

Competências do assistente social na Intervenção com utentes institucionalizados, vítimas de abandono

Competences of the social worker in intervention with institutionalized users, victims of abandonment

Ana Cláudia Mora de Matos¹
Paula Ferreira²

Resumo

Segundo a literatura, o abandono de idosos incapacitados, que são a maioria dos utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), tem vindo a aumentar em Portugal. Contudo, pouco se sabe sobre o trabalho realizado pelo assistente social para melhorar a situação destes utentes e, sobretudo, quais as competências mobilizadas na sua intervenção. Em fase desta situação, definiu-se como objetivo geral deste estudo, conhecer as competências do assistente social na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI-ULDM e UMDR, vítimas de abandono. A amostra é composta por 18 profissionais, escolhidos de forma aleatória, após divisão por NUTS II. O modelo teórico utilizado para identificação e avaliação das competências foi o de Le Boterf (2003). Utilizou-se uma metodologia mista, através do método Delphi aplicando um inquérito aberto, numa primeira fase, e um inquérito por questionário, com uma escala de Likert de cinco níveis, numa segunda fase. Realizou-se um Focus Group com sete profissionais, que haviam, nas fases anteriores, respondido aos questionários. Os resultados permitiram identificar as competências mais valorizadas pelos profissionais na resolução da problemática do abandono nas UCCI-ULDM e UMDR, relacionadas com o saber-fazer, e as estratégias mais utilizadas, que decorrem do trabalho em equipa/rede.

Palavras-chave: Competências profissionais; Abandono de idosos; UCCI; Assistente Social; Método Delphi.

Abstract

According to the literature, the abandonment of disabled elderly people, who are the majority of the users of the Integrated Long-term Care Units (UCCI), has been increasing in Portugal. However, little is known about the work done by the social worker to improve the situation of these users and, above all, which skills are mobilized in their intervention. In response to this situation, the general objective of this study was to identify the competences of social workers in the intervention with institutionalized users in UCCI-ULDM and UMDR, victims of abandonment. The sample is composed of 18 professionals, randomly selected after division by NUTS II. The theoretical model used for the identification and assessment of competencies was the one by Le Boterf (2003). A mixed methodology was used, through the Delphi method, applying an open survey, in a first phase, and a questionnaire survey, with a 5 point Likert scale, in a second phase. A Focus Group was held with seven professionals who had, in the previous phases, answered the questionnaires. The results allowed identifying the most valued competencies by professionals in the resolution of dropout problems in the UCCI-ULDM and UMDR, related to know-how, and the most used strategies that result from teamwork/networking.

Keywords: Professional skills; Abandonment of the elderly; UCCI; Social Worker; Delphi method.

¹ Assistente Social, Mestre em Riscos e Violências nas Sociedades Atuais/ Universidade Lusófona - CUL

² Instituto de Serviço Social/ Universidade Lusófona – CUL | Investigadora CISIS

Introdução

Portugal constitui um dos países da Europa onde as pessoas idosas são mais abandonadas, com menos profissionais a elas dedicados e menos dinheiro alocado (OIT, 2015). Também a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) coloca Portugal entre os cinco piores países da Europa no tratamento à população idosa. Paradoxalmente com esta avaliação, Portugal é considerado um dos países da Europa mais envelhecidos, com a população com mais de 65 anos a atingir, em 2022, os 23,7% (+ 2,6 p.p. do que a média da Europa) (Eurostat, 2023) e a previsão de ultrapassar os 34% em 2050 (+7,5 p.p. do que o conjunto da Europa), com uma taxa de crescimento substancialmente superior à do conjunto Europeu (91% face aos 65% previstos para este último) (UN, 2017).

Neste quadro de envelhecimento, surge a questão do abandono de idosos nos serviços de saúde. Pese embora não existam em Portugal dados oficiais sobre o abandono de pessoas idosas nos serviços de saúde (APAV, 2020), sabe-se que o número de idosos abandonados nos serviços de urgência em Portugal têm vindo a aumentar (Sousa, 2015; Almeida & Ferreira, 2021) e que boa parte dos idosos apresentam algum tipo de incapacidade – segundo resultados do último Inquérito Nacional de Saúde, de 2019 (DGS, 2022) 41.2% dos idosos em Portugal apresentavam uma prevalência autodeclarada de incapacidade motora e 28,4%, de incapacidade sensorial – e que este número tem vindo a aumentar nos últimos anos – de acordo com os dados do último Censo (INE, 2022), em 2021, cerca de 61% da população idosa afirmavam ter muita dificuldade ou não conseguiam realizar pelo menos uma das 6 atividades do dia-a-dia, o que representam um aumento de 11 p.p. face aos 50% registados em 2011 (INE, 2012). No caso das Unidades de Cuidados Continuados, cerca de 95% dos utentes admitidos na RNCCI são dependentes ou incapazes (ERS, 2013).

Perante esta situação de abandono é fundamental que cada serviço de saúde possua um assistente social de referência, dotado de sólidas competências teórico-metodológicas, técnico-operativas e relacionais, que consiga intervir atempadamente, mitigando não só o impacto que tal situação acarreta na vida das vítimas, mas procurando respostas ajustadas e promotoras do seu bem-estar. Tendo presente esta necessidade, foi definido o seguinte objetivo de investigação: Conhecer as competências do assistente social na intervenção com utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR, vítimas de abandono. Embora existam alguns estudos que incidem nas competências no âmbito do Serviço Social (D'Almeida, Sousa & Caria, 2021; Lopes, 2018; Polin & Matis, 2015), não se conhecem quaisquer estudos relativamente às competências do assistente social no

âmbito do abandono nas UCCI, pelo que este trabalho aparenta ser precursor em Portugal.

1. Violência contra os idosos e o seu abandono nos serviços de saúde

A violência e os maus-tratos contra os idosos são uma das grandes preocupações da sociedade atual (Paulino & Costa, 2019), assumindo-se como um problema global (Anes et al., 2019).

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

Para Castro e Carreira (2017), a problemática do abandono nos idosos está intrinsecamente ligada à questão da incapacidade destes, principalmente daqueles que se encontram parcial ou totalmente dependentes na execução das atividades da vida diária (AVD). De acordo com Storeng et al. (2018), um indivíduo é funcional quando de forma plena é autónomo, sendo capaz de efetuar as suas próprias escolhas, tomar as suas decisões e realizar determinadas tarefas do quotidiano. Não obstante, à medida que os indivíduos vão atingindo idades mais avançadas ou quando ocorrem constrangimentos ao nível da saúde, surge uma diminuição da sua capacidade e autonomia. Quando tais situações ocorrem, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pode ser uma das respostas temporárias a considerar.

2. A intervenção do Serviço Social no contexto das UCCI

2.1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC)

A RNCC foi criada pelo Decreto-Lei Nº 101/2006, de 6 de junho, que dita o modelo e organização desta rede. A sua rede de parceiros engloba o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e o Ministério da Saúde e é constituída por um conjunto de instituições, de cariz público ou privado (Lopes et al., 2022).

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

As UCCI podem abarcar as UC, as UMDR, as ULDM e as UCP. Não obstante, existem UCCI que possuem apenas algumas destas quatro valências/tipologias, não sendo obrigatório que as possuam todas. Em cada uma delas, existem profissionais de áreas distintas que, em conjunto, visam compreender de que forma podem contribuir para a melhoria da situação social e/ou clínica de cada utente. As UCCI, sendo unidades onde se presta apoio ao nível social e de saúde, focam-se na diferenciação dos cuidados atribuídos, consoante a tipologia de necessidades dos próprios utentes. Estes cuidados têm por objetivo aumentar a autonomia e funcionalidade de cada utente a fim de, após o internamento, ser viável a sua reintegração no seio da família e da comunidade.

Como esclarece o Instituto da Segurança Social (ISS, 2019), os internamentos nestas tipologias têm durações distintas: na UC os internamentos são de 30 dias; na UMDR estes têm uma durabilidade de 30 a 90 dias; por sua vez, na ULDM, os internamentos são superiores a 90 dias; e na UCP não existe intervalo de tempo. No entanto, existem situações que requerem a prorrogação destes prazos, seja por necessidade clínica, seja porque os utentes não têm resposta social ou familiar adequada, obrigando ao protelamento da alta. Não obstante, esta situação não é a mais desejável, visto que a procura de vagas em UCCI é mais vasta do que a oferta existente.

Quanto ao encaminhamento para a admissão na UCCI, pode ocorrer de duas formas distintas: através do hospital de referência ou do domicílio. Quando ocorre através do hospital, a Equipa de Gestão de Altas (EGA) do hospital onde o utente se encontra, efetua uma avaliação inicial, verificando se o mesmo reúne critérios para integração na UCCI. Em caso afirmativo, a EGA transmite a informação à Equipa Coordenadora Local (ECL). Sucedendo através do domicílio, a referenciação é feita por um familiar/indivíduo ao médico de família, enfermeiro ou assistente social da Unidade de Saúde Primária a que pertence o utente. Após avaliação dos profissionais do centro de saúde, a informação é transmitida à ECL, que terá de apoiar e articular com as

unidades e equipas locais, acompanhando o cumprimento dos contratos, assumindo também as referenciações para a Rede e atualizando informações relativas ao utente (ISS, 2019).

2.2. O Assistente Social nas UCCI

O papel do assistente social no domínio da saúde, quer seja em contexto de UCCI, quer seja nos restantes estabelecimentos de saúde, ainda é muito associado à perspetiva assistencialista. Neste panorama, a maioria dos indivíduos considera que a atribuição de apoio económico ou alimentar são as únicas funções a desempenhar por estes profissionais. Existe uma série de princípios, de que são exemplos a dignidade, a humildade, a justiça, a solidariedade ou a assertividade, que pautam a intervenção por parte dos assistentes sociais (APSS, 2018). São estes valores e princípios éticos, entre outros, que permitem uma intercessão positiva e profissional, tendo sempre como objetivo primordial a necessidade do utente, o meio que o rodeia, as suas relações e os seus ideais (RNCCI, 2011).

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

Com base na leitura e análise do Manual de Boas Práticas para os assistentes sociais da Saúde, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI (2011) e conforme afirma Carvalho (2012), a intervenção do assistente social nas UCCI assenta em várias fases metodológicas. São elas o acolhimento do utente e da família – aquando da sua entrada na UCCI, onde lhes é explicado o procedimento, é dada a conhecer a UCCI, são recolhidos alguns dados e esclarecidas dúvidas; o diagnóstico – centrado nos problemas e necessidades do cliente, na sua construção com o cliente com a família e as organizações, na procura de alternativas e na procura de proteção e confiança para os clientes; o Plano Individual de Intervenção (PII) – realizado através da construção de objetivos e, conseqüentemente, de ações a desenvolver, assim como na definição de responsáveis pela execução das mesmas; a execução - que diz respeito à concretização das ações e à monitorização do plano de intervenção; e, por fim, a avaliação da execução – sendo este um processo contínuo, que ocorre antes, durante e após a intervenção, onde é questionada a sua pertinência, coerência, eficiência e eficácia, é questionada a pertinência das ações de acordo com os objetivos, a adesão dos

participantes, e onde é importante perceber se os resultados obtidos estão de acordo com os resultados pretendidos. Perante a sequência descrita, uma intervenção é eficiente e eficaz quando a avaliação diagnóstica é clara e quando a intervenção social está associada a um processo em que o sujeito e os seus sistemas estão interrelacionados. Assim, é possível realizar um PII com objetivos realistas, de acordo com as necessidades do utente (Carvalho, 2012).

Acontece que muitas vezes o apoio não é exclusivamente prestado aos utentes, mas também aos familiares/acompanhantes, desde o momento da admissão até ao momento da alta. O objetivo deste apoio incide na adequação dos cuidados às necessidades do utente, alcançando os objetivos definidos aquando da alta, de modo a assegurar o processo de recuperação e/ou reabilitação durante o internamento. Deste modo, é função do assistente social a promoção do bem-estar do utente, a compreensão das suas necessidades e a garantia dos seus direitos sociais, como é exemplo o direito à acessibilidade, a transmissão de informação sobre os direitos e deveres dos utentes e/ou das instituições que frequentam ou poderão vir a frequentar, alertando-os para possíveis problemas que possam vir a existir. Guerra (2017) menciona que a intervenção do assistente social na saúde deve ter em conta o contexto socioeconómico do utente, visto que esta informação poderá ser benéfica na compreensão do seu estado de saúde. Também faz parte das funções do assistente social o acompanhamento psicossocial aos utentes e às famílias, a criação de projetos de intervenção social na comunidade, o empowerment dos utentes e família e a articulação/trabalho em rede.

Para que estas funções possam ser desempenhadas do melhor modo é fundamental que os assistentes sociais possuam determinadas competências, sendo estas orientadas pelos direitos e deveres inscritos no seu código deontológico (APSS, 2018) e no reconhecimento que estas competências “são sempre contextuais intersubjetivas e indissociáveis do uso do conhecimento” (D’Almeida et al., 2021, p. 22).

3. Objetivos

Para este estudo definiu-se como objetivo geral, conhecer as competências do assistente social na intervenção com utentes institucionalizados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) – Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), vítimas de abandono. Os objetivos específicos consistem em i) identificar os diferentes tipos de competências presentes na prática profissional dos assistentes sociais, na sua intervenção com utentes

em situação de abandono, nas UCCI – ULDM e UMDR; ii) saber quais os tipos de competências mais valorizados pelos assistentes sociais, na sua intervenção com utentes em situação de abandono, nas UCCI – ULDM e UMDR; iii) sistematizar os diferentes tipos de competências identificados e avaliados pelos assistentes sociais, na sua intervenção com utentes em situação de abandono, nas UCCI – ULDM e UMDR; e iv) identificar as estratégias utilizadas pelos assistentes sociais, na resolução da problemática do abandono em utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR.

4. Metodología

4.1. Participantes

O universo de participantes foi constituído a partir da listagem das unidades da RNCCI (SNS, 2021) e da listagem de unidades das regiões autónomas dos Açores e da Madeira, disponibilizadas nas páginas online dos respetivos municípios. Das 229 UCCI – ULDM e UMDR existentes no país, com pelo menos um assistente social, foi feita uma seleção amostral. Para tal, foi utilizado o Invertexto – ferramenta online geradora de números aleatórios, que efetuou a seleção final, obtendo as 35 UCCI – ULDM e UMDR/Assistentes Sociais seleccionadas para este estudo. Foram realizados contatos com as UCCI seleccionadas, e apesar dos 35 assistentes sociais terem concordado em participar no estudo, apenas 18 o fizeram nas duas fases, pelo que apenas estes foram considerados.

4.2. Instrumentos

O modelo teórico utilizado para identificação e avaliação das competências foi o de Le Boterf (2003). A recolha de informação foi feita mediante uma metodologia mista, através do método Delphi. Numa primeira fase, pretendia-se conhecer o tipo de competências presentes na sua intervenção em UCCI. Para tal, foi criado no Google Forms um questionário aberto, em que era solicitado aos assistentes sociais que identificassem estas competências, de acordo com as categorias do modelo de Le Boterf. Na segunda fase, pretendia-se perceber que tipo de competências eram mais valorizadas pelos profissionais. Assim, utilizou-se um inquérito por questionário, com o conjunto das competências listadas na primeira fase, avaliadas a partir de uma escala de Likert de 5 níveis.

Foi ainda realizado um Focus Group com sete profissionais, que haviam, nas fases anteriores, respondido aos questionários.

4.3. Procedimento

Após aprovação institucional foi efetuado, via telefone e/ou via email, contacto com os 35 assistentes sociais selecionados, de modo a informá-los e a solicitar a sua participação no presente estudo, garantido a sua confidencialidade, explicando todo o processo e identificando as datas correspondentes à entrega/reencaminhamento das respostas aos questionários. Posteriormente, foi enviado um email aos 35 participantes, com o link de acesso ao primeiro questionário aberto e com a data prevista de resposta do mesmo. Foi enviado um 2º e-mail a reforçar o pedido, tendo nesta decorrência obtido mais seis respostas, perfazendo um total de 18 participantes. Todas as respostas foram analisadas de seguida, tendo sido criado uma base de dados para o efeito, com listagem de todas as competências identificadas. Em seguida foi enviado o link para o questionário fechado para os 18 profissionais que haviam respondido ao inquérito da primeira fase e, uma vez rececionados, os dados foram carregados na base de dados e extraídos, com recurso ao programa SPSS, os principais resultados. Posteriormente, foi enviado um e-mail aos 18 profissionais que haviam colaborado anteriormente a solicitar a sua participação num Focus Group, de modo a recolher informação complementar. Destes, responderam afirmativamente sete.

5. Resultados

Numa fase inicial, com o objetivo de identificar tipo de competências presentes na intervenção, foram identificadas 102 competências no total.

Tabela 1 - Tipos de competências identificadas

Competências	n	%
Saber	31	30,4
Teóricos (ST)	9	
Meio (SM)	9	
Procedimentais (ST)	13	
Saber-fazer	35	34,3
Formalizados (SF)	16	
Empíricos (SE)	3	
Relacionais (SR)	8	
Cognitivos (SC)	8	

Saber-ser	36	35,3
Aptidões/ Qualidades (AQ)	10	
Recursos Fisiológicos (RF)	9	
Recursos Emocionais (RE)	17	
Total	102	100

Fonte: Elaboração própria

Destas, destacam-se os saberes-ser (com 35%), seguidos dos saberes-fazer (34%) considerados como os mais presentes na intervenção dos assistentes sociais das UCCI.

De forma mais discriminada, quanto aos saberes, foram identificadas 31 competências, de entre as quais nove relativamente aos saberes teóricos, nove relativas aos saberes do meio e 13 aos saberes procedimentais. Relativamente aos saberes-fazer foram apuradas 35 competências, que se subdividem em 16 saberes formalizados, três saberes empíricos, oito saberes relacionais e oito saberes cognitivos. Quanto aos saberes-ser, os participantes totalizam 36 competências e, após a divisão nos três grupos destes últimos saberes, consideraram existir 10 aptidões ou qualidades, nove recursos fisiológicos e 17 recursos emocionais

Nesta primeira fase e, de uma forma geral, temos o reconhecimento que, do conjunto das competências, aquelas que estão mais presentes na intervenção, pelo número de competências listadas, são os saberes-ser. Para os assistentes sociais destas 18 UCCI, a valorização desta categoria poderá fazer sentido, dada a importância que as questões do relacionamento interpessoal e da criação de uma relação de confiança e proximidade têm na própria intervenção. De referir, no entanto, que apesar disto, as diferenças entre os três tipos de competências são mínimas (sobretudo no que diz respeito aos saberes-fazer), o que demonstra a importância de integrar todos os diferentes tipos de competências na prática profissional.

Numa segunda fase, com o objetivo de identificar tipo de competências mais valorizadas na intervenção, os profissionais procederam, através da escala de likert, a uma avaliação das 102 competências identificadas na 1ª fase. Através dos resultados apurados, verificamos que os saberes-ser são a categoria com a média mais elevada ($M=4,82$), face aos saberes ($M= 4,78$) e saberes-fazer ($M=4,77$), confirmando os resultados obtidos na 1ª fase, e que davam conta da maior presença deste tipo de competências na prática profissional.

Após avaliação dos diferentes tipos de competências, foram apuradas as competências mais valorizadas, chegando assim a uma listagem das principais competências para a intervenção destes profissionais. Através da avaliação desta segunda fase e, após exclusão de várias competências nas três grandes categorias, verificou-se que das 102 competências indicadas na primeira fase da recolha de dados, ficou-se com um conjunto de 56 competências.

Tabela 2 - Competências selecionadas

Competências	Total	Selecionadas	%
Saber	31	13	23,21
Saber-fazer	35	22	39,29
Saber-ser	36	21	37,5
Total	102	56	100

Fonte: Elaboração própria

Utilizou-se como critério de seleção o valor da média do respetivo grupo e todas as competências cuja média era inferior ou igual aos valores supramencionados, foram rejeitadas de imediato. Deste modo, efetuaram-se 18 exclusões ao nível dos saberes – sete nos saberes teóricos, cinco nos saberes do meio e seis nos saberes procedimentais; 13 ao nível dos saberes-fazer – oito nos saberes-fazer formalizados, dois nos saberes-fazer empíricos, um nos saberes-fazer relacionais e dois nos saberes-fazer cognitivos; e, por fim, 15 ao nível dos saberes-ser – oito nas aptidões ou qualidades, uma nos recursos fisiológicos e sete nos recursos emocionais.

Tabela 3 – Tipo de competências e média total do grupo

Tipo de Competências	Média do grupo
Saber	4,78
Saber-fazer	4,77
Saber-ser	4,82

Fonte: Elaboração própria

Assim, quanto aos saberes, foram destacadas 13 competências (das 31 sinalizadas, na 1ª fase). Relativamente aos saberes-fazer foram apuradas 22 competências (num total de 35) e quanto aos saberesser, os participantes totalizam 21 competências (de entre as

36 iniciais), verificando-se que a categoria mais destacada é a dos saberes-fazer, que representa cerca de 39% do total de competências selecionadas.

No que respeita às estratégias na intervenção, estas foram agrupadas em cinco grandes categorias, sendo elas a valorização do sujeito da intervenção (9), a procura de respostas (8), a recolha de informação (7), o trabalho em equipa/rede (6) e outras estratégias (5). Identificadas as grandes categorias, calculou-se a média, o desvio padrão, a variância e o intervalo de variação para cada uma delas. O trabalho em equipa/rede surge como a categoria das estratégias mais valorizadas, tendo a média mais elevada ($M=4,88$) face à procura de respostas, à valorização do sujeito de intervenção (ambas com $M=4,82$) e à recolha de informação ($M=4,69$).

Tabela 4 - Estratégias mais valorizadas pelos AS

Estratégias	n	Média	Desvio padrão	Variância
Procura de respostas	18	4,819	0,336	0,113
Recolha de informação	18	4,690	0,383	0,147
Trabalho em Equipa/rede	18	4,880	0,230	0,053
Valorização do Sujeito de Intervenção	18	4,821	0,362	0,131

Fonte: Elaboração própria

6. Discussão

Após análise dos resultados dos questionários abertos (1ª fase) e, posteriormente do questionário fechado (2ª fase), compreendemos que existiram resultados diferenciados em ambos. Na primeira fase, os participantes atribuíram maior importância aos saberes-ser e, na segunda fase, aos saberes-fazer. Perante esta variação de resultados, os assistentes sociais indicaram que todos os saberes têm a devida importância, devendo relacionar-se entre si. Cruzando esta informação com as referências teóricas que constam deste estudo, percebemos que existe uma concordância na informação. Tal como refere D'Almeida et al. (2021), “não há conteúdo sem forma de conhecer (e vice-versa). Daí que não se devam separar competências” (p.21). Deste modo, a informação prestada pelos assistentes sociais vai ao encontro do referido pelos autores supramencionados, de que as competências devem ser aplicadas como um todo e não de forma isolada. Contudo

e, após análise do Focus Group (3ª fase), foi verificado que a categoria dos saberes-fazer foi aquela a que os participantes atribuíram maior importância. As competências referidas vão ao encontro do indicado pelos autores e, através delas, os assistentes sociais que intervêm com utentes institucionalizados em UCCI, vítimas de abandono, conseguem cumprir todas as etapas da intervenção, da forma mais assertiva possível, nunca descurando as restantes competências.

Conclusões

O presente estudo foi realizado com o intuito de perceber quais as competências mais valorizadas e as estratégias utilizadas pelos assistentes sociais, na sua intervenção com utentes institucionalizados em UCCI – ULDM e UMDR, vítimas de abandono. Assim, foi identificado um total de 102 competências (31 – saber, 35 – saber-fazer, 36 – saber-ser), sendo os saberes-ser a categoria com a média mais elevada ($M=4,82$), face aos saberes ($M= 4,78$) e saberes-fazer ($M=4,77$), pese embora a categoria com maior expressão no conjunto das competências seja a dos saberes-fazer (39% do total de competências selecionadas), seguindo-se os saberes-ser (37,5%) e os saberes (23,2%). O trabalho em equipa/rede surge como a categoria das estratégias mais valorizadas ($M=4,88$), seguindo-se a procura de respostas, à valorização do sujeito de intervenção (ambas com $M=4,82$) e à recolha de informação ($M=4,69$). As competências utilizadas pelos assistentes sociais neste tipo de intervenção e as estratégias por si utilizadas na resolução desta problemática, são o ponto-chave para uma intervenção de sucesso. Com a aplicação das devidas competências, o assistente social compreenderá melhor o utente, bem como a sua situação, o que o levará a definir as estratégias para a resolução do problema, de forma mais viável. Ao aplicar estas estratégias, os Assistentes Sociais estão a cumprir com o referido por Gomes (2022), quando diz que os idosos têm a necessidade de ser escutados, primordialmente quando são vítimas de violência. Proporcionam-lhes a oportunidade de terem uma melhor qualidade de vida, longe de toda a violência pela qual já passaram e com a qual não têm de viver até ao fim dos seus dias. São estas estratégias que impedem estes idosos de serem vítimas de outro tipo de violências e que lhes garante cuidado e proteção.

Referências Bibliográficas

Almeida, J., Ferreira, P. (2021). A intervenção do serviço social no protelamento da alta do idoso no serviço de urgência: o caso do hospital de São José. Revista *Temas*

Sociais, (1), 170-187. <https://doi.org/10.53809/2021-01-TS-n.1-170-187>

Anes, E., Brás, M., Antão, C., & Anastácio, Z. (2019). Violência e maus tratos em idosos portugueses: 2000-2017. *INFAD Revista de Psicologia*, 1(4), 363-368. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1610>

APAV (2020). *Estatísticas APAV, Relatório anual 2020*. APAV.

Associação dos Profissionais de Serviço Social, APSS (2018). *Código deontológico dos assistentes sociais*. APSS.

Carvalho, M. (2012). *Serviço social na saúde*. Pactor.

Castro, V., Rissardo, L. & Carreira, L. (2017). Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. *Rev. Bras. Enferm*, 71(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-20170139>

D'Almeida, J. L., Sousa, P. & Caria, T. (2021). *Competências no Contexto de Trabalho em Serviço Social*. Ed. Húmus.

ERS (2013). *Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/824/Cuidados_continuados.pdf

Eurostat (2023). *Statistics explained*. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>

Guadalupe, S. (2011). Anotações cronológicas sobre a trajetória do serviço social no sistema de saúde em Portugal. *Revista Serviço Social & Saúde*, 10(2), 99-126. <https://doi.org/10.20396/sss.v10i2.8634831>

Gomes, A. (2022). *Violência contra idosos*. <https://www.researchgate.net/publication/357630347>

Guerra, I. (2017). O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar. *Ciências e Políticas Públicas*, 3(1), 57-79. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2017.VIIINI/>

ISS. (2019). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuadosintegrados-rncci>

INE (2012). *Saúde e Incapacidades em Portugal 2011*. INE.

Krug, E., Dahlberg, L. Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. OMS.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Artmed Editora.

Lopes, C. (2018). Competências e atribuições do assistente social: qual o ponto de partida? In UNPES, *Atas do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, UFES.

Lopes, I., Bracons, H., & Santo, I. (2022). A intervenção do Serviço Social nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados e tempo de Pandemia. Estudo realizado nas ULDM da Comunidade Intermunicipal do Oeste. *Revista Temas Sociais*, (2), 87-106. https://doi.org/10.53809/TS_ISS_2022_n.2_87-106

OIT (2015). Long-term care (LTC) protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries. *ESS Paper Series (SECSOC) (50)*. International Labour Organization.

OMS (2011). *Relatório europeu sobre a prevenção de maus-tratos a idosos*. OMS.

Paulino, M. & Costa, D. (2019). *Maus tratos a pessoas idosas*. Pactor.

Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável de tod@s para tod@s. (3. Saúde da população em Portugal). <https://pns.dgs.pt/files/2022/04/Cap-3-Saude-da-populacao-emPortugal.pdf>

Polin, J. & Matis, S. (2015). Social Work Competencies and Multidimensional Assessment. *The Journal of Baccalaureate Social Work, Journal of Baccalaureate Social Work*, 20 (1), 117–135. <https://doi.org/10.18084/1084-7219.20.1.117>

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do prestador recomendações para a melhoria contínua*. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf

Serviço Nacional de Saúde (2021). *Cuidados Continuados*. <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>

Sousa, I. (2015). *Abandono de idosos em hospitais: o caso do Serviço de Urgência do Hospital de Santo António* [Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, ISSSP]. Repositório institucional. <http://hdl.handle.net/10400.26/28654>

Storeng, S., Sund, E., Krokstad, S. (2018). Factors associated with basic and instrumental activities of daily living in elderly participants of a population – based survey: the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *BMJ Open*, 8(3). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018942>

United Nations (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper ESA/P/WP/248*.