



Universidades Lusíada

Marques, Ana Maria R. Morgado
Johnson, Brenda

Com os pés bem assentes no ar : ideia em projecto de um centro de apoio hospitalar

<http://hdl.handle.net/11067/4104>

Metadados

Data de Publicação	1999
Resumo	Este texto tem por base o trabalho "Com os pés bem assentes no ar... - ideia em projecto de um Centro de Apoio Hospitalar " e constitui uma abordagem exploratória, de teorpráxico, à temática da anciania sob o prisma dos sistemas de solidariedade formais e informais e planeamento, organização e gestão de programas e serviços dirigidos àquela população-alvo. A perspectiva patente é a do Serviço Social hospitalar, em concreto o Hospital dos Capuchos, sendo que a sua pertinência advém deste mesmo fa...
Palavras Chave	Serviço social médico - Portugal - Lisboa
Tipo	article
Revisão de Pares	no
Coleções	[ULL-ISSSL] IS, n. 20 (1999)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-20T02:16:46Z com
informação proveniente do Repositório

“COM OS PÉS BEM ASSENTES NO AR” IDEIA EM PROJECTO DE UM CENTRO DE APOIO HOSPITALAR¹

Este texto tem por base o trabalho “Com os pés bem assentes no ar... - ideia em projecto de um Centro de Apoio Hospitalar” - e constitui uma abordagem exploratória, de teor prático, à temática da ancianidade sob o prisma dos sistemas de solidariedade formais e informais e planeamento, organização e gestão de programas e serviços dirigidos àquela população-alvo. A perspectiva patente é a do Serviço Social hospitalar; em concreto o Hospital dos Capuchos, sendo que a sua pertinência advém deste mesmo facto até porque cerca de 60% da população atendida e acompanhada pelos Assistentes Sociais da equipa têm mais de 60 anos.

“Com os pés bem assentes no ar...” porque para intervir com qualidade é tão necessário estar-se embrenhado na realidade como conseguir “sobrevoar” e avaliar com modéstia para reconhecer as dificuldades, reforçar os sucessos e coragem para mudar.

A velhice é de facto um disfarce que ninguém, a não ser os próprios velhos, decifra.

(May Sarton, “Prepara-te para a morte e segue-me”)

Ana Maria R. Morgado S. Marques*

Brenda Johnson**

1. Fundamentos de uma ideia

Como preocupação primordial prática e orientadora deste artigo formula-se a seguinte: “Perante o aumento da população idosa potencialmente utente do hospital, existindo

¹ Este texto tem é apresentado num formato pouco tradicional uma vez que se optou por assumir um modo relativamente esquemático de expor as ideias, por razões de clareza e fidelidade ao documento original.

* Assistente Social no Hospital dos Capuchos - Lisboa

** Assistente Social no Hospital dos Capuchos - Lisboa

dificuldades para a criação de condições de bem-estar para estes idosos e tendo em conta os objectivos institucionais e recursos disponíveis ou potenciais que serviços ou respostas se adequariam a este contexto e às capacidades e fraquezas dos idosos e suas redes de suporte?”. Decerto não se consegue responder totalmente a uma questão tão complexa, contendo já em si muitas micro-realidades passíveis de pesquisa, mas afinal pretende-se sistematizar uma resposta segundo uma realidade obrigatoriamente balizada: a população-utente idosa do Serviço Social inserida numa instituição hospitalar.

A abordagem patente é praxica pretendendo produzir contributos de índole pragmática partindo do real para o ideal, ajustado e exequível.

Como alicerce desta abordagem encontra-se o paradigma emergente da intersubjectividade que se afunila para um modelo holístico de conceituação do ser humano. O idoso é pessoa, sendo a velhice um estado e não uma essência, o qual, sendo acima de tudo um ser dialogante, constitui-se na alteridade. Como ser humano tem o direito e o dever de se desenvolver e contribuir para a capacitação de si próprio e dos outros tendo como fim último o bem-estar pessoal, intersubjectivo e o equilíbrio ecológico. Sendo assim o modelo de intervenção do Serviço Social subjacente é o de Empowerment ou Serviço Social orientado para o cliente ou ainda centrado na Cidadania.

O estado de doença constitui uma ameaça em si mesma que gera uma situação de indefesa já que a, por vezes existente, tecnocracia dos cuidados clínicos e a despersonalização que acompanha a massificação hospitalar fazem com que o doente se sinta incapaz de lidar com uma situação que o parece dominar. Os idosos são, para o Serviço Social do Hospital dos Capuchos, um grupo-alvo de intervenção sendo a idade avançada um indicador de risco, ou seja, factor despoletador de actuação individualizada; ao contrário do que se supõe muitos dos idosos hospitalizados, exceptuando o desequilíbrio físico agudo, não se encontram em situação de desvantagem social não inspirando cuidados formais. No entanto, quando surgem dificuldades são geralmente multifactoriais e de carácter renitente o que torna este grupo especialmente vulnerável. As incapacidades e dificuldades verificam-se a vários níveis (auto-conceito, independência física, económica, integração familiar e social, situação habitacional, orientação, entre outros) e a qualidade de vida do idoso só pode ser atingida com planos de actuação participados e também muito complexos e frágeis, porque envolvem vários esforços nomeadamente familiares e institucionais segundo um mesmo ritmo e tempo.

Os eixos que fundamentaram o projecto emergem fundamentalmente da população-utente idosa pelo que se procederá a uma breve caracterização deste grupo segundo dados da população atendida pelo Serviço Social em 1998 assim como uma análise sintética dos sistemas de solidariedade formais e informais que animam este contexto específico.

Este grupo surge como maioritário na população acompanhada pelo Serviço Social sendo que 36% deste têm mais de 71 anos. Devido a agregados familiares de apenas dois membros e pelo facto de muitas mulheres idosas serem viúvas verificam-se situações de solidão e isolamento social. Apesar de existir uma prevalência das mulheres idosas, quem necessita mais vezes de apoio na comunidade são os homens por demonstrarem maior

dificuldade em satisfazer necessidades básicas de sobrevivência provavelmente por razões culturais. As condições habitacionais são geralmente infraestruturadas ainda que o parque habitacional esteja muito degradado - mas existe um número significativo em que as barreiras arquitectónicas são de facto impeditivas do bem-estar dos idosos, é o caso de portas muito estreitas onde, por exemplo, não cabe um andarrilho, cadeira de rodas ou pessoas com necessidade do uso de canadianas. Na sua esmagadora maioria os idosos encontram-se em situação de independência económica reduzida pois as baixas reformas se não são o único rendimento são a principal fonte.

Em termos formais as redes de solidariedade são acima de tudo pouco flexíveis e demasiado “esburacadas” para se constituírem em “rede de segurança” não só para os utentes (porque beneficiariam de serviços mais direccionados e globais) mas também para as instituições (porque maximizariam os seus recursos numa lógica integrada). O hospital tradicionalmente é uma “instituição total” e fechada à comunidade - felizmente alguns projectos e actividades têm vindo a contrariar essa tendência, reforçando a abordagem local de interligação inter-profissionais e inter-institucionais, devolvendo-o à comunidade envolvente. Em termos informais e no que se refere às redes pessoais de suporte de cada idoso elas são, de modo geral, equilibradas - no entanto, existem idosos isolados, seja porque estão sós, seja porque a família se encontra ausente ou indisponível funcionalmente (em termos emocionais, afectivos, financeiros ou logísticos). Em situação de casais de idosos a intra-ajuda é, na esmagadora maioria, muito presente e forte, no entanto, há que referir que começam a existir muitas situações em que os dois membros do casal necessitam de suporte por incapacidade conjunta. As relações de vizinhança, segundo o feed-back recebido, são positivas, mas existem prédios em que todos os residentes são idosos cujas incapacidades impedem o fomento de inter-ajuda.

1.1. A ideia em génese, referências, planeamento, denominação

Analisando as maiores dificuldades dos idosos em desvantagem social e dependência física torna-se premente encontrar serviços mais adequados a esta micro-realidade. Vislumbrou-se como pertinente a existência de um espaço que, não tendo uma estrutura rígida, seria um organismo de suporte ao hospital. Após uma avaliação das condições de sobrevivência e existência das pessoas, e em particular, dos idosos em situação de dependência e desvantagem e dos recursos humanos, materiais, financeiros, individuais ou colectivos, potenciais ou disponíveis é possível fazer o esboço do projecto ou pontuar a ideia.

Por projecto entende-se um conjunto de actividades articuladas entre si para produzir determinados bens ou serviços a fim de satisfazer determinadas necessidades encontradas, dentro dos limites definidos quanto a pressupostos e tempos.

Há que ter presente que os itens descritos em seguida deverão ser entendidos como um planeamento preliminar, orientado para os objectivos, actividades e produtos os quais estruturariam a definição das rubricas restantes do projecto como o cálculo de custos de

execução, administração do projecto, especialização operacional das actividades e tarefas e indicadores de avaliação e efeitos.

“Centro de Apoio Hospitalar” é uma denominação mais descritiva que criativa porque, na verdade, espelha o que se pretende do serviço em planeamento.

2. Projecto “Centro de Apoio Hospitalar”⁴ - tríades de entendimento

2.1. Finalidade / Objectivo Geral / Objectivos Específicos

O “Centro de Apoio Hospitalar” pretende contribuir para a humanização, qualidade e rendibilidade dos serviços hospitalares; sendo um serviço de natureza social e de saúde para prestação de cuidados, tendencialmente temporários, de avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e reinserção, assim como de prevenção de graus elevados de incapacidade e desvantagem, a pessoas com dificuldades de ordem física, psíquica e social. Como objectivos específicos destacam-se o providenciar cuidados que garantam a transição equilibrada do hospital para a comunidade, prevenir situações agravadas de dependência física e desvantagem social, proporcionar condições para a qualidade de vida do doente terminal e, por fim, fomentar o conhecimento e a investigação assim como a abertura à Comunidade.

2.2. Públicos / Produtos / Forças & Fraquezas

Entre a população-alvo de doentes, também idosos, com dependência física e/ou desvantagem social destacam-se os seguintes segmentos: doentes oncológicos, com demência e os em estado de reabilitação. Considera-se como unidade de investimento o doente e a sua família.

Na perspectiva de um hospital de agudos, determinados estados crónicos de doença poderão levar a internamentos prolongados e desajustados da lógica dos cuidados que presta. É o caso dos doentes terminais com crises temporárias que necessitam de apoio mais ou menos constante e de estar sob observação médica. Dando-se pertinência à permanência no domicílio e à qualidade de vida na morte uma equipa móvel poderá ser uma boa alternativa à hospitalização ou, por outro lado, à angústia dos familiares que cuidam dele em casa. O ajuste dos recursos às necessidades assim como a actualização permanente das condições de execução poderá resultar não só na maximização daqueles mas também na potenciação da qualidade dos serviços.

Neste projecto, os produtos são serviços cujo planeamento se desenha para responder aos objectivos já descritos. O “Centro de Apoio Hospitalar” terá, como instituição, um

⁴ Para visionar o Organograma-piloto ver anexo I.

carácter flexível nos serviços⁵ que promove, partindo com os seguintes: serviços à UCI (Unidade de Cuidados Intermediários); NAF (Núcleo de Apoio à Família-suporte); ADM (Apoio Domiciliário Medicalizado); uma Linha de Ajuda; e um Centro de Documentação e Investigação.

O produto cumpre a noção de planeamento a partir das necessidades, ou seja, da orientação para o cliente-utente pelo que assume características de pertinência.

“Acertando agulhas” quanto aos esforços institucionais necessários e seguindo uma filosofia de trabalho “à medida” (ajustado, integrado, global, flexível) provavelmente resultará em mais-valias em termos de qualidade de atendimento/acompanhamento e rendibilização de meios pela escolha estratégica de recursos e sua articulação.

Alguns “produtos” do projecto estão direccionados não tanto para o tratamento mas antes para a prevenção de estados de doença - trata-se de trabalhar não só a jusante do internamento hospitalar, acompanhando na reabilitação e reintegração, mas também a montante prevenindo o internamento - é o exemplo do apoio domiciliário medicalizado e o Gabinete de Apoio à Família-suporte.

O carácter inovador do projecto e os níveis de eficácia e eficiência a atingir darão uma visibilidade positiva do hospital e azo a “simpatias” (perante os órgãos públicos de decisão e sociedade civil onde se insere a população-utente).

No entanto, o “Centro de Apoio Hospitalar”, enquanto execução de um projecto, implica investimentos financeiros muito elevados na fase de implementação em termos de local/edifício/obras (já que o Hospital não tem um espaço disponível), de equipamento médico e logístico e de recursos humanos, este último implicando recrutamento de profissionais e investimento na sua formação diferenciada.

3. Notas conclusivas

O envelhecimento acelerado é uma faceta das sociedades ocidentais contemporâneas que surge essencialmente da convergência de duas tendências: a descida a longo prazo da taxa de natalidade e a melhoria de expectativa de vida constituindo o que se chama a dupla base de envelhecimento: o aumento da população idosa acompanhado pelo decréscimo da população jovem, tendo como efeitos demográficos imediatos, entre outros, uma distribuição rectangular da pirâmide etária e a feminização da terceira idade.

Mas afinal a velhice, como estado subjectivo, é mais resultante de construção social que de factores ditos naturais, universais e progressivos (atributos do envelhecimento) e que poderá resultar de “um programa implícito do uso de tempo” (cf. Esteves, 1991), onde este “tempo de vida emerge como um segmento de tempo separado, distanciado do ciclo de vida das gerações” (Giddens, 1994). Perante a anunciada crise fiscal (e não só!) do Estado-Providência todos os esforços públicos se redireccionam para o resgatar das solidariedades informais nomeadamente para suportar a dependência dos indivíduos. Aliás

⁵ Para definição de cada serviço projectado ver anexo 2.

a negociação da dependência não é feita apenas a nível interpessoal mas também a nível das várias esferas intervenientes: pública, lucrativa, não-lucrativa e privada. Como discurso do possível preconiza-se então o trabalho harmonioso dos cuidados formais e informais mas, na verdade, várias questões ficam por resolver como: a mudança de valores de dedicação e enfraquecimento das trocas no seio da família, a questão do indivíduo-suporte da solidariedade familiar, geralmente mulher nos países do Sul; a evolução das estruturas familiares; e a desigualdade de acesso à prestação de cuidados.

Assim, perante a complexificação da sociedade quanto às solidariedades, a forma de encarar e lidar a/com a velhice sob um prisma de doença, capacidades e as incapacidades, ao longo deste artigo, poderá induzir em erro quanto à “lente” com que se vê as micro-realidades da anciania. No entanto, é importante contextualizá-la na perspectiva hospitalar. A análise e planeamento descritos relevam da constatação de que, apesar de às vezes existirem meios, e porque as instituições e os profissionais estão de “costas voltadas”, ser difícil coordenar e articular esforços em prol do bem-estar dos utentes e da rendibilidade dos recursos. Emergem também da pertença das necessidades de uma população-utente do Serviço Social, afinal do hospital, maioritariamente idosa e/ou com situações de dependência física graves para as quais não há resposta e onde são evidentes as dificuldades das famílias que efectivamente apoiam os doentes, idosos ou não. Neste momento, cada vez mais é preciso “dar” às famílias pois cada vez lhes é pedido mais. Assim, o idoso e os elementos da sua rede de pertença deverão ser encarados como uma unidade de investimento terapêutico, segundo uma concepção global e qualitativa de cuidados, pois percebe-se que as condições emocionais e relacionais intra-familiares são basilares para o equilíbrio funcional dos mesmos perante a vivência da doença e/ou estado de desvantagem social.

O papel do Assistente Social poderá ser nomeadamente, o de diminuir o impacto negativo da desvantagem social e/ou incapacidade física do idoso contribuindo para a diminuição do stress (excesso de responsabilidades e decisões num curto espaço de tempo, real ou sentido, pelos indivíduos) e reforço das capacidades individuais e familiares de lidar (coping) e cuidar (caring); favorecer a comunicação entre os vários elementos implicados com o fim e o efeito de identificar e enquadrar a complexidade da situação; ajudar o idoso e a família a reconhecer as suas próprias potencialidades e dificuldades e proceder ao mapeamento e prospecção dos recursos institucionais e comunitários favorecendo um trabalho em rede e assessorando na resolução conjunta das situações; e, por fim, efectuar as medidas adequadas dentro do seu campo de actuação para desenvolver a qualidade de vida do idoso nomeadamente pela adequação dos serviços prestados e das medidas políticas definidas ou a definir.

Todas as acções desenhadas têm por base vários princípios transversais não só aos serviços mas também aos profissionais: entendimento das relações sociais como essencialmente dialógicas e intersubjectivas; a acção orientada para o cliente; a orientação pragmática no sentido da produtividade ética e a positividade humana.

Em relação aos utentes e famílias estão subjacentes os princípios da autonomia

interdependente, responsabilização e da escolha informada.

Mas para responsabilizar há que informar e apoiar e para se exigir há que querer saber e participar, para as instituições e para os utentes e suas famílias, respectivamente.

“Independentemente do facto de não conhecermos o futuro, este é objectivamente não-determinado. O futuro é aberto, objectivamente aberto.”

Karl Popper

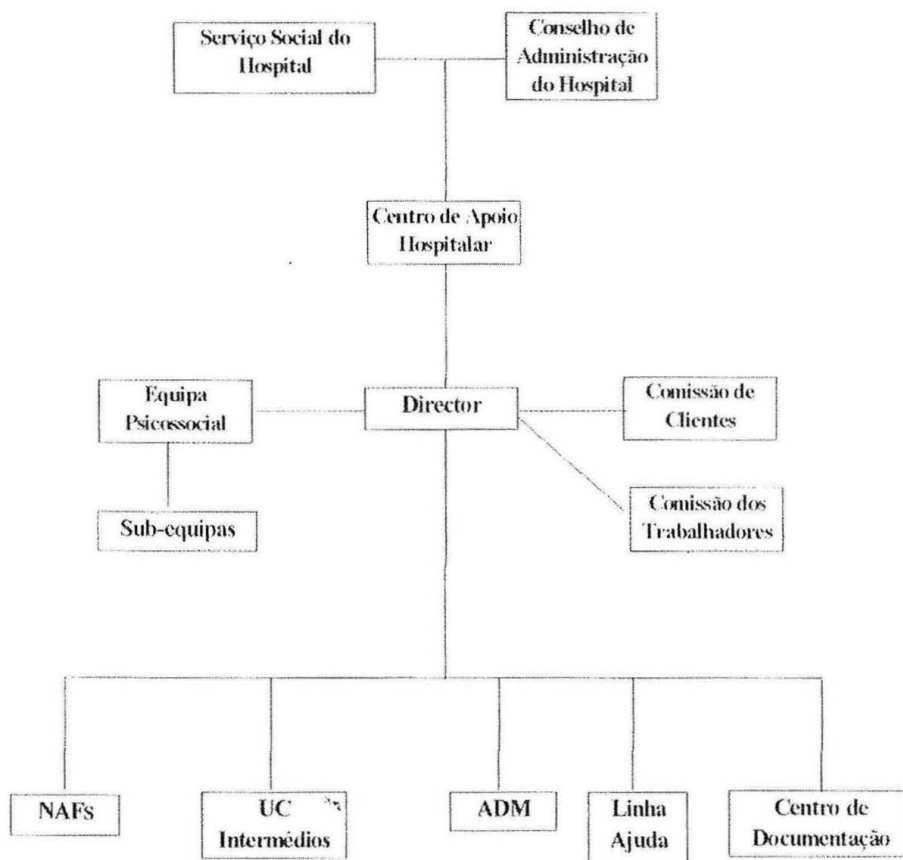
BIBLIOGRAFIA

- ABBAGNANO, Nicola (1962) - Dicionário de Filosofia, 2.ª Ed. São Paulo, Ed. Mestre Jov.
- BOND, John et al (1993) - Ageing in Society - an introduction to Social Gerontology (2th Ed.), London, Sage Publications
- CABRAL, M. Villaverde (1995) - «Equidade Social, Estado-providência” e Sistema Fiscal: Atitudes e Percepções da População Portuguesa (1991-1994)», Sociologia - Problemas e Práticas, N.º 17
- Commission of the European Communities (Cont. Bibliografia) Social Protection in the Member States of the Community - situation on July 1st 1993 and evolution, Brussels, 1993, C. E. Communities (200 Rue de la Loi).
- DAHRENDORF, R. (1979) - A Nova Liberdade, Ed. Uni. Brasília
- DARDENNE, Emile (1973) - Milieu Rural, Travail Social, Action Culturelle - Esquisse pour une Recherche - Action, Service Social dans le Monde, 32(4)
- Dutch Welfare Policy in the 1990,s, Fact Sheet w-e-E, 1993
- ESTEVES, António J. (1995) - Jovens e Idosos, Família, Escola e Trabalho, Porto, Ed. Afrontamento
- ETCHEGOYEN, Alain (1995) - A Era dos Responsáveis, Viseu. Ed. Difel
- GIDDENS, Anthony (1994) - Modernidade e Identidade Pessoal, Oeiras, Celta Edt.
- HUGMAN, Richard (sd) - Ageing and the Care of Older People in Europe, S. L., St. Martin's Press
- JOHNSON, Brenda (1999) - Esmagando Nuvens...breve abordagem sobre a espiritualidade na anciania, Lisboa, s.c.
- JORM, A. F. (1990) - The Epidemiology of Alzheimer's Disease and Related Disorders, London, Chapman and Hall
- KEARL, M. C. Endings 81989) - A Sociology of Death and Dying, New York, Oxford University Press
- LESEMANN, Frédéric et Martin, Claude (1995) - «Estado, Comunidade e Família face à Dependência dos Idosos...», Sociologia - Problemas e Práticas, N.º 17
- PAYNE, Malcom (1991) - Modern Social Work Theory - a critical introduction, Chicago, Lyceum Books Inc.
- RÉMY, Jean et Voyé, Liliane (1991) - A Cidade: rumo a uma nova definição, Porto, Ed. Afrontamento
- SANTOS, Boaventura S. (1994) - Pela Mão de Alice - o Social e o Político na Pós-modernidade, 5.ª Ed., Porto, Ed. Afrontamento
- SILVA, A. Santos (1995) - «Ideologias e novas Cidades, As Noites de Sociologia Identidades e Transformação Social», Sociologia - Problemas e Práticas, N.º 17
- SKINNER, B. F. et Vaughan, M. E. (1983) - Old Age: a program of self-management, London, Hutchinson

Anexo I

Avança-se desde já com uma rede de forças relacionais formais a qual deve ser percebida não em termos de exactidão hierárquica mas antes enquanto representação gráfica de um modo de trabalho e de intra-relações preconizadas.

Organograma-piloto para o “Centro de Apoio Hospitalar”



Anexo 2 - Serviços Projectados do “Centro de Apoio Hospitalar

Uci - Características da Unidade

- | | |
|------------|---|
| Objectivo | ✓ A Unidade de Cuidados Intermédios é um serviço de internamento, tendencialmente temporário, que pretende prestar cuidados que permitam a transição do internamento hospitalar para a Comunidade. |
| Funções | ✓ O momento de acompanhamento coincide com a cessação do estado agudo de doença competindo à Uci as seguintes funções: reabilitação do paciente com vista a alcançar um estado de maior independência possível a fim de poder regressar à sua própria casa, ou ao procedimento da sua transferência para outra instituição; observação e diagnóstico relacionando-se com o check-up do doente pelo médico e avaliação social e psicológica para determinação de incapacidades e desvantagens assim como despiste de possibilidades de recuperação e inserção; esta observação não conduz obrigatoriamente ao internamento podendo resultar em aconselhamento e encaminhamento para apoio domiciliário ou tratamento ambulatorio; cuidados paliativos – pretende prestar serviços de suporte e informação às famílias e cuidados a pacientes terminais, nomeadamente aqueles que estão nos últimos níveis de uma doença incurável ou que têm apenas um curto período de vida, que estão em internamento de agudos ou que já não seja possível permanecer em sua casa; admissão intervalar – é uma forma de internamento temporário que pode ser necessária em várias situações como quando é impossível que alguém cuide imediatamente da pessoa necessitada ou quando uma solução não é prontamente encontrada. |
| Capacidade | ✓ A capacidade de admissão da Uci não pode exceder 35 pessoas. Sendo, a priori, 8% será reservado para admissões intervalares, 18% para doentes terminais restando cerca de 3/4 da capacidade de admissão para recuperação, incluindo reabilitação de doentes em fase não aguda. |

NAFs, Núcleo de Apoio à família-suporte

- | | |
|------------|--|
| Objectivos | ✓ O Núcleo de Apoio à Família-suporte deve ser dinamizado no sentido de, por um lado, gerar um processo interactivo positivo capaz de criar um entendimento entre os cuidadores e os profissionais e por outro lado de ser motor de um bom ambiente intrafamiliar. |
| Funções | ✓ Entre as linhas operacionais destacam-se: apoio funcional através da educação e treino dos elementos da família em relação aos cuidados, conforto e coexistência e, de reforço de algumas tarefas de cuidados; apoio emocional – para aliviar a família e prevenir estados de isolamento e promover grupos de auto-ajuda seja através do Núcleo seja por Associação de familiares de doentes. O NAF _s deverá ter um papel de defesa, advocacia e mediação dos doentes, e em especial, suas famílias ou indivíduo-suporte nomeadamente ao realçar perante os órgãos decisores a necessidade de reconhecer o estatuto de cuidados e ao pontuar ineficácias das medidas de protecção social vigentes. Deverá também estar preparado para dar aconselhamento jurídico assim como ajuda no âmbito (por exemplo, para lidar com situações de interdição).
✓ O NAF _s também dinamizará a formação de um corpo de voluntários para fazer acompanhamento mais alargado, sempre personalizado, às famílias. |

ADM, Apoio Domiciliário Medicalizado

Objectivo	✓ O Apoio Domiciliário Medicalizado pretende que o doente e sua família recebam os cuidados adequados para que possam permanecer no domicílio com as condições máximas de autonomia e conforto.
Funções	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Como grandes linhas operativas: o controlo de sintomatologia prevenindo recaídas ou descompensações. Evitando também os níveis de pressão no seio familiar; a capacitação da família para acompanhar o doente, implicando-a; e garantir a coordenação com outras instituições e diferentes níveis assistenciais. ✓ Definido por duas facetas, sempre que possível combinadas, prestaria serviços de teor médico, social e de enfermagem, acrescentando serviços de higiene pessoal, doméstica, confecção e transporte de alimentação e apoio logístico entre outros.
Capacidade	✓ Acompanharia um número de doentes compreendido entre 15 e 20.

Centro de Documentação & Investigação

O Centro de Documentação e Investigação pretende ser um serviço fomentador não só do conhecimento e investigação mas também de uma política de abertura à Comunidade. A informação a recolher versaria sobre as temáticas e problemáticas que se abordam e com se trabalham, respectivamente. Também significaria um realçar da pertinência da aprendizagem contínua dos profissionais, questão essencial como forma de garantir a qualidade dos serviços prestados.

O Centro de Documentação e Investigação poderia promover Workshops e estudar a implementação de um Observatório para a Saúde Hospitalar.

Apesar de ter como beneficiários imediatos os profissionais o Centro de Documentação e Investigação estaria aberto a todos os indivíduos interessados e imprimiria acrescentado rigor e adequação à actividade desenvolvida pelo Centro de Apoio Hospitalar.

Linha de Ajuda

Este serviço tem como finalidade criar um espaço de apoio dialogante imediato porque se considera que as pessoas (doentes, família) manifestam, por vezes, estados de ansiedade e angústia devido a dificuldades que se podem resolver disponibilizando a informação, adequada, dando um pouco de atenção no sentido de desmistificar algumas conotações negativas perante a doença e encaminhando, se necessário, para os serviços apropriados.

A "Linha de Ajuda" poderá também funcionar como o primeiro contacto para o alerta de situações de crise transferindo a chamada para a equipa móvel do "ADM" ou serviços externos similares.

Também nesta actividade é fundamental formar e dinamizar uma bolsa de voluntários e utilizar formas alternativas de contratação como o Programa Geral de Estágio (SEJ-IPs).