

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Joana Catarina Simões Vicente

DESAFIOS DO PÓS-ALTA NUMA UNIDADE DE MÉDIA
DURAÇÃO E REABILITAÇÃO NA PERSPETIVA DO
CUIDADOR/FAMILIAR: A IMPORTÂNCIA DE POLÍTICAS
PÚBLICAS SOCIAIS E DE SAÚDE

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos orientada pelo Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre.

Setembro de 2022

1 2 9 0



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Joana Catarina Simões Vicente

DESAFIOS DO PÓS-ALTA NUMA UNIDADE DE MÉDIA
DURAÇÃO E REABILITAÇÃO NA PERSPETIVA DO
CUIDADOR/FAMILIAR: A IMPORTÂNCIA DE POLÍTICAS
PÚBLICAS SOCIAIS E DE SAÚDE

Orientador: Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo

Coorientadora: Dra. Cristina Maria Fernandes Garrido

Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e
Paliativos apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de
Coimbra para a obtenção do grau de Mestre.

Setembro de 2022

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu profundo agradecimento, ao Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, pela orientação desta dissertação, pelos prestigiados contributos e disponibilidade ao longo deste processo.

À Dra. Cristina Garrido, Diretora Técnica e ao Dr. Augusto Martins, Diretor Clínico da Unidade de Média Duração e Reabilitação-Residência Sénior da Redinha, agradeço a permissão e encorajamento para a realização do estudo.

Na qualidade de coorientadora, à Dra. Cristina Garrido, os maiores agradecimentos pela imprescindível coorientação desta dissertação, pela dispensa do seu tempo, por me ter proporcionado o meu crescimento a nível pessoal e profissional e por estimular sempre a minha capacidade de resiliência.

À minha família, pelos valores que me transmitiram e por tudo o que me proporcionaram ao longo da minha vida, mas sobretudo por acreditarem e pela confiança que depositam em mim.

Ao meu namorado Fábio, o meu apoio incondicional, por me encorajar sempre a atingir os meus objetivos.

À Mariana Almeida, amiga e colega de mestrado, pela entreatajuda, partilha, amizade, estímulo e companheirismo ao longo de todo este percurso que decerto continuará para a vida.

A todos, o meu muito obrigado!

RESUMO

O fenómeno do envelhecimento das populações, o aumento das doenças crónicas e de multimorbilidades, despoletou novas necessidades da população a nível social e de saúde. Por conseguinte, a urgência de novas respostas ajustadas às necessidades da população, esteve na origem da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

O estudo decorre na tipologia de Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), na qual as intervenções realizadas, têm por objetivo a estabilização clínica e reabilitação integral dos utentes, para a readaptação e reinserção familiar e social. O planeamento da alta dos utentes é efetuado com a equipa de profissionais, os utentes e os cuidadores desde o momento da admissão, de forma a garantir a continuidade de cuidados que o utente necessita. O objetivo do estudo, consiste em verificar qual a perspetiva dos cuidadores, familiares, ou figuras responsáveis relativamente aos desafios que enfrentam na preparação da alta da UMDR.

Metodologicamente, trata-se de um estudo qualitativo descritivo. Foi realizada a caracterização da amostra com base em informações extraídas dos processos dos utentes, e os dados foram tratados qualitativamente com recurso ao Software *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS. Foram entrevistados 30 cuidadores de utentes e os dados tratados por via da análise de conteúdo.

Os resultados obtidos demonstram que os cuidadores se depararam com vários obstáculos na preparação da alta dos utentes, entre as quais se destaca a incapacidade de responder às necessidades de apoio social e de saúde.

Em suma, urge uma reformulação das respostas sociais e o aumento da capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS) considerando, assim, as reais necessidades dos cuidadores e das pessoas cuidadas. Aquando da formulação e implementação de políticas públicas sociais e de saúde, devem ser considerados os recursos disponíveis e os meios de acesso, de modo a garantir proficuidade das mesmas.

Palavras-chave: Apoio Social; Cuidadores; Políticas Públicas; Planeamento da alta; Reabilitação.

ABSTRACT

The phenomenon of demographic ageing, the increase of chronic diseases and multimorbidity, triggered new social and health needs of the population. Therefore, the urgency of new responses adjusted to the needs of the population, propelled the creation of the National Network of Integrated Continued Care, within the scope of Health and Labor and Social Security Ministries.

This research takes place in the typology of Medium Duration and Rehabilitation Unit, in which the performed interventions, aim the patients' clinical stabilization and integral rehabilitation, for family and social readaptation and reintegration. The patient discharge planning is conducted with the professional team, patients and caregivers, from the moment of admission, in order to guarantee the continuity of care that the patient needs. The purpose of this study consists in verify the perspective of caregivers, family members or responsible figures, regarding the challenges they face in preparing the patient discharge from the Medium Duration and Rehabilitation Unit.

Methodologically, it is a qualitative descriptive research. The characterization of the sample was carried out based on information extracted from the patients' files, and the data was treated qualitatively using the Statistical Package for the Social Sciences Software. Thirty caregivers were interviewed, and the data was processed through content analysis.

The obtained results show that caregivers faced several obstacles in preparing the patient discharge, such as the inability to respond to social and health support needs.

In conclusion, there is an urgent need for a reformulation of social responses and an increased responsiveness of the National Health Service contemplating, consequently, the real needs of patients and their caregivers. When formulating and implementing public social and health policies, consideration should be given to available resources and means of access, to guarantee their usefulness.

Keywords: Social Support; Caregivers; Public Policy; Patient Discharge Planning; Rehabilitation.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD – Atividades da Vida Diária

CCISM – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

CD – Centro de Dia

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IASSW - International Association of Schools of Social Work

IFSW- International Federation of Social Workers

INR, I. P. – Instituto Nacional de Reabilitação, Instituto Público

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

MTSSS – Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

UC – Unidade de Convalescença

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

EU – União Europeia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Entidades Responsáveis pela Referenciação dos utentes para a UMDR – Residência Sénior da Redinha – RNCCI.....	36
Gráfico 2- Patologia Principal dos Utentes.....	37
Gráfico 3- Género dos Cuidadores.....	38
Gráfico 4 - Idade dos Cuidadores.....	38
Gráfico 5 - Grau de Parentesco dos Cuidadores.....	39
Gráfico 6- Situação Profissional dos Cuidadores.....	40
Gráfico 7- Grau de Dependência dos Utentes à Data de Admissão.....	41
Gráfico 8 - Grau de Dependência dos Utentes à Data da Alta.....	42
Gráfico 9 - Destino Pós-Alta dos Utentes.....	42

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Tabela de Frequências do Destino Pós-Alta dos Utentes para o Domicílio.....	43
Tabela 2 – Categorias e Subcategorias resultantes da Análise de Conteúdo Índice de Apêndices.....	44

Índice de Apêndices

Apêndice I – Tabela do Custo Diário por Utente em Cada Tipologia da RNCCI.....	75
Apêndice II - Tabela de Frequências - Entidades Responsáveis pela Referenciação dos Utentes para a UMDR- RNCCI.....	77
Apêndice III - Tabela de Frequências – Patologia Principal dos Utentes.....	79

Apêndice IV - Tabela de Frequências - Género do Cuidador.....	81
Apêndice V - Tabela de Frequências - Faixa Etária dos Cuidadores.....	83
Apêndice VI - Tabela de Frequências - Grau de Parentesco dos Cuidadores.....	85
Apêndice VII - Tabela de Frequências - Situação Profissional dos Cuidadores.....	87
Apêndice VIII - Tabela de Frequências - Grau de Dependência do Utente à Data de Admissão.....	89
Apêndice IX - Tabela de Frequências - Grau de Dependência do Utente à Data da Alta.....	91
Apêndice X - Tabela de Frequências - Destino Pós-Alta dos Utentes.....	93
Apêndice XI - Análise de Conteúdo das Entrevistas Semiestruturadas.....	95

Índice de Anexos

Anexo I – Pedido de Autorização para Realização da Investigação na UMDR-Residência Sénior da Redinha.....	119
Anexo II- Guião de Entrevista Semiestruturada.....	121

SUMÁRIO

I- INTRODUÇÃO	11
II- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1. Envelhecimento Populacional	12
2. Os Direitos da Pessoa Idosa.....	13
3. Políticas Públicas.....	14
3.1. Políticas de Saúde.....	15
3.2. Políticas Sociais.....	17
3.3 - Plano de Recuperação e Resiliência	19
4. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	20
4.1- Tipologias da RNCCI	22
4.1.1- Unidade de Média Duração e Reabilitação.....	23
4.2- Financiamento.....	23
5. O Serviço Social na Saúde.....	24
6. O papel do/a Assistente Social numa UMDR	26
6.1. Acolhimento	26
6.2. Plano Individual de Cuidados	26
6.3. Acompanhamento Psicossocial	27
6.4. Preparação da Continuidade de Cuidados	27
7. Os cuidadores e a Sobrecarga Associada à Prestação de Cuidados	28
8. Estatuto do Cuidador Informal	29
III- METODOLOGIA	31
9. Objetivo Geral	31
9.1. Objetivos Específicos	31
9.3. Critérios de Inclusão.....	32
9.4. Critérios de Exclusão	32
9.5. Métodos.....	32
9.6. Participantes	34

9.7. Análise e tratamento dos dados	34
IV- RESULTADOS.....	36
10. Caraterização da Amostra.....	36
10.1. Caraterização dos Utentes	36
10.1.1 Referenciação dos Utentes para a UMDR – Residência Sénior da Redinha – RNCCI.....	36
10.1.2. Patologia Principal dos Utentes.....	37
10.2. Caraterização Sociodemográfica dos Cuidadores	37
10.2.1. Género dos Cuidadores.....	37
10.2.3. Idade dos Cuidadores	38
10.2.4. Grau de Parentesco dos Cuidadores	39
10.2.5. Situação Profissional dos Cuidadores	39
10.3. Grau de Dependência dos Utentes.....	40
10.3.1. Grau de Dependência dos Utentes à Data de Admissão.....	40
10.3.2. Grau de Dependência dos Utentes à Data da Alta.....	41
11. Destino Pós-Alta dos Utentes	42
11.1. Destino Pós-alta: Regresso ao Domicílio	43
12. Análise de Conteúdo das Entrevistas Semiestruturadas	44
V- DISCUSSÃO.....	59
13. Limitações do Estudo	65
VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
VII-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

I- INTRODUÇÃO

A execução desta dissertação resulta de um projeto de investigação intitulado, “Desafios da pós-alta numa UMDR na perspetiva dos cuidadores: A importância de políticas públicas sociais e de saúde”, no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

A minha área de formação em Serviço Social e as minhas funções enquanto Assistente Social na tipologia de Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), permitiram-me identificar potenciais temas a abordar nesta dissertação. A pertinência da eleição desta temática está relacionada com a identificação das dificuldades sentidas pelos cuidadores no planeamento da alta, particularmente através dos recursos disponíveis na comunidade para a prestação de apoio social e de saúde após a alta.

Indubitavelmente a razão que norteou a escolha desta temática deve-se à preocupação da investigadora com os direitos dos cidadãos, a necessidade de os fazer cumprir, aliado ao exercício da advocacia social que pressupõe um conhecimento detalhado das políticas públicas sociais e de saúde atuais.

A criação da RNCCI em 2006, pressupôs a criação de unidades de internamento e equipas especializadas destinadas a pessoas em situação de dependência funcional ou doentes crónicos, independentemente da idade. A definição de estratégias neste âmbito, surge da necessidade de dar resposta aos cuidados especializados a esta camada da população (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

A simbiose entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, em matéria de cuidados continuados integrados, é símbolo da ação entre dois setores chave na prossecução de objetivos e delineamento de estratégias promotoras de respostas dirigidas aos doentes crónicos, com dependência funcional potencialmente recuperável e aos seus cuidadores.

O planeamento da alta, deve considerar o encaminhamento para os recursos existentes na comunidade ajustados às necessidades dos cuidadores e da pessoa cuidada. As tarefas associadas ao ato de cuidar, e o modo como são executadas nem sempre é o mais adequado. Assim, torna-se fulcral a atuação de equipas multidisciplinares não só no contacto direto com o doente, mas sobretudo na capacitação do cuidador (Predebon et al., 2021).

II- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional em Portugal e a tendência da intensificação deste fenómeno, fez emergir novas necessidades da população, sobretudo a nível social e de cuidados de saúde. O aumento da esperança média de vida, traduziu-se na alteração da morbilidade da população, designadamente no aumento da prevalência de doenças crónicas (Instituto Nacional de Estatística, 2015).

As novas descobertas científicas e tecnológicas, a par com uma ampliação do conhecimento científico, resultaram num aumento da longevidade. Esta realidade induz a uma reflexão por parte da sociedade, invocando a pessoa idosa como um sujeito detentor de direitos, impondo ao Estado a colocação deste assunto nas agendas políticas (Silva, 2016).

São múltiplas as consequências resultantes do envelhecimento demográfico. De acordo com o Comité Económico e Social Europeu (2011), a diminuição da população em idade ativa, resulta em dificuldades de sustentabilidade económica com repercussões no sistema de saúde, de educação e de segurança social. Por conseguinte, dado o aumento e alteração nas morbilidades da população, tornou-se imperativo a reorganização e reformulação dos cuidados de saúde e das respostas sociais, para que possam ir de encontro às novas necessidades da população (Rodrigues, 2018).

De acordo com as Projeções da População Residente em Portugal, estima-se que entre 2018 e 2080 o número de idosos atinja os 3,0 milhões, passando de 259 para 138 pessoas em idade ativa, por cada 100 idosos (INE, 2020).

A esperança média de vida no triénio 2018-2020 foi de 81,06 anos (INE, 2021), verificando-se assim, que atualmente a população vive com maior longevidade. Desse período, mais anos são vividos com maior saúde, fenómeno que se deve aos progressos da ciência, alterações das condições económicas e das práticas sanitárias (Rodrigues, 2018).

Robert (1994, citado por Pereira, 2018, p.22), define o envelhecimento como uma *“perda progressiva e irreversível de capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente”*. O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde define o Envelhecimento Saudável como *“o processo de desenvolvimento e*

manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (Organização Mundial da Saúde, 2015).

No mesmo relatório, são destacados dois conceitos de relevância. A capacidade intrínseca, que engloba as aptidões mentais e físicas inerentes ao sujeito, ao ambiente em que vive e com o qual interage. É no ambiente que nos deparamos com recursos e/ou barreiras que condicionam ação do sujeito em função do seu nível de capacidade, ou seja, embora mais vulneráveis e inevitavelmente com perdas decorrentes do processo biológico de envelhecimento que condicionam em parte a sua capacidade (psíquica e funcional), este grupo pode ser capaz de realizar tarefas inerentes ao seu quotidiano com o apoio de ajudas técnicas, ou deslocar-se facilmente dada a existência de uma boa rede de transportes (OMS, 2015).

2. Os Direitos da Pessoa Idosa

A Constituição da República Portuguesa, doravante designada de CRP, prevê no artigo 72.º o direito das pessoas idosas à segurança económica, às condições de habitação e confraternização comunitária, respeitando a sua autonomia pessoal fomentando a participação ativa na sociedade e consequentemente o combate ao isolamento social (artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa).

O diálogo social tornou-se imperativo, dada a necessidade de serem estabelecidos direitos sociais mínimos a fim de promover a coesão social na União Europeia (UE). É neste contexto que são redigidos e adotados vastos diplomas de relevância no desenvolvimento da política social europeia, que suscitaram um novo olhar sobre os problemas sociais em Portugal, bem como na formulação e implementação políticas sociais (Pereirinha & Nunes, 2006):

- No ano de 1948 é adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a Declaração Universal dos Direitos Humanos;

- Em 1950, a Convenção Europeia dos Direitos do Homem foi adotada pelo Conselho da Europa;

- Em 1989, a Carta Comunitária dos Direitos Sociais Fundamentais dos Trabalhadores;

- Em 1991 as Nações Unidas aprovaram os “*Princípios das Nações Unidas em prol das Pessoas Idosas*” (Resolução nº46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1991), que procurava encorajar os governos a agregar nos seus

programas os princípios da independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade;

- No ano seguinte, a ONU aprovou a Declaração sobre o Envelhecimento;

- Em 1999, foi proclamado o ano internacional das pessoas idosas pela Assembleia Geral das Nações Unidas, como forma de reconhecimento do aumento da esperança média de vida e com o objetivo de criar uma sociedade para todas as idades.

- Em 2000, a Carta dos Direitos Fundamentais da UE dividida por 7 capítulos: “Dignidade”, “Liberdades”, “Igualdade”, “Solidariedade”, “Cidadania”, “Justiça” e “Disposições Gerais”.

- No ano de 2020, a Assembleia Geral das Nações Unidas declarou o período entre 2021-2030 como a Década do Envelhecimento Saudável.

3. Políticas Públicas

O surgimento dos Estados de Previdência ou Estados de Bem-Estar surgem nos finais do século XIX, inícios do século XX, como expressão da evolução das sociedades e dos sistemas sociais.

No contexto europeu, para Keynes, o Estado teria de controlar e regular os mercados de forma a garantir seu equilíbrio, instituindo políticas económicas e sociais que assegurassem os direitos dos trabalhadores, tais como o seguro social obrigatório, fixação de salários mínimos, serviços públicos de saúde, habitação e educação (Sousa & Sousa, 2013).

O primeiro grande marco ocorre na Alemanha de Bismark, em 1883, com a criação do primeiro seguro de saúde. No caso português, com a instauração da república em 1910, a constituição de 1911 passou a prever o direito à igualdade social que pressupunha a existência e a criação de serviços de assistência pública (Silva, 2013).

O 25 de abril de 1974 assinalou o início da vida democrática em Portugal, despoletando uma revolução social que permitiu a evolução do Estado de Previdência, inspirado no modelo beveridgiano. Desde então, foram várias as medidas adotadas pelos governos, das quais podemos destacar a fixação de um salário mínimo nacional, décimo terceiro mês, criação do sistema segurança social, pensão social, proteção em caso de invalidez, maternidade, orfandade ou o subsídio de desemprego. No âmbito da saúde, destaca-se a nacionalização dos hospitais das misericórdias e, em 1979, a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Branco, 2017).

Os direitos civis, sociais, económicos e políticos permitem que a relação entre os cidadãos e o Estado se regule por um conjunto de direitos constitucionalmente consagrados. Filipe Silva (2013), refere que Estado de Previdência “*visa cumprir certas funções sociais de assistência (...) em particular, aos mais pobres e vulneráveis na eventualidade de uma doença, de ficarem desempregados, ou quando se reformam*” (p. 12).

Matos (2014), define “Estado de Previdência” como o desenvolvimento e investimento em políticas sociais e de regulação económica que visam a garantia dos direitos dos cidadãos e a redistribuição dos recursos provenientes do mercado.

É precisamente na Constituição da República Portuguesa, que é imputada ao Estado, a responsabilidade constitucional de promover políticas públicas para assegurar e garantir a edificação do Estado Social e o acesso dos cidadãos a serviços de protecção social, saúde e educação em condições de plena igualdade independentemente do seu género, raça e condições socioeconómicas (Rodrigues e Silva, 2016).

Neste contexto, emergem as políticas públicas e instituições, cujo objetivo se prendia com a garantia dos direitos sociais dos cidadãos, como forma de atenuar as desigualdades sociais e promover a coesão social (Matos, 2014).

A formulação e implementação de políticas de saúde, protecção social, educação, habitação, territoriais, de promoção da igualdade e de justiça permitiram a modernização e avanço do país.

3.1. Políticas de Saúde

A longevidade e comorbilidades associadas, a par com a gradual perda de autonomia, dado o aumento dos níveis de dependência física e psíquica, impõem cuidados de saúde de qualidade, a adoção de medidas de protecção social e uma análise dos recursos disponíveis e custos associados (Rodrigues, 2018).

Segundo Vieira da Silva (2012), ao longo dos últimos anos, foram várias as instituições internacionais, entre as quais a OMS, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e a UE, que cooperaram na definição de estratégias políticas no âmbito da saúde cujos três principais objetivos consistem na sustentabilidade, equidade na acessibilidade aos cuidados e nos resultados e qualidade dos serviços.

Em 1976, a Constituição da República Portuguesa, introduzia o conceito de SNS, com os princípios do modelo beveridge que assentava num SNS geral, universal e

gratuito. Três anos mais tarde, a Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, instituiu o SNS e introduziu taxas moderadoras nas urgências hospitalares. Ainda assim, passou a ser garantida a isenção de taxas moderadoras a quem não dispunha de recursos económicos.

O artigo 64.º da CRP, consagra o direito da proteção à saúde, num sistema tendencialmente gratuito, onde o estado tem um papel primordial na conceção e implementação de políticas públicas de promoção da saúde e na garantia do acesso por parte de todos os cidadãos a cuidados de saúde de diversas naturezas, independentemente dos fatores socioeconómicos (Crisóstomo, 2016).

Também a Carta de Direitos e Deveres dos Doentes é norteada pelos princípios orientadores previstos não só na CRP, mas também na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) e no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968). No campo dos direitos dos doentes, designadamente no n.º 4 está previsto o direito à prestação de cuidados continuados, que proporcionem ao doente “o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento.

A regulação jurídica dos cuidados continuados e paliativos¹, expressa no Decreto-Lei n.º101/2006 e contempla nas alíneas de a) a h) do artigo 7º, os direitos a garantir à pessoa em situação de dependência, designadamente o direito à dignidade, preservação da identidade, privacidade, informação, não discriminação, integridade física e moral, ao exercício da cidadania e ao consentimento informado das intervenções efetuadas. O direito à saúde e ao cuidado em todas as suas vertentes, como podemos verificar, são referidos em vários diplomas em virtude da evidente necessidade de os fazer cumprir, fortalecendo assim o acesso de todos a cuidados de saúde e a ideia de humanização destes cuidados. Os profissionais de saúde devem olhar para o doente de uma forma holística, por via de uma dimensão biopsicossocial, considerando fatores de ordem biológica, psicológica e social.

Durante a crise financeira em Portugal nos anos 2010-2014, assistiu-se a uma forte contenção da despesa pública em saúde, colocando em causa a prossecução de novas políticas e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Por conseguinte, e dada a urgência em responder às necessidades da população, o programa do governo

¹ Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de Junho - Cria a RNCCI, onde estavam também integrados os cuidados paliativos. Em 2012, a Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

implementou um conjunto de medidas referentes à reforma da política de saúde, que incluíram a melhoria da resposta dos cuidados de saúde primários, melhoria das condições de acesso aos cuidados de saúde, da rede de cuidados pós-hospitalares e cuidados paliativos, promoção da saúde pública e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Nunes, 2019).

Compete, assim, ao Estado garantir aos cidadãos os cuidados de saúde de que necessitam e a mobilização de recursos financeiros necessários às prossecuções do SNS (Carreira, 1996 citado por Rendeiro, 2015; Oliveira, 2018).

3.2. Políticas Sociais

Em 1498, a Rainha D. Leonor fundou a primeira irmandade da Misericórdia sito em Lisboa, durante o reinado de D. Manuel I, com atuação na área da saúde, ação social e espiritual. As misericórdias eram tuteladas pelo Estado, autónomas de jurisdição e fiscalização por parte da igreja. Em matéria de ação social nas misericórdias, tudo era gratuito mediante a comprovação da situação de pobreza (Lopes, 2010).

No século XIX, o associativismo operário despoletou o crescimento de associações de socorros mútuos que visavam a proteção dos operários através de um conjunto de medidas, entre as quais a prestação de cuidados médicos, disponibilização de medicamentos e atribuição prestações pecuniárias em situações de incapacidade ou subsídio de funeral. (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2021).

Posteriormente, salientam-se alguns marcos importantes (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2021):

- Criação de um sistema de seguros sociais obrigatórios (Lei n.º 1/884, de 16 de março de 1935), que determinava as bases da previdência social e que deveria abranger os trabalhadores por conta de outrem, do comércio, indústria e serviços.
- Em 1962, foi empreendida a reforma que permitiu melhorar as prestações já existentes e ampliar a proteção à maternidade e de encargos familiares. Foi criada a Caixa Nacional de Pensões e, posteriormente, a Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais.

A nível europeu, a CRP de 1976 é considerada a que expressa mais objetivos de política social e direitos de proteção social (Magalhães, 2013 citado por Branco 2017).

O artigo 63.º da CRP, prevê o direito de todos os cidadãos à segurança social e à sua proteção em caso doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, desemprego, incapacidade para o trabalho e na ausência de meios de subsistência.

Em 1984, é aprovada a primeira Lei de Bases da Segurança Social (Lei n.º 28/84, de 14 de agosto) que estabelece, como objetivos do sistema, a garantia da proteção dos trabalhadores e das suas famílias em situações de incapacidade para o trabalho, desemprego, morte, compensação dos encargos familiares e proteção em situação de inexistência de meios de subsistência. Após a publicação da primeira Lei de Bases da Segurança Social, são adotadas várias medidas de proteção social, das quais podemos destacar o subsídio de desemprego, subsídio social de desemprego, apoio à contratação de pessoas portadoras de deficiência, proteção em caso de doença, maternidade, paternidade, adoção, invalidez e velhice. É ainda instituído o subsídio por assistência de terceira pessoa e a taxa social única (MTSSS, 2021).

Na década de 90, destaca-se o alargamento do regime de segurança social para os trabalhadores independentes (Decreto-Lei n.º 328/93, de 25 de setembro), a reforma do regime jurídico de pensões de velhice e invalidez, a criação do complemento por dependência (Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de julho) e, em 1996, a criação do rendimento mínimo garantido. Em 1997, a rede social é reconhecida como *“o conjunto das diferentes formas de ajuda (...) entidades particulares sem fins lucrativos e dos organismos públicos que trabalham no domínio da ação social e articulam entre si e com o Governo a respetiva atuação, com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e exclusão social e à promoção do desenvolvimento social”* (MTSSS, 2021).

Segundo Carvalho (2007), o sistema de segurança social português encontra-se subdividido em três sistemas: o sistema de proteção social e cidadania, o sistema previdencial e o sistema complementar. O primeiro, de base não contributiva, visa garantir os direitos básicos e a igualdade de oportunidades, e subdivide-se em três subsistemas: a ação social, a solidariedade e a proteção familiar. O sistema previdencial, também ele de base contributiva, é dirigido aos trabalhadores que se encontram em situação de maternidade, doença profissional, invalidez, velhice ou morte sendo-lhes garantida proteção económica. Por fim, o sistema complementar, tem por objetivo o reforço da proteção social dos beneficiários através de prestações complementares às concedidas pelo regime previdencial.

Atualmente, alguns autores defendem que o sistema de segurança é débil, dado que as baixas pensões e os equipamentos de saúde e apoio social ao nível da oferta, condições de acesso e qualidade dos serviços prestados, não garantem a qualidade de vida dos idosos (Capucha, 2013 citado por Silva, 2016).

No âmbito das respostas sociais dirigidas à população idosa, verifica-se um aumento notório da capacidade destes equipamentos, entre os quais se destaca a representatividade das respostas sociais de estrutura residencial para pessoas idosas, serviço de apoio domiciliário e centro de dia. Contudo, no âmbito da prestação dos serviços, a Carta Social, no Relatório de Rede de Serviços e Equipamentos de 2020, evidencia que cerca de metade dos centros de dia e 31% das respostas de serviços de apoio domiciliário funcionam apenas nos dias úteis (GEP-MTSSS, 2021).

A idade avançada constitui um fator de risco de pobreza e exclusão social. Em Portugal, as medidas implementadas para combater este problema têm consistido na atribuição de subsídios, entre os quais se destaca o complemento solidário para idosos, que se destina a pessoas com mais de 66 anos e 7 meses com recursos iguais ou inferiores a 5 258,63€/ano (CNP, 2022).

Os dados do INE e PORDATA (2022), revelam que a taxa de risco de pobreza para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos antes das transferências sociais em 2020 correspondia a 87,4% e, após as transferências sociais, a 20,1%. Apesar do notório papel positivo destas medidas, o conceito de pobreza é multidimensional e não se cinge apenas aos recursos financeiros, pelo que existem outras dimensões a considerar, tais como as condições habitacionais ou o acesso aos cuidados de saúde.

3.3 - Plano de Recuperação e Resiliência

Em 2019, com o despoletar do vírus SARS-CoV-2, que culminou numa pandemia, os países à escala mundial viram-se obrigados a adotar medidas para contenção da doença, o que originou grandes consequências de ordem económica e social em todo o mundo. A adoção de medidas restritivas para atenuar a propagação do vírus (encerramento de estabelecimentos comerciais, serviços públicos, proibição de circulação), afetaram profundamente a atividade empresarial e o poder de compra das famílias. As medidas excecionais para contenção da doença foram sucessivamente prolongadas e readaptadas consoante a evolução da doença (Ministério do Planeamento, 2021).

Com forte impacto na economia europeia, o conselho europeu desenvolveu o *Next Generation EU*, um instrumento destinado à mitigação do impacto económico e social da crise para convergência e resiliência das economias europeias, perspetivando ainda um crescimento sustentável a longo prazo. Com base neste instrumento, foi desenvolvido o Mecanismo de Recuperação e Resiliência, onde se inscreve o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) (Ministério do Planeamento, 2021).

Com um período de execução até 2026, o PRR tem por objetivo implementar um conjunto de reformas e investimentos para recuperar o crescimento económico sustentado. Este divide-se em três dimensões estruturantes: a resiliência, a transição climática e a transição digital (Eurocid, 2020).

Entre as diversas componentes e áreas de intervenção previstas em cada dimensão, é a dimensão da resiliência que contempla a componente referente ao SNS e às respostas sociais. Na primeira componente, prevê-se um reforço da capacidade do SNS através de reformas nos cuidados de saúde primários, na saúde mental e na conclusão do modelo de governação dos hospitais públicos, sendo o financiamento correspondente a 1 383 000 000,00 €. Na segunda, o objetivo consiste em reforçar, adaptar, requalificar e inovar as respostas sociais dirigidas a diferentes tipos de público, estratégia de combate à pobreza 2021-2030, estratégia nacional para a inclusão de pessoas com deficiência 2021-2025 e a contratualização de programas destinados às comunidades desfavorecidas da área metropolitana. O financiamento disponível para cumprir estas reformas é de 833 000 000,00€ (Ministério do Planeamento, 2021).

4. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

O prolongamento dos internamentos de doentes em contexto hospitalar por doenças agudas e situações de fase terminal constituíam um grave problema por ausência de respostas para onde estes pudessem ser encaminhados, colocando em causa a prestação de cuidados diferenciados aos que deles necessitavam. Por conseguinte, tornou-se evidente a urgência de novas respostas adaptadas às novas necessidades da população.

Decorrente desta emergência é criada, através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho², no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, a

² Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho - Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). O artigo 3.º do presente Decreto-Lei define cuidados continuados integrados como “*o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social*”.

Constitui objetivo primordial da RNCCI a prestação de cuidados a quem se encontre em situação de dependência, independentemente da idade. A sua atuação, visa ainda, entre outros, melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação de dependência com recurso à prestação de cuidados de saúde e apoio social, cuidados de manutenção de indivíduos com perda de funcionalidade e dotar os familiares/cuidadores de competências para a prestação de cuidados (artigo 4º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho).

A criação da RNCCI pressupõe à partida a celebração de convenções com entidades/unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, como por exemplo as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ainda que, no caso destas, estejam também previstos acordos de cooperação e acordos de gestão, uma vez que o Estado não dispunha de infraestruturas, recursos materiais e humanos para assumir a prestação destes cuidados de saúde. O Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril regulamentou, pela primeira vez, o regime de celebração das convenções, seguido do novo regime por via do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro.

Independentemente da natureza jurídica do prestador de serviços, segundo o artigo 6.º da Portaria n.º 52/2011, de 27 de janeiro, é de carácter obrigatório o registo dos prestadores de cuidados de saúde na Entidade Reguladora da Saúde (ERS) que dispõe de autonomia para exercer poderes de supervisão, regulação, autoridade, sanção, fiscalização de licenciamento de unidades privadas e resolução de conflitos por via da mediação (Lopes Martins, 2020).

No artigo 6.º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, estão patentes os princípios da RNCCI, designadamente “*a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados; b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede; c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; d)*

Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados; f) Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede; i) Participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados e a j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados”.

4.1- Tipologias da RNCCI

Inicialmente, aquando da criação da RNCCI, a prestação de cuidados continuados integrados, incluía a prestação de cuidados paliativos em unidades de cuidados paliativos, equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. Em 2012, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) através da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro esta área de atuação deixou de integrar a RNCCI.

Assim, a prestação de cuidados continuados é assegurada pelas unidades de internamento, ambulatório, equipas hospitalares e domiciliárias. As unidades de internamento, são compostas por unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação e unidades de longa duração e manutenção. Integra a unidade de ambulatório, a unidade de dia e promoção da autonomia. Por fim, as equipas hospitalares são constituídas pelas equipas de gestão de altas e as equipas domiciliárias pelas equipas de cuidados continuados integrados (Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho).

No âmbito das respostas de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM), integram as respostas residenciais destinadas à população adulta as residências de treino de autonomia, as residências autónomas de saúde mental, as residências de apoio moderado e as residências de apoio máximo. Dirigidas a este público, existem ainda as unidades sócio ocupacionais e as equipas de apoio domiciliário. (Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro).

As tipologias de resposta de CCISM para Infância e Adolescência são

igualmente constituídas por unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário. A nível residencial, são compostas pelas residências de treino de autonomia e as residências de apoio máximo (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2022).

4.1.1- Unidade de Média Duração e Reabilitação

A Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), é uma unidade de internamento, articulada com o hospital de agudos para a *“prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável”* (nº1, artigo 15.º Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho).

Os períodos de internamento na RNCCI são de carácter temporário. No caso da UMDR, é previsivelmente superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos. A UMDR dispõe de vários serviços, tais como, cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, terapia ocupacional, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

4.2- Financiamento

Resultando a criação da RNCCI da atuação do âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, Solidariedade e da Segurança Social, também o modelo de financiamento é dividido pelos setores da saúde e segurança social, através da fixação de um custo diário por utente mediante a tipologia de prestação de cuidados.

O financiamento das unidades de convalescença e das equipas de gestão de altas estão unicamente a cargo do Ministério da Saúde. Nas UMDR e nas unidades de longa duração e manutenção, unidades de dia e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados, o financiamento é repartido pelos dois Ministérios, em função dos cuidados prestados³ (artigo 47.º Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

De acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI (2021), a execução financeira no ano de 2021 totalizou 226 880 849,18€, dos quais 78,8% correspondem à componente saúde e 21,2% à componente social. Desde os primórdios da RNCCI, até

³Apêndice I- Tabela do custo diário por utente em cada tipologia da RNCCI, previsto na **Portaria n.º 17/2020, de 24 de janeiro.**

ao ano de 2021 o gasto total, contemplando a componente saúde e social, corresponde a 2 193 630 868,44€. De realçar que, dada a natureza dos cuidados prestados, o valor da componente saúde é sempre muito superior à social, sendo que desde o início da RNCCI representa 20,1%.

Os gastos da RNCCI em Portugal representam valores muito inferiores em comparação com outros países da *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD). Em 2010, o gasto em cuidados continuados foi de 0,1% do Produto Interno Bruto (PIB), correspondendo a média da OECD a 1,6%. (OECD/European Commission, 2013). Contudo, é de salientar que o conceito de RNCCI e *Long-Term Care* não são exatamente iguais em termos de serviços e, nestas percentagens, ainda estão incluídas as unidades de cuidados paliativos. No entanto, desde 2012, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, os seus gastos e financiamento já não integram os dados relativos à RNCCI.

Comumente, estes gastos são interpretados como um investimento, não só pela imprescindibilidade de respostas diversificadas (cuja atuação satisfaça as necessidades das pessoas com dependência funcional, patologias múltiplas e, conseqüentemente, faça cumprir a garantia dos seus direitos), mas também porque bons sistemas de saúde permitem melhores ganhos em saúde à população (OMS, 2015).

A garantia de qualidade dos serviços de cuidados continuados integrados tem sido uma prioridade política desde a introdução de RNCCI, constituindo um exemplo notável da simbiose entre os serviços sociais e de saúde (OECD/European Commission, 2013). A operacionalização destes direitos ganha ênfase com instituições como a Segurança Social ou o SNS (Silva, 2013).

5. O Serviço Social na Saúde

Em 1946, a OMS definiu saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se cingindo apenas à ausência de doença*”. Desta forma, o conceito de saúde deixa de estar centrado unicamente no modelo biomédico, passando a perspetivar o indivíduo uma forma holística contemplando, assim, as componentes biopsicossociais (Carvalho, 2012).

Desde o século XX que os assistentes sociais integraram as equipas dos serviços de saúde. O Serviço Social diagnostica e intervém em problemas psicossociais, impedindo que questões desta natureza se transformem em problemas de ordem clínica, por exemplo, desde logo no combate à desigualdade no acesso aos cuidados de saúde (Branco & Farçadas, 2012).

A *International Federation of Social Workers (IFSW)* e *International Association of Schools of Social Work (IASSW)*, em 2014, aprovaram em Assembleia Geral a definição de Serviço Social:

“O Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do serviço social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o serviço social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social”.

Outrora desvalorizados, os fatores psicossociais bem como contexto social e o ambiente do doente tem um impacto inequívoco no bem-estar das pessoas. É de salientar que a dimensão psicossocial engloba a componente psicológica, económica, social, cultural e espiritual. Por conseguinte, a identificação destes fatores e a avaliação do impacto dos mesmos no tratamento e reabilitação do utente, deve ser concretizada pelo profissional de serviço social que, posteriormente, desenvolverá um plano de intervenção ajustado às necessidades do doente/família. A manifestação destes fatores deverá ainda ser equacionada na preparação da alta e na reintegração no seu meio social ou outro que se coadune com as suas necessidades (Direção-Geral da Saúde, 2006). O assistente social fomenta a prestação integral no cumprimento da estratégia definida, sendo o elo de ligação e o interlocutor privilegiado entre o doente, a família, a equipa multidisciplinar e a comunidade.

6. O papel do/a Assistente Social numa UMDR

Este grupo profissional desempenha um papel preponderante nas Unidades de Saúde e Apoio Social. De acordo com o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI (Direção-Geral da Saúde, 2006), podemos destacar algumas dimensões principais da atuação destes profissionais, particularmente a intervenção psicossocial ao doente e à família, prestação de informação e advocacia social, colaboração multidisciplinar, intervenção na crise, gestão de recursos e articulação interinstitucional. Na intervenção do assistente social numa UMDR, destacam-se particularmente quatro momentos:

6.1. Acolhimento

A entrevista de acolhimento deve ser realizada junto do utente e da família, sempre que possível. É o primeiro momento privilegiado de comunicação no qual deve ser realizada a integração do utente e da família, através da prestação de informação acerca da RNCCI, da tipologia de UMDR, direitos e deveres dos utentes, modo de funcionamento e dinâmica da instituição. No início do internamento, o assistente social deve ainda aferir quais as expectativas do utente e/ou cuidador face ao internamento.

Posteriormente, deve proceder-se à recolha de informação, para a realização do diagnóstico social, que deve ser sempre a estritamente necessária à intervenção. A preparação da alta e da continuidade de cuidados, deve ser iniciada desde o início do internamento.

Recolhidos os elementos necessários, o/a assistente social deve adaptar a intervenção à situação em análise, disponibilizando informação relativamente aos direitos sociais do utente (isenção de taxas moderadoras, transporte não urgente de doentes, atestado multiusos ou prestações sociais). (Direção-Geral da Saúde, 2006).

6.2. Plano Individual de Cuidados

A preparação do Plano Individual de Cuidados, deve iniciar nas reuniões multidisciplinares com a equipa, na qual deve ser partilhada e debatida a informação de foro clínico e psicossocial.

O planeamento da intervenção permite transformar os problemas em objetivos a atingir e, conseqüentemente, a ações a implementar. Desta forma, é fundamental a realização de um bom diagnóstico social, que deve contemplar as reais necessidades do doente e da família, conhecer o contexto familiar e recursos disponíveis (Carvalho, 2012).

6.3. Acompanhamento Psicossocial

A prestação de apoio psicossocial ao utente e à família deve ser assegurada durante todo o processo de reabilitação, readaptação e reintegração social. Este acompanhamento consiste na prestação de suporte emocional, apoio ao utente e à família nas questões relacionadas com a reorganização familiar, capacitação e encaminhamento ao nível da proteção social na doença, reinserção social, familiar e laboral, orientação os recursos existentes na comunidade, serviços de apoio especializado, preparação para a morte e apoio no luto (Direção-Geral da Saúde, 2006).

6.4. Preparação da Continuidade de Cuidados

Conforme já referenciado anteriormente, o processo de preparação da alta, deve ser desde logo iniciado aquando da admissão do utente, sendo um processo no qual o próprio deve estar envolvido bem como a sua família e a equipa de profissionais da instituição. Durante o planeamento da continuidade de cuidados, devem ser identificadas as necessidades clínicas, de enfermagem e psicossociais resultantes da situação de dependência.

A definição de objetivos e identificação dos possíveis prestadores de cuidados no pós-alta, constituem parte da negociação com o utente e a família, para elaboração do plano individual de cuidados. Ao longo do percurso de prestação de cuidados, o utente e/ou o cuidador, devem contactar instituições, equipas ou bancos de ajudas técnicas de forma a ter resposta pretendida ao momento da alta. É de salientar que este é um processo que deve estar em recorrente reavaliação durante o internamento, e que deverá ter em consideração o estado clínico, psíquico e funcional do utente (Direção-Geral da Saúde, 2006).

7. Os cuidadores e a Sobrecarga Associada à Prestação de Cuidados

As alterações na composição etária da população portuguesa e as modificações na morbilidade da população traduziram-se no aumento das situações de dependência.

Segundo o INE, PORDATA (2020), o índice de dependência dos idosos entre 2001 e 2019 sofreu um aumento de cerca de 10%. O aumento do índice de dependência é expressão do aumento da longevidade e das patologias associadas que, conseqüentemente, se traduzem no aumento do número de dependente a cargo de terceiros. De acordo com Pereira (2018), as transformações a nível biológico, psicológico e social, dificuldades de adaptação, maior predisposição à doença, e a diminuição da atividade física e mental são fatores que justificam o aumento do índice de dependência nos idosos.

Quando o utente se encontra dependente de terceiros para a realização das atividades da vida diária (AVD), pressupõe-se a necessidade de apoio de um cuidador, de ajudas técnicas e/ou adaptação das condições habitacionais, colmatando as barreiras arquitetónicas existentes. Vulgarmente, quando não se verifica disponibilidade da rede de suporte familiar para a prestação permanente de cuidados, ou não estão reunidas as condições para regresso ao domicílio, os utentes integram estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) (Rendeiro, 2015).

Habitualmente, a prestação de cuidados tende ficar a cargo da rede de suporte informal, designadamente da família, amigos e/ou vizinhos que promovem o conforto, bem-estar e qualidade de vida das pessoas em situação de dependência. Este papel é maioritariamente desempenhado pelos elementos mais velhos do sexo feminino (esposas, filhas o/ou noras).

É importante diferenciar o cuidador formal do informal, sendo que o primeiro, é um indivíduo remunerado para prestar cuidados, e o segundo é um familiar, amigo ou vizinho que assume cuidar da pessoa sem preparação e remuneração (Brêtas & Yashitome, 2000 citado por Andrade, 2009).

O momento da alta constitui um particular desafio para muitos cuidadores e/ou famílias. Entre os objetivos dos cuidados continuados integrados prevê-se a readaptação e reinserção do utente no seu meio familiar e social, razão pela qual é fundamental o envolvimento dos cuidadores no processo de preparação da alta (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

De acordo com um estudo realizado por Predebon et al., (2021), com 190 cuidadores informais de idosos após Acidente Vascular Cerebral (AVC), verificou-se que, ao momento da alta, 68,4% dos idosos apresentavam dependência moderada a grave o que implicou a prestação de cuidados por parte do cuidador aquando do regresso do utente ao domicílio.

O papel do cuidador é frequentemente associado a sobrecarga e exaustão no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência. De acordo com a literatura, a transição para o papel de cuidador e a quantidade inevitável de tarefas do quotidiano e competências a apreender, podem despoletar medo e ansiedade aos cuidadores, comprometendo assim a prestação de cuidados (Dixe et al., 2019).

A sobrecarga decorrente da prestação de cuidados tem impacto a nível físico, mental, emocional e socioeconómico. A situação de dependência de um familiar pode traduzir-se em alterações na dinâmica familiar, podendo despoletar vários conflitos interpessoais (Sequeira, 2010).

8. Estatuto do Cuidador Informal

Apenas o artigo 252.º do Código do Trabalho previa o direito do trabalhador *“a faltar ao trabalho até 15 dias por ano para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente, a cônjuge ou pessoa que viva em união de facto ou economia comum com o trabalhador, parente ou afim na linha reta ascendente ou no 2º grau da linha colateral (...) No caso de assistência a parente ou afim da linha reta ascendente, não é exigível a pertença ao mesmo agregado familiar”*, constituindo a única proteção aos cuidadores que exercessem funções laborais. No entanto, apenas durante quinze dias e em situações excecionais conforme as previstas anteriormente.

A promulgação do Estatuto do Cuidador Informal, criado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, implementou uma importante medida de política social, através da publicação de um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as medidas de apoio.

Para efeitos do disposto deste Estatuto, considera-se cuidador informal principal segundo o n.º do artigo 2.º *“o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não aufer qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à*

peessoa cuidada”, e cuidador informal não principal de acordo com o n.º 3 do artigo 2.º “o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada”.

A pessoa cuidada deve necessitar de cuidados permanentes por se encontrar em situação de dependência e deve, ainda, ser titular de uma das prestações sociais, complemento por dependência de 1.º ou 2.º grau, ou subsídio por assistência de terceira pessoa (artigo 3.º da Lei nº100/2019, de 6 de setembro).

O cuidador informal tem direito a beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional. Estes períodos de descanso do cuidador, têm por objetivo diminuir a sua sobrecarga física e emocional e são atribuídos aos cuidadores que apresentam maior necessidade de beneficiar deste período (alínea b), artigo 5.º da Lei nº100/2019, de 6 de setembro). São definidos para cada cuidador, profissionais de referência da área da saúde e da segurança social (a fim de prestarem o auxílio de que necessitem). Também estes são responsáveis pela referenciação das situações para os respetivos equipamentos de saúde ou sociais. O profissional de referência da segurança social, é responsável pela sinalização às entidades de apoio social, designadamente a ERPI ou lar residencial e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). O profissional de referência da área da saúde, deve remeter a sinalização para a RNCCI, concretamente para uma unidade de internamento de longa duração e manutenção que, apesar de prever internamentos superiores a 90 dias, em situações de descanso do cuidador, este deve ser igual ou inferior ao período mínimo estipulado (n.º 3, artigo 17.º do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho).

O descanso do cuidador, deve considerar a vontade do cuidador informal e da pessoa cuidada; as necessidades da pessoa cuidada e do cuidador; as exigências laborais do cuidador informal, quando aplicável; as limitações funcionais e níveis de exaustão do cuidador informal; as características da rede social de suporte e a proximidade da área do domicílio da pessoa cuidada. Sob forma de medida de apoio ao cuidador informal principal, destaca-se ainda o Plano de Intervenção Específico ao Cuidador (PIE), grupos de auto-ajuda, prestação de formação e informação, apoio psicossocial, estatuto do trabalhador-estudante e o reconhecimento e a validação e certificação de competências (Departamento de Prestações e Contribuições, 2022).

III- METODOLOGIA

Atendendo à problemática central do estudo, optou-se por uma abordagem de natureza qualitativa e de carácter descritivo, na medida em que dentro deste paradigma metodológico se encontrou a via adequada para alcançar respostas face aos objetivos delineados. De acordo com Santos et al. (2017), os dados qualitativos possibilitam a realização de uma descrição mais detalhada e permitem realizar uma análise com maior enfoque.

Na caracterização da amostra, são analisadas qualitativamente variáveis nominais e uma ordinal. Estes dados foram extraídos dos processos dos utentes que haviam sido admitidos na UMDR durante um determinado espaço temporal. É de salientar que, aquando efetuada a recolha de dados, os utentes já não se encontravam internados na RNCCI. O tratamento dos dados foi efetuado através do *IBM Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 28, lançada no ano de 2021 para o *Windows*.

No âmbito da análise das entrevistas semiestruturadas, para a análise qualitativa das entrevistas, recorreu-se à análise de conteúdo de Bardin (1977), através da definição de categorias e subcategorias relacionadas com as temáticas em análise.

9. Objetivo Geral

- I. Verificar qual perspetiva dos cuidadores, familiares e figuras responsáveis relativamente aos desafios que enfrentaram na preparação da alta da UMDR.

9.1. Objetivos Específicos

- I. Detetar os fatores predominantes que condicionam a alta dos utentes;
- II. Aferir quais as dificuldades sentidas pelos cuidadores/familiares durante o processo de preparação da alta;
- III. Apurar qual o impacto dos apoios sociais e prestações pecuniárias no pós-alta;
- IV. Verificar a necessidade de redefinir as políticas públicas sociais e de saúde em vigor.

9.2. Recolha de Dados

Após a aprovação da organização Unidade de Média Duração e Reabilitação – Residência Sénior da Redinha⁴ no concelho de Pombal, distrito de Leiria para realização da investigação e da emissão do parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (CE_Proc. CE-005/2022_Joana Vicente), foi iniciada a recolha de dados de utentes admitidos entre 1 de abril de 2021 e 31 de outubro de 2021 inclusive, cujos processos clínicos e sociais constavam no arquivo da instituição. Foi consultado o arquivo onde constam os processos de utentes, cuja seleção foi efetuada com base nos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

9.3. Critérios de Inclusão

- ✓ Ser cuidador, familiar, ou figura responsável do utente admitido na UMDR-Residência Sénior da Redinha entre 1 de abril de 2021 e 31 de outubro de 2021 inclusive;
- ✓ Processos em que o cuidador/figura responsável não seja o próprio utente;
- ✓ Prestação do consentimento livre e esclarecido para participar no estudo.

9.4. Critérios de Exclusão

- ✓ Situações de óbito que ocorreram durante o internamento;
- ✓ Utentes com alta antecipada que não pretenderam dar conhecimento à UMDR-Residência Sénior da Redinha do destino-pós-alta;
- ✓ Perdas de vaga na RNCCI;
- ✓ Ausência de consentimento para participar no estudo;
- ✓ Impossibilidade de estabelecer contacto com os participantes.

9.5. Métodos

Para a primeira constituição da amostra, e com base nos critérios de inclusão, a investigadora procurou identificar os processos correspondentes ao espaço temporal definido, ou seja, cuja admissão tenha ocorrido entre 1 de abril de 2021 e 31 de outubro de 2021 (inclusive), e nos quais se verificasse a existência de um familiar, cuidador ou responsável legal que não fosse o próprio utente. Desta forma, foram retraídos dados de

⁴ Anexo I – Carta de pedido de autorização da realização da investigação

identificação dos utentes e dos cuidadores.

A recolha dos dados supramencionados permitirá caracterizar o público-alvo, considerando os utentes e os seus cuidadores, bem como efetuar o recrutamento de participantes que irão compor a amostra final para a realização da entrevista semiestruturada. Todo este processo ficou a cargo da investigadora.

A *posteriori*, foi criada uma base de dados no *Software SPSS*, onde foram inseridos todos os dados recolhidos. De seguida, aplicaram-se os critérios acima enunciados, obtendo-se uma amostra inicial composta por ($n_i=64$) processos. Do total, foram excluídos ($n_i=34$) com base nos critérios de exclusão, dado ter-se verificado a ocorrência de óbitos ($n_i=10$); altas antecipadas que não pretenderam dar conhecimento à UMDR - Residência Sénior da Redinha do destino-pós-alta ($n_i=11$); perdas de vaga decorrente da necessidade do utente se manter internado no hospital de agudos ($n_i=2$); situações em que após o contacto inicial para apresentação do estudo, os participantes elegíveis não pretenderam participar, não havendo, desta forma, a prestação de consentimento ($n_i=8$) e por último, casos em que não foi possível estabelecer contacto com o cuidador ($n_i=3$). De seguida, os participantes que demonstraram intenção em participar no estudo, assinaram o consentimento informado, tendo sido reforçado oralmente os objetivos do estudo, a importância do seu contributo e a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados transmitidos. Realçou-se, ainda, a possibilidade de retirarem o seu consentimento, sem qualquer consequência.

Foram realizadas 30 entrevistas semiestruturadas, com recurso a um gravador de áudio com a devida autorização dos participantes, tendo apenas existido um participante que recusou a utilização deste método. Perante tal situação, foram anotados excertos da entrevista em papel. As entrevistas foram realizadas na sua totalidade pela investigadora com uma duração média de 7:56 minutos. Decorreram via remota, em horário agendado pelo participante.

Optou-se pela realização de um guião de entrevista semiestruturada⁵ com recurso a questões abertas para que os cuidadores pudessem expor amplamente as suas opiniões e tecer considerações acerca das dificuldades com que se deparam na preparação da alta dos utentes. A elaboração do guião foi perspectivada pela investigadora com formação em Serviço Social, com a consulta de alguns membros da

⁵ Anexo II - Guião da Entrevista Semiestruturada

equipa técnica da UMDR - Residência Sénior da Redinha e da Diretora Técnica da organização com formação em Psicologia, para apreciação e contribuição de várias áreas multidisciplinares, tendo sempre presente o objetivo do estudo. As questões foram constantemente readaptadas até ao guião final, procurando que fossem simples, claras e pertinentes, evitando linguagem tecnicista e considerando a eventual existência de participantes com baixo grau de escolaridade.

9.6. Participantes

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, considerou-se selecionada a amostra de participantes no estudo, constituída por cuidadores, familiares e figuras responsáveis dos utentes admitidos na UMDR - Residência Sénior da Redinha entre 1 de abril de 2021 e 31 de outubro de 2021, inclusive.

Os participantes foram contactados telefonicamente, a fim de a investigadora dar conhecimento do estudo, do seu objetivo, transmitir a importância da sua participação, aferir a sua disponibilidade e intenção em prestar consentimento para participar no estudo, e caso este último se verificasse, proceder ao agendamento da entrevista.

9.7. Análise e tratamento dos dados

Conforme mencionado anteriormente, iniciada a recolha de dados nos processos clínicos e sociais dos utentes admitidos na UMDR - Residência Sénior da Redinha entre 1 de abril de 2021 e 31 de outubro de 2021 inclusive, foi criada uma base de dados onde constava a identificação pessoal de todos os utentes e cuidadores admitidos no espaço temporal definido, bem como a data de admissão, data da alta, entidade pela qual foi realizada a referenciação para a RNCCI, patologia principal do utente, grau de dependência do utente à data de admissão e à data da alta da UMDR, género da figura responsável, idade da figura responsável e respetiva situação profissional. Uma vez que os dados relativos à identificação pessoal dos utentes e cuidadores (nomes, contactos telefónicos e *e-mails*) seriam necessários até à realização das entrevistas, e de forma a garantir a segurança e preservação dos mesmos, foi limitado o acesso à base de dados estando unicamente acessível à investigadora.

Após a realização das entrevistas, os dados relativos à identificação pessoal foram destruídos e os participantes identificados através de um código.

O tratamento das entrevistas foi executado com recurso à análise de conteúdo de *Bardin*. Iniciou-se com a transcrição integral das entrevistas e uma pré-análise que incluiu a leitura, interpretação e exploração dos dados extraídos. De seguida, foram agrupados e categorizados consoante as temáticas abordadas. Posteriormente, procedeu-se à ramificação das categorias em subcategorias, para fazer referência a indicadores mencionados pelos participantes no âmbito das categorias.

IV- RESULTADOS

10. Caraterização da Amostra

10.1. Caraterização dos Utentes

10.1.1 Referenciação dos Utentes para a UMDR – Residência Sénior da Redinha - RNCCI

No gráfico 1 constam as entidades responsáveis pela referenciação dos utentes que compõem a amostra para a RNCCI, designadamente para a tipologia de UMDR na Residência Sénior da Redinha.

Verifica-se que 76,7%, correspondente à generalidade dos utentes, foram referenciados para a RNCCI pelo hospital de agudos, enquanto nos restantes 23,3%, o processo foi iniciado pelos cuidados de saúde primários, ou seja, nos centros de saúde⁶.

A referenciação dos utentes que se encontram em meio hospitalar para a RNCCI é concretizada pelos profissionais do hospital e remetida à Equipa de Gestão de Altas (EGA), uma equipa multidisciplinar, composta por elementos da área da medicina, enfermagem e serviço social. Com sede no hospital de agudos, a EGA avalia o utente, e caso considerem estar reunidos os critérios para a ingresso na RNCCI, remete a proposta à Equipa Coordenadora Local (ECL). Caso o utente se encontre na comunidade, a referenciação é realizada pelos agrupamentos de centros de saúde e remetida à ECL (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

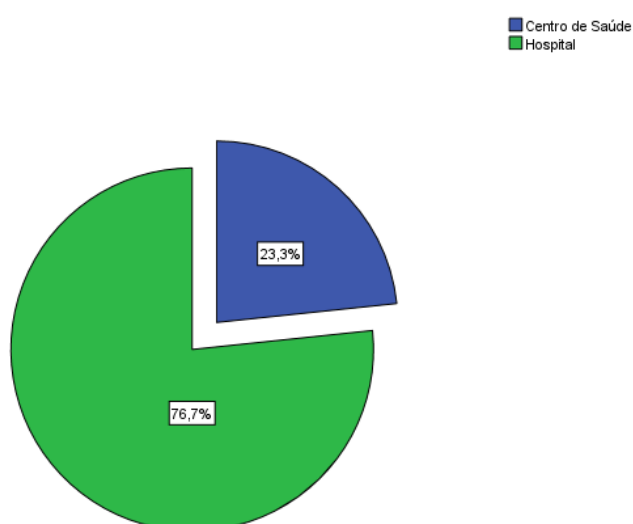


Gráfico 1: Entidade Responsáveis pela Referenciação dos Utentes para a UMDR- RNCCI.

⁶ Apêndice II – Tabela de Frequências – Entidades Responsáveis pela Referenciação dos Utentes para a UMDR.

10.1.2. Patologia Principal dos Utentes

Ainda que cada utente apresente múltiplas comorbilidades associadas, foram identificadas as patologias principais dos utentes que compõem a amostra⁷. No gráfico 2, constatamos que a moda das patologias identificadas foi o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ($n_i=11$), seguida de fraturas ($n_i=7$), insuficiência cardíaca ($n_i=4$) e pneumonia ($n_i=3$). Com menor representatividade, identificam-se as úlceras de pressão ($n_i=2$), amputação ($n_i=2$) e septicémia ($n_i=1$).

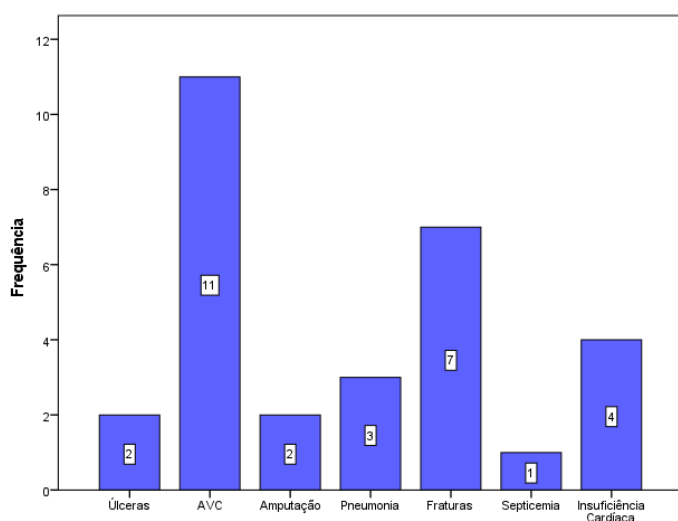


Gráfico 2: Patologia Principal dos Utentes

10.2. Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores

10.2.1. Género dos Cuidadores

Do universo de cuidadores que compõem a amostra e conforme podemos comprovar através da análise do gráfico circular 3, verifica-se uma grande assimetria quanto ao género dos cuidadores. A globalidade dos cuidadores são mulheres (86,7%), o que equivale a $n_i=26$ dos participantes⁸. Consideravelmente, com menor representatividade, os homens com 13,3% assumem o papel de cuidador, familiar e/ou figura responsável durante o internamento na UMDR ($n_i=4$).

⁷ Apêndice III – Tabela de Frequências - Patologia Principal dos Utentes

⁸ Apêndice IV - Tabela de Frequências – Género dos Cuidadores

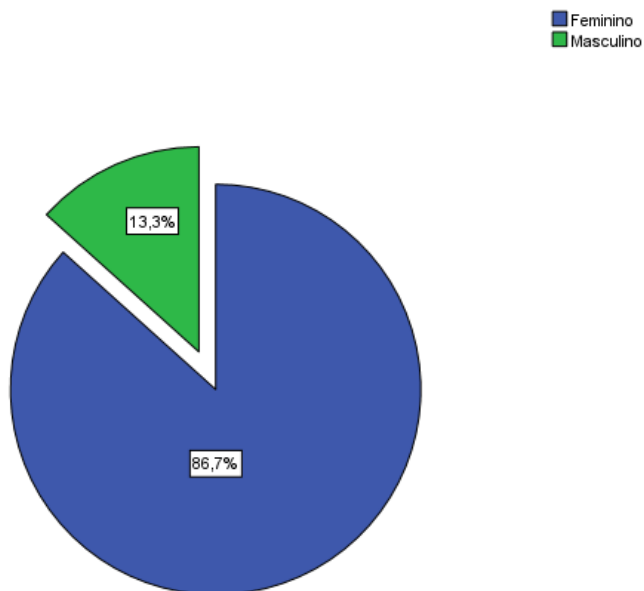


Gráfico 3: Género dos Cuidadores

10.2.3. Idade dos Cuidadores

No gráfico 4, que ilustra a idade dos cuidadores, familiares e figuras responsáveis dos utentes, podemos confirmar que maioritariamente a faixa etária dos cuidadores se expressa entre os 41 e os 50 anos ($n_i=12$) e os 51 e os 60 anos ($n_i=12$).

Na faixa etária dos 31 aos 40 anos existem 3 cuidadores, tal como se comprovou em faixas etárias mais avançadas, nomeadamente a partir dos 61 anos ($n_i=3$).

No apêndice V, é possível consultar a tabela de frequências referente à faixa etária dos cuidadores.

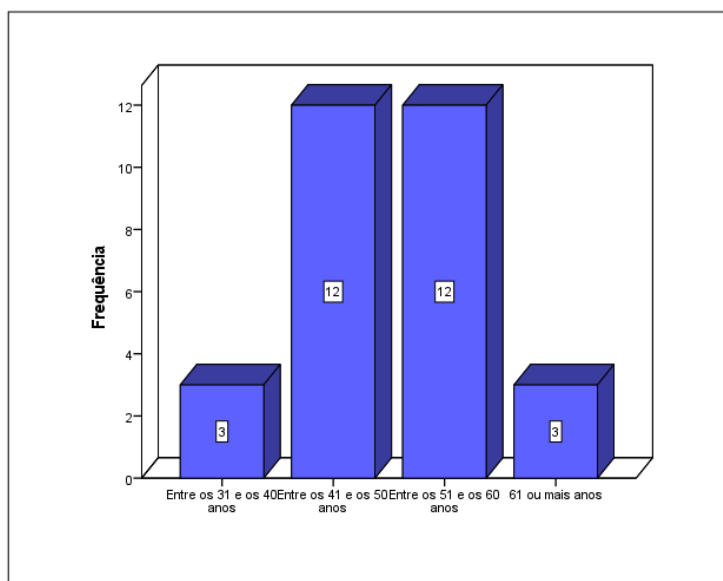


Gráfico 4: Idade dos Cuidadores

10.2.4. Grau de Parentesco dos Cuidadores

Com base na análise do gráfico 5, referente ao grau de parentesco dos cuidadores, comprova-se que a maioria dos cuidadores (70,0%), são filhos/as dos utentes.

Posteriormente, seguem-se os sobrinhos com 16,7% o que equivale a $n_i=5$, com 10,0% os cônjuges ($n_i=3$) e por último com 3,3% um cuidador amigo ($n_i=1$), sem laços de consanguinidade com o utente, tal como podemos corroborar no gráfico 5 e na tabela de frequências em apêndice.⁹

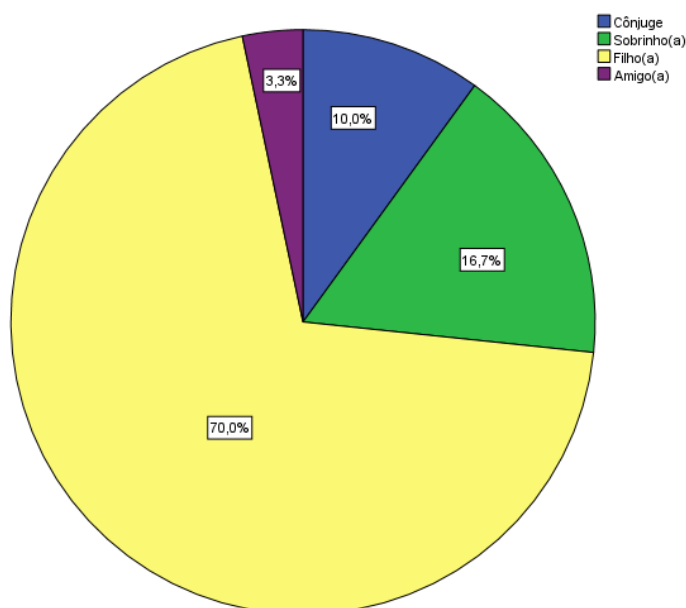


Gráfico 5: Grau de Parentesco dos Cuidadores

10.2.5. Situação Profissional dos Cuidadores

No âmbito da situação profissional dos cuidadores, e conforme análise do gráfico 6, a maioria dos cuidadores são ativos profissionalmente 73,3%, ($n_i=22$). A nível percentual, 13,3% dos cuidadores encontram-se em situação de desemprego ($n_i=4$) e, com a mesma percentagem, 13,3% reformados ($n_i=4$)¹⁰.

⁹ Apêndice VI – Tabela de frequências – Grau de Parentesco dos Cuidadores

¹⁰ Apêndice VII – Tabela de frequências – Situação Profissional dos Cuidadores

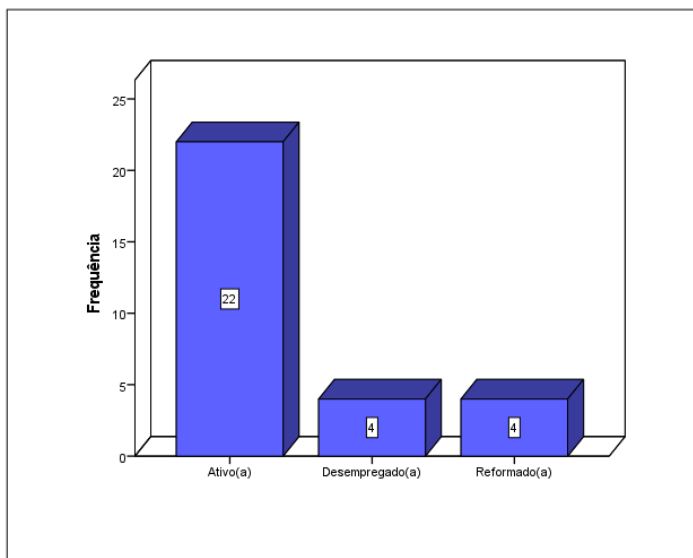


Gráfico 6: Situação Profissional dos Cuidadores

10.3. Grau de Dependência dos Utentes

10.3.1. Grau de Dependência dos Utentes à Data de Admissão

Com base na análise do gráfico 7, é possível aferir que, aquando da admissão dos utentes na UMDR Residência Sénior da Redinha, todos se encontravam dependentes de terceiros.

Constatou-se que 40,0%, se apresentavam dependentes em grau moderado à data de admissão e 60,0%, dependentes em grau elevado, conforme consta na tabela de frequências em apêndice¹¹.

É de salientar que esta avaliação é realizada pela área da Terapia Ocupacional e da Fisioterapia na avaliação inicial dos utentes que deve ocorrer nas primeiras 48 horas após a sua admissão na UCCI.

¹¹ Apêndice VIII- Tabela de frequências - Grau de Dependência dos Utentes à Data de Admissão

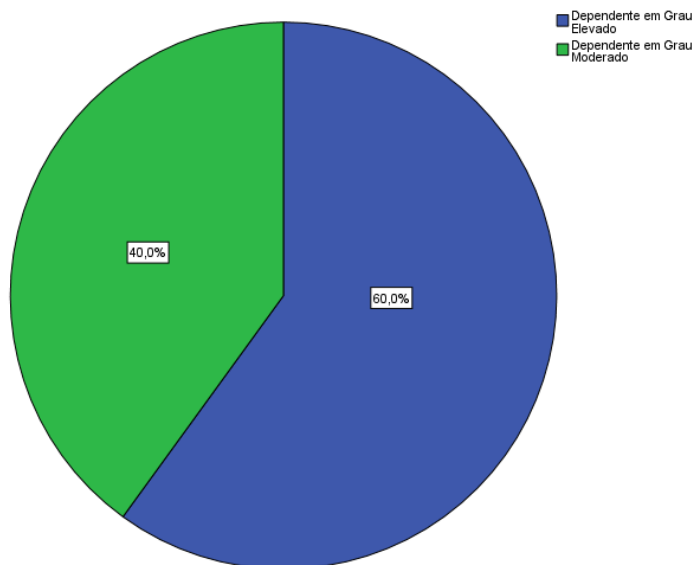


Gráfico 7: Grau de Dependência dos Utentes à Data de Admissão

10.3.2. Grau de Dependência dos Utentes à Data da Alta

No final do internamento na UMDR Residência Sénior da Redinha, de acordo com o gráfico 8, podemos confirmar que as variáveis em análise já não contemplam apenas utentes dependentes de terceiros, passando a considerar a variável “autónomo”. É de realçar que o grau de dependência dos utentes à data da alta e, conseqüentemente, a necessidade de apoio de terceiros, influencia inequivocamente o seu destino pós-alta.

À data da alta, a percentagem mais considerável foi referente aos utentes dependentes em grau moderado 60,0%, o que pressupõe que estes utentes necessitam de apoio pontual de terceiros e supervisão após a saída do internamento.

Tiveram alta da UCCI 33,3% utentes dependentes em grau elevado. Neste caso, os utentes necessitam de supervisão constante e apoio de terceiros para a realização da globalidade das AVD.

Contrariamente ao que se verificou no gráfico 7, referente ao grau de dependência do utente à data de admissão, constata-se na tabela de frequências¹² que 6,7% utentes, atingiram a sua autonomia.

¹² Apêndice IX – Tabela de Frequências - Grau de Dependência dos Utentes à Data da Alta

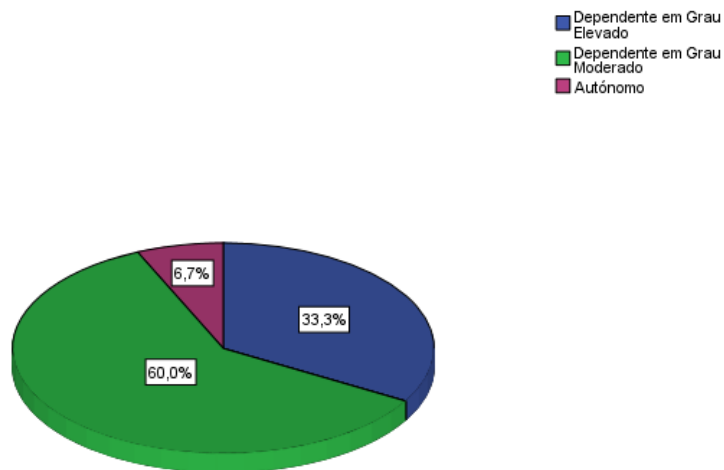


Gráfico 8: Grau de Dependência dos Utentes à Data da Alta

11. Destino Pós-Alta dos Utentes

Quanto ao destino pós-alta dos utentes, verifica-se no gráfico 9 que 60,0% dos utentes regressaram ao seu meio natural de vida, ou seja, ao seu domicílio. Em seguida, surgem as respostas de institucionalização, designadamente com 30,0% dos utentes a integrarem a resposta social de ERPI, 3,3% a integrar ERPI em vaga reservada à segurança social, e por fim 6,7% famílias de acolhimento¹³.

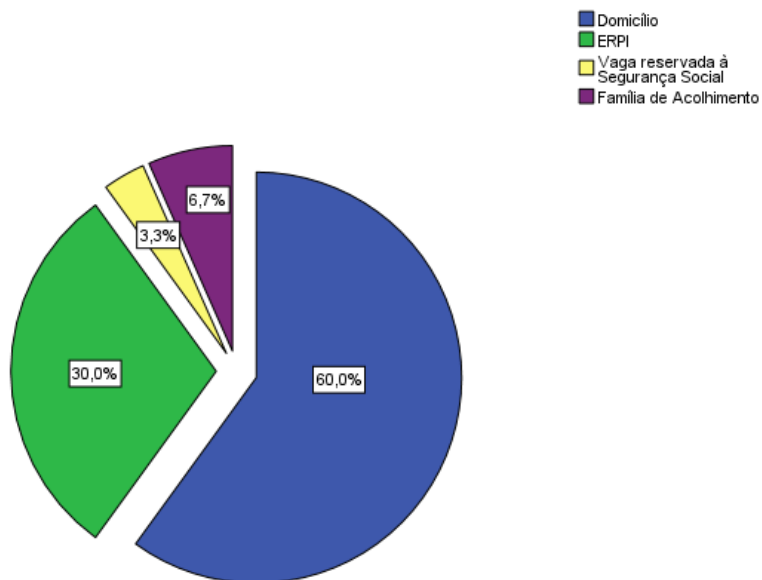


Gráfico 9: Destino Pós-alta dos Utentes

¹³ Apêndice X - Tabela de Frequências - Destino Pós-alta dos Utentes

11.1.Destino Pós-alta: Regresso ao Domicílio

Do universo de utentes que regressaram ao domicílio 60,0%, podemos verificar através da tabela de frequências, que 40,0% contaram com o apoio do suporte familiar, 16,7% integraram a resposta social de SAD e 3,3% de Centro de Dia.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido "Não Domicílio"	12	40,0	40,0	40,0
Suporte Familiar	12	40,0	40,0	80,0
SAD	5	16,7	16,7	96,7
Centro de Dia	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabela1: Tabela de frequências - Destino Pós-alta dos Utentes para o domicílio

Fonte: Elaborado pela autora com recurso ao SPSS.

12. Análise de Conteúdo das Entrevistas Semiestruturadas

De acordo com Bardin (1977), e após a análise de conteúdo realizada às entrevistas semiestruturadas¹⁴, foram identificadas cinco categorias e vinte subcategorias, conforme podemos verificar na tabela 2.

Categorias	Subcategorias
1- Dificuldades identificadas pelos cuidadores/familiares/ figura responsável na preparação da alta	a) Incerteza e preocupação em garantir a continuidade dos cuidados na pós-alta do utente
	b) Fatores ambientais
	c) Readaptação ao domicílio
	d) Insegurança do cuidador com a alteração do grau de dependência da pessoa cuidada
	e) Baixa literacia em saúde
	f) Burocracia e morosidade dos processos
	g) Conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional
	h) Sobrecarga do cuidador
2- Obstáculos na preparação da continuidade dos cuidados com recurso a respostas sociais e de saúde	i) Escassez de vagas em ERPI
	j) Desadequação dos serviços prestados pelas respostas sociais
	k) Incapacidade de resposta do SNS
	l) Carência de bancos de ajudas técnicas
3- Situação económica	m) Condição económica insuficiente
	n) Condição económica estável
	o) Preocupação do cuidador com despesas acrescidas
4- Capacitação do cuidador durante o internamento na UMDR	p) Não foi suficiente para os cuidados a prestar ao utente
	q) Foi capacitado para os cuidados a ter com o familiar

¹⁴ Apêndice XI - Análise de Conteúdo das Entrevistas Semiestruturadas

	r) Não foi capacitado
5- Apoios sociais, subsídios, investimentos na área do envelhecimento	s) Informação aos cuidadores acerca de apoios sociais, prestações pecuniárias e os recursos existentes na comunidade durante o internamento na UMDR existentes na comunidade durante o internamento na UMDR
	t) Emergência da reestruturação dos apoios direccionados à população idosa

Tabela 2: Categorias e Subcategorias resultantes da análise de conteúdo.

Fonte: Elaborado pela autora.

A primeira categoria é referente às **dificuldades identificadas pelos cuidadores, familiares e/ou figura responsável na preparação da alta dos utentes**, e contempla oito subcategorias, reconhecidas no decurso da entrevista como as principais dificuldades mencionadas pelos cuidadores, entre as quais se evidenciaram, a incerteza e preocupação em garantir a continuidade dos cuidados na pós-alta do utente, os fatores ambientais, a readaptação ao domicílio, a insegurança o cuidador, a baixa literacia em saúde, a burocracia e morosidade dos processos, a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional e a sobrecarga do cuidador.

A área temática da segunda categoria concerne aos **obstáculos existentes na preparação da continuidade dos cuidados com recurso a respostas sociais e de saúde**, tendo sido identificadas quatro subcategorias referentes à escassez de vagas em ERPI, desadequação dos serviços prestados pelas respostas sociais, incapacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde e carência de bancos de ajudas técnicas.

A terceira categoria enuncia **a situação económica** da pessoa cuidada e subdivide-se em três subcategorias que preveem uma condição económica insuficiente, condição económica estável e a preocupação do cuidador com despesas acrescidas.

Na quarta categoria a área temática abordada é a **capacitação do cuidador durante o internamento na UMDR**, incluindo três subcategorias que expressam que a capacitação não foi suficiente para os cuidados a prestar ao utente, que o cuidador foi

capacitado para os cuidados a ter com o familiar e, a última subcategoria, que prevê que o cuidador não terá tido qualquer tipo de capacitação.

Por último, a quinta categoria refere-se à temática dos **apoios sociais, subsídios e investimentos na área do envelhecimento** e inclui as subcategorias da informação aos cuidadores acerca de apoios sociais, prestações pecuniárias e os recursos existentes na comunidade durante o internamento na UMDR e, a emergência da reestruturação dos apoios direcionados à população idosa.

• Primeira Categoria - Dificuldades identificadas pelos cuidadores, familiares e/ou figura responsável na preparação da alta

No decurso da análise da primeira categoria, verifica-se que os participantes manifestam múltiplas dificuldades no processo de preparação da alta, as quais passamos a analisar detalhadamente, por via da análise de conteúdo da informação recolhida juntos dos participantes com a realização da entrevista semiestruturada.

Na primeira subcategoria **“a) Incerteza e preocupação em garantir a continuidade de cuidados na pós-alta ao utente”**, os cuidadores evidenciaram a preocupação em manter os cuidados especializados aos utentes após a alta e o desafio em encontrar a resposta social mais adequada para a prestação destes cuidados, *“A preocupação é conseguir manter os cuidados especializados que ele precisava e continua a precisar. Esse foi um desafio grande, precisamente na procura dessa solução.”* E1; *“A maior dificuldade foi encontrar um sítio onde o colocar...”* E4; *“...não sabia para onde é que ela podia ir e encontrar o sítio certo, o lar certo para ela estar, o melhor lugar possível.”* E10; *“É assim, a preparação era a preocupação onde é que eu a havia de pôr porque eu não sabia o que é que os filhos pensavam porque eles não resolviam nada...”* E22; *“Arranjar sítio para ela ir... (risos)”* E26. Na entrevista 17, o cuidador fez menção à dificuldade em encontrar uma resposta cujos custos fossem suportáveis para o utente e para a família, *“A nº1 é encontrar algo onde os idosos fiquem bem e a preços acessíveis”* E17. Na entrevista 27, o cuidador considerou que o tempo de internamento é diminuto para encontrar uma solução adequada e revela não ter tido qualquer apoio por parte das organizações sociais e de saúde *“Para quem não está à espera, três meses é muito pouco para preparação, uma vez que não há apoio nenhum nem do centro, nem de qualquer instituição de saúde”* E27. Um dos cuidadores evidenciou, ainda, o impacto a nível psicológico de integrar a pessoa cuidada na resposta social de ERPI *“Procurar um lar de terceira idade. Mentalmente não estava*

preparada” E28. Importa salientar que todas estas alterações interferem na dinâmica da estrutura familiar.

Os “**b) fatores ambientais**” correspondem à segunda subcategoria e englobam as condições habitacionais e as barreiras arquitetónicas existentes. Estes são descritos como fatores que influenciam os destinos pós-alta e que podem condicionar o regresso dos utentes ao domicílio, impossibilitando a reinserção no seu meio natural de vida, o que condiciona o projeto de vida dos utentes culminando várias vezes na institucionalização. Os cuidadores referiram “...o facto de a casa ter escadas nomeadamente para os quartos, embora tenha todas as condições.” E2; “Primeiro não tinha condições em casa e penso que normalmente ninguém tem então vi-me obrigada a procurar um lar.” E5; “A habitação do meu pai não teria condições para ele regressar ao seu ambiente normal, residencial não é...” E8; “As principais dificuldades foram lá em casa, adaptar a casa...” E11; “Nas alterações das camas, do clima, em casa era muito frio, a nossa casa não tem esses aquecimentos...” E19.

A terceira subcategoria expõe a “**c) readaptação ao domicílio**”, na qual o cuidador da entrevista 2 manifestou a preocupação com realização de atividades instrumentais da vida diária (AIVD) pela utente, “Ficava preocupado com o facto de ela ter de lidar com o fogão, com o gás...” E2; já o cuidador da entrevista 14, fez menção ao facto de não haver uma continuidade da reabilitação desenvolvida na UMDR, o que resultou na ausência de manutenção das capacidades readquiridas, “Eu dificuldades senti que ela não fazia aquilo que fazia aí. Ela na Unidade de Cuidados Continuados Integrados vinha treinada e em casa fez um dia ou dois, e depois deixou.” E14.

A “**d) insegurança do cuidador**” constitui a quarta subcategoria, na qual os cuidadores expressaram o receio em lidar com a alteração do grau de dependência da pessoa cuidada, “Ao fim ao cabo a minha grande preocupação é que ela vivia sozinha e era autónoma nos autocuidados e de repente fiquei com uma situação de dependência na altura.” E2; “Muitas, porque uma pessoa que não anda e não se mexe completamente...” E5; “Depois não conseguia avaliar até que ponto ele ia conseguir fazer ou não as coisas.” E28.

Na quinta subcategoria, correspondente à “**e) baixa literacia em saúde**”, verifica-se que os cuidadores não dispõem de conhecimento no âmbito da existência de respostas prestadoras de cuidados de saúde e dos direitos dos utentes e dos cuidadores, “Mas também é preciso que nós estejamos informados dessas soluções que existem que

é o caso por exemplo dos cuidados continuados integrados, por exemplo a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, muita gente nem sabe que isso existe...” E1; “Há coisas que agente deixa para trás por não saber.” E14; “Quem não está habituado, não sabe a quem recorrer e onde se dirigir.” E28.

A sexta subcategoria é referente à **“f) burocracia e morosidade dos processos”**, na qual os cuidadores fizeram maioritariamente menção aos longos tempos de espera para obter relatórios médicos para requerer direitos/apoios, morosidade dos processos referente à solicitação de apoios sociais, subsídios, atestado multiusos e aquisição de produtos de apoio. Verifica-se, ainda, a burocracia associada ao requerimento destes apoios, nomeadamente a necessidade de, para requerer determinado apoio, ser necessário reunir uma vasta documentação que, caso o cuidador e/ou a pessoa cuidada não a tenha em seu poder, pode implicar a deslocação a várias entidades/organismos públicos e, conseqüentemente, aguardar por tempo indeterminado a emissão dos mesmos. *“Pensei em comprá-la mas estava a ver se conseguia o atestado multiusos a ver se conseguia que a segurança social me desse, porque dizem que paga essas coisas a 100%, mas também não é culpa deles, é culpa da médica de família que estou há espera do relatório há um mês e ela ainda não mo passou. Demora... muito devagarinho (...) é tudo muito devagarinho, à espera disto à espera daquilo.” E7; “...se fosse sozinha a fazer tudo, seria mesmo muito complicado e dada a burocracia que nos exigem.” E10; “...ela foi a uma junta médica ainda estava aí na vossa instituição, só que acabei por nunca saber se lhe chegaram a dar alguma coisa ou não.” E12; “Sabe há quanto tempo estou à espera? Há mais de um ano. Para ser chamada ao atestado multiuso para o delegado de saúde.” E14. Um dos cuidadores, chega a mencionar que a burocracia e morosidade inerente a estes procedimentos, podem até resultar na sua improficuidade *“Ainda não se desenrolou o processo, quando vierem se calhar já nem são precisos.” E16; “Tá a receber há dois meses e veja ao tempo que ela saiu daí, muito moroso, muito moroso... Estou à espera de um reembolso que ela foi à junta médica desde setembro, isto é vergonhoso, vergonhoso...” E17; “Há um que está pendente da resposta que não é fácil. Neste país as coisas andam muito lentas, já se sabe não é...” E25.**

A **“g) conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional”**, constitui a sétima subcategoria, temática que se tem evidenciado nos últimos anos, em especial ao nível da formulação de políticas de igualdade de género. Esta temática inclui-se nos objetivos do desenvolvimento sustentável da OCDE, visando a valorização do trabalho

doméstico e de assistência e redistribuição das responsabilidades familiares no seio da família (INE, 2018). Os cuidadores evidenciaram as dificuldades na conciliação da vida pessoal, laboral e familiar, “(...) porque eu iria trabalhar em teletrabalho e não iria ter condições de o ter em casa.” E1; “A maior dificuldade é conciliar o trabalho e cuidar de uma pessoa que depende para tudo (...) mas uma das coisas, eu nunca mais tive um domingo, quer dizer eu posso ter o domicílio ao domingo para almoço e lanche, mas não é o suficiente para eu tirar um domingo de descanso, sair de casa e ter um domingo de descanso.” E6; “As principais dificuldades foram lá em casa (...) eu conseguir ajustar os nossos horários, trabalhamos todos por turnos. Conciliar a vida laboral com a familiar.” E11; “Tive de readaptar a minha vida toda porque eu tinha uma vida social muito ativa, estou metida na política, pertença a instituições e não sei quê e eu tive de começar a cortar coisas da minha vida por ter a minha mãe em casa (...) eu não posso deixar de ter a minha vida e pronto tive de readaptar a minha vida...” E13. Verifica-se, ainda, que em vários casos, existe uma única figura na família que assume o papel de cuidador e que é maioritariamente desempenhado pela mulher “...nós temos o trabalho, temos a nossa vida, eu tenho os netos para cuidar e não tenho possibilidade de estar com a minha mãe.” E17; “Em termos de disponibilidade para ajudar o meu pai no dia-a-dia, no acompanhamento em termos de fisioterapia que é muito importante e se deixa de ter que para mim não é o trabalho que devia ser feito porque a descontinuidade faz com que haja perda (...) isso deixa de existir, porque da parte do cuidador deixa de haver disponibilidade para fazer esse trabalho.” E18. O cuidador da entrevista 18, à semelhança de outros cuidadores em subcategorias anteriores (e, neste caso, pela ausência de disponibilidade por parte do cuidador para o efeito por motivos profissionais), fez menção à ausência da continuidade dos cuidados de reabilitação e/ou de manutenção das capacidades adquiridas no domicílio, que colocam em causa todo o trabalho desenvolvido até então.

A última subcategoria corresponde à “**h) sobrecarga do cuidador**”, na qual os participantes evidenciaram as dificuldades de cuidar da pessoa dependente, salientando o impacto do ato de cuidar permanentemente a nível físico e psicológico “Fui, mas há alturas em que não consigo...” E14; “(...) e eu nunca pensei que fosse tão difícil lidar com ele da forma como ele está, até posso adiantar à senhora que ele vai para o lar a partir de segunda-feira (...) e o cuidador... eu vai em 4 anos e eu estou completamente esgotada eu tinha 69 e ele 78 anos.” E15; “Olhe... primeiro foram ela ser teimosa, pronto. Foi muito complicado porque ela não queria nenhum apoio, eu sozinha, eu

tinha que lá ir. Tive muitas dificuldades. Sozinhas e rejeitava qualquer ajuda. Era uma pessoa agressiva e houve muita dificuldade e uma pessoa com 95 anos não é... é muito complicado” E24.

• **Segunda Categoria - Obstáculos na preparação da continuidade dos cuidados com recurso a respostas sociais e de saúde**

A segunda categoria refere-se aos **obstáculos na preparação da continuidade dos cuidados com recurso a respostas sociais e de saúde**, e encontra-se subdividida em quatro subcategorias: a escassez de vagas em ERPI; a desadequação dos serviços prestados pelas respostas sociais; a incapacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde e a carência de bancos de ajudas técnicas.

Na subcategoria referente à “**i) escassez de vagas**”, em ERPI, os participantes fizeram referência à sobrelotação destas respostas sociais e à dificuldade em conseguir uma vaga neste tipo de respostas, quer ao nível das IPSS, quer ao nível particular, sendo a procura muito superior à oferta existente “*Talvez não exista é tanta oferta como seria desejável. Mas até considero que o nosso sistema está bem organizado e tem respostas adequadas.*” E1; “*Mesmo privados eles não têm capacidade de chegar a todas as situações, mas existe (...) de facto devia haver muito mais capacidade para responder a estas solicitações.*” E2; “*...acho que há poucos sítios para estes tipos de coisas, este tipo de situações difíceis que uma pessoa não consegue lidar (...) isto não é bem como agente pensa, eles dizem-nos que sim, nós até damos prioridade às pessoas cá da terra... Impossível! (...) Isto é um bocadinho frustrante*” E5; “*Ora, a grande dificuldade foi conseguir um lar, não há vagas nos lares mesmo suportando custos mais elevados não há vagas, essa foi a grande dificuldade*” E8; “*...mas o que me diziam é que não havia vagas e as que havia não era para as do Estado e outras porque têm mais de 100 inscrições, é muito mau para o doente e para quem está a cuidar, para o cuidador.*” E15; “*Eu para conseguir ter a minha mãe onde tem tenho, eu não tenho vergonha de dizer eu tive de meter cunha para a minha mãe entrar num lar, isto é horrível, isto é horrível. Isto é muito mau mesmo. E não sei até quando aguento tê-la lá.*” E17. O participante da entrevista 5 dá conta que mesmo nas instituições da área de residência, muitas das vezes os critérios de admissão previstos em regulamento interno não são compatíveis com a seleção que acontece na realidade. Também o participante da entrevista 15, revela não ter conseguido vaga nesta resposta social pelos trâmites previstos em regulamento interno, afirmando que apenas conseguiu a integração do

familiar em ERPI por via de conhecimentos na instituição que providenciaram a admissão da utente. Os participantes reiteram a ausência de capacidade de resposta ao nível da institucionalização da população idosa em Portugal, sendo proferida por muitos dos cuidadores, como a maior dificuldade que enfrentaram no decurso da preparação da alta dos familiares, que encontravam internados em UMDR. *“Arranjar sítio para ela ir... (risos) arranjar vaga nos lares.”* E26; *“Não, não tem, não tem. As respostas são poucas...”* E22; *“Nunca são muitas, eu acho que não. Havia de haver mais... eu estou a falar nem tanto da minha sogra mas dos meus pais. Há situações que realmente há poucos cuidados, há poucas vagas realmente... prontos...”* E23; *“... arranjar vaga nos lares.”* E26.

Relativamente à subcategoria da **“j) desadequação dos serviços prestados pelas respostas sociais”**, com base nas respostas dos participantes, é possível aferir que os cuidadores/familiares consideram que os serviços prestados pelas respostas sociais existentes são insuficientes para as necessidades da população idosa e dos próprios cuidadores, *“Fica muito aquém. Acho que podia ser muito melhor e acho que parte do ser humano. Às vezes é má vontade é o que eu acho.”* E4; *“Não, acho que não temos condições para dar uma resposta cabal e imediata a essa situação porque a nossa população está com um envelhecimento mais tardio e automaticamente precisam de uma prestação e acompanhamento mais prolongado e que não há estruturas sociais suficientes para esse facto.”* E8.

Especificamente, alguns participantes deram ênfase à resposta social de SAD, tendo-se constatado que consideram o serviço muito insuficiente para a pessoa cuidada no domicílio, dado que grande parte destas respostas se cinge à prestação do serviço por um curto período e onde a equipa permanece no domicílio do utente pelo tempo estritamente necessário à prestação dos cuidados (no caso da higiene pessoal, habitacional ou administração de fármacos). Fizeram, ainda, menção aos horários desadequados da prestação dos serviços *“Éramos nós que prestávamos o apoio, porque o apoio domiciliário nesta zona é o seguinte, de manhã vêm levantar se for preciso até às onze horas e à noite às cinco e vão embora, e para isso a gente faz.”* E14; *“Elas vêm de manhã, fazem higiene e depois vão se embora (...) não tem sido fácil.”* E15; *“Eu acho que não. Ainda nos falta muito. Nós queríamos a nível de assistência e são levantados alguns problemas, só fazem a assistência se for dois ou três pacotes”* E16. É ainda feita referência à ausência de resposta no período noturno, sendo de destacar que a maioria das respostas sociais de SAD encerra os serviços cerca das 17:00h, 18:00h e

não dispõe de serviços de teleassistência *“Não porque não há durante a noite e durante a noite ele precisa de auxílio para ir a casa de banho, quedas, glicémias.”* E18.

No âmbito da resposta social de Centro de Dia, um dos participantes evidenciou também o pouco investimento nestas respostas, defendendo que a população idosa deveria ter acesso a atividades e exercícios de forma a não promover o agravamento do seu nível de dependência funcional *“Mas por exemplo, no centro de dia onde ela está e estão mais, acho que devia de haver alguém que fizesse alguns exercícios que elas vão para ali e praticamente estão assentadas... que fizesse exercícios, que elas andassem... acho que devia de haver alguém que desse esse apoio.”* E23.

Comprova-se, ainda, a dificuldade que também já se verifica em conseguir vaga nestas respostas, *“a.... Havia de haver respostas mais abrangentes, aquilo que nós temos ainda é muito pouco para o que os idosos necessitam, eu por exemplo se quisesse pôr um apoio ao domicílio e podia não ser aqui perto... devia de haver mais, sim, sim, sim, sim...”* E24; *“Não são, não são. a..... Olhe, porque por vezes não é fácil de gerir estas situações por exemplo em não haver logo uma resposta pronta. A pessoa às vezes se calhar precisava de uma resposta de um dia para o outro e não a tem.”* E25; *“Aí é que é a maior dificuldade porque devia de haver lares como a vossa instituição que prestassem apoio a essas pessoas com mais necessidades, mas pronto...”* E26.

Por último, um dos participantes do estudo fez menção à falta de respostas direcionadas para a população invisual *“Não. Pessoalmente não tive qualquer apoio nesse sentido. Aparentemente em Portugal não há nem respostas sociais para pessoas que ficam invisuais em idade avançada.”* E27.

Na subcategoria **“k) incapacidade de resposta do SNS”**, os cuidadores consideram que há uma grande procura de cuidados de saúde, em particular no acesso aos cuidados de saúde primários, porém constataam dificuldade no acesso *“É assim, sou-lhe muito sincera. Eu acho que o SNS tem até bastantes soluções, talvez não tenha é a oferta para a procura que existe.”* E1; *“Eu de facto ainda na andei à procura no centro de saúde e não existe, ainda para mais nesta fase de pandemia, não havia capacidade para atenderem a todos os pedidos porque existem muitos pedidos.”* E2. No âmbito da RNCCI e na RNCP, um dos participantes aludiu à necessidade de ampliação destas respostas e alargamento a outros contextos geográficos, *“Não são suficientes, porque há falta de centros de cuidados continuados, cuidados paliativos, por exemplo aqui no concelho da Figueira da Foz, não temos nenhuma valência dessas, isto é um exemplo.”*

Portanto, eu penso que funcionam bem, mas podiam ser mais, não há respostas para as necessidades na minha opinião.” E3. Em particular, os cuidadores aludem à dificuldade colossal no acesso aos cuidados de saúde primários, o que muitas das vezes se traduz na obstrução dos serviços de urgências por situações que não são consideradas agudas, ou às quais os centros de saúde devem responder “A minha médica é minha médica há 4 anos e nunca a consegui conhecer, está sempre ausente, teve quase um ano ausente novamente. Agora as receitas peço por e-mail.” E6; “Depois do internamento não há um seguimento regular a não ser ir para as urgências do hospital, o médico de família não consegue resolver tudo, há falta de consultas, mas isso é geral...” E18; “Depois fui informada no centro de saúde mas houve momentos tão complexos...Creio que muitas vezes não fui compreendida nas consultas e depois há uma descoordenação (pausa) aa.....a.....foi insuficiente o apoio naquela fase por parte do SNS. Só na altura dele vir para casa é que a assistente social do hospital veio ter comigo para saber o que se passava...” E28.

Por fim, a última subcategoria aborda a “**l) carência de bancos de ajudas técnicas**”, na qual três dos participantes mencionaram a dificuldade em adquirir junto dos Bancos de Ajudas Técnicas uma cama articulada, “Tive dificuldade em arranjar a cama, lá consegui uma que me emprestaram, mas todas as entidades desde cruz vermelha que me tinha feito sócia, mas todas as entidades que eu contactei e procurei não tinham cama e isso foi uma grande dificuldade.” E6; “Foi tudo muito devagarinho, só na semana passada é que eu consegui uma cama articulada e ele já saiu há uns meses.” E7. O último participante, preferiu adquirir o equipamento, dado o da instituição ser manual, “Foi preciso uma cama articulada, foi a única adaptação que houve para já... fomos mesmo nós que encomendámos porque eu tinha a facilidade da instituição emprestar uma só que era manual...” E21.

• Terceira Categoria - Situação económica

A terceira categoria aborda a temática da **situação económica** e subdivide-se em três subcategorias: Condição económica insuficiente; condição económica estável e preocupação do cuidador com despesas acrescidas.

Na subcategoria “**m) condição económica insuficiente**”, a maioria dos participantes revela que os rendimentos da pessoa cuidada não cobrem os custos para os cuidados de saúde e apoio social de que necessitam, “Não.” E1; “Só o rendimento dele não.” E3; “O valor que se tinha de pagar era o maior entrave.” E4; “(...) Não dá nem

por sombras (...) mas nem a reforma do meu pai com a minha mãe dá para pagar a mensalidade dela, pronto, eles têm alguma coisa de lado e é isso que nos vai valendo. De outra forma, era impossível mesmo.” E5; “Tudo o que seja para acompanhar a pessoa em casa num dia é muito caro e depois também não se consegue arranjar uma pessoa só para um dia para tirar um fim-de-semana de descanso.” E6; “Claro que não... (risos) mas eu nem me importo de dizer valores porque ele com quatrocentos e vinte e três euros como é que ele podia...” E7; “Não. Infelizmente se calhar 99,9% dos nossos pais não têm rendimentos de reformas para cobrir os custos que neste momento são exigidos pelos lares.” E8; “Não. Eu estou sem receber nada, estou a cuidar dele a tempo inteiro que ele está sozinho e, portanto, só estamos a viver da reformita dele.” E9; “E ainda que tenham uma reserva com o passar do tempo a reserva vai-se porque a pensão é todos os meses a mesma coisa se gastarmos mais do que temos a resposta já sabe qual é. Ela tem o meu apoio mas eu também vivo sozinha com um filho, embora o filho já trabalhe. Mas pronto, eu vou dizer, cobre se a pessoa for muito organizada se não for já não cobre” E13; “Não (...) a minha reforma quatrocentos e oitenta e seis euros. Posso dizer à senhora que já ontem dei baixa da NOS, porque a pagar duzentos e cinquenta euros de renda não dá, se eu ficar com 100 euros para comer... mas pronto isso é outro assunto...” E14; “há poucas instituições, as que há são muito caras e as baratas são poucas...” E15; “Não cobrem... ele vai pagar quatrocentos euros, ele recebe quatrocentos e seis...” E16; “Isto é uma pergunta que não sei quem vai responder a isso afirmativamente. A minha mãe não chega a trezentos euros como é que cobre um lar a pagar novecentos e tal. O que eu recebo e o meu irmão estamos a fazer das tripas coração para conseguir pagar. A segurança social tem lares e não sei quê, para quem? Para quem? Eu nunca consegui nada, nunca consegui nada...” E17; “É muito difícil, é muito difícil para uma pessoa que tenha uma pensão pequena ter esse apoio, já nem falo dos internamentos e lares, só nos apoios domiciliários é muito caro. Não está nada fácil para um idoso que tenha uma pensão de por exemplo trezentos euros...” E24; “Aí sim... [cuidados continuados] agora é muito complicado porque é mais do dobro da reforma.” E26; “a nível económico se tivesse de chamar uma pessoa para tomar conta dele não chegaria, como é óbvio...” E28, “Não dá nem para metade” E29.

Posteriormente, na subcategoria “**n) condição económica estável**”, um número reduzido de participantes revelou que os rendimentos da pessoa cuidada são suficientes para a satisfação das suas necessidades, “No caso da minha mãe, ela nesse aspeto não

tinha problema (...)” E2; *“Davam para três. Ela tem uma boa reforma de França e cá não pagava nada. E há pessoas coitadinhas com trezentos ou quatrocentos euros que têm de pagar tudo. Ela tem uma boa reforma.”* E22; *“Agora sim. Mais ou menos....”* E23; *“Sim, sim. Atualmente... no meu caso acho que sim.”* E24; *“Atualmente cobrem.”* E27.

A última subcategoria pressupõe a **“o) preocupação do cuidador com despesas acrescidas”**, nomeadamente produtos de higiene, produtos de absorção e limpeza de urina e fezes, medicação e pomadas, sessões de fisioterapia e transporte de utentes não urgentes. *“...todos os cuidados que ele puder ter, isso é tudo a somar não é... no lar, transportes, ou assistência aqui ou medicação, a higiene é tudo à parte, efetivamente não cobre os custos das necessidades que eles têm e creio que não é só no caso do meu pai. Em meses que tenho de pagar a medicação, fisioterapia, a reforma dele não chega.”* E1; *“Já pago o domicílio e tenho os produtos de higiene, fraldas, tudo...”* E6; *“Aquele gel que ele usa para a garganta, cada embalagem é dez euros. Eu consigo gastar mais em gel do que nas fraldas mas é a pura verdade. Fraldas, cremes, temos que dar pelo menos o mínimo de conforto, toalhetes, se formos a fazer as contas...”* E7; *“No caso do meu pai, é uma pessoa que teria de continuar a fazer fisioterapia... são custos separados, é muito complicado.”* E8; *“...mas fraldas medicação, isso é tudo comigo. Só em fraldas, resguardos e toalhetes eu gasto mais de cem euros mês, mas não duvide. As pomadas eu ponho limitado mas por exemplo, as senhoras vêm cá fazer a higiene eu não lhes vou dizer “ponham pouco....” Cada embalagem de pomada custa oito euros e noventa. Não faço menos de cento e cinquenta euros mês nisso.”* E15; *“Não tem muito porque é preciso dinheiro para fraldas, medicamentos e vai quase todo da reforma dela.”* E23. É de salientar que, mesmo integrando respostas sociais de Centro de Dia, SAD ou ERPI, todas as despesas supramencionadas pelos participantes não estão contempladas nas mensalidades, sendo dessa forma consideradas despesas extra que devem ser suportadas pelos utentes e/ou familiares.

• Quarta Categoria - Capacitação do cuidador durante o internamento na UMDR

A temática abordada na quarta categoria, prevê a capacitação do cuidador durante o internamento na UMDR onde, após a análise detalhada do conteúdo das entrevistas, foram criadas três subcategorias: p) não foi suficiente para os cuidados a prestar ao utente; q) foi capacitado para os cuidados a ter com o familiar e r) não foi capacitado.

Na **subcategoria p)**, quatro cuidadores consideraram não terem sido convenientemente capacitados para os cuidados a prestar ao utente após a alta da UCCI, *“Não foi suficiente. É difícil porque não foi suficiente. O que me foi dado foi no dia em que fui buscar a minha mãe aí. Foi muito breve. Eu nunca tinha alimentado ninguém por uma sonda, não é fácil.”* E6; *“Não foi assim muito.”* E9; *“Veio um papelinho com a medicação que lhe deveria de dar. O centro de saúde tem cá vindo três vezes por semana a enfermeira por causa do pé.”* E15; *“Explicaram-me como proceder mas para quem está de fora é complicado...”* E28.

Por sua vez, na **subcategoria q)**, cinco dos participantes revelaram ter sido capacitados para os cuidados a ter com o familiar, *“Sim, vocês deram-me essa informação toda no centro.”* E10; *“Sim, sim, sim ocuparam-se muito bem também.”* E12; *“Discutimos aí ainda algumas coisas.”* E16; *“Sim, mas já estávamos consciencializados.”* E18; *“Sim, sim, sim, dietas, como tratar, o como ajudar... sim...”* E21; *“Sim, sim, sim, foi.”* E25.

Na **subcategoria r)**, que considera que o cuidador não foi capacitado para os cuidados a ter com o familiar, três cuidadores mencionaram não ter tido qualquer orientação neste sentido *“Nada. Aqui é mesmo zero.”* E7; *“Não, não nunca tive nada disso.”* E19; *“Não, isso não tive informação nenhuma. Até porque ela agora tá a ficar muito mal.”* E23.

• Quinta Categoria – Apoios sociais e investimentos na área do envelhecimento

A quinta e última categoria, engloba questões relacionadas com os “Apoios sociais, subsídios e investimentos na área do envelhecimento” e subdivide-se em duas subcategorias: s) informação aos cuidadores acerca de apoios sociais, prestações pecuniárias e os recursos existentes na comunidade durante o internamento na UMDR e t) emergência da reestruturação dos apoios direcionados à população idosa.

No âmbito da subcategoria **“s) informação aos cuidadores acerca de apoios sociais, prestações pecuniárias e os recursos existentes na comunidade durante o internamento na UMDR”**, um número considerável de participantes (n=18), revelaram ter sido informados acerca dos seus direitos sociais, sendo que a generalidade dos cuidadores faz menção ao requerimento do complemento por dependência, *“Sim fui informada de tudo quanto há direito.”* E1; *“Fui informada, foi a doutora que me indicou para tratar daquele complemento e eu estava realmente para tratar do atestado multiusos mas já não valia a pena. Ainda recebi três meses o complemento.”* E3; *“Sim*

eu fui informada disso.” E4; “aliás eu tenho de lhe agradecer porque me ajudou a arranjar o complemento fraldas e medicação, fiz aumentar um bocadinho a reforma dela.” E5; “Sempre foi a resposta, aquele suplemento, sempre veio a resposta são cento e oitenta e qualquer coisa por mês mas mesmo.” E6; “...apesar de agora ter o apoio da dependência mas mesmo assim seiscentos e qualquer coisa não cobre.” E7; “Fui sim senhora. É sempre uma ajuda mas infelizmente não é suficiente porque se queremos que os nossos pais, e eu falo enquanto cuidador de um pai, como e que eu vou dizer isto a.... é muito complicado porque as reformas são muito baixas, é complicadíssimo.” E8; “Sim, fui informada só que o meu pai como tem direito à ADSE, dizem que eu não tenho direito a nada.” E9; “O apoio que eu fui informada foi um apoio para a ajuda das fraldas.” E14; “Fui informada mas agora já não dá porque ele vai para o lar.” E15; “Fui, penso que foi a senhora até.” E16; “Sim foi informada, ela está a receber a pensão dela e o complemento.” E17; “A nível financeiro, o meu pai já estava aí quando fui a uma junta médica. Sim, ele ficou a receber o apoio em 2º grau.” E20; “Fui informada apenas por vocês” E21; “Fui, aí disseram, eu já sabia... se ela quisesse sabia os meios pelos quais havia de passar...” E24; “Fui, fui fui...” E25; “Fui sim...” E28; “Sim, fui informado de tudo o que podia pedir...” E30.

A segunda subcategoria está direcionada para a **“(t) emergência da reestruturação dos apoios direcionados à população idosa”**. Na entrevista 2, o cuidador considera que, com o aumento da longevidade da população, emergem cada vez mais as necessidades de cuidados de saúde e apoio social. Por outro lado, faz ainda referência à questão cultural do nosso país, associada à “obrigação moral” dos filhos cuidarem dos pais até à morte *“...em termos de envelhecimento vai ser preciso mais este tipo de cuidados e que são cada vez mais (...) também é ainda uma fase cultural porque antigamente via-se muito os filhos cuidarem dos pais até à morte, lidar com elas, havia outro tipo de empregos.” E2.*

Nos últimos anos, o papel da mulher tem sido alvo de várias transformações. O ato de cuidar no domicílio até à morte, tarefa atribuída socialmente à mulher, ficou condicionada com a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, o que se traduziu na alteração das estruturas familiares, condicionando a disponibilidade das mesmas para a prestação dos cuidados aos elementos em situação de dependência, o que resultou no aumento da procura de cuidados remunerados (Organização Internacional do Trabalho, 2018).

O cuidador da entrevista 7, considera que os cuidados de saúde primários deveriam prestar um apoio de proximidade nos ensinamentos e capacitação do cuidador para a prestação de cuidados à pessoa dependente. Contudo, menciona que, no seu centro de saúde, apesar da equipa ser conhecedora da sua situação, não existe esse cuidado, *“eu por exemplo vou ao centro de saúde e devia de haver, por exemplo a enfermeira, conhece o meu pai, conhece-se a mim devia dizer oh (nome da cuidadora) senta-te aqui um bocadinho, há esta situação há aquela, pode acontecer isto ou aquilo, fazes assim ou fazes assado. Aquilo que eu faço é tudo porque olhe, vou vendo e ou bem ou mal eu vou fazendo, porque eu por exemplo a situação das unhas, estar muito tempo com a roupa em cima das unhas (...) a situação dos calcanhares, essas coisas todas (...) Até penso a mudar a fralda pode haver uma maneira melhor, ensinar pronto, nós não nascemos ensinados.”* E7.

No âmbito de prestações pecuniárias e subsídios, os participantes consideram que há falta apoios direcionados à população idosa com baixos recursos económicos, *“A gente sabe que há muita gente com reforminhas muito baixinhas. Isso havia de haver mais apoios. Devia haver mais apoios da reforma (...).”* E12; *“A segurança social devia ter mais atenção. Por exemplo ela agora partiu os óculos, não dá. Pagou quatrocentos euros de óculos e a pensão é de quatrocentos euros, não dá. Tem de ter sempre dinheiro para conseguir dar.”* E13.

Um dos cuidadores afirma que a população idosa é um grupo discriminado e, que só conseguem aceder a cuidados que lhes permitem ter melhor qualidade de vida, aqueles cuja condição económica é estável, *“Só quem está dentro do assunto e a viver o assunto é que nota as dificuldades que existem tanto a nível de apoio como, nós, é muito difícil neste momento o idoso ter o apoio que merece porque eu acho que no fim da vida devia de haver mais olhamento aos idosos e que não está a haver, eles estão a ser discriminados e só quem tem algumas possibilidades financeiras é que consegue dar uma vida melhor aos utentes, coisa que isto hoje em dia não é possível.”* E17. Por último, o cuidador reitera que deveriam existir mais apoios a nível monetário à população idosa, considerando que o complemento por dependência é uma ajuda mínima para o custo real das respostas sociais, *“Aí é que é mais complicado e devia de haver mais apoio para os idosos porque com uma reforma de seiscentos e tal euros... portanto mesmo com os apoios da segurança social é cento e oitenta e qualquer coisa euros não chega a receber os setecentos euros porque é qualquer coisa à volta disso (...) A participação nas IPSS é muito pouco.”* E26.

V- DISCUSSÃO

Após a apresentação e análise dos resultados da investigação, o presente capítulo destina-se à realização de uma reflexão crítica acerca dos resultados obtidos e das limitações do estudo.

Por via da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas, constatou-se que são várias as dificuldades sentidas pelos cuidadores, familiares e figuras responsáveis no âmbito da preparação da alta dos utentes. Os obstáculos identificados, podem caracterizar-se como sendo de ordem psicológica, física, económica e social.

No âmbito da primeira categoria, que determina as dificuldades dos cuidadores, familiares e figura responsável na preparação da alta, destaca-se o grande desafio de encontrar uma resposta social que garanta a continuidade de cuidados especializados ao utente, e cujos custos do usufruto destes serviços sejam suportáveis pela pessoa cuidada e pelas famílias. Como fatores de ordem psicológica, a ansiedade e preocupação em encontrar uma resposta até ao final do internamento, por vezes, despoletam nas famílias uma sensação de impotência e incapacidade, decorrente deste ser um processo complexo e moroso.

Relativamente aos fatores ambientais, que prevêm as condições habitacionais e a existência de barreiras arquitetónicas, é fulcral ter em consideração que perante o agravamento do grau de dependência do utente, o meio envolvente deverá ser adaptado ou readaptado à sua atual condição, diminuindo assim os riscos da execução tarefas e maximizando a sua qualidade de vida.

Sabemos que outrora a ausência de regras que regulassem a construção do edificado, resultou na existência de várias barreiras arquitetónicas nas infraestruturas, designadamente escadas, desnivelamentos, largura de portas e corredores insuficientes, que não permitem a passagem de uma cadeira de rodas ou de uma maca, bem como casas de banho com banheiras e pavimentos escorregadios.

Em 1997, a publicação do Decreto-Lei n.º 123/97 de 22 de maio, previa a obrigação de serem adotadas um conjunto de regras para a eliminação de barreiras arquitetónicas em edifícios públicos, equipamentos coletivos e na via pública, de forma a garantir a melhoria das acessibilidades a pessoas com mobilidade reduzida.

Face à problemática citada, à necessidade de fazer cumprir os direitos dos cidadãos, e de fomentar a equidade de oportunidades, nos últimos anos, Portugal tem desenvolvido políticas que perspetivam a criação de uma sociedade mais inclusiva, por via da remoção de barreiras arquitetónicas e da construção de edificado sob as normas da acessibilidade. O planeamento, execução e coordenação de políticas que garantam os direitos das pessoas com deficiência e mobilidade condicionada, encontram-se sob alçada do Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P. (INR, I. P.) (Decreto-Lei n.º 125/2017 de 4 de outubro).

Contudo, a eliminação destes obstáculos, comporta despesas consideráveis, o que habitualmente condiciona a realização deste tipo de intervenções, dado os baixos rendimentos da população idosa. Porém, determinadas autarquias, pontualmente apoiam monetariamente o eleitorado em algumas adaptações para eliminação destas barreiras ou da disponibilização de ajudas técnicas e produtos de apoio.

A carência de projetos e políticas que considerem os domicílios da população, condicionam a capacidade funcional dos utentes após a alta e o exercício pleno da cidadania. Verificamos na análise das entrevistas, que a existência de barreiras no espaço físico, constitui um fator decisivo na escolha do destino pós-alta, podendo originar a institucionalização.

No que concerne os apoios sociais, subsídios e outros direitos sociais, vários participantes mencionaram ter requerido este tipo de apoios. Todavia, revelaram a excessiva burocracia inerente à solicitação dos mesmos e, concomitantemente, a morosidade na resposta referente à convocatória para juntas médicas e à comunicação do deferimento ou indeferimento destes mesmos apoios.

É de salientar que a elegibilidade para requerer determinados subsídios pressupõe, à partida, que o beneficiário e o requerente reúnam um conjunto de critérios. A título de exemplo, para requerer o estatuto do cuidador informal, a pessoa cuidada deve ser detentora de complemento por dependência ou subsídio por assistência à terceira pessoa (Departamento de Prestações e Contribuições, 2022). Assim sendo, em situações em que a pessoa cuidada não seja detentora destas prestações sociais, a possibilidade de requerer o estatuto do cuidador, estará pendente do requerimento e deferimento de um dos apoios anteriores, o que se traduz inevitavelmente no aumento da burocracia e dos tempos de espera.

Neste caso, verificamos que existem efetivamente um conjunto de políticas destinadas a promover o direito dos cuidadores e da pessoa cuidada, no entanto, muitos podem não chegar a usufruir devido à complexidade e morosidade dos processos. Cabe aos governos, garantir a preparação dos serviços públicos para gerirem estes processos e providenciarem reposta aos mesmos com a maior brevidade possível, sob pena dos beneficiários usufruírem tardiamente destes apoios.

Com especial enfoque, os cuidadores evidenciaram igualmente as dificuldades em conciliar a vida pessoal, profissional e familiar, o que se reflete na definição do projeto de vida dos utentes. Através da caracterização sociodemográfica dos cuidadores, constatou-se que a generalidade são mulheres, ativas profissionalmente e a quem continua maioritariamente atribuído o ato de cuidar. Um inquérito ao emprego realizado no 2º trimestre de 2018 corrobora o apurado na realização do presente estudo, na medida em que 34,0% dos participantes revelaram prestar cuidados a pessoas dependentes, dos quais 4,6% correspondiam a familiares dependentes com mais de 15 anos. Percentualmente, 54,7% dos prestadores de cuidados eram mulheres, com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos de idade (INE, 2018).

Na sociedade portuguesa, a família assume-se tradicionalmente como um pilar na prestação de cuidados aos seus idosos. Contudo, as estruturas e as dinâmicas familiares da atualidade não permitem às famílias a continuidade do desempenho deste papel (Rodrigues, 2018). Nos últimos anos, estas preocupações têm integrado as agendas políticas, e os governos têm instituído mecanismos e políticas promotoras desta conciliação. O 3 em Linha – Programa para a conciliação da vida profissional, pessoal e familiar 2018-2019, constitui um exemplo de um programa promotor da criação de algumas práticas conciliadoras, das quais se destaca a medida 25 do eixo 3, que consistiu no alargamento do projeto piloto realizado em Évora das ECCI24, a outros concelhos para a prestação de cuidados a pessoas dependentes e com doenças crónicas, 24 horas por dia, 12 horas em regime presencial e as restantes 12 horas através de contacto telefónico (República Portuguesa, 2018).

A segunda categoria de resultados obtidos, refere-se aos obstáculos na preparação da continuidade dos cuidados ao recorrer ao apoio de respostas sociais e de saúde, tendo os cuidadores considerado a insuficiência dos serviços e incapacidade destas respostas. Entre várias enumerações, destaca-se a de escassez de vagas em ERPI e a consequente dificuldade em obter uma vaga para os seus familiares. Constatou-se que

a oferta disponível nestas respostas sociais é insuficiente para a procura que existe, o que origina um acesso desigual a este tipo de cuidados, em particular nas IPSS e misericórdias, instituições que beneficiam de comparticipação da segurança social. Também em instituições de natureza privada, já se assiste a esta dificuldade.

Em sede de regulamento interno, as instituições estipulam os critérios de prioridade na admissão, cujo seu cumprimento nem sempre se verifica. Um dos participantes do estudo, que se deparou com esta dificuldade, proferiu ter de recorrer a uma “cunha” numa instituição.

Num estudo realizado pela Deco Proteste a familiares de idosos institucionalizados, relativamente ao custo e qualidade de vida dos idosos, conclui-se que em média, cada idoso aguarda 171 dias por uma vaga numa IPSS, 173 dias numa misericórdia e 108 dias em lares privados. Neste mesmo estudo, verificou-se ainda que as mensalidades são muito superiores aos rendimentos auferidos pelos idosos, e que a diferença é, na generalidade, suportada pela família (Lusa, 2020).

Face ao exposto, urge aumentar a capacidade de respostas dirigidas à população idosa, em particular em ERPI, cabendo ao Estado a criação de políticas que fomentem o crescimento destas respostas, quer seja ao nível da centralização destes serviços sob a sua tutela, o que não se verificou até à atualidade, ou através da disponibilização de linhas de investimentos, que permitam às entidades do terceiro setor ampliar largamente a sua resposta. No caso da saúde, o Estado estabelece acordos com os hospitais privados, decorrente da incapacidade do SNS responder a todas as solicitações, ora, se no âmbito da institucionalização em ERPI deixou de existir uma resposta cabal e imediata, também ao nível destas respostas, a Segurança Social poderia estabelecer acordos com lares privados, colmatando parte deste problema. No caso das entidades de economia social, seria prudente maior fiscalização por parte da Segurança Social no âmbito da gestão da admissão dos utentes para as vagas comparticipadas, de modo a garantir a equidade no acesso, dado que grande parte do financiamento que garante a sustentabilidade destas organizações provém do orçamento de Estado.

Em particular, nas respostas sociais de Centro de Dia e SAD, os participantes consideraram-nas desadequadas e ultrapassadas, uma vez que os serviços prestados pelas mesmas são insuficientes para as atuais necessidades dos cuidadores e da pessoa cuidada.

No caso do SAD, a prestação dos serviços varia entre as 08:00h e

16:00h/17:00h. Após esse horário, os serviços encerram e em poucas respostas existe o serviço de teleassistência. A maioria destas respostas encerram ao domingo. O período noturno, é encarado com grande preocupação pelos cuidadores, uma vez que findo os serviços, o utente só recebe novamente apoio no dia seguinte. É de salientar que as equipas de SAD prestam os cuidados de mobilização e de cuidados de higiene diária até cerca das 11:00h. Em centro de dia, os cuidadores destacam as poucas atividades para a manutenção do estado funcional dos idosos.

Desta forma, é emergente promover uma reestruturação das respostas sociais para que respondam às reais necessidades da população. Ao constatar a ausência de capacidade de resposta de institucionalização, as respostas dirigidas à população que se encontra no domicílio, devem ser reforçadas e versáteis, oferecendo um leque de serviços que não se cinjam à satisfação das necessidades mais básicas, mas que promovam igualmente o bem-estar e qualidade de vida dos idosos, designadamente, fisioterapia, serviços de enfermagem, terapia ocupacional, psicologia e/ou animação sociocultural.

Uma das conclusões retiradas da análise de resultados, prende-se com a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde. De um modo geral, os participantes consideram que existem boas respostas, no entanto revelam que os serviços não têm capacidade para responder às solicitações. Particularmente, os cuidadores aludiram à dificuldade em aceder aos cuidados de saúde primários, tendo enumerado algumas das razões, tais como a ausência de médico de família, de acesso a consultas, acompanhamento após os internamentos na RNCCI ou no hospital de agudos.

Esta incapacidade de resposta e de acompanhamento por parte dos serviços de saúde de proximidade, resultam na obstrução das urgências hospitalares pela população, muitas vezes para resolução de episódios que poderiam ser solucionados através dos cuidados de saúde primários. De acordo com a Ordem dos Médicos (2022), até ao final de abril do corrente ano, mais de um milhão de portugueses não tinha médico de família atribuído. A reforma do SNS e aperfeiçoamento das repostas, devem ser constantes de modo a acompanhar as carências da população.

A nível socioeconómico, a globalidade dos participantes, revelou que os rendimentos da pessoa cuidada não cobrem os custos para os cuidados de saúde e apoio social de que necessita. Em causa, está a carência económica das populações, dado o baixo valor das pensões. De acordo com dados do INE (2022), o valor médio das pensões da Segurança Social em 2021 em Portugal, foi de 5845,00€/ano, valor que,

dividido pelos 14 meses (considerando os meses referentes ao pagamento do subsídio de férias e do subsídio de Natal), equivale ao valor mensal 417,50€.

Neste âmbito, é várias vezes necessária a contribuição da família para comparticipação dos valores a liquidar mensalmente nas respostas sociais, tendo os cuidadores demonstrado preocupação com despesas acrescidas, tais como fraldas, medicação, sessões de fisioterapia ou outras eventualidades que possam surgir.

Relativamente à subcategoria referente à capacitação do cuidador durante o internamento na UMDR, verifica-se a necessidade de a rede formal de cuidados de saúde dotar os cuidadores de competências que lhes permitam atuar com conhecimento e aplicar técnicas especializadas. Deste modo, é fundamental planear de forma precoce a alta, por parte da equipa multidisciplinar, a fim de educar e orientar os cuidadores na prestação dos cuidados, em particular aquando do regresso ao domicílio. Num estudo realizado por Araújo et al. (2020), a implementação do programa InCARE (intervenção para cuidadores informais de idosos pós-AVC), que tinha como objetivo treinar os cuidadores informais para a prática de cuidados, bem como facilitar a adaptação do cuidador à complexidade de cuidar de um idoso pós-AVC, permitiu o aperfeiçoamento das técnicas numa amostra de cuidadores informais de sobreviventes de AVC. As evidências demonstram que o fornecimento de informações e o treino dos cuidadores, no envolvimento em atividades práticas com doentes com AVC, obteve resultados positivos, que permitiram a melhoria da qualidade de vida e um decréscimo do risco de sobrecarga dos cuidadores (Araújo et al., 2020).

Por último, na quinta categoria, que aborda questões relacionadas com apoios sociais, subsídios e investimentos na área do envelhecimento, os cuidadores demonstraram ter sido informados e esclarecidos acerca dos seus direitos sociais enquanto os seus familiares estavam internados na UMDR - Residência Sénior da Redinha. Nesta categoria, os participantes destacaram a necessidade de investir na área do envelhecimento, designadamente através da reestruturação dos serviços prestados pelas entidades de saúde e de apoio social.

Conforme foi possível constatar ao longo do estudo, a oferta de serviços prestados pelas respostas sociais, estão atualmente desfasados daquelas que são as atuais necessidades dos cuidadores e da pessoa cuidada. De acordo com Rodrigues (2018), as respostas sociais devem ser alvo de reestruturação, com a disponibilização de serviços adaptados aos utilizadores e à comunidade local onde estão inseridas.

Por sua vez, também no âmbito dos cuidados de saúde, se verifica um défice na capacidade de dar resposta às solicitações e de criar condições que permitam aos cuidadores dos idosos garantir os cuidados desta natureza.

É neste âmbito que as políticas públicas assumem um papel crucial no Estado Social e assumem um impacto direto na vida dos cidadãos. As políticas de saúde devem assim, garantir a sustentabilidade, equidade, resultados e qualidade do sistema de saúde (Vieira da Silva, 2012).

13. Limitações do Estudo

Para a obtenção da amostra, foi definido um espaço temporal que contemplava os utentes admitidos na UMDR entre 1 de abril de 2021 e 31 de outubro de 2021 inclusive. Previamente à recolha de dados, perspetivou-se que a amostra corresponderia a cerca de 60 participantes, contudo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi de 30 participantes.

Desta forma, considera-se que o alargamento do espaço temporal seria fundamental para a ampliação da amostra, permitindo a obtenção de maior representatividade e heterogeneidade de resultados.

Como limitação, considera-se ainda o facto de a entrevista ter sido realizada pela investigadora que cumulativamente desempenha a função de Assistente Social na UMDR- Residência Sénior da Redinha, e que teve contacto com os participantes do estudo durante o internamento. Desta forma, seria benéfico a realização da entrevista por um entrevistador imparcial, dado as respostas enviesadas pela ligação estabelecida anteriormente.

Como sugestão, sugere-se a realização de estudos semelhantes com uma amostra mais abrangente. Seria igualmente benéfico incluir a perspetiva dos utentes relativamente aos desafios relacionados com a preparação da alta e da adequação das respostas as suas necessidades e preferências.

VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidadores depararam-se com vários constrangimentos inerentes à preparação da alta dos seus familiares. Dado o caráter temporário da RNCCI, a preparação da alta deve ser iniciada desde o momento da admissão, contudo, as respostas existentes na comunidade condicionam este processo, pela incapacidade de garantirem o acompanhamento do utente à data da alta, provocando uma sensação de impotência nos cuidadores.

Com uma população envelhecida, a atenção dos governantes tem inevitavelmente de recair sobre as questões do envelhecimento proporcionando, por via da execução de políticas públicas sociais e de saúde, a reestruturação dos serviços e das respostas existentes. A ação destes dois setores, deverá andar par a par na prossecução destes objetivos.

De um modo geral, com base na perspetiva dos cuidadores, verifica-se a existência de múltiplas políticas desenhadas para responder às necessidades do quotidiano, porém os tempos de espera para a obtenção da resposta e apoios necessários, condicionam a sua proficuidade.

Após a alta da UMDR, a ausência da continuidade de um acompanhamento próximo aos cuidadores e às pessoas cuidadas, por parte das ECCI ou médicos e enfermeiros de família, no caso dos utentes, pode colocar em causa todo o processo de reabilitação, dado que se não existir a manutenção dos ganhos obtidos em saúde. Assim, a perda destas competências será galopante. A ausência deste acompanhamento traduzir-se-á no aumento dos gastos em saúde, podendo levar novamente à necessidade de reingresso na RNCCI e hospitalizações.

De acordo com Rodrigues (2018), futuramente, as soluções devem responder às necessidades dos indivíduos e considerar a realidade do seu dia-a-dia, por via de uma perspetiva centrada na pessoa e nas características da comunidade onde estão inseridas. Assim sendo, urge repensar as políticas de saúde, com o intuito de garantir a melhoria continuada dos serviços prestados.

Todavia, a implementação de políticas públicas e programas deve ser sempre acompanhada de monitorização, garantindo assim a sua execução e permitindo identificar as adaptações necessárias. As necessidades da população e os modos de vida, estão em permanente alteração, pelo que o seu acompanhamento deve ser constante.

VII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2021). *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)* Recuperado de <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/07/Relatorio-de-Monitorizac%CC%A7a%CC%83o-da-RNCCI-Anual-2021-vF1.pdf>
- Andrade, F. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Portugal. Recuperado de https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J., & Teixeira, L. (2020). A quasi-experimental study of the effect of an intervention on older stroke survivors' functionality. *Applied Nursing Research*, 55: 151280, 1-5. doi: 10.1016/j.apnr.2020.151280.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Branco, F., & Farçadas, M. (2012). O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspectivas e Desafios. In M. Carvalho (Eds.), *O Serviço Social na Saúde* (pp. 1-24). Lisboa, Portugal: Pactor – Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Branco, R. (2017). Entre Bismarck e Beveridge: Sociedade Civil e Estado Providência em Portugal (1960-2011). *Análise Social*, 224, 534-558. Recuperado de <https://revistas.rcaap.pt/analisesocial/article/view/22441/16542>
- Carvalho, A. (2016). *Internamento na Rede de Cuidados Continuados e o destino pós alta: importância da capacidade funcional do utente e as dificuldades do cuidador/família* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal. Recuperado de https://eg.uc.pt/bitstream/10316/41231/1/Ana%20Filipa%20Lopes%20Carvalho_tese_completa.pdf
- Carvalho, M. (2012). *O Serviço Social na Saúde* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Pactor – Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.

- Carvalho, V. (2007). *A Sustentabilidade da Segurança Social* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Direito, Portugal. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ng8kIZSXAR8J:https://www.cije.up.pt/download-file/153&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=lu>
- Centro Nacional de Pensões. (2022). *Guia Prático, Complemento Solidário para Idosos. Instituto de Segurança Social, I.P.* Recuperado de https://www.seg-social.pt/documents/10152/15014/8002_complemento_solidario_idosos/d3551bf8-8ffa-4caf-8d26-3d0627d0fae4 [acedido a 10/03/2022]
- Comité Económico e Social Europeu. (2011). As consequências do envelhecimento da população para os sistemas sociais e de saúde. *Official Journal*, 44, 10-16. Recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52010AE0972>.
- Constituição da República Portuguesa. *Diário da República n.º 86/1976 de 10 de abril - Série I*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Crisóstomo, S. (2016). O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa: saúde. *Sociologia, Problemas e Práticas*, número especial, 33-48. doi: 10.7458/SPP2016NE10349
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. *Diário da República n.º 109/2006 - Série I-A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 123/97 de 22 de maio. *Diário da República n.º 118/1997 - Série I-A*. Ministério da Solidariedade e Segurança Social. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 125/2017 de 4 de outubro. *Diário da República n.º 192/2017 - Série I*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho. *Diário da República n.º 145/2015 - Série I*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 139/2013 de 9 de outubro. *Diário da República n.º 195/2013 - Série I*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de julho. *Diário da República n.º 162/1999 - Série I-A*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa, Portugal.

- Decreto-Lei n.º 328/93 de 25 de setembro. *Diário da República n.º 226/93 - Série I*.
Ministério do Emprego e da Segurança Social. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 48357 de 27 de abril. *Diário do Governo n.º 101/1968 - Série I*.
Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 56/2019 de 29 de agosto. *Diário da República n.º 165/2016 - Série I*.
Ministério da Administração Interna. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro. *Diário da República n.º 19/2010 - Série I*.
Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 97/98 de 18 de abril. *Diário da República n.º 91/1998 - Série I-A*.
Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Departamento de Prestações e Contribuições. (2022). *Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal*. Recuperado de <https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004-Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5> [acedido a 07/08/2022]
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://seg-social.pt/documents/10152/146439/rncci_boas_praticas_assistentes_sociais_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555 [acedido a 07/02/2022]
- Dixe, M. A., Teixeira, L., Areosa, T. J., Frontini, R., Peralta, T., & Querido, A. I. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1-9. doi: 10.1186/s12877-019-1274-0
- Eurocid. (s.d). *Plano de Recuperação e Resiliência*. Recuperado de <https://eurocid.mne.gov.pt/artigos/plano-de-recuperacao-e-resiliencia> [acedido a 07/08/2022]
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2021). *Carta Social Rede de Serviços e Equipamentos, Relatório de 2020*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Recuperado de <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csosocial2020.pdf/54b90a92-0a88-4d78-b99a-c53b7061fd0e> [acedido a 10/03/2022]

- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Inquérito Nacional de Saúde – 2014*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=224733757&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt [acedido a 15/01/2022]
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Conciliação da vida profissional com a vida familiar*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://cite.gov.pt/documents/14333/163582/07_Conc_Vida_Fam_Vida_Profis_2T2018.pdf [acedido a 10/09/2022]
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt [acedido a 15/01/2022]
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Tábuas de Mortalidade em Portugal – Desagregação regional 2018-2020*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=473165032&DESTAQUESmodo=2 [acedido a 15/01/2022]
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Valor médio das pensões da segurança social (€/ N.º) por Local de residência, em 2021*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0008248&selTab=tab0 [acedido a 10/09/2022]
- International Federation of Social Workers. (2014). *Definição Global de Serviço Social*. Recuperado de <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> [acedido a 04/02/2022]
- Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro. *Diário da República n.º 171/2019 - Série I*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Lisboa, Portugal.
- Lei n.º 28/84 de 14 de agosto. *Diário da República n.º 188/1984 - Série I*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lei n.º 48/90 de 24 de agosto. *Diário da República n.º 195/1990 - Série I*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. *Diário da República n.º 172/2012 - Série I*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

- Lei n.º 56/79 de 15 de setembro. *Diário da República n.º 214/1979 - Série I*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro. Código do Trabalho (CT) - Artigo 252.º. *Diário da República n.º 30/2009 - Série I*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lopes Martins, L. (2020). *Aula Teórica da Unidade Curricular de Fundamentos de Direito Aplicados à Saúde*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal.
- Lopes, M. A. (2010). *Proteção social em Portugal na idade moderna*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lusa. (2020). *Deco alerta para deterioração da qualidade de vida em lares*. Recuperado de <https://www.dn.pt/pais/deco-alerta-para-deterioracao-da-qualidade-de-vida-de-idosos-em-lares-13077774.html> [acedido a 04/08/2022]
- Matos, M. (2014). *O Estado-Providência em Portugal e as Políticas Sociais: avaliação da implementação das Cantinas Sociais* (Dissertação de Mestrado). ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia, Portugal. Recuperado de <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/9008/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Marta%20Matos.pdf>
- Ministério da Saúde & Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (s.d.). *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019/c5053a1b-582a-40f0-b601-cc1bb6f29a6e> [acedido a 15/01/2022]
- Ministério do Planeamento. (2021). *Plano de Recuperação e Resiliência – Recuperar Portugal, construindo o Futuro*. Recuperado de <https://recuperarportugal.gov.pt/wp-content/uploads/2021/10/PRR.pdf>
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2021). *Evolução do sistema de Segurança Social*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.seg-social.pt/evolucao-do-sistema-de-seguranca-social> [acedido a 15/01/2022]
- Nunes, A. (2019). Políticas de Saúde em Portugal: Reformas, desafios e perspetivas futuras. *UNILUS Educação e Pesquisa*, 16(43), 41-51. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/340091907_Políticas_de_saude_em_Portugal_reformas_desafios_e_perspetivas_futuras

Oliveira, R. (2018). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em Cuidados de Reabilitação* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Tomar, Escola Superior de Gestão, Portugal. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28548/1/conj%20doc%20diss%20RO_9_11_2018%20%28Guardado%20automaticamente%29.pdf

Ordem dos Médicos. (2022). *Mais 300 mil utentes sem médico de família desde 2021*. Recuperado de <https://ordemosmedicos.pt/mais-de-300-mil-utentes-sem-medico-de-familia-desde-2021/#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20portugueses%20sem,n%C3%BAmero%20situava%2Dse%20nos%20909%2C208.> [acedido a 04/08/2022]

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013). *The Netherlands - Highlights from A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*. Bruxelas, Bélgica: Autor. Recuperado de <https://www.oecd.org/els/health-systems/Netherlands-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na EU*. Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde: Autor. Recuperado de https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2021_766c3111-pt#page24

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra, Suíça: Autor. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6 [acedido a 14/03/2022]

Pereira, M. (2018). *Cuidadores informais: dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais, Portugal. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28267/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Mestrado_GerontologiaSocial_MartaPereira.pdf

- Pereirinha, J., & Nunes, F. (2006). Política Social em Portugal e a Europa, 20 anos depois. *A Economia Portuguesa*, 20, 283-326. Recuperado de <https://docplayer.com.br/224989207-Politica-social-em-portugal-e-a-europa-20-anos-depois.html>
- Pordata. (2022a). *Taxa de risco de pobreza por grupo etário: antes e após transferências sociais*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+risco+de+pobreza+por+grupo+et%C3%A1rio+antes+e+ap%C3%B3s+transfer%C3%A2ncias+sociais-3009>
- Pordata. (2022b). *Índice de dependência de idosos*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de [://www.pordata.pt/Municipios/%c3%84ndice+de+depend%C3%aancia+de+idosos-461](https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%84ndice+de+depend%C3%aancia+de+idosos-461)
- Portaria n.º 17/2020 de 24 de janeiro. *Diário da República n.º 17/2020 - Série I*. Finanças, Trabalho, Solidariedade, Segurança Social e Saúde. Lisboa, Portugal.
- Predebon, M. L., Dal Pizzol, F. L. F., Santos, N. O., Bierhals, C. C., Rosset, I., & Paskulin, L. M. (2021). The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. *Investigación y Educación en Enfermería*, 39(2), 1-16. doi: 10.17533/udea.iee.v39n2e03
- Rendeiro, S. (2015). *Impacto das Políticas de Austeridade no Protelamento das Altas Sociais em Hospitais Públicos e o Trabalho dos Assistentes Sociais* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal. Recuperado de <https://dspace.ismt.pt/bitstream/123456789/516/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Sofia%20Rendeiro.pdf>
- República Portuguesa. (2018). *3 em Linha – Programa para a conciliação da vida profissional, pessoal e familiar 2018-2019*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABAAAszCxBAC2t1M6BAAAAA%3d%3d>
- Rodrigues, M., & Silva, P. (2016). A constituição e as políticas públicas em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, número especial, 13-22. doi: 10.7458/SPP2016NE10347

- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e Políticas de Saúde*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Santos, J. L., Erdmann, A., Meirelles, B., Lanzoni, M., Cunha, V., & Ross, R. (2017). Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(3), 1-9. doi: 10.1590/0104-07072017001590016
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Silva, F. (2013). *O Futuro do Estado Social*. Lisboa, Portugal: Relógio D'Água Editores.
- Silva, M. (2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 121-128. doi: 10.7458/SPP201269790
- Silva, M. (2016). Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. *Serviço Social & Sociedade*, 126, 215-234. doi: 10.1590/0101-6628.066
- Sousa, A., & Sousa, A. (2013). Política social pós-segunda guerra mundial: construção do Welfare State sob a concepção de cidadania e seguridade social. *VI Jornada Internacional de Políticas Públicas*. Recuperado de <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/pdf/politicassocialpos-segundagueamundial.pdf> [acedido a 04/02/2022]
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2022). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Recuperado de https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a [acedido a 03/03/2022]
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2007). *Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. “Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados”*. Recuperado de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf

APÊNDICE I

Apêndice I- Tabela do custo diário por utente em cada tipologia da RNCCI, previsto na Portaria n.º 17/2020, de 24 de janeiro.

Tipologia	Encargos com cuidados de saúde (utentes/dia)	Encargos com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de UP (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utentes/dia)	Total (utente/dia)
I – Diária de internamento por utente					
Unidade de Convalescença	93,85€	15,57€			109,42€
Unidade de Média Duração e Reabilitação	57,84€	12,45€	20,55€		90,84€
Unidade de Longa Duração e Manutenção	19,31	10,37€	31,47€	1,28€	62,43€
II- Diárias de ambulatório por utente					
Unidade de Dia e Promoção de Autonomia	9,94€				9,94€

APÊNDICE II

Apêndice II – Tabela de Frequências - Entidades Responsáveis pela Referenciação dos Utentes para a UMDR- RNCCI

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Centro de Saúde	7	23,3	23,3	23,3
	Hospital	23	76,7	76,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela de Frequências I: Entidade Responsáveis pela Referenciação dos Utentes para a UMDR- RNCCI

Fonte: Elaborado pela autora Joana Vicente com recurso ao *SPSS -Statistical Package for Social Sciences*

APÊNDICE III

Apêndice III – Tabela de Frequências – Patologia Principal dos Utentes

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Úlceras	2	6,7	6,7	6,7
	AVC	11	36,7	36,7	43,3
	Amputação	2	6,7	6,7	50,0
	Pneumonia	3	10,0	10,0	60,0
	Fraturas	7	23,3	23,3	83,3
	Septicemia	1	3,3	3,3	86,7
	Insuficiência Cardíaca	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela de Frequências II: Patologia Principal dos Utentes

Fonte: Elaborado pela autora Joana Vicente com recurso ao *SPSS -Statistical Package for Social Sciences*

APÊNDICE IV

Apêndice IV – Tabela de Frequências - Género do Cuidador

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Feminino	26	86,7	86,7	86,7
	Masculino	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela de Frequências III: Género do Cuidador

Fonte: Elaborado pela autora Joana Vicente com recurso ao *SPSS -Statistical Package for Social Sciences*

APÊNDICE V

Apêndice V – Tabela de Frequências - Faixa Etária dos Cuidadores

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Entre os 31 e os 40 anos	3	10,0	10,0	10,0
	Entre os 41 e os 50 anos	12	40,0	40,0	50,0
	Entre os 51 e os 60 anos	12	40,0	40,0	90,0
	61 ou mais anos	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela de Frequências IV: Faixa Etária dos Cuidadores

Fonte: Elaborado pela autora Joana Vicente com recurso ao *SPSS -Statistical Package for Social Sciences*

APÊNDICE VI

Apêndice VI- Tabela de Frequências - Grau de Parentesco dos Cuidadores

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido Cônjuge	3	10,0	10,0	10,0
Sobrinho(a)	5	16,7	16,7	26,7
Filho(a)	21	70,0	70,0	96,7
Amigo(a)	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabela de Frequências V: Grau de Parentesco dos Cuidadores

Fonte: Elaborado pela autora Joana Vicente com recurso ao *SPSS -Statistical Package for Social Sciences*

APÊNDICE VII

Apêndice VII – Tabela de Frequências - Situação Profissional dos Cuidadores

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Ativo(a)	22	73,3	73,3	73,3
	Desempregado(a)	4	13,3	13,3	86,7
	Reformado(a)	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela de Frequências VI: Situação Profissional dos Cuidadores

Fonte: Elaborado pela autora Joana Vicente com recurso ao *SPSS -Statistical Package for Social Sciences*

APÊNDICE VIII

Apêndice VIII – Tabela de Frequências - Grau de Dependência do Utente à Data de Admissão

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Dependente em Grau Elevado	18	60,0	60,0	60,0
	Dependente em Grau Moderado	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabela de Frequências VII: Grau de Dependência do Utente à Data de Admissão

Fonte: Elaborado pela autora Joana Vicente com recurso ao *SPSS -Statistical Package for Social Sciences*

APÊNDICE IX

Apêndice IX – Tabela de Frequências - Grau de Dependência do Utente à Data da Alta

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido Dependente em Grau Elevado	10	33,3	33,3	33,3
Válido Dependente em Grau Moderado	18	60,0	60,0	93,3
Válido Autónomo	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabela de Frequências VIII: Grau de Dependência do Utente à Data da Alta

Fonte: Elaborado pela autora Joana Vicente com recurso ao *SPSS -Statistical Package for Social Sciences*

APÊNDICE X

Apêndice X – Tabela de Frequências - Destino Pós-Alta dos Utentes

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido Domicílio	18	60,0	60,0	60,0
ERPI	9	30,0	30,0	90,0
Vaga reservada à Segurança Social	1	3,3	3,3	93,3
Família de Acolhimento	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabela de Frequências IX: Destino Pós-Alta dos Utentes

Fonte: Elaborado pela autora Joana Vicente com recurso ao *SPSS -Statistical Package for Social Sciences*

APÊNDICE XI

Apêndice XI – Análise de Conteúdo das Entrevistas Semiestruturadas

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Referências
1.Dificuldades identificadas pelos cuidadores/familiares/figura responsável na preparação da alta	a) Incerteza e preocupação em garantir a continuidade de cuidados na pós-alta ao utente	<p><i>“A preocupação é conseguir manter os cuidados especializados que ele precisava e continua a precisar. Esse foi um desafio grande, precisamente na procura dessa solução.” E1</i></p> <p><i>“A maior dificuldade foi encontrar um sítio onde o colocar...” E4</i></p> <p><i>“...Não sabia para onde é que ela podia ir e encontrar o sítio certo, o lar certo para ela estar, o melhor lugar possível.” E10</i></p> <p><i>“É assim, a preparação era a preocupação onde é que eu a havia de pôr porque eu não sabia o que é que os filhos pensavam porque eles não resolviam nada...” E22</i></p> <p><i>“Arranjar sítio para ela ir... (risos)” E26</i></p> <p><i>“A nº1 é encontrar algo onde os idosos fiquem bem e a preços acessíveis” E17</i></p> <p><i>“Para quem não está à espera, três meses é muito pouco para preparação, uma vez que não há apoio nenhum nem do centro, nem de qualquer instituição de saúde” E27</i></p>	8

		<p>“Procurar um lar de terceira idade. Mentalmente não estava preparada” E28</p>	
	b) Fatores ambientais	<p>“...O facto de a casa ter escadas nomeadamente para os quartos, embora tenha todas as condições.” E2</p> <p>“Primeiro não tinha condições em casa e penso que normalmente ninguém tem então vi-me obrigada a procurar um lar.” E5</p> <p>“A habitação do meu pai não teria condições para ele regressar ao seu ambiente normal, residencial não é...” E8,</p> <p>“ As principais dificuldades foram lá em casa, adaptar a casa...” E11</p> <p>“Nas alterações das camas, do clima, em casa era muito frio, a nossa casa não tem esses aquecimentos...” E19</p>	5
	c) Readaptação ao domicílio	<p>“Ficava preocupado com o facto dela ter de lidar com o fogão com o gás...” E2</p> <p>“Eu dificuldades senti que ela não fazia aquilo que fazia aí. Ela na UCCI vinha treinada e em casa fez um dia ou dois e depois deixou.” E14</p>	2
	d) A insegurança do	<p>“Ao fim ao cabo a minha grande</p>	3

	<p>cuidador com a alteração do grau de dependência da pessoa cuidada</p>	<p><i>preocupação é que ela vivia sozinha e era autônoma nos autocuidados e de repente fiquei com uma situação de dependência na altura.” E2</i></p> <p><i>“Muitas, porque uma pessoa que não anda e não se mexe completamente...” E5</i></p> <p><i>“Depois não conseguia avaliar até que ponto ele ia conseguir fazer ou não as coisas.” E28</i></p>	
	<p>e) Baixa literacia em saúde</p>	<p><i>“Mas também é preciso que nós estejamos informados dessas soluções que existem que é o caso por exemplo dos cuidados continuados integrados, por exemplo ECCI, muita gente nem sabe que isso existe...” E1</i></p> <p><i>“Há coisas que agente deixa para trás por não saber.” E14</i></p> <p><i>“Quem não está habituado, não sabe a quem recorrer e onde se dirigir.” E28</i></p>	<p>3</p>
	<p>f) Burocracia e morosidade dos processos</p>	<p><i>“Pensei em comprá-la mas estava a ver se conseguia o atestado multiusos a ver se conseguia que a segurança social me desse, porque dizem que paga essas coisas a 100%, mas também não é culpa deles, é culpa da médica de família que estou há espera do relatório há um mês e ela ainda não mo passou. Demora...</i></p>	<p>7</p>

	<p><i>muito devagarinho (...) é tudo muito devagarinho, à espera disto à espera daquilo.” E7</i></p> <p><i>“...se fosse sozinha a fazer tudo, seria mesmo muito complicado e dada a burocracia que nos exigem.” E10</i></p> <p><i>“...ela foi a uma junta médica ainda estava aí na vossa instituição, só que acabei por nunca saber se lhe chegaram a dar alguma coisa ou não.” E12</i></p> <p><i>“Sabe há quanto tempo estou à espera? Há mais de um ano. Para ser chamada ao atestado multiuso para o delegado de saúde.” E14</i></p> <p><i>“Ainda não se desenrolou o processo, quando vierem se calhar já nem são precisos.” E16</i></p> <p><i>“Tá a receber há dois meses e veja ao tempo que ela saiu daí, muito moroso, muito moroso... Estou à espera de um reembolso que ela foi à junta médica desde setembro, isto é vergonhoso, vergonhoso...” E17</i></p> <p><i>“Há um que está pendente da resposta que não é fácil. Neste país as coisas andam muito lentas, já se sabe não é...” E25</i></p>	
<p>g) Conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional</p>	<p><i>“ (...)porque eu iria trabalhar em teletrabalho e não iria ter condições de o ter em casa.” E1</i></p>	<p>6</p>

		<p><i>“A maior dificuldade é conciliar o trabalho e cuidar de uma pessoa que depende para tudo (...) mas uma das coisas, eu nunca mais tive um domingo, quer dizer eu posso ter o domicílio ao domingo para almoço e lanche mas não é o suficiente para eu tirar um domingo de descanso, sair de casa e ter um domingo de descanso.” E6</i></p> <p><i>“As principais dificuldades foram lá em casa (...) eu conseguir ajustar os nossos horários, trabalhamos todos por turnos. Conciliar a vida laboral com a familiar.” E11</i></p> <p><i>“Tive de readaptar a minha vida toda porque eu tinha uma vida social muito ativa, estou metida na política, pertenço a instituições e não sei quê e eu tive de começar a cortar coisas da minha vida por ter a minha mãe em casa (...) eu não posso deixar de ter a minha vida e pronto tive de readaptar a minha vida...” E13</i></p> <p><i>“...nós temos o trabalho, temos a nossa vida, eu tenho os netos para cuidar e não tenho possibilidade de estar com a minha mãe.” E17</i></p> <p><i>“Em termos de disponibilidade para ajudar o meu pai no dia-a-dia, no acompanhamento em termos de fisioterapia que é muito importante e</i></p>	
--	--	--	--

		<i>se deixa de ter que para mim não é o trabalho que devia ser feito porque a descontinuidade faz com que haja perda (...) isso deixa de existir, porque da parte do cuidador deixa de haver disponibilidade para fazer esse trabalho.” E18</i>	
	h) Sobrecarga do cuidador	<p><i>“Fui, mas há alturas em que não consigo...” E14</i></p> <p><i>“(...) e eu nunca pensei que fosse tão difícil lidar com ele da forma como ele está, até posso adiantar à senhora que ele vai para o lar a partir de segunda-feira (...) e o cuidador... eu vai em 4 anos e eu estou completamente esgotada eu tinha 69 e ele 78 anos.” E15</i></p> <p><i>“Olhe... primeiro foram ela ser teimosa, pronto. Foi muito complicado porque ela não queria nenhum apoio, eu sozinha, eu tinha que lá ir. Tive muitas dificuldades. Sozinhas e rejeitava qualquer ajuda. Era uma pessoa agressiva e houve muita dificuldade e uma pessoa com 95 anos não é... é muito complicado” E24</i></p>	3
2. Obstáculos na preparação da continuidade dos cuidados com recurso a respostas sociais e de saúde	i) Escassez de vagas	<i>“Talvez não exista é tanta oferta como seria desejável. Mas até considero que o nosso sistema está bem organizado e tem respostas adequadas.” E1</i>	10

		<p><i>“Mesmo privados eles não têm capacidade de chegar a todas as situações, mas existe (...) de facto devia haver muito mais capacidade para responder a estas solicitações.”</i></p> <p>E2</p> <p><i>“...acho que há poucos sítios para estes tipos de coisas, este tipo de situações difíceis que uma pessoa não consegue lidar (...) isto não é bem como agente pensa, eles dizem-nos que sim, nós até damos prioridade às pessoas cá da terra... Impossível! (...) Isto é um bocadinho frustrante.”</i> E5</p> <p><i>“Ora, a grande dificuldade foi conseguir um lar, não há vagas nos lares mesmo suportando custos mais elevados não há vagas, essa foi a grande dificuldade.”</i> E8</p> <p><i>“...mas o que me diziam é que não havia vagas e as que havia não era para as do Estado e outras porque têm mais de 100 inscrições, é muito mau para o doente e para quem está a cuidar, para o cuidador.”</i> E15</p> <p><i>“Eu para conseguir ter a minha mãe onde tem tenho, eu não tenho vergonha de dizer eu tive de meter cunha para a minha mãe entrar num lar, isto é horrível, isto é horrível. Isto é muito mau mesmo. E não sei</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>até quando aguento tê-la lá.” E17</i></p> <p><i>“Arranjar sítio para ela ir... (risos) arranjar vaga nos lares.” E26</i></p> <p><i>“Não, não tem, não tem. As respostas são poucas...” E22</i></p> <p><i>“Nunca são muitas, eu acho que não. Havia de haver mais... eu estou a falar nem tanto da minha sogra mas dos meus pais. Há situações que realmente há poucos cuidados, há poucas vagas realmente... prontos...” E23</i></p> <p><i>“... arranjar vaga nos lares.” E26</i></p>	
	<p>j) Desadequação dos serviços prestados pelas respostas sociais</p>	<p><i>“Fica muito aquém. Acho que podia ser muito melhor e acho que parte do ser humano. Às vezes é má vontade é o que eu acho.” E4</i></p> <p><i>“Não, acho que não temos condições para dar uma resposta cabal e imediata a essa situação porque a nossa população está com um envelhecimento mais tardio e automaticamente precisam de uma prestação e acompanhamento mais prolongado e que não há estruturas sociais suficientes para esse facto.” E8</i></p> <p><i>“Éramos nós que prestávamos o apoio, porque o apoio domiciliário</i></p>	<p>12</p>

nesta zona é o seguinte, de manhã vêm levantar se for preciso até às onze horas e à noite às cinco e vão embora, e para isso agente faz.” E14

“Elas vêm de manhã, fazem higiene e depois vão se embora (...) não tem sido fácil.” E15

“Eu acho que não. Ainda nos falta muito. Nós queríamos a nível de assistência e são levantados alguns problemas, só fazem a assistência se for dois ou três pacotes.” E16

“Não porque não há durante a noite e durante a noite ele precisa de auxílio para ir a casa de banho, quedas, glicémias.” E18

“Mas por exemplo, no centro de dia onde ela está e estão mais, acho que devia de haver alguém que fizesse alguns exercícios que elas vão para lá e praticamente estão assentadas... que fizesse exercícios, que elas andassem... acho que devia de haver alguém que desse esse apoio.” E23

“a.... Havia de haver respostas mais abrangentes, aquilo que nós temos ainda é muito pouco para o que os idosos necessitam, eu por exemplo se quisesse pôr um apoio ao domicílio e podia não ser aqui perto... devia de haver mais, sim, sim, sim, sim...”

	<p>E24</p> <p><i>“Não são, não são. a..... Olhe, porque por vezes não é fácil de gerir estas situações por exemplo em não haver logo uma resposta pronta. A pessoa às vezes se calhar precisava de uma resposta de um dia para o outro e não a tem.” E25</i></p> <p><i>“Aí é que é a maior dificuldade porque devia de haver lares como a vossa instituição que prestassem apoio a essas pessoas com mais necessidades, mas pronto...” E26</i></p> <p><i>“Não. Pessoalmente não tive qualquer apoio nesse sentido. Aparentemente em Portugal não há nem respostas sociais para pessoas que ficam invisíveis em idade avançada.” E27</i></p>	
<p>k) Incapacidade de resposta do SNS</p>	<p><i>“É assim, sou lhe muito sincera. Eu acho que o SNS tem até bastantes soluções, talvez não tenha é a oferta para a procura que existe.” E1</i></p> <p><i>“Eu de facto ainda na andei à procura no centro de saúde e não existe, ainda para mais nesta fase de pandemia, não havia capacidade para atenderem a todos os pedidos porque existem muitos pedidos.” E2</i></p> <p><i>“Não são suficientes, porque há falta</i></p>	<p>6</p>

	<p><i>de centros de cuidados continuados, cuidados paliativos, por exemplo aqui no concelho da Figueira da Foz, não temos nenhuma valência dessas, isto é um exemplo. Portanto, eu penso que funcionam bem mas podiam ser mais, não há respostas para as necessidades na minha opinião.” E3</i></p> <p><i>“A minha médica é minha médica há 4 anos e nunca a consegui conhecer, está sempre ausente, teve quase um ano ausente novamente. Agora as receitas peço por e-mail.” E6</i></p> <p><i>“Depois do internamento não há um seguimento regular a não ser ir para as urgências do hospital, o médico de família não consegue resolver tudo, há falta de consultas mas isso é geral...” E18</i></p> <p><i>“Depois fui informada no centro de saúde mas houve momentos tão complexos...Creio que muitas vezes não fui compreendida nas consultas e depois há uma descoordenação (pausa) aa.....a.....foi insuficiente o apoio naquela fase por parte do SNS. Só na altura dele vir para casa é que a assistente social do hospital veio ter comigo para saber o que se passava...” E28</i></p>	
I) Carência de bancos	<i>“Tive dificuldade em arranjar a</i>	3

	<p>de ajudas técnicas</p>	<p><i>cama, lá consegui uma que me emprestaram, mas todas as entidades desde cruz vermelha que me tinha feito sócia, mas todas as entidades que eu contactei e procurei não tinham cama e isso foi uma grande dificuldade.” E6</i></p> <p><i>“Foi tudo muito devagarinho, só na semana passada é que eu consegui uma cama articulada e ele já saiu há uns meses.” E7</i></p> <p><i>“Foi preciso uma cama articulada, foi a única adaptação que houve para já... fomos mesmo nós que encomendámos porque eu tinha a facilidade da instituição emprestar uma só que era manual...” E21</i></p>	
<p>3. Situação Económica</p>	<p>m) Condição económica insuficiente</p>	<p><i>“Não.” E1</i></p> <p><i>“Só o rendimento dele não.” E3</i></p> <p><i>“O valor que se tinha de pagar era o maior entrave.” E4</i></p> <p><i>“(…) Não dá nem por sombras (...) mas nem a reforma do meu pai com a minha mãe dá para pagar a mensalidade dela, pronto, eles têm alguma coisa de lado e é isso que nos vai valendo. De outra forma, era impossível mesmo.” E5</i></p>	<p>17</p>

		<p><i>“Tudo o que seja para acompanhar a pessoa em casa num dia é muito caro e depois também não se consegue arranjar uma pessoa só para um dia para tirar um fim-de-semana de descanso.” E6</i></p> <p><i>“Claro que não... (risos) mas eu nem me importo de dizer valores porque ele com quatrocentos e vinte e três euros como é que ele podia...” E7</i></p> <p><i>“Não. Infelizmente se calhar 99,9% dos nossos pais não têm rendimentos de reformas para cobrir os custos que neste momento são exigidos pelos lares.” E8</i></p> <p><i>“Não. Eu estou sem receber nada, estou a cuidar dele a tempo inteiro que ele está sozinho e, portanto, só estamos a viver da reformita dele.” E9</i></p> <p><i>“E ainda que tenham uma reserva com o passar do tempo a reserva vai-se porque a pensão é todos os meses a mesma coisa se gastarmos mais do que temos a resposta já sabe qual é. Ela tem o meu apoio mas eu também vivo sozinha com um filho, embora o filho já trabalhe. Mas pronto, eu vou dizer, cobre se a pessoa for muito organizada se não for já não cobre.” E13</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>“Não (...) a minha reforma quatrocentos e oitenta e seis euros. Posso dizer à senhora que já ontem dei baixa da Nós, porque a pagar duzentos e cinquenta euros de renda não dá, se eu ficar com 100 euros para comer... mas pronto isso é outro assunto...” E14</i></p> <p><i>“há poucas instituições, as que há são muito caras e as baratas são poucas...” E15</i></p> <p><i>“Não cobrem... ele vai pagar quatrocentos euros, ele recebe quatrocentos e seis...” E16</i></p> <p><i>“Isto é uma pergunta que não sei quem vai responder a isso afirmativamente. A minha mãe não chega a trezentos euros como é que cobre um lar a pagar novecentos e tal. O que eu recebo e o meu irmão estamos a fazer das tripas coração para conseguir pagar. A segurança social tem lares e não sei quê, para quem? Para quem?... Eu nunca consegui nada, nunca consegui nada...” E17</i></p> <p><i>“É muito difícil, é muito difícil para uma pessoa que tenha uma pensão pequena ter esse apoio, já nem falo dos internamentos e lares, só nos apoios domiciliários é muito caro. Não está nada fácil para um idoso</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>que tenha uma pensão de por exemplo trezentos euros...” E24</i></p> <p><i>“Aí sim... [cuidados continuados] agora é muito complicado porque é mais do dobro da reforma.” E26</i></p> <p><i>“a nível económico se tivesse de chamar uma pessoa para tomar conta dele não chegaria, como é óbvio...” E28</i></p> <p><i>“Não dá nem para metade.”E29</i></p>	
	n) Condição Económica Estável	<p><i>No caso da minha mãe, ela nesse aspeto não tinha problema (...)” E2</i></p> <p><i>“Davam para três. Ela tem uma boa reforma de França e cá não pagava nada. E há pessoas coitadinhas com trezentos ou quatrocentos euros que têm de pagar tudo. Ela tem uma boa reforma.” E22</i></p> <p><i>“Agora sim. Mais ou menos....” E23</i></p> <p><i>“Sim, sim. Atualmente... no meu caso acho que sim.” E24</i></p> <p><i>“Atualmente cobrem.” E27</i></p>	5
	o) Preocupação do Cuidador com Despesas Acrescidas	<p><i>“...todos os cuidados que ele puder ter, isso é tudo a somar não é... no lar, transportes, ou assistência aqui ou medicação, a higiene é tudo à parte, efetivamente não cobre os</i></p>	6

		<p><i>custos das necessidades que eles têm e creio que não é só no caso do meu pai. Em meses que tenho de pagar a medicação, fisioterapia, a reforma dele não chega.” E1</i></p> <p><i>“Já pago o domicílio e tenho os produtos de higiene, fraldas, tudo...” E6</i></p> <p><i>“Aquele gel que ele usa para a garganta, cada embalagem é dez euros. Eu consigo gastar mais em gel do que nas fraldas mas é a pura verdade. Fraldas, cremes, temos que dar pelo menos o mínimo de conforto, toalhetes, se formos a fazer as contas...” E7</i></p> <p><i>“No caso do meu pai, é uma pessoa que teria de continuar a fazer fisioterapia... são custos separados, é muito complicado.” E8</i></p> <p><i>“...mas fraldas medicação, isso é tudo comigo. Só em fraldas, resguardos e toalhetes eu gasto mais de cem euros mês, mas não duvide. As pomadas eu ponho limitado mas por exemplo, as senhoras vêm cá fazer a higiene eu não lhes vou dizer “ponham pouco...” Cada embalagem de pomada custa oito euros e noventa. Não faço menos de cento e cinquenta euros mês nisso.” E15</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>“Não tem muito porque é preciso dinheiro para fraldas, medicamentos e vai quase todo da reforma dela.”</i></p> <p>E23</p>	
<p>4. Capacitação do cuidador durante o internamento na UMDR</p>	<p>p) Não foi suficiente para os cuidados a prestar ao utente</p>	<p><i>“Não foi suficiente. É difícil porque não foi suficiente. O que me foi dado foi no dia em que fui buscar a minha mãe aí. Foi muito breve. Eu nunca tinha alimentado ninguém por uma sonda, não é fácil.”</i> E6</p> <p><i>“Não foi assim muito.”</i> E9</p> <p><i>“Veio um papelinho com a medicação que lhe deveria de dar. O centro de saúde tem cá vindo três vezes por semana a enfermeira por causa do pé.”</i> E15</p> <p><i>“Explicaram-me como proceder mas para quem está de fora é complicado...”</i> E28</p>	<p>4</p>
	<p>q) Foi capacitado para os cuidados a ter com o familiar</p>	<p><i>“Sim, vocês deram-me essa informação toda no centro.”</i> E10</p> <p><i>“Sim, sim, sim ocuparam-se muito bem também.”</i> E12</p> <p><i>“Discutimos aí ainda algumas coisas.”</i> E16</p> <p><i>“Sim, mas já estávamos consciencializados.”</i> E18</p>	<p>6</p>

		<p><i>“Sim, sim, sim, dietas, como tratar, o como ajudar... sim...” E21</i></p> <p><i>“Sim, sim, sim, foi.” E25</i></p>	
	r) Não foi capacitado	<p><i>“Nada. Aqui é mesmo zero.” E7</i></p> <p><i>“Não, não nunca tive nada disso.” E19</i></p> <p><i>“Não, isso não tive informação nenhuma. Até porque ela agora tá a ficar muito mal.” E23</i></p>	3
5. Apoios sociais e investimentos na área do envelhecimento	s) Informação aos cuidadores acerca de apoios sociais, prestações pecuniárias e os recursos existentes na comunidade durante o internamento na UMDR	<p><i>“Sim fui informada de tudo quanto há direito.” E1</i></p> <p><i>“Fui informada, foi a doutora que me indicou para tratar daquele complemento e eu estava realmente para tratar do atestado multiusos mas já não valia a pena. Ainda recebi três meses o complemento.” E3</i></p> <p><i>“Sim eu fui informada disso.” E4</i></p> <p><i>“Aliás eu tenho de lhe agradecer porque me ajudou a arranjar o complemento fraldas e medicação, fiz aumentar um bocadinho a reforma dela.” E5</i></p> <p><i>“Sempre foi a resposta, aquele suplemento, sempre veio a resposta são cento e oitenta e qualquer coisa</i></p>	18

		<p><i>por mês mas mesmo.” E6</i></p> <p><i>“...apesar de agora ter o apoio da dependência mas mesmo assim seiscentos e qualquer coisa não cobre.” E7</i></p> <p><i>“Fui sim senhora. É sempre uma ajuda mas infelizmente não é suficiente porque se queremos que os nossos pais, e eu falo enquanto cuidador de um pai, como e que eu vou dizer isto a.... é muito complicado porque as reformas são muito baixas, é complicadíssimo.” E8</i></p> <p><i>“Sim, fui informada só que o meu pai como tem direito à ADSE, dizem que eu não tenho direito a nada.” E9</i></p> <p><i>“O apoio que eu fui informada foi um apoio para a ajuda das fraldas.” E14</i></p> <p><i>“Fui informada mas agora já não dá porque ele vai para o lar.” E15</i></p> <p><i>“Fui, penso que foi a senhora até.” E16</i></p> <p><i>“Sim foi informada, ela está a receber a pensão dela e o complemento.” E17</i></p> <p><i>“A nível financeiro, o meu pai já estava aí quando fui a uma junta médica. Sim, ele ficou a receber o</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>apoio em 2º grau.” E20</i></p> <p><i>“Fui informada apenas por você.s”</i> E21</p> <p><i>“Fui, aí disseram, eu já sabia... se ela quisesse sabia os meios pelos quais havia de passar...” E24</i></p> <p><i>“Fui, fui fui....” E25</i></p> <p><i>“Fui sim...” E28</i></p> <p><i>“Sim, fui informada de tudo o que podia pedir.”E30</i></p>	
	<p>t) Emergência da reestruturação dos apoios direcionados à população idosa</p>	<p><i>“...em termos de envelhecimento vai ser preciso mais este tipo de cuidados e que são cada vez mais (...) também é ainda uma fase cultural porque antigamente via-se muito os filhos cuidarem dos pais até à morte, lidar com elas, havia outro tipo de empregos.” E2</i></p> <p><i>“eu por exemplo vou ao centro de saúde e devia de haver, por exemplo a enfermeira, conhece o meu pai, conhece-se a mim devia dizer oh (nome da cuidadora) senta-te aqui um bocadinho, há esta situação há aquela, pode acontecer isto ou aquilo, fazes assim ou fazes assado. Aquilo que eu faço é tudo porque olhe, vou vendo e ou bem ou mal eu vou fazendo, porque eu por exemplo a situação das unhas, estar muito</i></p>	<p>6</p>

		<p><i>tempo com a roupa em cima das unhas (...) a situação dos calcanhares, essas coisas todas (...) Até penso a mudar a fralda pode haver uma maneira melhor, ensinar pronto, nós não nascemos ensinados.” E7</i></p> <p><i>“A gente sabe que há muita gente com reforminhas muito baixinhas. Isso havia de haver mais apoios. Devia haver mais apoios da reforma (...).” E12</i></p> <p><i>“A segurança social devia ter mais atenção. Por exemplo ela agora partiu os óculos, não dá. Pagou quatrocentos euros de óculos e a pensão é de quatrocentos euros, não dá. Tem de ter sempre dinheiro para conseguir dar.” E13</i></p> <p><i>“Só quem está dentro do assunto e a viver o assunto é que nota as dificuldades que existem tanto a nível de apoio como, nós, é muito difícil neste momento o idoso ter o apoio que merece porque eu acho que no fim da vida devia de haver mais olhamento aos idosos e que não está a haver, eles estão a ser discriminados e só quem tem algumas possibilidades financeiras é que consegue dar uma vida melhor aos utentes, coisa que isto hoje em dia não é possível.” E17</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>“Aí é que é mais complicado e devia de haver mais apoio para os idosos porque com uma reforma de seiscentos e tal euros... portanto mesmo com os apoios da segurança social é cento e oitenta e qualquer coisa euros não chega a receber os setecentos euros porque é qualquer coisa à volta disso (...) A comparticipação nas IPSS é muito pouco.” E26</i></p>	
--	--	---	--

ANEXO I

ANEXO I – Pedido de Autorização para Realização da Investigação na UMDR-Residência Sénior da Redinha

Exma. Sra. Diretora Técnica, Dra. Cristina Garrido,
Exmo. Sr. Diretor Clínico, Dr. Augusto Martins,

Eu, Joana Catarina Simões Vicente, com o número de identificação nº 15391716, licenciada em Serviço Social, encontro-me neste momento a frequentar o Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Perspetivando a realização de um projeto de investigação acerca dos "Desafios do Pós-Alta numa UMDR: A importância de Políticas Públicas Sociais e de Saúde", venho por este meio, solicitar a Vossas Excelências autorização para a realização deste estudo na Unidade de Média Duração e Reabilitação – Residência Sénior da Redinha.

Este projeto tem por objetivo verificar quais as dificuldades sentidas pelos cuidadores/familiares na preparação da continuidade de cuidados. Julgo que a sua concretização pode constituir uma mais-valia a nível de contribuições e propostas de melhoria no deste processo.

Para tal, será necessário o acesso aos dados que constam nos processos clínicos e sociais dos utentes por parte da investigadora. É de realçar que no tratamento e publicação destes dados será garantido o total anonimato dos participantes.

Pombal, 4 de julho de 2021

A Investigadora



Eu Cristina Faria Fernandes Garrido, na qualidade de Diretora Técnica da UMDR- Residência Sénior da Redinha, declaro que autorizo a realização deste estudo, e o acesso aos dados dos utentes, garantindo sempre a confidencialidade dos dados.

Assinatura: Cristina Garrido 19.07.2021

Eu Augusto Sacramento Ferrás, na qualidade de Diretor Clínico da UMDR- Residência Sénior da Redinha, declaro que autorizo a realização deste estudo, e o acesso aos dados dos utentes, garantindo sempre a confidencialidade dos dados.

Assinatura: Augusto Ferrás 19.07.2021

ANEXO II

ANEXO II – Guião de Entrevista Semiestruturada

Guião de Entrevista Semiestruturada

- 1- Quais as principais dificuldades que sentiu na preparação da pós-alta?

- 2- Considera que a comunidade está dotada de respostas sociais e/ou de saúde ajustada às necessidades atuais do cuidador e da pessoa cuidada? Porquê? Enquanto cuidador/familiar, após a alta quais foram os principais desafios com que se deparou?

- 3- Em termos socioeconómicos, os rendimentos da pessoa cuidada cobrem os custos para os cuidados de que necessita? Foi informado/a, enquanto cuidador/a relativamente aos apoios sociais existentes e às prestações pecuniárias que poderia requerer?

- 4- No caso do destino pós-alta ter consistido no regresso ao domicílio foi sensibilizado e capacitado para os cuidados a ter com o seu familiar/amigo? (Ex. Sondas; posicionamentos; bactérias; dietas).

Investigadora: Joana Vicente