-RP.

De uma forma mais detalhada pode referir-se que uma entrevistada (E1) do género feminino, tem 40 anos, é licenciada e mestre em Medicina, tem uma pós-graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático e exerce a função de médica fisiatra no CMRRC-RP há 14 anos, sendo que em 2015 passou a integrar a equipa do serviço de RGA e em 2018 passou a ser a Diretora do Serviço de RGA.

Outra entrevistada participante do estudo (E2) do género feminino, tem 46 anos, possui duas licenciaturas (Licenciatura em Enfermagem e Gestão e Administração Pública), mestrado em Comunicação Acessível e pós-graduada em Reabilitação e Gestão Hospitalar. Exerce o cargo de enfermeira-gestora no serviço de RGA há dois anos, mas realiza funções como enfermeira no CMRRC-RP há cerca de 25 anos. A participação no estudo envolveu também um profissional (E3), do género masculino, com 43 anos, detentor de uma licenciatura em Fisioterapia e uma pós-graduação em Osteopatia, sendo este, subcoordenador da equipa de Fisioterapia do serviço de RGA e fisioterapeuta há 10 anos, ainda que exerça funções no CMRRC-RP há cerca de 20 anos. Adicionalmente o estudo abrangeu uma participante (E4) do género feminino, com 47 anos, e formação superior a nível de licenciatura em Terapia Ocupacional, desempenhando o cargo de terapeuta ocupacional, há cerca de 15 anos no serviço de RGA. Fez também parte da amostra uma interlocutora (E5) do género feminino, possuindo 44 anos, e formação superior a nível de licenciatura em Terapia da Fala e pós-graduação em Motricidade Orofacial e Disfagia a qual exerce atividade como Terapeuta da Fala há cerca de 20 anos e é coordenadora da equipa da Terapia da Fala do serviço de RGA há cerca de meio ano. As terapeutas da fala do serviço do serviço de RGA, à semelhança das terapeutas ocupacionais, podem ter doentes de outros internamentos, quando necessário. Integrou também o estudo, um profissional (E6) do género masculino com 40 anos, licenciado em Psicologia, tendo frequentado o mestrado em Psicologia Clínica e estando também a frequentar o mestrado de Neuropsicologia. Este profissional exerce funções de psicólogo clínico há cerca de 2 anos no serviço de RGA. Outro participante (E7) auscultado do género feminino, tem 30 anos, tem uma licenciatura em Dietética e Nutrição e um

mestrado em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar e exerce a atividade de Nutricionista, em todos os internamentos, há cerca de 2 anos.

O estudo integrou também uma participante (E8) do género feminino, com 43 anos, detentora de uma licenciatura e mestrado em Serviço Social exercendo funções como Assistente Social no CMRRC-RP há cerca de 10 anos e na equipa do serviço de RGA há 5 anos.

7.2. Papel do/a profissional na Equipa

A categoria referente ao papel do/a profissional da Equipa (Apêndice V) divide-se em várias subcategorias como: funções desempenhadas no serviço de RGA e no processo de reabilitação do doente, o papel/ação que desempenha na equipa de trabalho do serviço de RGA e os elementos que distinguem o trabalho de um profissional da equipa de trabalho do serviço de RGA em relação aos outros profissionais, integrantes da mesma equipa.

7.2.1. As funções desempenhadas no serviço de Reabilitação Geral para Adultos e no processo de reabilitação do doente

Nesta subcategoria, as respostas foram bastante distintas, uma vez que os profissionais de cada área desempenham funções diferentes, porque específicas, no processo de reabilitação do doente.

Neste âmbito, a E1 assumiu a liderança do serviço de RGA em 2018, desempenhando funções no que concerne à liderança da equipa, atribuição de funções e objetivos de todos aqueles que estão relacionados com o próprio serviço, gestão de listas de espera, gestão dos recursos humanos e produção de relatórios anuais: *“Para além das funções enquanto médica fisiatra, do trabalho médico com o doente, também sou responsável por liderar toda a equipa deste serviço (...) desde a gestão dos recursos humanos à gestão das listas de espera”*.

A E2 desempenha a função de enfermeira-gestora, gerindo os cuidados dos doentes, os recursos humanos (e.g., horários dos enfermeiros e auxiliares), os recursos hospitalares e materiais e, quando necessário, como foi dito por esta entrevistada *“Desempenho funções de enfermeira-gestora, funções gerais de enfermagem”*. O E3 atua como

fisioterapeuta, como diz “(...) sou fisioterapeuta e trabalho diretamente com o doente na recuperação funcional dos seus membros superiores e inferiores (...)”, orientando e apoiando o doente no treino funcional para a reintegração das capacidades para as atividades diárias, na reabilitação neurológica e motora. A E4 trabalha a “(...) sensibilidade motora, percetiva e cognitiva do doente e (...) faço adaptações com materiais de apoio” por exemplo, tábuas de cozinha adaptadas, talheres adaptados. Segundo a interlocutora, estes profissionais são responsáveis pela orientação e apoio do treino com os utensílios de cozinha e ainda realizam o ajuste de talas. A E5 “(...) avalia a linguagem e a comunicação para trabalhar as áreas alteradas no âmbito da alimentação e disfagia”, realça que “As minhas ações são direcionadas para a deglutição e disfagia do doente”. O E6 exerce funções ao nível da psicologia clínica, avaliando o seu “(...) estado emocional/cognitivo para potenciar a reabilitação cognitiva. A E7 desempenha um papel no “acompanhamento nutricional do doente”, avalia os seus “hábitos alimentares, o seu risco nutricional” e elabora um plano adequado às suas necessidades. Também exerce funções no âmbito da qualidade alimentar, gerindo como afirma “(...) as reclamações e adaptando a ementa de acordo com os parâmetros considerados”. A E8 declara que é responsável por “garantir o adequado acolhimento e integração dos doentes e famílias no serviço”; acompanha a programação das altas, de forma a proporcionar uma adequada reintegração na comunidade, ou seja, o seu grande objetivo é “(...)potenciar a reinserção social do doente no seu meio habitual de vida, com qualidade e suporte adequados; estabelecer a articulação com as redes de suporte formal e informal; prestar acompanhamento psicossocial, aconselhamento, advocacia social em favor do doente e família; elaborar informação e relatórios sociais e avaliar as necessidades de apoio”.

7.2.2. Papel/ação na equipa de trabalho do serviço de Reabilitação Geral para Adultos

Na sua globalidade, os profissionais consideraram que o seu papel na equipa é essencial para o processo de reabilitação do doente.

A E1 para além das funções de médica fisiatra (elaboração do diagnóstico médico, relatório médico e acompanhamento médico do doente relativamente à sua evolução e definição de tratamentos a executar) aponta que o seu papel na equipa de trabalho tem um foco vocacionado para a “(...) direção/liderança da equipa e gestão de recursos”.

A E2 realça que, para além da importância dos cuidados de enfermagem geral, que *“(...) ajudam o doente na prática de atividades de vida diária”* (e.g, vestir, calçar, tomar banho, levantar, etc...), é fundamental o seu papel *“na gestão dos recursos humanos para que não existam lapsos e falta de pessoal para trabalhar”* e as suas ações como declarou *“(...) ajudam o doente a ganhar autonomia nas AVD's(...) a alcançar pequenas conquistas como conseguir vestir-se outra vez, calçar-se, lavar os doentes entre outras pequenas tarefas.”*. O E3 destaca a importância das funções de fisioterapia no âmbito do treino funcional para potenciar a *“(...) máxima recuperação das capacidades motoras do doente”* que o ajudam no processo de reabilitação e do aumento de autonomia. Outros entrevistados (E4, E5, E6) assumem que apresentam *“uma importância elevada (...)”* na medida em que as suas funções são bastante diferentes dos outros profissionais e essenciais em cada área para o doente conseguir recuperar ao máximo as suas capacidades. A E7 afirma que *“nenhum papel substitui o outro”*, mas que descreve as suas funções como *“essenciais para mudar maus hábitos, potenciar uma alimentação e um estilo de vida mais cuidado (...)”*. A E8 reconhece o seu papel como o de *“(...) partilha de informação; articulação, elo de ligação com a família, doente, cuidador e equipa no planeamento da alta; participação junto da equipa, do doente e do elemento de referência na elaboração do plano após o internamento e um papel de mediador entre a equipa, doente, família, meio escolar e/ou profissional e comunidade, promovendo a articulação eficaz entre as entidades”*.

7.2.3. Elementos que distinguem o trabalho do profissional na equipa em relação ao de outros/as profissionais da mesma equipa

Os elementos que distinguem o trabalho de cada profissional em relação a outro de áreas distintas assentam nas competências que são atribuídas a cada área para alcançarem objetivos comuns. Assim, a E1 afirma que *“(...) todas as tarefas relacionadas com o serviço em si já são bastante diferentes, uma vez que toda a organização e estruturação do serviço é da minha competência, enquanto diretora do serviço”*. Enquanto médica fisiatra, compete-lhe a *“(...) avaliação médica e a elaboração do diagnóstico clínico e relatório médico do doente”*.

A E2 identifica como elemento diferenciador a grande quantidade de pessoas que tem de gerir no dia-a-dia para que consigam trabalhar com os recursos humanos necessários, uma vez que gere os enfermeiros e os auxiliares. Afirma que *“o nosso*

trabalho é diferente porque são áreas distintas, mas pretendemos atingir todos o mesmo objetivo". O E3 considera que ao nível da fisioterapia tem um papel diferente de outros profissionais na reabilitação, uma vez que realiza o *"(...) treino funcional do doente em ginásio próprio*". A E4 aponta o facto de trabalhar a *"sensibilidade dos membros superiores nas tarefas do dia-a-dia"* como elemento que o diferencia do trabalho dos outros profissionais. A E5 é a única que trabalha a deglutição e a comunicação, a fala e declara que a sua função é *"(...) bastante diferente uma vez que atuamos para melhorar a comunicação, deglutição e disfagia do doente (...) as nossas competências são diferentes"*. O E6 por seu lado trabalha as questões emocionais promovendo a reabilitação cognitiva. A E7 afirma que *"Todas as funções referentes à nutrição e própria alimentação são tarefas que me distinguem dos meus colegas de outras áreas uma vez que estudei para tal"*. Por fim, a E8 realçou que qualquer intervenção do assistente social tem sempre em conta as competências adquiridas e as *"especificidades e necessidades de cada doente, intervindo com base na defesa da justiça social, dignidade e integridade da pessoa"*, respeitando sempre a vontade da pessoa e o que a distingue dos outros profissionais é a relação doente/família, tenta manter uma relação de empatia e proximidade com este elemento e com o próprio doente, crucial para o desenvolvimento de uma boa intervenção.

7.3. Perceção do âmbito do trabalho em equipa

A categoria sobre a perceção do âmbito do trabalho em equipa divide-se em várias subcategorias como: a perceção do que é para cada profissional trabalhar em equipa, a atuação da equipa de forma interdisciplinar, as características associadas a um trabalho em equipa e os momentos/ocasiões privilegiadas que suscitam o trabalho colaborativo/m equipa (Apêndice VI).

7.3.1. Perceção do que é trabalhar em equipa

Em relação a esta subcategoria, todos os profissionais definiram positivamente o trabalho em equipa, dando respostas muito semelhantes sendo recorrentes nos relatos dos participantes expressões como *"visão holística"* e *"promoção de uma melhor atuação"*.

Neste Âmbito, a E1 aborda o trabalho em equipa como uma *"(...) forma de pensar alargada, devido aos vários saberes e experiências de cada área profissional que tornam a intervenção/reabilitação do doente mais eficaz"*.

A E2 afirma que trabalhar em equipa é *“um conjunto de elementos de várias áreas com competências distintas que articulam uns com os outros visando objetivos comuns”*. O E3 indica que este trabalho é encarado como uma *“(...) visão holística do doente (...)”*, significa também *“cumplicidade, ambiente familiar, rentabilidade, gestão de tempo”* para articularem uns com os outros e *“motivação para alcançarem os objetivos comuns”*. Trabalhar em equipa para o E4 é *“uma prática essencial que promove uma melhor atuação na promoção da autonomia, bem-estar e reabilitação do doente”*. A E5 afirma que é uma forma de *“(...) ajudar mais e melhor o doente (...)”* e *“potencia o nosso trabalho com a ajuda de outras áreas”*. O E6 define trabalhar em equipa como *“a procura de sinergias para atingir um objetivo comum que no nosso caso é a reabilitação dos doentes”*.

A E7 considera o trabalho em equipa como uma *“visão holística do doente para uma melhor adaptação à nova realidade e diferenciador para atingir resultados”*. A E8 considera que o trabalho em equipa é motivador e afirma que *“já não consigo trabalhar de outra forma”* por ajudar *“(...) a conhecer a situação de cada doente de uma forma holística, englobando a avaliação de cada profissional”*.

7.3.2. Trabalho de modo Interdisciplinar

De uma forma geral todos os entrevistados consideraram que a sua equipa de trabalho atua de forma interdisciplinar, articulando-se os profissionais, uns com os outros, uma vez que *“(...) estão constantemente em contacto para discutir a evolução, necessidades e dificuldades do processo de reabilitação dos doentes”* (E8).

Neste sentido, a E1 afirmou que os membros da equipa *“estão em constante comunicação e articulação todos os dias ou quando é necessário”*. A E2 afirmou que a equipa do serviço de RGA *“(...) é interdisciplinar porque todos dão a sua opinião (...) são discutidas em conjunto todas as decisões pertinentes para o processo de reabilitação do doente”*. O E3 mencionou que *“o nosso trabalho implica a partilha de informações e constante comunicação através encontro ou telefonemas, para além dos momentos formais agendados para nos reunirmos”*. A E4 apontou que *“(...) existem momentos formais e informais para discutirmos certos temas e refletirmos sobre o nosso trabalho”*. A E5 afirmou que *“no dia-a-dia do nosso trabalho, quando temos de discutir alguma forma de intervenção partilhamos todas as nossas informações e opiniões mediante as*

nossas experiências”. O E6 declarou que *“facilmente conseguimos articular com um determinado profissional através de um telefonema ou vamos ao seu encontro”*. De acordo com a E7 *“não existe nenhum profissional que não debata ou dê a sua opinião sobre um determinado tema que comprometa a reabilitação do doente”*. A E8 mencionou que *“a equipa interdisciplinar é marcada pela reciprocidade e pelo enriquecimento mútuo e, para isso, existe a necessidade de recorrermos uns aos outros, através de telefonemas, agenda de reuniões e encontros mais informais*”.

7.3.3. Características associadas a um trabalho em equipa

As respostas a esta subcategoria foram convergentes, de uma forma geral características como a *“comunicação”, “respeito pelo outro”, “compromisso”, “partilha” e “sensibilidade”* foram os mais evidenciados. A E1 considerou a *“liderança eficaz, gestão de conflitos, interdisciplinaridade e comunicação”*.

A E2 nomeou a *“comunicação, respeito, partilha e compromisso (...)”* como características essenciais a um bom trabalho de equipa. Esta profissional afirma que *“tem de existir comunicação, respeito, partilha de conhecimentos e compromisso com a equipa”*. O E3 reconheceu a necessidade de se colocarem *“(…) no lugar do outro, foco no utente e colocar o ego de lado”, “acho fundamental cada profissional colocar-se no lugar do outro, perceber as suas dificuldades, o seu papel e temos de ter o foco sempre no doente”*. A E4 nomeou a *“partilha (...) sensibilidade”*. A E5 considerou a *“partilha e boa articulação”*. O E6 mencionou a *“cooperação e distribuição de tarefas às respetivas funções (...)”*. A E7 realçou que a *“comunicação e disponibilidade são essenciais”* e a E8 reforçou, a necessidade de existir uma *“(…) boa comunicação, um bom relacionamento interpessoal, definir objetivos e prioridades e ter confiança no trabalho dos colegas de equipa”*.

7.3.4. Momentos/ocasiões privilegiadas que suscitam o trabalho em equipa/colaborativo

Todos/as os entrevistados/as mencionaram as *“reuniões multidisciplinares”* como o momento em que todos os profissionais conseguem partilhar ideias, experiências e conhecimentos com todos.

Vários (E1, E3, E4, E5, E6) mencionaram todos as “reuniões semanais” com a equipa como o momento privilegiado mais importante para a intervenção.

Segundo a E2 “*nós temos um momento específico todas as quartas-feiras que são as reuniões de equipa e para além disto conseguimos procurar o outro quando precisamos algo desse profissional*”. Como a E7 afirma, “*Para além das reuniões semanais com toda a equipa, quando é necessário telefono ou vou ao encontro do profissional para partilhar ideias ou pedir informações adicionais*”. A E8 relata que “*No serviço de RGA existem vários momentos como por exemplo na transmissão de informações da equipa à família, na comunicação e preparação da alta e agendamento de ensinios “e as “reuniões semanais com a equipa constituem o momento mais decisivo para a tomada de decisões”* (E8).

7.4. Importância do trabalho do/a assistente social na equipa de trabalho- Perspetiva do Serviço Social

Esta categoria divide-se nas seguintes subcategorias: a) interação/articulação estabelecida com os vários profissionais da equipa do serviço e RGA e a sua importância para a equipa do serviço de RGA e no processo de reabilitação do doente; b) importância da formação em Serviço Social para o trabalho em equipa, competências que o profissional de Serviço Social mobiliza para dinamizar o trabalho em equipa e a análise sobre o reconhecimento tido em relação ao trabalho do assistente social na equipa de trabalho (Apêndice VII).

7.4.1. Interação/articulação que o/a assistente social estabelece com os vários profissionais da equipa do serviço e RGA e a sua importância para a equipa do serviço de RGA e no processo de reabilitação do doente

Acerca da articulação estabelecida com os demais profissionais da equipa, a assistente social (E8) “*articula com todos os setores (...) existe sempre partilha de informação uma vez que este profissional recolhe informação social, essencial para contextualizar o meio de onde o doente proveio e no âmbito dos ensinios com a equipa, para preparar um fim de semana terapêutico*”, (em que os doentes podem ir a casa para os familiares tomarem conhecimento da sua evolução).

7.4.2. Importância da formação em Serviço Social para o trabalho na equipa de trabalho

Tal como a entrevistada relatou (E8), a formação do assistente social, como área de conhecimento inscrita no campo das ciências sociais e humanas, “*ensina a conhecer, respeitar os cidadãos/doentes e as suas famílias para em conjunto com a equipa atingirem os objetivos programados*”. Esta profissional realçou que a formação do assistente social “*na área das ciências sociais e humanas aprende desde cedo a respeitar o outro para em conjunto com a equipa atingir um objetivo comum*”.

7.4.3. Competências que o/a profissional de Serviço Social mobiliza para dinamizar o trabalho em equipa e a análise sobre o reconhecimento tido em relação ao trabalho do assistente social na equipa de trabalho

No domínio das competências profissionais, entrevistada (E8) salientou que em todo o seu percurso profissional sempre convocou as “*(...) competências específicas, que devem estar associadas a qualquer profissional da minha área, tenho que adotar uma postura empática, organizada, ser metódica e responsável*” e realçou ainda que os colegas de outras áreas “*respeitam muito (...)*” o seu trabalho, evidenciando a noção de que o assistente social desempenha “*um papel fulcral na implementação do plano individual de cuidados e no planeamento da alta hospitalar*”.

7.4.4. Análise do reconhecimento tido em relação ao trabalho do/a assistente social na equipa de trabalho

No seio da equipa de trabalho existe um reconhecimento explícito do trabalho do/a assistente social. Como entrevistada auscultada (E8) reconhece “*os meus colegas de trabalho de outras áreas compreendem o meu papel e importância no seio da equipa de trabalho em virtude do processo de reabilitação do doente na recolha de informações sociais, planeamento da alta, procura e articulação de respostas sociais para usufruto dos doentes após o internamento, informação e orientação para aquisição de direitos sociais, pensões e prestações sociais e acompanhamento psicossocial à família e doente*”.

7.4.5. Importância do trabalho do/a assistente social na equipa de trabalho- Perspetiva dos/das profissionais da equipa de trabalho

Acerca da perspetiva de outros/as profissionais em relação ao papel do assistente social na equipa elencaram-se as seguintes subcategorias: o papel do/a assistente social na equipa; o relevo atribuído ao/à assistente social na equipa e elementos que distingue o trabalho deste/a profissional relativamente a outros profissionais e a interação/articulação que estabelece com o/a assistente social na equipa e respetiva importância para a equipa do serviço de RGA e para o processo de reabilitação do doente

De uma forma geral, relativamente ao papel do assistente social na equipa, todos os profissionais reconheceram a importância do Serviço Social no desempenho de funções como o acolhimento (processo tendente à recolha de informações sociais), acompanhamento psicossocial, preparação da alta e ajuda na reintegração social e profissional (E1, E2, E3, E4 e E5). O interlocutor E6 salientou a importância do profissional de Serviço Social no trabalho com casos sociais e a entrevistada E7 caracterizou o trabalho do assistente social como “*elo de ligação*” entre familiares, profissionais e entidades.

Neste sentido, a E1 legitima o assistente social como “*essencial*” em vários domínios da sua intervenção, desde o contacto antes do internamento, durante e após este, afirmando que “*(...) tem um papel fundamental na recolha de informações sociais, na articulação intrainstitucional e na procura de respostas sociais que auxiliem os doentes após o tempo de internamento*”.

A E2 reconhece que o trabalho do profissional de Serviço Social é “*crucial desde o acolhimento até à alta do doente*”, na medida em que “*(...) acompanha, recolhe informações sociais, procura respostas para promover a sua reintegração na sociedade e, quando possível, requalificação profissional*”. Adicionalmente, afirma que este profissional constitui um “*elo de ligação entre o processo de reabilitação e a vida após o internamento*”. O E3 constata que o “*papel do profissional de Serviço Social desempenha funções ao nível do acompanhamento durante o processo de reabilitação no serviço de RGA, encaminha para as prestações sociais a que poderá usufruir de acordo com as suas necessidades, prepara a alta do doente na medida em que procura e orienta para possíveis respostas, de forma a continuar os tratamentos noutras Instituições*”. O

E4 nomeou algumas funções como: *“recolha de informação sobre a situação habitacional, familiar, social e emocional do doente, articulação com outras respostas sociais e preparação do destino da alta”*. A E5 reforça a importância das funções deste profissional no acolhimento para a *“(...) recolha de informações sociais, dinâmicas familiares, orientação para a reintegração profissional, social, na comunidade, orientação para os direitos sociais e articulação intrainstitucional para fornecer outras respostas sociais, essenciais após a alta”*. O E6 afirma que o *“papel do assistente social é importante devido à existência de casos sociais uma vez que está habilitado com as competências certas para ajudar”*, reforça ainda este papel no âmbito da *“recolha de informações sociais que ajudarão a preparar emocionalmente o doente durante o processo de reabilitação e para a sua vida após a alta”*. A E7 descreve o profissional de Serviço Social como *“a ponte”*, o elo de ligação, *“fulcral para perceber as condições económicas, sociais, familiares e habitacionais que os doentes têm antes do internamento”* e com essa informação ajudará o nutricionista a *“conhecer o seu meio (do doente) para este elaborar um plano alimentar que vá de encontro aos seus gostos e necessidades”*.

7.4.6. Relevo atribuído ao/à assistente social na equipa e elementos que distinguem o trabalho deste/a profissional em relação a outros/as profissionais

Nesta subcategoria, todos os profissionais reconheceram que o papel do assistente social é fundamental na equipa e os elementos que distinguem o trabalho deste profissional em relação ao deles são variados, já que o Serviço Social facultava apoio na *“(...) aquisição de direitos sociais, prestações sociais, orientar o doente para outras respostas sociais, centros de formação que possam possibilitar a sua reintegração profissional e na comunidade”* (E1), ou seja, o que distingue o trabalho deste profissional são as suas *“(...) competências profissionais e conhecimentos científicos devido à sua formação académica”* (E2). Paralelamente, a E1 afirma que *“o trabalho deste profissional é importantíssimo devido à preocupação que o assistente social tem na preparação do futuro do doente, para readaptação e reintegração na comunidade (...) as competências académicas são essenciais na nossa intervenção”*. A E2 realça que *“(...) este profissional procura conhecer todo o contexto do doente para intervir da forma mais correta (...) é o elo de ligação (...)”*.

O E3 declara que *“o trabalho do assistente social é essencial em vários aspetos devido às suas competências profissionais, experiências e conhecimentos da área social”*. Outros reforçaram que o que distingue este profissional em relação aos outros profissionais é o facto de o *“assistente social explorar a componente social”* (E4) e *“todo o contexto social que envolve o doente e famílias”* (E5).

Como afirma o E6 *“o assistente social tem os conhecimentos, competências profissionais, a disponibilidade, a preocupação intrínseca no que concerne ao processo de reabilitação do doente para o ajudar a voltar ao normal, dentro do possível, com os apoios necessários e isto é essencial”*. A E7 afirma que o profissional de Serviço Social *“(…) é muito importante devido às competências académicas que possui e que permitem trabalhar as questões sociais dos doentes”*.

7.4.7. Interação/articulação que estabelece com o/a assistente social na equipa e respetiva importância para a equipa do serviço de Reabilitação Geral para Adultos e para o processo de reabilitação do doente

Acerca da subcategoria relativa à interação/articulação que os profissionais estabelecem com o assistente social distinguiu-se uma unidade de registo – contexto social – visto que os relatos convergiram ao realçar que a procura ao profissional ocorre sempre que necessitam de alguma *“(…) informação de carácter social, habitacional, familiar para ajudar a sua própria intervenção com o doente”* (E2). Em relação à importância para a equipa do serviço de RGA e para o processo de reabilitação do doente, todos assumiram que o trabalho não pode ser feito sem um profissional de Serviço Social, todos os profissionais reconheceram o trabalho do assistente social como importante, tanto no *“acompanhamento psicossocial que realiza como a preparação e orientação de respostas e prestações sociais que o doente poderá beneficiar após a alta”* (E5). A este respeito, a E1 está em constante articulação com esta profissional devido a questões referentes a *“(…) relatórios de apresentação de resultados, para tomar conhecimento/rever questões sociais e orientar o futuro do doente após o internamento”*.

A E2 interage com a assistente social para *“(…) agendar ensinamentos com os familiares, ou seja, verificar a disponibilidade dos mesmos para se deslocarem até à Instituição e observarem a evolução do doente e na preparação da alta de forma a verificar se estão reunidas as condições de segurança, apoio etc...”*

O E3 procura esta profissional essencialmente para perceber “(...) o contexto em que o doente se insere, situações familiares, económicas e, por isto, precisamos imenso dele para nos ajudar a conhecer os receios de cada doente”, salienta ainda que “(...) durante a nossa intervenção, o assistente social é fundamental para nos dar a conhecer o contexto em que o doente se insere, situações familiares, económicas e, por isto, precisamos imenso dele para nos ajudar a conhecer os receios de cada doente”. A E4 e o E6 apontam a sua articulação/interação com a assistente social no sentido de “recolherem informações sobre o contexto de onde veio”, “suporte emocional e hábitos adquiridos”. A E5 articula com a assistente social para “(...) recolher informações sociais dos doentes e contactos”.

Quando os doentes não conseguem comunicar o assistente social introduz um formulário - o perfil de comunicação (Anexo III), a ser preenchido pela família de modo a poder melhor conhecer o doente e para assim intervir de forma mais eficiente. A E7 procura o assistente social para perceber o “(...) contexto de onde o doente veio de forma a adaptar um plano alimentar, perceber os potenciais riscos, dificuldades no cumprimento deste plano”.

7.5. Avaliação do Trabalho em Equipa

Esta categoria, dividiu-se nas seguintes subcategorias: Oportunidades e Vantagens do trabalho em equipa para o serviço de RGA e para o processo de reabilitação do doente, limites ou dificuldades que se colocam no trabalho de equipa e soluções para superar os limites ou dificuldades apresentadas. Adicionalmente, elencou-se a subcategoria: os constrangimentos e possibilidades associadas ao Serviço Social como profissional integrante da equipa de trabalho e com o intuito de reforçar o papel da equipa de trabalho (Apêndice VIII).

7.5.1. Oportunidades e Vantagens do trabalho em equipa para o serviço de Reabilitação Geral para Adultos e para o processo de reabilitação do doente

De uma forma geral, todos os profissionais consideram o trabalho em equipa vantajoso para o processo de reabilitação do doente e as oportunidades elencadas baseiam-se na possibilidade de proporcionar “partilha de saberes, opiniões, competências e experiências” (E1) mas também possibilita a “quebra de monotonia associada aos tratamentos, de forma a manter o doente sempre motivado” (E3).

Em relação a esta subcategoria, a E1 reconheceu que “(...) *é impossível não trabalhar desta forma, é benéfico para qualquer elemento da equipa*” uma vez que “*todas as áreas, todas as valências têm contributos diferentes e cruciais para uma intervenção eficaz durante o processo de reabilitação do doente*”.

A E2 afirma que o efeito colaborativo que a equipa tem pode ser considerado como uma vantagem na medida em que “(...) *ajuda e torna eficaz o processo de reabilitação do doente, uma vez que há partilha de opiniões, experiências e competências de diversas áreas*”. O E3 identifica a troca de experiências, conhecimentos que enriquecem a prática da equipa e quebram a (...) “*monotonia dos tratamentos, mantendo sempre o doente motivado no seu processo de reabilitação*”. A E4 afirma que o trabalho em equipa ajuda no processo de reabilitação uma vez que a “(...) *troca de opiniões, partilha de informação traz benefícios para a escolha de um determinado caminho para o tratamento (...) estamos aqui para sermos os melhores e ajudarmos os doentes o melhor possível*”. A E5 declara que trabalhar em equipa é “*o melhor do mundo*” e conduz “*à eficácia nos resultados através da discussão, o debate, partilha de ideias, estratégias, invoca um sentimento de companheirismo e “só tem sentido trabalhar assim*”. O E6 realça que “(...) *garante a comunicação, partilha e convívio são formas de trabalho saudáveis e só existe esse caminho, impensável não trabalhar em equipa uma vez que todos os papéis são essenciais e importantes para reforçar a equipa*”. A E7 apresenta a possibilidade que o trabalho em equipa proporciona através de “(...) *uma visão holística do indivíduo e da partilha de opiniões e diferentes competências essenciais em qualquer serviço e no processo de reabilitação do doente*”.

A E8 declara que o “(...) *trabalho em equipa permite a aprendizagem com os outros profissionais, devido aos distintos saberes e experiências de cada um, para o entendimento da situação de cada doente e desenvolvimento de uma visão integrada do mesmo*”.

7.5.2. Limites ou dificuldades que se colocam no trabalho de equipa no serviço de Reabilitação Geral para Adultos

Os limites ou dificuldades expressadas pelos profissionais foram mínimas e até nulas no que diz respeito a dois entrevistados (E2 e E6).

A “*disposição dos vários internamentos*”, foi o entrave mais mencionado (E1, E3, E4, E5, E8), visto que, como existem vários pavilhões reduz-se “*(...) o tempo disponível para a intervenção face à necessidade de [as pessoas] se deslocarem*” (E4). A E1 relata ainda que, “*(...) em termos científicos, falta alguma formação em serviço e externa, é necessário, por vezes, conhecer outras realidades*” e identifica ainda alguns “*(...) constrangimentos financeiros que constituem um entrave na eficiência de aplicação de alguns instrumentos*”.

A interlocutora E4 para além das dificuldades ao nível da “*disposição do internamento*”, destaca a dificuldade em prestar as suas funções devido ao “*reduzido número de colegas*” com a mesma formação (formação profissional no âmbito da terapia ocupacional), realçando que “*(...) falta de terapeutas ao nível da terapia ocupacional (...) é difícil atender às necessidades dos doentes que são encaminhados para a terapia ocupacional com tão poucos profissionais*”.

A E7 (como não está a tempo inteiro), apontou como limite ou dificuldade a “*(...) falta de tempo e a disposição do próprio internamento que potencia o desencontro com alguns profissionais*”.

7.5.3. Soluções para superar os limites ou dificuldades apresentadas

Em relação às soluções apresentadas, a E1 reflete que é essencial que “*(...) a equipa não se acomode, seja inovadora, reconheça o que corre bem e menos bem e que ouça/reflita os conselhos que vão sendo dados por todos os membros da equipa de forma a todos crescerem profissionalmente*”.

Alguns entrevistados (E3, E4, E5, E8) afirmam que os limites ou dificuldades apontadas poderão ser colmatadas com a “*mudança do serviço de RGA para o novo pavilhão*”, para um edifício que está mais centrado de forma a conseguirem “*rentabilizar melhor o tempo*”. Para além disto, a entrevistada E4, salienta que a dificuldade referente ao número reduzido da equipa de terapeutas ocupacionais poderá ser atenuada se o CMRRC-RP contratar mais profissionais com formação profissional na área da terapia ocupacional, como afirma “*(...) o trabalho com os doentes poderia ser melhor aproveitado e realizado de forma mais rápida se tivéssemos mais terapeutas ocupacionais aqui no Centro(...) os doentes precisam de mais tempo com as terapeutas mas não é possível chegar a todo o lado se disponibilizarmos esse tempo com os recursos*”.

humanos que atualmente o Centro dispõe (...) é essencial que comecem a pensar em contratar mais pessoal”.

A E7 reflete também que uma das soluções irá ser a “(...) *mudança para o novo pavilhão de forma a conseguir gerir melhor o seu tempo e encontrar de forma mais rápida os profissionais*”.

7.5.4. Constrangimentos e Possibilidades associadas ao Serviço Social como profissional integrante da equipa de trabalho e com o intuito de reforçar o papel da equipa de trabalho

A entrevistada da área de Serviço Social (E8) cita a “*complexidade da realidade social como o principal limite, pois a realidade é complexa, os problemas são difíceis e as respostas não são fáceis de encontrar uma vez que os doentes se encontram em situações sensíveis*”. O assistente social nunca pode agir sozinho, precisa de ajuda da equipa, funcionando como mediador, afirma que é “*muito desafiante e difícil gerir as expectativas do doente e/ou família, expectativas estas em relação ao tempo de internamento, evolução da autonomia (física e/ou mental), benefícios disponíveis e condições de vida após o período de internamento*. Por outro lado, o assistente social possui “*(...) competências e conhecimentos que possibilitam a articulação com outras entidades e alcançar respostas/meios/recursos adequados às necessidades do doente, focando a sua preocupação no futuro do doente, após o internamento*”. A E8 realça ainda que “*os profissionais desta área estão mais capacitados para orientarem o doente/família no meio social que existe após o internamento (...)*”.

8. Reflexão Crítica

Neste ponto procede-se à discussão e interpretação dos principais resultados da investigação. Adicionalmente, são elencadas as limitações da atividade de investigação e sugestões para pesquisas que possam surgir no futuro.

8.1. Discussão e Interpretação dos Resultados

A investigação realizada procurou, através de entrevistas semiestruturadas, caracterizar os profissionais da equipa interdisciplinar do serviço de RGA do CMRRC-RP ao nível do seu enquadramento profissional; compreender a ação profissional dos

diversos elementos da equipa de trabalho; perceber o significado e características que o trabalho de equipa deve revestir na ótica dos profissionais; compreender a importância atribuída pelos profissionais ao trabalho do assistente social na equipa de trabalho e identificar limites e potencialidades do trabalho em equipa e do profissional de Serviço Social na equipa do serviço de RGA.

Assim, quanto ao primeiro objetivo referente à caracterização dos profissionais da equipa multidisciplinar tendo por base elementos relativos ao seu enquadramento profissional no serviço de RGA, percebemos que os entrevistados são maioritariamente do género feminino (6 mulheres e 2 homens), são profissionais detentores de qualificação formativa de nível superior (n=8), possuindo idades entre os 30 e 47 anos, trabalham na Instituição em média há aproximadamente 13,5 anos (menor antiguidade: 2 anos; maior antiguidade: 25 anos) e integram a equipa de trabalho há cerca de 6 anos (menor tempo de serviço na equipa: 2 anos; maior tempo de serviço na equipa: 15 anos). Todos os entrevistados exercem funções diferentes, mas complementares no serviço de RGA do CMRRC-RP.

No objetivo que diz respeito à compreensão da ação profissional (papel) dos vários elementos da equipa de trabalho no âmbito desta, considerando o processo de reabilitação dos doentes, entende-se que a ação distinta dos vários profissionais se orienta em torno de um objetivo comum, o da reabilitação do doente, trabalhando diretamente com ele e todas as áreas profissionais (medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia, nutrição e o serviço social) constituem-se essenciais para a eficácia dos resultados que se pretendem atingir, uma vez que a partilha de opiniões, experiências, competências e capacidades ajudam na promoção de uma visão mais alargada da situação do doente e na definição do seu plano de cuidados. Na equipa do serviço de RGA, cada profissional, mediante a sua área e formação profissional, realiza o seu papel individualmente para depois reunir com outros profissionais de outras áreas, integrantes da equipa, para trocarem experiências e partilhar informações (Eldman, s/d).

De uma forma geral, as características essenciais a um trabalho colaborativo/em equipa baseiam-se na boa comunicação, compromisso, articulação com todos, partilha de informação, compromisso e sensibilidade, é essencial que os profissionais se coloquem no lugar dos outros de forma a gerir bem os conflitos que podem surgir, respondendo assim ao terceiro objetivo sobre a perceção do significado e das características que o

trabalho em equipa deve revestir na perspetiva dos profissionais. O trabalho interdisciplinar possibilita o “equilíbrio dinâmico entre a coesão baseada na partilha de objetivos comuns e a diferenciação de cada grupo profissional, com os seus valores e metodologias próprios” (Fazenda, 2012, p.247)

Em relação à profissional de Serviço Social, todos os profissionais de outras áreas atribuem uma grande relevância ao trabalho desenvolvido no âmbito do acompanhamento psicossocial do doente, fornecimento de informação social e preparação da alta como se pretendeu investigar no objetivo sobre a compreensão da importância atribuída pelos profissionais ao trabalho do assistente social na equipa de trabalho. O Serviço Social estrutura a sua ação através da relação que estabelece com outros, com os doentes, famílias, outros profissionais, organizações e parcerias, de forma a alcançar respostas aos constrangimentos e necessidades sociais identificadas (Santos, 2017). No seio da equipa de trabalho, as possibilidades identificadas pelos diversos profissionais residiram no facto de a partilha de ideias, opiniões, competências, experiências e capacidades serem benéficas para promover uma visão mais ampla, alargada sobre a situação do doente e intervenção a realizar.

Em relação aos limites, questões como a disposição do internamento do serviço de RGA, por estar mais distante dos outros pavilhões e dificultar a articulação de informação entre áreas, a falta de profissionais em algumas áreas de formação, a necessidade de mais formação científica e alguns constrangimentos ao nível financeiro constituem argumentos, apontados pelos profissionais, respondendo-se assim, ao objetivo referente à sinalização dos limites e potencialidades do trabalho em equipa.

No âmbito do Serviço Social no seio da equipa de trabalho, os limites identificados pela profissional desta área baseiam-se na complexidade da realidade devido à falta de respostas sociais para pessoas em idade adulta, na dificuldade na marcação de cuidados em hospitais e clínicas, na dificuldade geral associada à continuidade dos tratamentos após o internamento e na complexidade em gerir as expectativas dos doentes e/ou familiares. As expectativas são referentes ao tempo de internamento, evolução do doente, benefícios disponíveis, entre outros. Assim, os assistentes sociais devem desafiar a sua qualificação e promover o seu conhecimento social na procura de melhores condições de vida das populações e principalmente na transformação de realidades (Santos, 2017). O Serviço Social na equipa de trabalho orienta a sua prática de acordo com a nova realidade

social do doente e do seu agregado familiar, englobando os princípios já conhecidos da justiça social, os direitos humanos, a responsabilidade coletiva e o respeito pela diversidade (APSS, 2015).

A equipa de trabalho permite a existência de uma visão global, ampliada, funcionando como resposta à modernidade, constituindo-se benéfica para a compreensão do diagnóstico do doente, elaboração do plano de cuidados, “ampliando a eficácia interventiva” (Lopes et al., 2012, p. 50).

Assim, a atividade desenvolvida pelo profissional de Serviço Social está integrada com a prática dos diversos profissionais de saúde, apresentando um nível de respeitabilidade e independência idênticos e todas as articulações estabelecidas entre os profissionais fazem parte do processo coletivo de tratamento do doente, constituindo o trabalho em equipa uma perseverante na rotina hospitalar (Lopes, et al., 2012). O Serviço Social possui uma dimensão psicossocial que permite humanizar e contribuir para a qualidade dos serviços prestados no sector dos cuidados de saúde, permite ainda a rentabilização dos recursos que existem e a satisfação do doente e respetivas famílias, uma vez que o assistente social realiza a articulação direta tanto com os serviços externos e internos como a ligação entre família e doente com a restante equipa. Podemos realçar que atua como mediador, responsável por garantir o futuro do doente, após a alta. Portanto, na equipa de trabalho, direcionada para a prestação de cuidados de saúde, o Serviço Social é uma área essencial para o sucesso e eficácia dos cuidados aos doentes (Tobias, 2017).

Algumas dificuldades existentes do trabalho em equipa e do profissional de Serviço Social no seio da equipa de trabalho podem ser colmatadas com a manutenção do foco no processo, motivação, com mais experiência profissional e com o novo edifício que irá permitir a rentabilização do tempo e a proximidade de todos os profissionais.

Contudo, o assistente social não é capaz de trabalhar sozinho, necessita de toda uma equipa, constituída por profissionais habilitados cientificamente nas diferentes áreas da saúde para intervir de forma eficiente. Como se constatou, uma das grandes dificuldades do profissional de Serviço Social no processo de reabilitação do doente passa pela grande dificuldade em conseguir encontrar respostas sociais para a população adulta em idade ativa (18-65 anos), uma vez que existem pessoas em idade adulta que, depois do período

de reabilitação, não possuem capacidades físicas/intelectuais para o regresso a casa e/ou reintegração profissional. Atualmente, Portugal possui poucas respostas para a população adulta incapacitada e estas respostas têm de ser criadas, motivadas por entidades maiores para proporcionar a satisfação das necessidades básicas às pessoas incapacitadas e/ou com deficiências adquiridas, após acidentes ou outros episódios, mas também carecem de proporcionar o desenvolvimento de aptidões, e competências das mesmas (Martins, 2023).

Em suma, pode concluir-se que a presente investigação respondeu a todos os objetivos delineados, evidenciando a sua pertinência tanto para a área das Ciências Sociais e Humanas, em especial do Serviço Social, como para a comunidade, para o CMRRC-RP, bem como para a qualidade dos serviços prestados pela equipa do serviço de RGA.

8.2. Considerações Finais

Atualmente é conhecida a crescente produção de matéria científica na área do Serviço Social na Saúde, contudo a nível nacional e até à data da produção desta monografia as publicações relacionadas com a temática do Serviço Social num contexto de reabilitação, em contexto hospitalar e a relação que este profissional estabelece nessas equipas ainda é escassa.

Apesar de pertinente e inovadora, esta investigação apresentou algumas limitações, estando a principal relacionada com a embrionária produção do conhecimento concernente ao papel do Serviço Social em equipas de trabalho do foro da reabilitação de adultos, o que dificultou a discussão de resultados.

Deste modo, considera-se relevante e apropriado incentivar algum interesse para esta temática, já que a importância do Serviço Social como membro integrante da equipa de trabalho em contexto de reabilitação e hospitalar se afirma como central, como os dados do estudo revelaram.

Assim, seria importante aprofundar esta pesquisa em investigações futuras, alargando o estudo ao CMRRC-RP no seu todo, entrevistando as várias equipas de trabalho que associam os profissionais nas várias vertentes de ação do Centro e onde o Serviço Social tem ou pode vir a ter lugar. Tal permitirá análises mais fundamentadas e

significativas acerca dos contributos do trabalho em equipa e da valia profissional no domínio da problemática da Reabilitação, em geral.

Conclusão

É essencial concluir esta monografia com uma breve reflexão sobre a experiência de estágio curricular, realizada no Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais, mais especificamente no serviço de Reabilitação Geral de Adultos, durante o período de 15 de setembro a 17 de dezembro de 2023.

O estágio curricular possibilitou a aquisição de conhecimentos, bem como o aperfeiçoamento de competências para promover um bom desempenho profissional na área da saúde e reabilitação. Particularmente, a experiência de estágio permitiu o aprofundamento de conhecimentos referentes à problemática da reabilitação, do enquadramento jurídico-legal em matéria do Direito de Pessoas com Deficiências e Incapacidades, no quadro internacional e em Portugal e relativo ao processo de intervenção para a readaptação do doente de forma a potenciar-se a máxima participação na vida social dos indivíduos portadores de algum tipo de lesão. Também possibilitou a observação, acompanhamento e realização de diversas atividades profissionais no quadro da intervenção do Serviço Social integrada na equipa de trabalho do serviço de RGA, em contexto de reabilitação para adultos.

De um modo global, o estágio curricular permitiu o acompanhamento e execução de diversas atividades, como: reuniões semanais de equipa; processo de admissão e acolhimento de adultos no serviço de RGA; realização de processos de referenciação; elaboração de diagnósticos sociais; articulação com outras entidades; articulação intra e interinstitucional; atendimento/accompanhamento psicossocial; articulação com a rede informal; atendimentos a doentes e respetivos familiares; planeamento e elaboração das cartas de alta e o planeamento e observação de rotinas em contexto do serviço de RGA, entre outras atividades.

No essencial, as atividades desenvolvidas revelaram uma significativa importância para a compreensão do papel do/a Assistente Social em contexto de reabilitação de adultos, facilitando a reflexão crítica e a capacitação em torno da resolução de problemas e conflitos acrescentando competências para o trabalho em equipa, para identificar necessidades sociais e construir relações de confiança com os doentes e respetivos familiares, tornando-se um contributo para a prossecução da atividade profissional e para incrementar o saber profissional na área da reabilitação.

Importa ainda salientar, na esteira do anteriormente referido, que a aliança da experiência de estágio com a prática de investigação resultou em sinergias de ação e conhecimento pontuando a favor da elevação de competências quer para a intervenção fundamentada quer para ampliar a investigação na área do Serviço Social em reabilitação

Bibliografia

- Aires, L. (2015). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. (1). Universidade Aberta.
[https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma Qualitativo%20%281%20aa%20edi%20a7%20a3o atualizada%29.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma%20Qualitativo%20%281%20aa%20edi%20a7%20a3o%20atualizada%29.pdf)
- Amaro, M. I. (2015). *Urgências e Emergências do Serviço Social: Fundamentos da profissão na contemporaneidade* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica]. Repositório Institucional da Universidade Católica.
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/30366>
- Andrade, L. T. D., Araújo, E. G. D., Andrade, K. D. R. P., Soares, D. M., & Chianca, T. C. M. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1056-1060.
<https://www.scielo.br/j/reben/a/KkppVqtR5MKfCkspNSXSYJt/?format=pdf&lang=pt>
- APSS (2018). *Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal*. Lisboa.
<https://www.eas.pt/wp-content/uploads/2018/12/C%C3%B3digo-Deontol%C3%B3gico-dos-Assistentes-Sociais-C%C3%B3pia-1.pdf>
- Aranha, M. S. F. (2001). Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. *Revista do Ministério Público do Trabalho*, 11(21), 160-173.
<https://claudialopes.psc.br/wp-content/uploads/2021/08/Paradigmas.pdf>
- Arcoverde, A. (2013). *Metodologias qualitativas de pesquisa em Serviço Social*. Editora Universitária da UFPE.
<https://editora.ufpe.br/books/catalog/download/437/447/1320?inline=1>
- Associação Salvador. (2022). *Manual para Pessoas com Deficiência Motora*. COLMEIA.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. (3.^a reimpressão). Edições 70.
<https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>

Branco, F. & Farçadas, M. (2012). O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspetivas e Desafios. In M. Carvalho (Coord.), *O Serviço Social na Saúde* (pp.1-23). Factor.

Brinca, J., Diogo, E., Muñoz, I., Menezes, N., Almeida, R., Valduga, T., Vasconcelos, M., Luz, H., Morgado, H., Souto, M., & Felgueira, H. (2002). *O Lugar dos Instrumentos no Serviço Social*. (2ª ed., pp. 51-75).

Bruscato, W., Kitayama, M., Fregonese, A., & David, J. (2004). O Trabalho em Equipe Multiprofissional na Saúde. In Bruscato, W., Benedetti, C., Lopes, S. (Org.). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. Casa do psicólogo. [https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=plkploewiY0C&oi=fnd&pg=IA4&dq=+\(Bruscato+et+al,+2004\)%C2%B4&ots=7twbwsN5qq&sig=F5ruAW_6phJ66JE4IwVeyc1dFIA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=plkploewiY0C&oi=fnd&pg=IA4&dq=+(Bruscato+et+al,+2004)%C2%B4&ots=7twbwsN5qq&sig=F5ruAW_6phJ66JE4IwVeyc1dFIA#v=onepage&q&f=false)

Carapineiro, G., & Pinto, M. (1987). Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80. *Instituto Universitário de Lisboa*. (3), 73-109. [file:///C:/Users/HP/Downloads/Pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%BAde%20num%20pa%C3%ADs%20em%20mudan%C3%A7a%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%BAde%20num%20pa%C3%ADs%20em%20mudan%C3%A7a%20(1).pdf)

Cardoso, V. (2011). A reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 33(2), 529-539. <https://www.scielo.br/j/rbce/a/KVK8XWkSVGyMZLxqXgB8kqH/?format=pdf&lang=pt>

Carvalho, I. (2014). Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. *Revista Katálysis*, 17 (2), 261-271. <https://www.scielo.br/j/rk/a/VWLgnQfY5n3ZQwRp6rs7CWC/?format=pdf&lang=pt>

Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos. Práticas e Necessidades de formação*. Lusociência. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5396?mode=full>

Chaves, C. (2004). Competências/sinergias das equipas de saúde. *Millenium*, 252-254. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/447/1/Compet%C3%aaancias%20sinergias.pdf>

Conselho da Europa. (1994). *Uma política coerente para a reabilitação das pessoas com deficiência*. Secretariado Nacional de Reabilitação. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/42888/1/Caderno001.pdf>

Constituição da República Portuguesa - [CRP] (CRP, 1976). Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10. (Decreto de Aprovação da Constituição). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>

Constituição da República Portuguesa - [CRP] (CRP, Sétima revisão constitucional, 2005) Diário da República n.º 155/2005. Série I-A de 2005-08-12. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>

Coutinho, C. P. (2023). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - teoria e prática* (2.ª edição, Reimpressão). Almedina.

Coutinho, A., Cardoso, A., Teixeira, E., & Lopes, R. (2012). Tipos de Intervenção Social. *Portefólio de Competências de um assistente social*. <https://portefoliodecompetencias.blogspot.com/2012/05/intervencao-social.html>

Cowles, L. A. (2012). *Social work in the health field: A care perspective*. Routledge.

Cruz, A. (2009). The Hospital-Colónia Rovisco Pais: the last Portuguese leprosarium and the contingent universes of experience and memory. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 16(2), 407-431. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/j9CQd5qy8vtrV5HZ59V3Vdw/?format=pdf&lang=en>

Decreto-Lei 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I série, n.º n.º 109. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934?ts=1700542597258>

Decreto-lei 144/82 do Ministério dos Assuntos Sociais. (1982). Diário da República: I série, n.º 97. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/decreto-lei/144-606716>

Decreto-lei 225/70 do Ministério das Corporações e Previdência Social – Direcção Geral do Trabalho e Corporações. (1970). Diário do Governo: I série n.º 116. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/225-1970-142316>

Decreto-Lei n.º 413/71 do Ministério da Saúde e Assistência. (1971). Diário do Governo: série I, n.º 228. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>

Decreto-Lei n.º 48357 do Ministério da Saúde e Assistência. (1968). Diário do Governo: I série n.º 101. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48357-1968-274639>

Decreto-Lei n.º 48358 do Ministério da Saúde e Assistência. (1968). Diário do Governo: I série n.º 101. <https://dre.tretas.org/dre/53159/decreto-48358-de-27-de-abril>

Despacho n.º 10601/2011 do Ministério da Saúde. (2011). Diário da República, II série, n.º 162. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2011/08/162000000/3482334824.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2006). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. https://www.seg-social.pt/documents/10152/13339/rncci_boas_praticas_assistentes_sociais_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555

Doria, J. L. (2015). Apontamentos históricos sobre a lepra. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 14, 109-115. <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/155/127>

Edelman, M. (s/d) Equipo interdisciplinario: Un análisis desde la práctica de Trabajo Social. <https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/nac/cr/cr-con-04-22.pdf>

Faria, F. (2010). A medicina física e reabilitação no século XXI: desafio e oportunidades. *Acta Fisiatr*, 17(1), 44-8. <file:///C:/Users/HP/Downloads/103310-Texto%20Completo-554486-1-10-20220511.pdf>

Faro, A. C. M. (2006). Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 128-133. <https://www.scielo.br/j/reensp/a/pY3g39RyzkH8RJDWfGR7ZhQ/?format=pdf&lang=pt>

Fazenda, I. (2012). O Serviço Social na Área da Saúde Mental: Princípios, Modelos e Práticas. In M. Carvalho (Coord.), *O Serviço Social na Saúde* (pp.219-250). Pactor.

Fernandes, M. (2014). Trabalho em equipa: Controversias. [file:///C:/Users/HP/Downloads/Trabalho%20em%20equipa.%20Controversias%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Trabalho%20em%20equipa.%20Controversias%20(1).pdf)

Filho, N. (2018). *O que é a saúde?* (2ª reimpressão). Editora Fio Cruz.

Flick, U. (2013). Métodos qualitativos na investigação científica (1. o Edi). *Portugal: Monitor*.

Francelin, M., Motti, T., & Morita, I. (2010). As Implicações Sociais da Deficiência Auditiva Adquirida em Adultos. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 19(1), 180-192. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4vSnT68rvdwjPq5vj8wGBrj/?format=pdf&lang=pt>

Freitas, W. & Jabbour, C. (2011). Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Revista Estudo & Debate*, 18(2), 7-22. [file:///C:/Users/HP/Downloads/560-566-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/560-566-1-PB%20(1).pdf)

Freixo, M. (2011). Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas. *Instituto Piaget*.

Gil, M. (2000). Cadernos da TV Escola 2000: Deficiência Visual. MEC. <file:///C:/Users/HP/Desktop/Documentos%20bibliogr%C3%A1ficos/deficienciavisual.pdf>

Gomes, S. A. F. (2012). *Interdisciplinaridade e relações interprofissionais: um estudo de caso em equipa de cuidados continuados integrados* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20585/1/20585.pdf>

Governo da República Portuguesa [GRP]. (2015). *Programa do XXI Governo Constitucional 2015-2019*. <https://www.portugal.gov.pt/ficheiros-geral/programa-do-governo-pdf.aspx>

Granja, B. P. (2011). *Assistente Social-Identidade e Saber*. [Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7188/2/ASSISTENTE%20SOCIAL%208211%20IDENTIDADE%20E%20SABER.pdf>

Guadalupe, S. (2011). A família de pessoas com necessidades especiais e redes sociais. *Revista Diversidades*, 32, 6-8.
https://www.academia.edu/763247/A_Fam%C3%ADlia_de_Pessoas_com_Necessidades_Especiais_e_Reddes_Sociais?auto=download

Guadalupe, S. (2013). A intervenção do serviço social na saúde com famílias em rede de suporte social. In M. Carvalho, (coords): *Serviço Social na saúde* (pp. 183-218). Pactor.

Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical education*, 35(9), 867-875.
[file:///C:/Users/HP/Desktop/Documentos%20bibliogr%C3%A1ficos/Hall%20e%20Weaver%20\(2001\)%20interdisciplinariade.pdf](file:///C:/Users/HP/Desktop/Documentos%20bibliogr%C3%A1ficos/Hall%20e%20Weaver%20(2001)%20interdisciplinariade.pdf)

Instituto Nacional de Estatística [INE]. *População residente com deficiência (N.º) por Sexo e Tipo de deficiência*. Instituto Nacional de Estatística.
https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0001225&selTab=tab10

International Federation of Social Workers [IFSSW] (2014). *Global Definition of Social Work*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Imago editora.

Kirschbaum, S. (2017). *The Social Work Perspective: A Systematic Review of Best Practices for Social Workers in Healthcare Teams*. [Master's Thesis, St. Catherine University]. St. Catherine University repositior.
https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1858&context=msw_papers

Kovács, M. J. (1997). Deficiências adquiridas e qualidade de vida: possibilidades de intervenção psicológica. *Resumos*. <https://repositorio.usp.br/item/000977088>

Lei 56/79. (1979). Diário da República n.º 214/1979, II Série, páginas 2357 a 236.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>

Lei n.º 64A/2011 de 30 de Dezembro. Diário da República, 1.ª série – N.º 250 – 30 de Dezembro de 2011. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/64-a-2011-243768>

Lei n.º 64-B/2011 da Assembleia da República. (2011). Diário da República: I série, n.º.250. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/64-b-2011-243769>

Lei n.º 2011, 2 de abril. (1946). Diário do Governo n.º 70/1946, I Série. <https://dre.tretas.org/dre/228446/lei-2011-de-2-de-abril>

Lopes, E. M. D. C., & Leite, L. P. (2015). Deficiência adquirida no trabalho em policiais militares: significados e sentidos. *Psicologia & Sociedade*, 27(3), 668-677. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/tpLRh3mRCPGGSJzZdMhFkjG/?format=pdf&lang=pt>

Lopes, M. & Ribeiro, A. & Santo, I. & Ferreira, F. & Frederico, L. (2012). O Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar. In M. Carvalho (Coord.), *O Serviço Social na Saúde* (pp.25-53). Pactor.

Luz, H., & Vasconcelos, M. (2022). Interdisciplinaridade e Serviço Social: Configurações da prática no seio das equipas de trabalho. In J. Brinca (Coord.), *O Lugar dos Instrumentos no Serviço Social – Vol. II Instrumentos diretos* (pp.51-80). Coleção Intervenção-Edições Esgotadas, Lda.

Mallet, A. L. R. (2005). Qualidade em saúde: tópicos para discussão. *Revista da SOCERJ*, 18(5), 449-56. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2621295/mod_folder/content/0/Mallet_2005.pdf

Marconi & Lakatos. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. Atlas. https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india

Martins, A. (2023). *A intervenção de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa para a promoção da qualidade de vida em adultos com deficiência intelectual* [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Instituto Universitário de Lisboa. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/30162/1/master_ana_deus_martins.pdf

Masfret, D. (2012). O Serviço Social de Saúde e o Planeamento da Alta para a Continuidade de Cuidados na Comunidade. In M. Carvalho (Coord.), *O Serviço Social na Saúde* (pp.55-81). Pactor.

Mendes, R. M., & Miskulin, R. G. S. (2017). A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de Pesquisa*, 47(165), 1044-1066.
<https://www.scielo.br/j/cp/a/tbmyGkhjNF3Rn8XNQ5X3mC/?format=pdf&lang=pt>

Mendes, P. M. C. (2020). *O Pilar Europeu dos Direitos Sociais: O Reafirmar dos Direitos Sociais na Europa?* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Pro Quest.
<https://www.proquest.com/openview/b90b23849e76cbc30bdb2a01ef8f3442/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

Ministério da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Editora Nacional.
https://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude.pdf

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. [MTSSS] (2023). *Complemento por Dependência*. Segurança Social. <https://www.seg-social.pt/complemento-por-dependencia>

Moreira, C. D. (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Universidade Técnica de Lisboa.

Nogueira, J. (2008). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. 1. Editorial do Ministério da Educação.
https://www.cartasocial.pt/documents/10182/14117/estudo_dependencia.pdf/26807743-0c4c-4626-a332-17e6d5aa68ff

Nubila, H., & Buchalla, C. (2008). O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Bras Epidemiol*, 11(2), 324-35.
<file:///C:/Users/HP/Desktop/Documentos%20bibliogr%C3%A1ficos/CIF%20-%20Nubila%20e%20Buchala.pdf>

OMS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Direção Geral da Saúde. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>

Pacheco, T., & Carmo, A. (2021). Deficiência Intelectual e Estímulos Cognitivos: de caso acerca da construção do conhecimento por uma jovem em atendimento psicopedagógico. *Revista Científica UNIFAGOC*, 6 (2), 117-133.
<https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/multidisciplinar/article/view/920/859>

Payne, M. (2012). O Serviço Social em Cuidados Paliativos e em Fim de Vida. In M. Carvalho (Coord.), *O Serviço Social na Saúde* (pp.111-137). Pactor.

Pombo, O. (2004). *Interdisciplinaridade, ambições e limites*. Relógio D'Água Editores.

Pordata (2023). *População inativa segundo os Censos: total e por condição perante o trabalho*.
<https://www.pordata.pt/portugal/populacao+inativa+segundo+os+censos+total+e+por+condicao+perante+o+trabalho-3728>

Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril. Diário da República n.º 71/2014, Série I de 2014-04-10.
https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2088&tabela=leis&so_miolo=

Portaria n.º 147/2016 do Ministério da Saúde. (2016). Diário da República: I série, nº. 97.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/147-2016-74483693>

Prusokowski, T. S., Rinaldi, J., Frizon, T. B., & de Oliveira, A. A. (2012). Reabilitação neuropsicológica em paciente adulto com quadro de anóxia cerebral. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 4(4), 9-18.
https://neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/121/94

Raposo, C. (2013). *A Integração de Cidadãos portadores de deficiência no mercado de trabalho*. [Dissertação de Mestrado, Departamento de Economia e Gestão da Universidade dos Açores]. Repositório da Universidade dos Açores
[file:///C:/Users/HP/Desktop/Documentos%20bibliogr%C3%A1ficos/Raposo%20\(2013\)%20defici%C3%Aancia%20e%20incapacidade.pdf](file:///C:/Users/HP/Desktop/Documentos%20bibliogr%C3%A1ficos/Raposo%20(2013)%20defici%C3%Aancia%20e%20incapacidade.pdf)

Resende, M. C. D., & Neri, A. L. (2009). Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. *Psicologia em estudo*, 14(4), 767-776. <https://www.scielo.br/j/pe/a/QtPiLQLDGTwiwNXRs6Gf5js/?format=pdf&lang=pt>

Rodríguez, J. M. (2011). La (con) ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (49), 9-33. <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-LaConcienciaDelTrabajoSocialEnLaDiscapacidad-4111301.pdf>

Rovisco Pais. (2020). Regulamento Interno. Rovisco Pais. https://www.roviscopais.pt/files/ugd/7f5a59_84ec2692e1a44c5482576e95d6848953.pdf

Rovisco Pais. (2023a). História. Rovisco Pais. <https://www.roviscopais.pt/historia>

Rovisco Pais. (2023b). Internamento. Rovisco Pais. <https://www.roviscopais.pt/internamento>

Santos, A. (2010). *O contributo do serviço social para a inserção profissional de jovens com deficiência intelectual e desenvolvimento ligeiro*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. ProQuest Dissertations. <https://www.proquest.com/openview/08901a4dd3cb7e8c7ccd57e02b6820af/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

Santos, M. (2017). *A Prática Profissional do Assistente Social em contexto de cuidados de saúde primários infantojuvenis*. [Dissertação de Mestrado Universidade do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22393/1/Marta%20Filipa%20de%20Jesus%20Ferreira%20dos%20Santos.pdf>

Santos, J. C., & Carvalho-Freitas, M. N. D. (2018). Sentidos do trabalho para pessoas com deficiência adquirida. *Psicologia & Sociedade*, 30. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/rqYyckFrYB8XZf9kDGrZnbj/?format=pdf&lang=pt>

Sampaio, F., Pinto, C., Parada, F., Antunes, F., Silva, H., Caldas, J., André, L., & Mirco, T. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO*. Ministério da Saúde.

<file:///C:/Users/HP/Desktop/Documentos%20bibliogr%C3%A1ficos/SNS%20-%20REABILITA%C3%87%C3%83O.pdf>

Scherer, M. D. D. A., Pires, D. E. P. D., & Jean, R. (2013). A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 3203-3212.
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n11/11.pdf

Segre, M., & Ferraz, F. (1997). O Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), p.538-42.
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?format=pdf&lang=pt>

Segurança Social, (2023, março 3). *Complemento por dependência*. Segurança Social.
<https://www.seg-social.pt/complemento-por-dependencia>

SNS. (2023, maio 23). *Atestado Médico de Incapacidade Multiusos*.
<https://www.sns24.gov.pt/servico/atestado-medico-de-incapacidade-multiuso/>

Souza, C. (2006). Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, 8(16), 20-45.
Souza, C. (2006).
<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>

Sousa, M. J., & Baptista, M. J. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Pactor.

Sousa, M. (2017). *O Serviço Social no contexto da reabilitação: compreender o processo de reintegração social, familiar e laboral do indivíduo com Lesão Vertebral-Medular*. [Tese de Mestrado, Universidade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC.
<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/84308/1/Monografia%20de%20Est%c3%a1gio.pdf>

Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa - Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. (2). Artmed.

United Nations. (2018). Disability and Development Report: Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities. Nova Iorque. <https://social.un.org/publications/UN-Flagship-Report-Disability-Final.pdf>

Tajani, A., Ratas, J., Juncker, J. (2017). Pilar Europeu dos Direitos Sociais. https://commission.europa.eu/system/files/2017-12/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_pt.pdf

Tarouca, A., & Pires, P. (2015). Definições sobre Crianças com Deficiência Visual, *Infocedi*, (65), 1-20. <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/07/infocedi61.pdf>

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

Trullenque, E. M. G., & María, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352. https://sga.unemi.edu.ec/media/archivomateria/2022/07/13/archivomaterial_202271375629.pdf

Vasconcelos, M. F. (2020). *A Interdisciplinaridade na Instituição dos Cuidados aos Idosos: o Caso do Lar de Câmara de Lobos, IPSS-Associação Atalaia Living Care* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). Repositório Científico da Universidade de Coimbra. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/94865/1/Monografia_Est%c3%a1gio_a_Interdisciplinaridade.pdf

World Health Organization. (2002). Community participation in local health and sustainable development: aproches and techniques (No. EUR/ICP/POLC 06 03 05D (rev. 1). World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107341/9789289010849-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2011). *World report on disability 2011*. World Health Organization. [file:///C:/Users/HP/Downloads/9789240685215_eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/9789240685215_eng%20(1).pdf)

World Health Organization (2023). *Health for All – transforming economies to deliver what matters Final report of the WHO Council on the Economics of Health for All*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373122/9789240080973-eng.pdf?sequence=1>

Apêndices

Apêndice I - Entrevista Semiestruturada aos/às Profissionais da Equipa de Trabalho

I. Elementos de caracterização do/a profissional

Género: _____

Idade: _____

Habilitações literárias/ Formação pós-graduada: _____

Profissão/cargo desempenhado no serviço de RGA: _____

Antiguidade na Instituição: _____

Tempo de serviço na equipa de trabalho: _____

II. Papel do/a profissional na equipa

1. Quais as funções que desempenha no serviço de Reabilitação Geral de Adultos e no processo de reabilitação do doente?
2. Como descreve o seu papel/ação na equipa de trabalho?
3. Quais considera serem os elementos que distinguem o seu trabalho na equipa (de trabalho) relativamente a outros/as profissionais?

III. Perceção do âmbito do trabalho em equipa

1. O que significa para si trabalhar em equipa?
2. Considera que a sua equipa de trabalho atua de modo interdisciplinar? De que forma?
3. Na sua perspetiva quais as características que devem estar associadas a um trabalho em equipa?
4. Quais são os momentos/ocasiões privilegiadas que suscitam o trabalho colaborativo/em equipa?

IV. Importância do trabalho do/a assistente social na equipa de trabalho

1. Como descreve o papel do/a assistente social na equipa?
2. Que relevo atribui ao/à assistente social na equipa e o que considera que o/a distingue relativamente a outros/as profissionais?

3. Qual a interação/articulação que estabelece com o/a assistente social na equipa e de que forma a mesma reveste importância para o serviço de Reabilitação Geral de Adultos e para o processo de reabilitação do doente?

V. Avaliação do trabalho em equipa

1. Quais são, na sua opinião, as oportunidades ou vantagens do trabalho em equipa para o serviço de Reabilitação Geral de Adultos e para o processo de reabilitação do doente?

2. Quais são, na sua opinião, os limites ou dificuldades que se colocam ao trabalho em equipa?

3. Como considera que essas dificuldades podem ser superadas?

Apêndice II - Entrevista Semiestruturada ao/à Assistente Social da Equipa de Trabalho

I. Elementos de caracterização do/a profissional

Género: _____

Idade: _____

Habilitações literárias/ Formação pós-graduada: _____

Profissão/cargo desempenhado no serviço de RGA: _____

Antiguidade na Instituição: _____

Tempo de serviço na equipa de trabalho: _____

II. Papel do/a profissional na equipa

1. Quais as funções que desempenha no serviço de Reabilitação Geral de Adultos e no processo de reabilitação do doente?

2. Como descreve o seu papel/ação na equipa de trabalho?

3. Quais considera serem os elementos que distinguem o seu trabalho na equipa (de trabalho) relativamente a outros/as profissionais?

III. Perceção do âmbito do trabalho em equipa

1. O que significa para si trabalhar em equipa?

2. Considera que a sua equipa de trabalho atua de modo interdisciplinar? De que forma?

3. Na sua perspectiva quais as características que devem estar associadas a um trabalho em equipa?

4. Quais são os momentos/ocasiões privilegiadas que suscitam o trabalho colaborativo/em equipa?

IV. Importância do trabalho do/a assistente social na equipa de trabalho

1. Qual a interação/articulação que estabelece com os vários profissionais na equipa e de que forma a mesma reveste importância para o serviço de Reabilitação Geral de Adultos e para o processo de reabilitação do doente?

2. Qual considera ser a importância da formação em Serviço Social para o trabalho em equipa?

3. Quais as competências que mobiliza (enquanto assistente social) para dinamizar o trabalho em equipa?

4. Como analisa o reconhecimento tido em relação ao trabalho do assistente social na equipa de trabalho?

V. Avaliação do trabalho em equipa

1. Quais são, na sua opinião, as oportunidades ou vantagens do trabalho em equipa para o serviço de Reabilitação Geral de Adultos e para o processo de reabilitação do doente?

2. Quais são, na sua opinião, os limites ou dificuldades que se colocam ao trabalho em equipa?

3. Como considera que essas dificuldades podem ser superadas?

4. Quais os constrangimentos e possibilidades que se associam ao Serviço Social como profissional integrante da equipa de trabalho e com o intuito de reforçar o papel da equipa de trabalho?

Apêndice III - Declaração de Consentimento Informado para Participação em Estudo

Título do Estudo: O Serviço Social na Equipa de Trabalho do Serviço de Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais: Oportunidades e Desafios.

Responsável pelo Estudo: Mafalda Tereso Repas

Orientadora: Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz

Enquadramento e objetivos: O estudo enquadra-se no âmbito do Estágio do Mestrado de Serviço Social da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e procura em termos gerais, compreender a contribuição do Serviço Social no Serviço de Reabilitação Geral para Adultos do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro, no âmbito das equipas de trabalho e perceber os desafios por si enfrentados.

Tarefas dos participantes: A colaboração neste estudo consiste na resposta a uma entrevista semiestruturada, com recurso a gravação, sendo os depoimentos utilizados na produção da monografia de estágio. A informação obtida e transcrita para efeitos do estudo, salvaguardará a necessária confidencialidade, sendo que não serão igualmente revelados os nomes dos participantes.

Caráter voluntário do estudo: A participação neste estudo é voluntária, sendo possível desistir desta participação em qualquer momento no decorrer da entrevista, sem que tal revista qualquer prejuízo para o/a participante.

Riscos e Benefícios: Não se prevêem quaisquer riscos por participar neste estudo, sendo que os benefícios resultantes do aprofundamento do tema podem surtir num melhor conhecimento sobre os desafios do trabalho em equipa, contribuindo para acrescer a eficácia do grupo de trabalho.

Eu _____ declaro ter compreendido o enquadramento e os objetivos do estudo acima referido, tendo-me sido fornecida toda a informação acerca da minha participação na investigação. Foi-me ainda possibilitado fazer as perguntas que considere necessárias. Também fui informado/a que tenho direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa

ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Assim, aceito participar de livre e espontânea vontade neste estudo, respondendo às questões que me forem solicitadas.

Assinatura da responsável pelo estudo: _____

Assinatura do/a participante no estudo: _____

Data da realização da entrevista: ____/____/____

Apêndice IV –Elementos de Caracterização dos/as Profissional

Entrevistados	Indicadores					
	Género	Idade	Habilitações Literárias/Formação Pós-Graduada	Profissão/Cargo desempenhado no serviço de RGA	Antiguidade na Instituição	Tempo de serviço na equipa de trabalho
E1	F	40	Licenciatura e Mestrado em Medicina; Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático.	Diretora de Serviços; Médica Fisiatra.	14 anos	9 anos
E2	F	46	Licenciatura em Enfermagem; Licenciatura em Gestão e Administração Pública; Pós Graduação em Enfermagem de Reabilitação e Gestão Hospitalar.	Enfermeira-Gestora	25 anos	2 anos
E3	M	43	Licenciatura em Fisioterapia; Pós-Graduação em Osteopatia	Subcoordenador da equipa de fisioterapia do serviço de RGA; Fisioterapeuta	20 anos	10 anos
E4	F	47	Licenciada em Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	15 anos	15 anos
E5	F	44	Licenciatura em Terapia da Fala; Pós-Graduação em Motricidade Orofacial e Disfagia	Coordenadora da equipa de Terapia da Fala; Terapeuta da Fala	20 anos	6 meses
E6	M	40	Licenciatura em Psicologia; Mestrado em Psicologia Clínica	Psicólogo Clínico	2 anos	2 anos
E7	F	30	Licenciatura em Dietética e Nutrição; Mestrado em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar	Nutricionista	2 anos	2 anos
E8	F	43	Licenciatura em Serviço Social Mestrado em Serviço Social	Assistente Social	10 anos	5 anos

Apêndice V – Análise de Conteúdo da Categoria “Papel do/a Profissional na Equipa”

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	Unidades de Contexto	Unidades de Enumeração
Papel do Profissional na Equipa	Funções desempenhadas no serviço de RGA e no processo de reabilitação do doente	Trabalho direto com o doente	<p>“Para além das funções enquanto médica fisiatra, do trabalho médico com o doente, também sou responsável por liderar toda a equipa deste serviço(...)”(E1)</p> <p>“Desempenho funções de enfermeira-gestora (...) funções gerais de enfermagem” (E2)</p> <p>“ (...) sou fisioterapeuta e trabalho diretamente com o doente na sua recuperação funcional” (E3)</p> <p>“ (...) trabalho a sensibilidade motora, perceptiva e cognitiva do doente” (E4)</p> <p>“As minhas ações são direcionadas para a deglutição e disfagia do doente” (E5)</p> <p>“ (...) funções de psicólogo, reabilitação cognitiva e emocional do doente” (E6)</p> <p>“ (...) faço todo o acompanhamento nutricional do doente” (E7)</p> <p>“ (...) a minha principal função é garantir o adequado acolhimento e integração dos doentes e famílias no serviço(...)” (E8)</p>	8
	Papel/Ação na Equipa	Recuperação de competências/capacidades	<p>“ (...) ajudam o doente a ganhar autonomia nas AVD's (...) a alcançar pequenas conquistas como conseguir vestir-se outra vez (E2)</p> <p>“ (...) importante para potenciar a máxima recuperação das capacidades motoras do doente” (E3)</p>	2
	Elementos distintos entre práticas profissionais	Competências distintas	<p>“ (...) o nosso trabalho é diferente porque são áreas distintas mas rumo ao mesmo objetivo (...) trabalho sobretudo a sensibilidade dos membros superiores nas tarefas do dia-a-dia” (E4)</p> <p>“ (...) a nossa função é bastante diferente uma vez que atuamos para melhorar a comunicação, deglutição e disfagia do doente (...) as nossas competências são diferentes” (E5).</p> <p>“ (...) todas as funções referentes à nutrição e alimentação são tarefas que me distinguem dos meus colegas de outras áreas uma vez que estudei para tal” (E7).</p>	3

Apêndice VI – Análise de Conteúdo da Categoria “Percepção do âmbito do Trabalho em Equipa”

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	Unidades de Contexto	Unidades de Enumeração
Percepção do âmbito do trabalho em equipa	Trabalho em equipa	Objetivos Comuns	<p>“Conjunto de elementos de várias áreas com competências distintas que articulam uns com os outros visando objetivos comuns” (E2)</p> <p>“ (...) procura de sinergias para atingir um objetivo comum (...) (E6)</p> <p>“ (...) visão holística do doente para uma melhor adaptação à realidade(...)para atingir resultados (E7)</p>	3
	Trabalho Interdisciplinar	Partilha de Ideias	<p>“ A nossa equipa é interdisciplinar porque todos dão a sua opinião (...) é discutido em conjunto todas as decisões pertinentes para o processo de reabilitação do doente” (E2)</p> <p>“ (...) partilhamos todas as nossas informações e opiniões mediante as nossas experiências” (E5)</p> <p>“ (...) não existe nenhum profissional que não debata ou dê a sua opinião sobre um determinado tema que comprometa a reabilitação do doente” (E7)</p>	3
	Características do Trabalho de Equipa	Relações Humanas	<p>“ (...) tem de existir comunicação, respeito, partilha de conhecimentos e um compromisso com a equipa” (E2)</p> <p>“ (...) acho fundamental cada profissional colocar-se no lugar do outro (...) temos de ter o foco sempre no doente” (E3)</p> <p>“ (...) a comunicação e disponibilidade são essenciais(...)” (E7)</p>	3
	Momentos/Ocasões privilegiadas do trabalho em equipa	Reuniões	<p>“ (...) temos um momento específico todas as quartas-feiras que são as reuniões de equipa (...) conseguimos procurar o outro quando precisamos de algo desse profissional” (E2)</p> <p>“Temos as reuniões semanais com toda a equipa(...)” (E4).</p>	2
Articulação Informal		<p>“(...) conseguimos procurar o outro quando precisamos algo desse profissional” (E1).</p> <p>“(...) quando é necessário telefono ou vou ao encontro do profissional para partilhar ideias ou pedir informações adicionais” (E7).</p>	2	

Apêndice VII – Análise de Conteúdo da Categoria “Importância do trabalho do/a Assistente Social na Equipa de Trabalho”

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	Unidades de Contexto	Unidades de Enumeração
Importância do trabalho do/a Assistente Social	Interação/Articulação com outros profissionais e importância para o serviço	Partilha de Informações	“O assistente social articula com todos os setores, existe sempre partilha de informação (...)” (E8)	1
	Importância da formação em Serviço Social para o trabalho em equipa	Ciências Sociais e Humanas	“Devido à nossa formação, numa área das ciências sociais e humanas, aprendemos, desde cedo, a respeitar o outro (...)” (E8)	1
	Competências mobilizadas	Competências do Serviço Social	“Durante o meu percurso adotei competências específicas, que devem estar associadas a qualquer profissional da minha área, tenho que adotar uma postura empática, organizada, ser metódica e responsável.” (E8)	1
	Reconhecimento do Assistente Social na equipa de trabalho	Importância do Serviço Social	“Os meus colegas de trabalho de outras áreas compreendem o meu papel e importância no seio da equipa de trabalho (...)” (E8)	1
	Papel do assistente social na Equipa	Elo de ligação	“(…) essencial na orientação e foco do futuro do doente, servindo de elo de ligação para respostas sociais capacitadas às necessidades dos doentes”(E1) “(…) este profissional procura conhecer todo o contexto do doente para intervir da forma mais correta possível(...) é o elo de ligação” (E2) “(…) é o elo de ligação entre famílias, outras entidades e respostas sociais” (E4) “Recolhe informações ao nível social, económico, familiar que ajuda cada profissional a intervir melhor e faz a ponte com outras entidades” (E6) “(…) é a nossa ponte para percebemos entre o doente a família todo o contexto em que se insere” (E7)	5
	Relevo atribuído ao Serviço Social e elementos distintos entre práticas profissionais	Competências profissionais	“(…) essencial em vários aspetos devido às suas competências profissionais (...) (E3) “(…) o assistente social tem os conhecimentos, competências profissionais, a disponibilidade e preocupação intrínsecas no que concerne ao processo de reabilitação do doente (...) E6	2

	<p>Interação/Articulação com o assistente social e importância na equipa e respetivo serviço</p>	<p>Contexto Social</p>	<p>“ (...) o assistente social é fundamental para nos dar a conhecer o contexto em que o doente se insere (...) precisamos imenso dele para nos ajudar a conhecer os receios de cada doente” (E3)</p> <p>“ (...) normalmente procuro muito o assistente social para recolher informações sociais dos doentes e contactos (...) E5</p> <p>“ (...) contexto de onde o doente veio de forma a adaptar um plano alimentar, perceber os potenciais riscos, dificuldades no cumprimento deste plano”.” (E7)</p>	<p>3</p>
--	--	------------------------	---	----------

Apêndice VIII – Análise de Conteúdo da Categoria “Avaliação do Trabalho em Equipa”

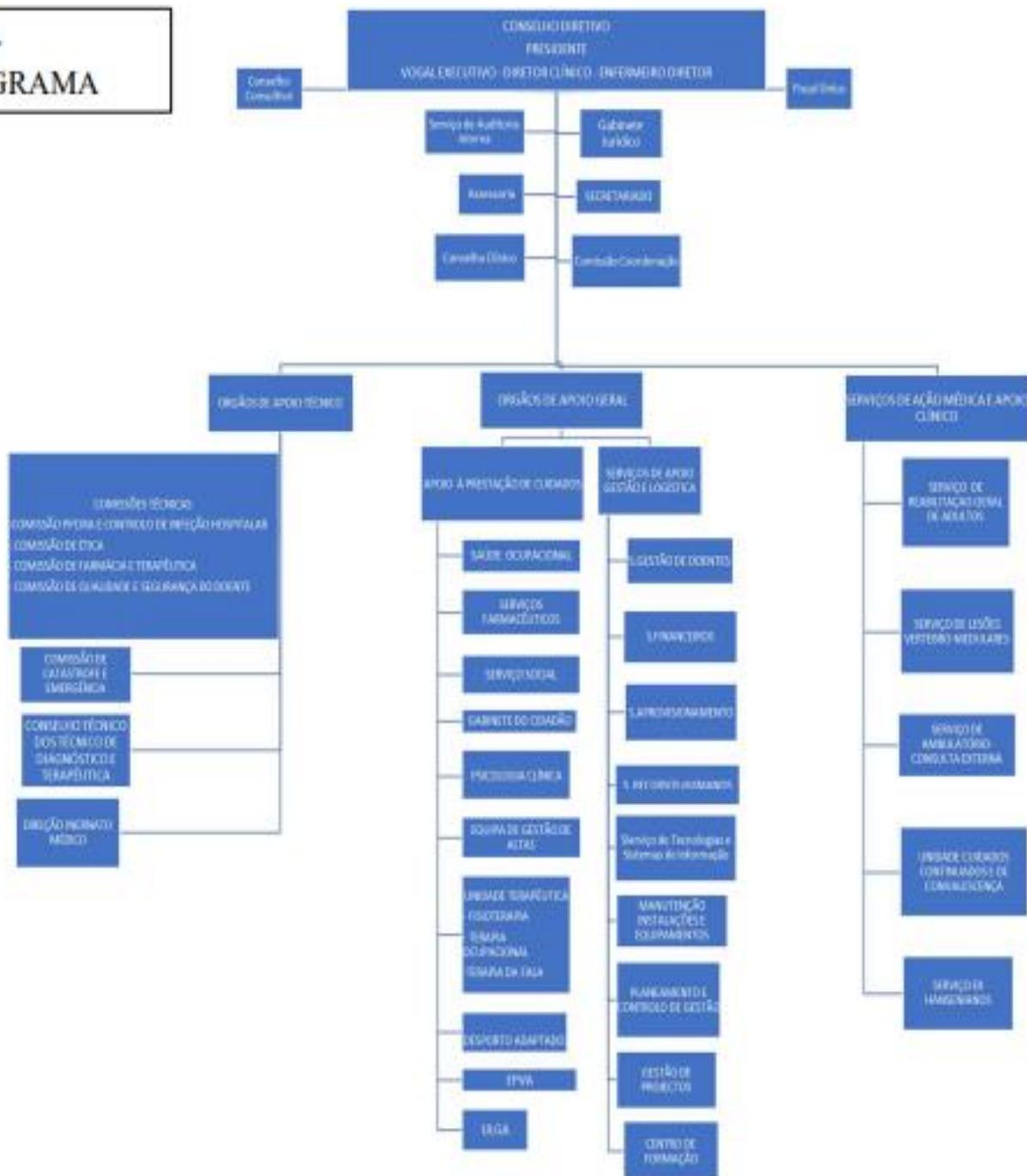
Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	Unidades de Contexto	Unidades de Enumeração
Avaliação do Trabalho em Equipa	Oportunidades e Vantagens do Trabalho em Equipa	Eficácia no processo de reabilitação	<p>“Todas as valências oferecem diferentes contributos para uma intervenção eficaz” (E1)</p> <p>“ (...) partilha de opiniões, experiências e competências de diversas áreas que facilitam e tornam eficaz o processo de reabilitação do doente” (E2)</p> <p>“ (...) permite trabalhar de forma eficaz uma vez que partilhamos ideias, novas formas de atuar (...) só tem sentido trabalhar assim” (E5)</p>	3
	Limites e Dificuldades do trabalho em equipa	Disposição do Internamento	<p>“ (...) a única coisa que atrapalha um pouco, reduzindo o tempo na intervenção é o facto de não estarmos todos no mesmo edifício(...) E4</p> <p>“ (...) o maior entrave é termos de nos deslocar para ir ao encontro do doentes porque existem vários edifícios onde trabalhamos(...) E5.</p>	2
		Constrangimentos ao nível do conhecimento e financeiros	<p>“(...) em termos científicos, falta alguma formação em serviço e externa, é necessário, por vezes, conhecer outras realidades” e identifica ainda alguns “(...) constrangimentos financeiros que constituem um entrave na eficiência de aplicação de alguns instrumentos” (E1).</p>	1
		Falta de Profissionais	<p>“(...) falta de terapeutas ao nível da terapia ocupacional (...) é difícil atender às necessidades dos doentes que são encaminhados para a terapia ocupacional com tão poucos profissionais” (E4)</p>	1
	Modo de superação das dificuldades	Mudança de Edifício	<p>“ O novo edifício destinado ao serviço de RGA vai permitir uma menor deslocação e poupar algum tempo” (E5)</p> <p>“ (...) espero que com o novo edifício destinado ao serviço de RGA seja mais rápido encontrar o profissionais e gerir melhor o tempo porque está mais centrado” (E7)</p>	2
		Crescimento Profissional	<p>“(...) Fundamental que a equipa não se acomode, seja inovadora, reconheça o que corre bem e menos bem e que ouça/reflita os conselhos que vão sendo dados por todos os membros da equipa de forma a todos crescerem profissionalmente” (E1).</p>	1

		Contratação de mais profissionais	“(…) por vezes o trabalho com os doentes poderia ser melhor aproveitado e realizado de forma mais rápida se tivéssemos mais terapeutas ocupacionais aqui no Centro (…) os doentes precisam de mais tempo com as terapeutas, mas não é possível chegar a todo o lado se disponibilizarmos esse tempo com os recursos humanos que atualmente o Centro dispõe (…) é essencial que comecem a pensar em contratar mais pessoal” (E4).	1
	Constrangimentos e Possibilidades do Serviço Social	Orientação social do doente/família	“A complexidade da realidade social como o principal constrangimento (…) a gestão das expectativas do doente e família (...). No entanto, os profissionais desta área estão mais capacitados para orientarem o doente/família no meio social que existe após o internamento (...)” (E8)	1

Anexos

Anexo I - Organograma do Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais

ANEXO I - ORGANOGRAMA



Anexo II – Ficha do Processo Social



Ficha do Processo Social

Sexo _____ Estado Civil _____ Id B.I/C _____ Naturalidade _____ Nacionalidade _____ Tel/Telm A. Social _____ Enfermeiro _____ Médico _____ Serviço _____ Sala _____ Cama _____ Diagnóst. Funcional Motivo _____ Data ___/___/___ Grau Dependência (MIF) _____ C. Saúde _____ Médico de Família _____ Hospital Sec Ext. Ext. Social _____ Isenção T. M. Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Data admissão S.S. ___/___/___ Data Acolhimento ___/___/___ Inter Social ___/___/___ Inter Clínico ___/___/___ Alta Clínica ___/___/___ Fim Intervenção Social ___/___/___ Alta Social ___/___/___ Nº dias Protelamento _____ Percurso Utente _____ Destino do Utente _____																																																							
Contactos privilegiados																																																							
Nome _____ Morada _____ Tel _____ Telm _____ Contacto Trab _____ Grau Parentesco _____	Nome _____ Morada _____ Tel _____ Telm _____ Contacto Trab _____ Grau Parentesco _____																																																						
Contactos institucionais privilegiados																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Entidade</th> <th style="width: 25%;">Morada</th> <th style="width: 25%;">Profissional</th> <th style="width: 25%;">Tel/Telm</th> <th style="width: 10%;">Fax</th> <th style="width: 10%;">E-mail</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Entidade	Morada	Profissional	Tel/Telm	Fax	E-mail																																																
Entidade	Morada	Profissional	Tel/Telm	Fax	E-mail																																																		
Caracterização Agregado Familiar																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Nome</th> <th style="width: 10%;">Gr. Par.</th> <th style="width: 10%;">Idade</th> <th style="width: 10%;">Est. Civil</th> <th style="width: 10%;">Hab. Lit</th> <th style="width: 10%;">Prof.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>B</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>C</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>E</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>F</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>H</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Nome	Gr. Par.	Idade	Est. Civil	Hab. Lit	Prof.	A						B						C						D						E						F						G						H					
Nome	Gr. Par.	Idade	Est. Civil	Hab. Lit	Prof.																																																		
A																																																							
B																																																							
C																																																							
D																																																							
E																																																							
F																																																							
G																																																							
H																																																							

Situação Profissional

Profissão/Ocupação: _____ Descontos: Sim Não

Vínculo _____ CNP CGA

Local de Trabalho _____ Telf: _____

B. Médica Desemprego Subsídio - Sim Não

Experiências/Aptidões Profissionais: _____

Situação Escolar

Habilitações Literárias _____ Ano Escolar em que se encontra _____

Tipo problema na Escola _____

Obs.: _____

Pensionistas

Tipo Pensão _____ Montante _____ Control. Dependência/Assist-3ª pessoa: Sim Não

Montante/Grau: _____ Obs.: _____

Caracterização Familiar

- ~~Sit.~~ **Habitacional**

Tipo Habitação	Regime Ocupação	Conforto/Salubridade
Casa Unifamiliar <input type="checkbox"/>	Própria <input type="checkbox"/>	Electricidade <input type="checkbox"/>
Apartamento/Andar <input type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/>	Saneamento <input type="checkbox"/>
Parte de casa <input type="checkbox"/>	Cedida por familiares <input type="checkbox"/>	Fossa Séptica <input type="checkbox"/>
Quarto Arrendado <input type="checkbox"/>	C/ familiares <input type="checkbox"/>	Cozinha <input type="checkbox"/>
Barraca <input type="checkbox"/>	<u>Habitação social</u> <input type="checkbox"/>	Água canalizada <input type="checkbox"/>
Sem Abrigo <input type="checkbox"/>		<u>WC:</u> _____ <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/>		Banheira <input type="checkbox"/> Chuveiro <input type="checkbox"/>

Descrição: _____

Estado Conservação Edifício: Condições de Acessibilidade

Bom Estado <input type="checkbox"/>	B. Arquitectónicas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<u>Descrição:</u> _____
Degradado inter. <input type="checkbox"/>	Int. <input type="checkbox"/> Ext. <input type="checkbox"/>	_____
Degradado ext. <input type="checkbox"/>		_____
Ext. em ruínas <input type="checkbox"/>	Transportes Públicos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	_____
Outro <input type="checkbox"/>		

Rendimentos e Despesas Mensais do Agregado Familiar

<u>Tipo de Rendimentos</u>	Elem. Agreg. Familiar	Montante	Despesas
Rec ¹⁰⁴ Trabalho	_____	€ _____	Renda/Prestação: € _____
Subs. Desemprego	_____	€ _____	Água/Luz/Gás/Tel. € _____
Subs. Doença	_____	€ _____	Saúde € _____
Rec ¹⁰⁴ Pensões	_____	€ _____	Educação € _____
RSI	_____	€ _____	Equipam ¹⁰ € _____
Outras Prestações	_____	€ _____	Transportes € _____
Outras Rec ¹⁰⁴	_____	€ _____	<u>Outros</u> € _____
Total	_____	€ _____	Capitação € _____

Obs.:

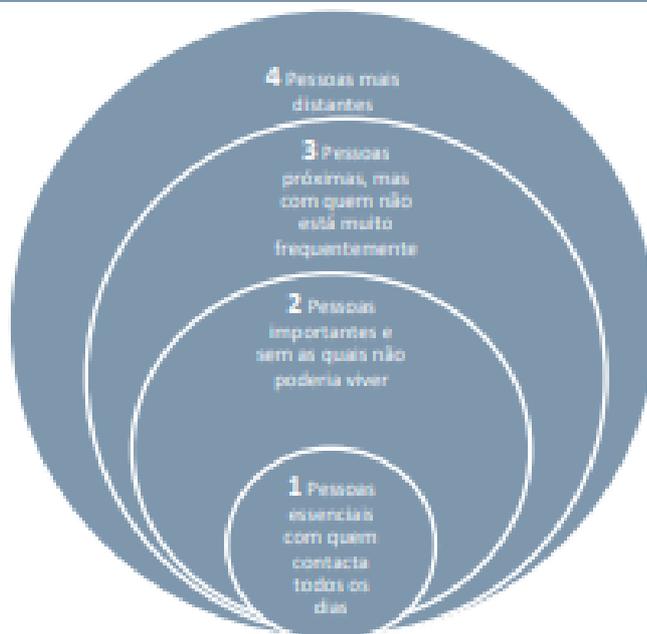
<u>Potencialidades</u>	<u>Objectivos</u>	<u>PrevisãoIntern.</u>

Diagnóstico Social:

Plano de Intervenção:

<u>Ajudas Técnicas/Tecnologias de Apoio</u>	Próprio: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	CMRRC-RP Prescritas (Data)	CMRRC-RP Atribuídas (Data)
<u>Denominação</u>	<u>Outros:</u>		

REDE SOCIAL ANTES DA LESÃO NEUROLÓGICA



ANTES DA LESÃO NEUROLÓGICA

1-

2-

3-

4-

POR FAVOR INDIQUE O QUE É QUE O SEU FAMILIAR/AMIGO FARIA NUM DIA NORMAL DA SEMANA

	Durante o dia	À noite
SEGUNDA-FEIRA		
TERÇA-FEIRA		
QUARTA-FEIRA		
QUINTA-FEIRA		
SEXTA-FEIRA		
SÁBADO		
DOMINGO		

Comentários

CONTE-NOS UM POUCO MAIS SOBRE O PERCURSO DO SEU FAMILIAR/AMIGO

Percurso profissional/locais onde trabalhou/estudou

Ocupação dos tempos livres/Interesses

Personalidade

DIARIAMENTE, EM QUE TIPO DE ATIVIDADES COMUNICATIVAS SE ENVOLVE O SEU FAMILIAR/AMIGO?

	Sim	Não	Comentários
Ler			
Escrever			
Usar o computador (e-mail/internet)			
Usar um tablet (ex. iPad)			
Integrar alguma coletividade/associação			
Usar o telefone/telemóvel			
Gerenciar as próprias contas			
Ir às compras			
Cosinhar			
Usar transportes públicos			
Outros			

A PESSOA

Assinale com um X as opções disponíveis

Usa óculos	Para ler ()	Ao longe ()	Bifocal ()	Lentes de contacto ()
Usa aparelho auditivo	Esquerda ()	Direita ()	Ambos os ouvidos ()	Não usa ()
Usa prótese dentária	Superior ()	Inferior ()	Em cima e em baixo ()	Não usa ()
Mão dominante	Direita ()		Esquerda ()	

PREFERÊNCIAS ALIMENTARES

Indique alimentos que o seu familiar/amigo não goste:

-

PARA FACILITAR A COMUNICAÇÃO

Solicitamos que nos forneça fotografias de familiares/animais de estimação/momentos marcantes, com as devidas descrições no verso ou em papel.

N.º de fotografias entregues:

AGRADECEMOS TER PREENCHIDO ESTE FORMULÁRIO. SERÃO INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA PODERMOS PLANEAR OS OBJETIVOS TERAPÊUTICOS PARA O SEU FAMILIAR/AMIGO.

TODAS AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS SERÃO APENAS PARA EFEITOS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA, SENDO GARANTIDA A SUA CONFIDENCIALIDADE.