



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

João Diogo Alves Barbeito Gomes

SERVIÇO SOCIAL EM CONTEXTO HOSPITALAR
INTERNAMENTOS PROLONGADOS

Dissertação no âmbito do Mestrado em Serviço Social orientada pela Doutora
Joana Vale Guerra e coorientada pela Mestre Rosa da Primavera Carvalho
Neves de Castro apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2020

Se tivesse 1000 dias para viver, quantos dias decidiria passar no hospital?
(Campanha NHS, "Last 1000 days", tradução própria)

Agradecimentos

Terminar qualquer trabalho é geralmente bastante gratificante. Atingir os objetivos a que nos propomos durante tanto tempo cria uma agradável sensação de “missão cumprida”. Durante o longo caminho que foi a elaboração da dissertação, houve um conjunto de novos conhecimentos e experiências que foram sendo adquiridos e que muito contribuíram para o resultado do presente trabalho.

Gostaria de agradecer ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar, pela autorização da realização deste estudo.

Agradecer em especial à Direção do Serviço Social do Centro Hospitalar pela prontidão e rapidez em autorizar o estudo e aos colegas assistentes sociais pela disponibilidade e preciosa ajuda.

Gostaria de agradecer a toda a equipa de docentes do Mestrado em Serviço Social da FPCEUC, sobretudo em especial às Professoras Doutoras Helena da Silva Neves Almeida, Clara Maria Rodrigues Cruz Silva Santos, Jacqueline Ferreira Marques, Helena Cruz Santos, Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz e à Mestre Cristiana Dias de Almeida. Professoras que foram fundamentais nesta formação académica e que cultivaram em mim, e certamente em todos os meus colegas, o gosto pelo desafio de explorar sempre mais e aprender mais. O vosso contributo para o meu crescimento pessoal e profissional foi seguramente fundamental.

Agradeço, de igual modo, à minha coorientadora Mestre Rosa da Primavera de Castro por cada tempo dispensado e pelos contributos, apoio e perspectivas que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradecer em especial à minha Orientadora Professora Doutora Joana Vale Guerra, por todo o incentivo, desafio, que me proporcionou não só durante este trabalho, mas também, sem dúvida, ao longo de todo o Mestrado. Agradeço tudo o que partilhou comigo ao longo desta jornada, cada aula, cada minuto dispensado em que me ajudou a vencer os obstáculos que se impuseram e pela motivação transmitida para fazer sempre mais e melhor. Agradeço, todas as oportunidades que me deu e, especialmente, pela amizade que demonstrou ao longo desta etapa. Sem o seu contributo e apoio não seria certamente igual.

Um agradecimento a todos os meus colegas e amigos de Mestrado pela motivação e companheirismo, com os quais partilhei informação, conhecimento, perspetivas, dúvidas e anseios.

Aos meus familiares, em especial, à minha mãe Maria José Rodrigues Alves, que foi a minha maior incentivadora e me apoiou incondicionalmente em arriscar e a concluir este novo objetivo.

Um enorme e profundo agradecimento à minha noiva Isabel Sofia Sousa Pedrosa pelo inquestionável suporte afetivo e o incondicional apoio e incentivo ao longo de toda a investigação principalmente nos momentos mais difíceis, em que a sua motivação foi fulcral para o sucesso e término do presente trabalho. Sem ela nada seria possível. Estou e estarei eternamente grato.

E por fim, a todos os que de alguma forma contribuíram para a elaboração da presente Dissertação.

Resumo

O fenómeno dos internamentos prolongados nas enfermarias dos hospitais de cuidados diferenciados do Serviço Nacional de Saúde revela-se um problema complexo na sociedade contemporânea, a que o Serviço Social não se mantém alheio. Apesar de tal relevância, não existe uma visão consensual acompanhada de dados quantitativos nacionais que permita atuar sobre o problema.

Dada a pertinência do presente tema e de modo a contribuir para a clarificação do fenómeno internamentos prolongados, procurámos analisar os motivos ou razões de natureza social que os justificam nos cuidados diferenciados do Serviço Nacional de Saúde.

O estudo teve como objetivo geral, analisar os motivos dos internamentos prolongados dos doentes sinalizados ao Serviço Social, durante o período de um ano, num Centro Hospitalar de Grupo I, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde. Optou-se por uma investigação de carácter exploratório, dada a necessidade de uma melhor compreensão do fenómeno e aplicada uma metodologia de natureza mista. O estudo elaborado foi retrospectivo e descritivo, com recurso à recolha de dados por via da pesquisa documental. Este estudo começou por analisar os 1239 processos de doentes sinalizados ao Serviço Social em 2018 e a amostra em estudo foi constituída por 155 utentes que experienciaram internamentos superiores a 30 dias.

Os resultados revelam que os utentes que experienciam os internamentos prolongados pertencem a uma população envelhecida e dependente nas AVDs, que aguardam maioritariamente por resposta em RNCCI, acrescendo ainda o incumprimento do planeamento da alta e a escassez de vagas em respostas institucionais na comunidade. Realça-se que os internamentos prolongados se justificam por um conjunto de fatores, nomeadamente, pela tardia sinalização ao Serviço Social e pela morosidade de respostas institucionais na comunidade adequadas à prestação de cuidados no após alta hospitalar.

Palavras-chave: Serviço Nacional de Saúde, Serviço Social, Internamentos Prolongados, Centro Hospitalar, RNCCI.

Abstract

Prolonged hospitalizations phenomenon in the wards of hospitals with differentiated attention from the National Health System reveals itself to be a complex problem in contemporary society, which the Social System does not ignore. Despite such a relevance there is no consensus view accompanied by quantitative data that will allow us to act on this problem.

Given the importance of this topic and in order to contribute to clarifying the prolonged hospitalization phenomenon, we tried to analyze the social nature's reasons that justify them in the differentiated care provided by the National Health System.

The general objective of the study was to analyze the reasons for the prolonged hospitalizations of patients flagged for Social Department, during one year, in a Group I Hospital Center, belonging to the National Health System. An exploratory investigation was chosen, given the need for a better understanding of the phenomenon and a mixed methodology. The study was retrospective and descriptive, using data collection through documentary research. This study started by analyzing the 1239 patient cases referred to Social Department in 2018 and the sample under study was comprised of 155 users who experienced hospitalizations over 30 days.

The results reveal that the users who experience prolonged hospitalizations belong to an aging and dependent population in the AVDs, who are mostly waiting for a response by RNCCI, further adding the failure to plan discharge and the lack of vacancies and institutional responses in the community. It is noteworthy that prolonged hospitalizations are justified by a number of factors, namely, the late signaling to Social System and the slowness of institutional responses in the community appropriate to the provision of care after hospital discharge.

Keywords: National Health System, Social Department, Extended Hospitalizations, Hospital Center, RNCCI.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract.....	iv
ÍNDICE DE GRELHAS	vii
LISTA DE GRÁFICOS	viii
LISTA DE SIGLAS	ix
INTRODUÇÃO	1
PARTE I	4
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
CAPÍTULO 1. O PANORAMA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS.....	5
1.1 A Contextualização do Sistema Nacional de Saúde Português.....	5
1.2 A Reforma Hospitalar: mudança de paradigma	11
1.3 Desafios ao novo paradigma hospitalar	16
CAPÍTULO 2. INTERNAMENTOS HOSPITALARES PROLONGADOS	19
2.1 Os Internamentos Hospitalares	19
2.2 A intervenção do Serviço Social em contexto hospitalar	22
2.2.1 O planeamento da alta hospitalar: um compromisso de todos os profissionais	31
2.3 Perspetivas conceituais dos internamentos prolongados no Sistema Nacional de Saúde	35
PARTE II	40
METODOLOGIA	40
CAPÍTULO 3. ENQUADRAMENTO EMPIRICO: OPÇÕES METODOLÓGICAS E RESULTADOS	41
3.1 Natureza da Investigação.....	42
3.2 Delimitação espacial	45
3.3 População alvo/Amostra	46
3.4. Critérios de inclusão e exclusão da Amostra	47
3.5. Procedimentos de recolha de dados e cuidados éticos da investigação	48
3.6. Procedimentos estatísticos	48
CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	50
4.1 Caraterização da Amostra.....	50
4.2 Motivos de sinalização ao Serviço Social em contexto de internamento.....	54
4.3 Encaminhamento para respostas sociais.....	55

4.4 Duração dos internamentos prolongados sinalizados ao serviço social	56
CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
CONCLUSÃO	66
BIBLIOGRAFIA	68
LEGISLAÇÃO	75
ANEXOS	x
APÊNDICES	xiv

ÍNDICE DE GRELHAS

Grelha 1- Grelha de análise: Caracterização dos internamentos prolongados	43
Grelha 2 – Atividade Assistencial do Centro Hospitalar	46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização da amostra segundo o Sexo dos doentes.....	50
Gráfico 2 – Caracterização da amostra segundo a idade dos doentes	51
Gráfico 3 – Caracterização da amostra do Estado Civil	51
Gráfico 4 – Caracterização da amostra segundo os Rendimentos dos Doentes	52
Gráfico 5 – Caracterização da amostra segundo número de Elementos do Agregado Familiar. 53	
Gráfico 6 – Caracterização da amostra segundo o número de Filhos	53
Gráfico 7 – Motivo de Sinalização ao Serviço Social	54
Gráfico 8 – Encaminhamento Social dos Doentes Sinalizados ao Serviço Social	55
Gráfico 9 – Contabilização de Dias dos Internamentos Prolongados	56
Gráfico 10 – Dias Entre a Admissão do Utente no Serviço de Internamento até à Alta Clínica 56	
Gráfico 11 – Dias Entre a Admissão no Serviço de Internamento e a Sinalização ao Serviço Social	57
Gráfico 12 – Dias Entre a Admissão do Utente no Serviço de Internamento à Alta Social	57
Gráfico 13 – Incidência da alta clínica no momento da alta hospitalar	58

LISTA DE SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AS – Assistente Social/Assistentes Sociais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ARS - Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades da Vida Diária

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

CAT – Centro de Acolhimento Temporário

CD – Centro de Dia

CEE – Comunidade Económica Europeia

CH - Centro Hospitalar

DM – Demora Média

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR – Equipa Coordenadora Regional

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

INE – Instituto Nacional de Estatística

PAH – Planeamento de Alta Hospitalar

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI – Rendimento Social de Inserção

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SIGIC – Sistema integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

UC – Unidade de Convalescença

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

INTRODUÇÃO

A dissertação que aqui se apresenta surge de motivações pessoais e profissionais e sobretudo da inquietação que tem vindo a marcar todo o meu percurso académico, particularmente naquilo que são as implicações, constrangimentos e desafios com que os assistentes sociais se deparam na sua prática profissional. O interesse por estas questões em particular, surge ainda durante a Licenciatura em Serviço Social, motivada por debates e questionamentos que eram frequentemente estimulados nos alunos pelos docentes das diversas unidades curriculares, aleado aos desafios e inquietações emergentes do seu exercício profissional de Serviço Social em contexto hospitalar.

A presente dissertação recai na produção científica do Serviço Social em contexto hospitalar em Portugal, intitulada por *Serviço Social em contexto hospitalar: Internamentos Prolongados*. Segundo Martinelli (2003), a saúde é uma área intrínseca à profissão de Serviço Social, constituindo-se como parte da sua identidade profissional e histórica. Em Portugal, a criação do Serviço Social hospitalar surgiu em 1941 e 1942, respetivamente nos Hospitais Universitários de Coimbra e Lisboa. (Carvalho 2012). Após a reforma Hospitalar de 1968, o Serviço Social passa a ter de forma clara as suas funções, bem como a sua definição e importância no Serviço Nacional de Saúde.

Os internamentos prolongados no contexto dos cuidados diferenciados do Serviço Nacional de Saúde têm sido amplamente debatidos como um problema complexo. A prestação de cuidados de saúde em Portugal adquiriu ao longo do tempo o foco na prestação de cuidados de saúde com base em três princípios: a universalidade no acesso, a generalidade na prestação e o pagamento tendencialmente gratuito. É dirigida a toda a população, em todas as prestações de saúde, desde as atividades de prevenção, promoção da saúde na atenção primária, aos cuidados hospitalares e aos cuidados pós-hospitalares de reabilitação, recuperação e de manutenção (Campos, 2008). No entanto, deparamo-nos com algumas questões, relativas à acessibilidade e oferta de cuidados de saúde à população portuguesa, que sofreu várias alterações influenciadas por vários fatores: a legislação, o sistema de financiamento, a evolução demográfica e a caracterização da população, o crescimento económico, o investimento público e privado no setor da saúde e a dinâmica do setor privado (Barros, 2009).

A redução dos dias de hospitalização é apontada como uma estratégia importante para diminuir os custos dos serviços de saúde, sem afetar a sua qualidade (McMahon, et al. 1993). Se por um lado, a idade avançada, dependência, acumulação de comorbidades e gravidade da patologia aguda tornam os internamentos complexos, tanto a nível da investigação como no tratamento, condicionando internamentos inevitavelmente mais longos, por outro lado caracterizados, coloquialmente, como casos sociais e por algumas associações governamentais por internamentos sociais ou inapropriados. A dificuldade na preparação da alta, os cuidados pós-alta e os apoios sociais são os problemas que mais têm estado no centro do debate social e político.

Perante ausência consensual sobre a caracterização do internamento prolongado e a sua causa, se clínica, se social ou se ambos, a questão que presidiu à investigação formulou-se da seguinte forma: *os motivos ou razões de natureza social justificam os internamentos prolongados nos cuidados diferenciados do Serviço Nacional de Saúde?* Por forma a clarificar e concretizar o sentido da questão de partida, pretendeu-se em termos de objetivo geral: analisar os motivos dos internamentos prolongados dos doentes sinalizados ao Serviço Social, durante o ano de 2018, num Centro Hospitalar classificado na categoria Grupo I.

A nível metodológico, o presente estudo reveste-se de um cariz exploratório, descritivo, retrospectivo de natureza mista. O instrumento de recolha de dados centrou-se essencialmente na pesquisa documental, através da análise processual de todos os utentes sinalizados ao Serviço Social decorrentes no ano de 2018 que experienciaram internamento superior a 30 dias, totalizando um universo de 1239 peças processuais, em que foram analisados 155 processos. Neste sentido, para melhor análise e síntese da informação a tratar, procedeu-se à criação de uma grelha de análise, dividida por quatro dimensões: o contexto sociodemográfico dos doentes; as problemáticas sociais dos doentes; o encaminhamento social; e a dimensão temporal dos internamentos prolongados.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas grandes partes: Parte I: Concetualização; Parte II: Metodologia e Empírica.

A concetualização materializou-se na elaboração do enquadramento teórico onde se encontram descritos os conteúdos teóricos que enquadram a presente investigação, a base que nos permite uma definição adequada dos conceitos e a identificação de lacunas no conhecimento, que nos explica, generaliza e sintetiza os conhecimentos (Gil, 2008). O

enquadramento teórico encontra-se dividido em dois capítulos. O capítulo 1 apresenta o panorama do Serviço Nacional de Saúde Português, tendo em conta, em primeiro lugar, a sua contextualização, enfatizando marcos históricos aleados à análise da legislação aplicada ao longo do seu percurso até à atualidade e os seus impactos e preocupações relativas à garantia da equidade na saúde e no acesso; em segundo lugar, debruça-se sobre a reforma hospitalar tendo em conta a mudança de paradigma decorrente dos últimos quarenta anos. Encontram-se descritos alguns conceitos essenciais, como a classificação dos Centros Hospitalares, a produção e resultados hospitalares, identificando alguns desafios e constrangimentos presentes e futuros; e em terceiro lugar, encontram-se descritos e analisados aspetos e desafios do novo paradigma hospitalar, e a descrição e análise do estado de saúde dos portugueses com destaque às patologias que mais afetam a população. No capítulo 2 da presente parte, através da revisão da literatura, integramos a descrição de conceitos sobre os diferentes internamentos hospitalares do Sistema Nacional de Saúde, e sobre a Demora Média de internamento, comparando-a a nível internacional. Abordámos a intervenção do Serviço Social no âmbito hospitalar relativamente ao seu papel nos serviços de internamento e a sua importância como elemento das equipas interdisciplinares. Foi também abordada a importância do planeamento da alta como chave essencial para a segurança adequada e efetiva da transferência dos doentes de um internamento hospitalar para a comunidade. Por fim, debruçámo-nos sobre a problemática dos internamentos prolongados através de justificações e significados de diferentes estudos e autores.

Na Parte II, encontram-se descritas todas as opções metodológicas que foram escolhidas e levadas a cabo. No capítulo 3, estão apresentados o problema de pesquisa, os objetivos da investigação e a grelha de análise. No capítulo 4, encontra-se a caracterização da amostra e os resultados recolhidos através da ilustração de gráficos. Por fim, no capítulo 5 são apresentados e discutidos os resultados obtidos ao longo da investigação, onde são frisados aspetos importantes que se mostraram relevantes ao longo da investigação.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. O PANORAMA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS

1.1 A Contextualização do Sistema Nacional de Saúde Português

No início dos anos 70 do século XX, Portugal apresentava indicadores socioeconómicos e de saúde muito desfavoráveis em comparação com o contexto da Europa Ocidental. A título ilustrativo, a taxa de mortalidade infantil registava 55,5% (24,3% em 1980; 5,0% em 2001; 2,8% em 2019); o índice de longevidade encontrava-se a 14,4% (21,4% em 2001; 29,4% em 2018), a despesa do estado em saúde em percentagem do PIB registava aproximadamente 0,2% (4,3% em 2001; 4,4% em 2018) e apenas 37,5% de partos eram efetuados no hospital (99,7% em 2001; 98,8% em 2018) (PORDATA, 2020).

O sistema de saúde português encontrava-se fragmentado por hospitais estatais, uma ampla rede de hospitais das Misericórdias, e um setor privado sobretudo desenvolvido na área do ambulatório. De realçar, que a capacidade de financiamento do Estado aos serviços públicos da saúde era muito limitada (Sousa, 2009).

Após a revolução de 1974, conjugou-se a reforma da política de cuidados primários, a universalização do acesso aos cuidados de saúde e a constitucionalização do direito à saúde, passando todos os cidadãos de nacionalidade portuguesa a serem assistidos de forma universal e gratuita. A Constituição de 1976 permitiu, assim, direcionar Portugal para novas políticas sociais, relativamente à intervenção do Estado no planeamento, na execução e na intervenção perante as discrepâncias regionais e sociais, com o reconhecimento do direito ao acesso à saúde para todos os cidadãos (Sousa, 2009).

O marco importante foi a publicação em 1979 da lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Perante a Lei nº 56/79, de 15 de setembro de 1979, o sistema de saúde português passou a envolver toda a atenção integrada na saúde, compreendendo a sua promoção e vigilância, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento (consulta, cirurgia, internamento, emergência), o transporte de pacientes e a sua reabilitação médica e social e

o atributo constitucional da universalidade significativa que toda a gente pode utilizar o SNS, sem discriminação de idade, sexo, religião, classe, profissão, ou sistema de proteção social (Campos, 2008; p.20)

A resposta em saúde passou a ser garantida por unidades de cuidados primários e por hospitais distribuídos pelas cinco regiões de saúde do país (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Todavia, quando os serviços da rede oficial do SNS não conseguirem assegurar a prestação de cuidados, o acesso é assegurado por entidades não integradas no SNS em base contratual, ou, excecionalmente, mediante reembolso direto aos utentes (artigo 15º da Lei nº 56/79, de 15 de setembro de 1979).

A criação do SNS permitiu assim dar uma resposta mais adequada às necessidades de uma cobertura mais ampla e equitativa, de serviços de saúde. Apesar do acesso ao SNS ser garantido a todos os cidadãos independentemente da condição social ou económica, ainda que mediante a revisão da Constituição Portuguesa no ano de 1989, procedeu-se à mudança de um SNS gratuito para “tendencialmente gratuito”, pois a introdução das taxas moderadoras em 1990, obrigava à cobrança de pagamento ao acesso a determinados serviços e cuidados de saúde, ainda que salvaguardando a isenção de taxas dos grupos de risco e economicamente desfavorecidos (Campos, 2008).

Portugal ao tornar-se membro da Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1986, agora designada por União Europeia, passou a beneficiar do acesso ao financiamento europeu para o desenvolvimento social e económico, em que se inclui a área da saúde. Tornou-se, assim, possível a expansão de instituições e equipamentos do SNS. A título ilustrativo, de 1985 a 1990 constatou-se um aumento de 30 estabelecimentos de saúde (hospitais gerais e especializados em todo o território nacional) (PORDATA, 2019), um aumento do número de camas hospitalares de 395,9 para 404,5 por cem mil habitantes (PORDATA, 2020), e um aumento do número de médicos de 86,9 para 280,6 por cem mil habitantes (PORDATA, 2020).

Um dos aspetos centrais na Reforma da Saúde em Portugal verificou-se em 1990, com a publicação da Lei de Bases da Saúde. As principais modificações normativas foram implementadas em quatro estratégias: em primeiro lugar, a regionalização da administração dos serviços, com maior grau de autonomia e poderes para coordenar a atividade dos hospitais; em segundo, a privatização de setores da prestação de cuidados, devendo o Estado promover o desenvolvimento e permitir a gestão privada de unidades públicas e a articulação do SNS com unidades privadas; em terceiro, a privatização do financiamento dos cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de criação de um seguro alternativo de saúde; em quarto, a

articulação de cuidados, com o surgimento de unidades de saúde, que agrupariam, numa região, hospitais e centros de saúde (Campos & Simões, 2014).

Apesar da aplicação destas medidas legislativas, não se verificou a sua concretização na totalidade. Se, por um lado, a regionalização dos serviços obteve desenvolvimentos relevantes com a criação das cinco administrações regionais de saúde (e não distritais), por outro, os restantes objetivos não passaram manifestamente da letra, por diferentes razões. O financiamento dos cuidados e a privatização de setores partia de um entendimento do SNS como um dos prestadores de serviço de saúde, o que modificou substancialmente o modelo do SNS, separando a prestação do financiamento e gerando a opção por empresas seguradoras. O presente entendimento obrigava a opções claras, ou mesmo raturas, que o governo, em final de legislatura de 1995, não prosseguiu. O seguro alternativo de saúde, *opting-out*, ao contrário das expectativas, não colheu o interesse das empresas seguradoras. Do conjunto de propósitos, terá ficado a redução do peso do Estado na provisão de atividades adjetivas nos hospitais, *contrating-out*, e a experiência do hospital Fernando da Fonseca, nos finais de 1995, como primeiro hospital público com gestão privada (Campos & Simões, 2014).

Com a publicação da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS, em 1993, o SNS passa a ser caracterizado pela concomitância de três sistemas, designadamente: o SNS abrange o total das instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde vinculados ao Ministério da Saúde; os subsistemas de saúde; e as entidades privadas e profissionais que acordem com o SNS a prestação de cuidados.

Entre 1996 a 1999 foi desenvolvida a empresarialização pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde, designados de “Entidade Pública Empresarial, E. P.E” (Campos & Simões, 2014)

Em 2002, surgiu o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, que definiu o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados. E a Lei 27/2002 que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar procedendo à primeira alteração da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Após o ano de 2002, o SNS expandiu e reorientou as políticas definidas anteriormente, com uma nova filosofia em relação aos papéis dos sectores público, privado e social

No ano de 2018, através do Despacho n.º 9323-A/2018, publicado em Diário República, 2.ª série, N.º 191, de 3 outubro, foi definida a estratégia nacional de implementação das

Unidades de Hospitalização Domiciliária no SNS e aprovado o Modelo de Regulamento Interno, que define os princípios e regras de organização e funcionamento, e os critérios de acesso e integração dos doentes nas presentes unidades. A hospitalização domiciliária constitui, assim, uma modalidade de assistência que garante a prestação de cuidados diferenciados, de complexidade e intensidade de nível hospitalar, ao longo de um período limitado, dependendo da vontade expressa dos doentes, e aplicando-se às patologias elegíveis¹ nos termos da Norma emitida pela Direção-Geral da Saúde², que define os critérios de inclusão e exclusão de doentes, bem como a nível da articulação com os cuidados primários, com as respostas da RNCCI, com o setor social e da comunidade.

A Hospitalização Domiciliária permitiu que, no ano seguinte, 2019, estivessem criadas 24 respostas de hospitalização domiciliária nos hospitais do SNS que permitiram tratar cerca de 2.500 doentes no seu domicílio. O Despacho n.º 12333/2019, de 23 de dezembro, veio prever a consolidação e o desenvolvimento da hospitalização domiciliária e o seu alargamento de prestação de cuidados a todos os estabelecimentos hospitalares do SNS.

Posteriormente, em 2019, surge a publicação em diário da república, a nova Lei de Bases da Saúde que revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Entre outros aspetos, o presente decreto-lei, salienta de forma explícita que o direito à proteção da saúde é também

(...) o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer (Lei de Bases da Saúde, 2019).

Um outro aspeto a anotar, é relativo à criação de legislação de apoio aos cuidadores informais e o reconhecimento do seu importante papel de cuidar. Estabelecendo o estatuto dos cuidadores informais de pessoas

em situação de doença crónica, deficiência, dependência parcial ou total, transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidados, os seus direitos

¹ Como patologias preferenciais: Patologia infecciosa aguda que requer tratamento antibiótico parentérico: infeção urinária, infeção respiratória, infeção da pele e tecidos moles e outras controláveis no domicílio; Patologia crónica agudizada: doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, cirrose hepática e outras controláveis no domicílio; Cuidados no pós-operatório como parte de um protocolo de transição de cuidados, ou no tratamento de patologia médica crónica descompensada no contexto pós-cirurgia; Doença oncológica ou processo orgânico degenerativo em situação terminal que requer cuidados paliativos intensivos e/ou especializados.

² Norma da DGS N.º 020/2018, de 20/12/2018, referente a Hospitalização Domiciliária em idade adulta.

e deveres e medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas (Lei de Bases da Saúde, 2019).

A prestação de cuidados de saúde em Portugal ganhou, assim, uma nova dinâmica com um SNS, que presta cuidados de saúde com base em três princípios: a universalidade no acesso, a generalidade na prestação e o pagamento tendencialmente gratuito. A resposta do SNS é dirigida a toda a população, em todas as prestações de saúde, desde as atividades de prevenção, promoção da saúde na atenção primária, aos cuidados hospitalares e aos cuidados pós-hospitalares de reabilitação, recuperação e de manutenção (Campos, 2008).

No entanto, no que se refere à acessibilidade, a oferta de cuidados de saúde em Portugal sofreu várias alterações e tem sido influenciada por fatores diversos tais como: a legislação, o sistema de financiamento, a evolução demográfica e a caracterização da população, o crescimento económico, o investimento público e privado no setor da saúde e a dinâmica do setor privado (Barros, 2007). A acessibilidade deve integrar o princípio da equidade, tendo em conta as características de cada comunidade (Baleiras & Ramos, 1992). De modo a assegurar o direito de acesso é necessário existir, entre outros, a equidade, a qualidade e a participação dos cidadãos. A equidade deve ser entendida como a “igualdade de oportunidades” e para a sua real execução, torna-se necessário compensar as desigualdades de atuação originadas em desigualdades de origem na capacidade de ação (Campos, 2008). Pelo que, a equidade, deve ser assegurada através da garantia de acesso em tempo útil aos cuidados de saúde prestados em condições de igualdade, que inclua toda a área geográfica³, ressalvando que todas as pessoas devem atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias económicas e sociais possam influenciar a concretização dos seus cuidados (Campos, 2008).

Tem-se assistido nas políticas de saúde portuguesas à preocupação com a garantia da equidade na saúde e no acesso, mas sem uma estratégia adequada e orientada a promover a sua consecução, que dificilmente se atingirá. Segundo o Plano Nacional de Saúde de 2011-2016, a acessibilidade ao SNS é desigual devido à existência de populações residentes em determinadas regiões que têm uma garantia de acesso aos cuidados de saúde inferiores ou superiores dependendo da oferta de recursos existentes. Nas regiões rurais existe a carência de transportes públicos, carências económicas e os cuidados de saúde disponíveis são quase exclusivamente de cuidados de saúde primários, e geograficamente

³ Ministério da Saúde, Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Plano Estratégico 2007/2009. Lisboa: Ministério da Saúde; 2007.

distantes da residência das populações. Nas áreas urbanas, a oferta de transportes públicos é maior, as populações têm um rendimento médio superior, existe uma maior oferta e mais diversidade de cuidados, com melhor qualidade e maior proximidade aos serviços de saúde. Os fatores que estão na base das desigualdades na acessibilidade estão fortemente ligados às condições económicas das famílias, ao local de residência, às políticas sociais de saúde e aos comportamentos individuais (Sakellarides, 2001). A convergência destas variáveis influencia a saúde de cada cidadão e, por conseguinte, das populações. Portugal deverá adotar uma política de saúde responsável e mais rentável. (Campos, 2008). Quando se observa a organização entre o planeamento da saúde e o planeamento urbano do território Português, verifica-se que existe uma disparidade que deve ser colocada em evidência, o custo/benefício de práticas de planeamento urbano sustentado, com o objetivo principal da melhoria da qualidade de vida e da saúde da população⁴.

As conclusões do Relatório de Primavera 2017, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) confirmam que persistem inúmeras desigualdades no acesso à saúde, em especial em função das condições sociais e económicas dos utentes que exigem a adoção de medidas concretas que garantam a todos o acesso à saúde, dando assim corpo ao direito constitucional à saúde. Os utentes com maiores carências económicas têm mais dificuldades em aceder aos cuidados de saúde, em particular às consultas de especialidade, saúde oral, saúde mental e aos medicamentos. No período em análise no Relatório da Primavera, constata-se que o financiamento público na saúde diminuiu e que é inferior à média dos países da União Europeia, que à medida que reduziu o financiamento público, aumentou os encargos das famílias com a saúde e que o esforço das famílias pobres para suportar as despesas com saúde é superior ao das famílias com mais condições económicas. Verificou-se também que os portugueses têm maiores despesas com saúde que a média dos países da União Europeia.

Em contrapartida, quanto aos resultados em saúde, a existência de um sistema público de saúde em Portugal nas últimas quatro décadas corrigiu um incalculável número de desigualdades que durante muitos anos marcou a população e colocou o país ao nível dos mais desenvolvidos do continente europeu e do mundo com melhores indicadores de

⁴ Associação Portuguesa para Promoção da Saúde Pública, *Saúde urbana/saúde dos urbanistas. O paradigma perdido da urbanidade?* 2006 Disponível em: <http://www.appsp.org/pt/artigos/34-urbanismo/47-saude-urbanasaude-dos-urbanistas-o-paradigma-perdido-da-urbanidade>

saúde, onde se destacam a redução da mortalidade infantil em que Portugal abandonou o último lugar da tabela europeia, e a melhoria da esperança média de vida à nascença de 73,33 em 1986, para 75,2 em 1995 e 80 anos em 2018. A densidade do número de médicos por mil habitantes ultrapassou a média da União Europeia, entre os anos de 1987 e 1996. A utilização dos serviços de saúde, entre 1985 a 2018, traduziu-se num importante crescimento de 82% em consultas externas, 36% nas urgências, e um aumento de 42% de doentes tratados nos hospitais. (PORDATA, 2019).

No entanto, o número total de estabelecimentos de saúde⁵ em 2018 apresenta uma redução de (24%) comparativamente a 1990; e uma redução de (23,8%) do número de camas hospitalares, comparativamente ao ano de 1994 (PORTADA, 2020). Não obstante, existem medidas que parecem contribuir para o desmantelamento do SNS, nomeadamente o exponencial crescimento do setor, este constitui-se, claramente, como uma das maiores conquistas do Estado Social Português. (Campos & Simões, 2004).

1.2 A Reforma Hospitalar: mudança de paradigma

No decorrer dos últimos quarenta anos, a rede hospitalar sofreu algumas transformações que coincidiram justamente com o seu desempenho e evolução. No ano de 1986 foram publicados os Decretos-Lei n.º 48 357, de 27 de abril de 1968 e o n.º 48 258 de abril de 1968, que originaram, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais demonstrando já a necessidade de modelos de organização e gestão com foco para a eficiência.

No ano de 2000, foi aprovado um novo regime de gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), enquadrando na esfera pública diferentes modelos de hospitais. Com esta alteração legislativa, abriu-se caminho à mudança de uma profunda alteração de estatuto, com implicações no controlo financeiro, no modelo de gestão e na introdução de instrumentos inovadores de gestão empresarial. Após o ano de 2005, os hospitais passam a ter o seu estatuto alterado, tendo sido convertidos em Entidades Públicas Empresariais (EPE), atenuando, de algum modo, os riscos associados à insuficiência de provisão dos respetivos capitais próprios e uma proteção legal mais consistente por parte do “acionista” Estado. (Decreto-Lei n.º 233/2005 Hospitais EPE). Os Hospitais Sociedade Anónima (SA) e vários outros foram convertidos em EPE, particularmente alguns hospitais

⁵ Inclui os hospitais gerais e especializados em território continental

centrais. Novas unidades foram surgindo com o estatuto de Parceria Público Privada (PPP), registando duas exceções: o Hospital Fernando da Fonseca passou a EPE, oriundo de uma concessão a entidade privada e, em 2003, o Centro de Reabilitação do Norte foi entregue através de ajuste direto, para exploração pela Santa Casa da Misericórdia do Porto.

Desde então, foi aumentada a concentração dos hospitais em Centros Hospitalares (CH), com o objetivo de melhorar a respetiva eficiência operacional através da agregação de competências e funcionalidades (Campos & Simões, 2014). Estes foram objeto de regulamentação pelo Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho visando a

(...) efetiva interligação entre serviços e instituições na mesma área geográfica (...) reforçar a articulação e complementaridade de estabelecimentos hospitalares do SNS através de melhor aproveitamento da capacidade instalada (Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho)

Assistimos a uma aposta no processo de empresarialização dos hospitais do SNS, numa gestão empresarial, com a responsabilização nítida dos gestores e no desenvolvimento de parcerias com os setores privado e social, numa maior coordenação vertical, entre níveis de cuidados, através de redes de referenciação e plataformas de articulação com outras forças vivas da comunidade (Silva, 2012).

No âmbito do desenvolvimento de parcerias com diferentes setores, surgiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006 (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). A RNCCI levou a criação de centenas estabelecimentos de prestação de continuidade de cuidados e de reabilitação a cidadão com dependência. Nesta presente rede, o sector social veio a assumir um papel de grande relevo nas instalações e exploração das diferentes unidades e tipologias que integram a RNCCI. A partilha de financiamento entre os Ministérios da Saúde e da Segurança Social, em que a responsabilidade de ambos depende da intensidade de recursos de saúde ou sociais a prestar em cada tipologia. Desta forma, as unidades e equipas de suporte aos cuidados paliativos e as unidades de convalescença são financiadas unicamente pelo sector da saúde. No entanto, as unidades de média e longa duração são financiadas de forma mista. (Campos, 2008). O Plano Nacional de Saúde (2004-2010) estabelece entre outras diretrizes a orientação estratégica, “Reorientar o Sistema de Saúde” em que o investimento previsto no SNS português deverá providenciar ao utente não só um atendimento de qualidade, mas também em tempo útil, com humanidade e custos sustentáveis ao longo

do tempo. Deste modo, a mudança encontra-se centrada, fundamentalmente, na Reforma Hospitalar, ou seja, focalizada claramente no processo de empresarialização dos hospitais do SNS, mas também na RNCCI e na Reforma dos Cuidados Primários.

Em 2014, surge a portaria n.º 82/2014 de 10 de abril, que estabelece

os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar e procede à sua classificação (Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril)

Assistiu-se a uma evolução na organização hospitalar com a publicação dos Despachos da Ministra da Saúde n.º 10/86, de 5 de maio, n.º 23/86, de 16 de julho, n.º 32/86, de 5 de setembro, e n.º 36/86, de 5 de setembro, que anunciavam o estabelecimento de uma Carta Hospitalar Portuguesa e os seus princípios orientadores. Apesar de esta nunca ter sido integralmente implementada, no entanto, os conceitos então desenvolvidos foram seguidos no Estatuto do SNS de 1993, que determina que as instituições e os serviços integrados no SNS “(...) classificam-se segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências efetivamente exercidas”. A urgência de atingir melhores resultados em saúde exige uma qualificação do parque hospitalar e o seu planeamento estratégico. Neste âmbito, a categorização dos diferentes hospitais e a definição da respetiva carteira de valências tornaram-se fundamentais para o planeamento e operacionalização da oferta de cuidados de saúde hospitalares, obedecendo a um sistema de classificação, com base populacional, em linha com a área de influência direta e indireta, tendo em consideração as carências em saúde, a proximidade, complementaridade e hierarquização da rede hospitalar.

Importa dar nota que a presente portaria assenta, em critérios de base populacional e complementaridade da rede hospitalar para a prestação de cuidados de saúde. Desta forma, os diferentes grupos de hospitais distinguem-se entre si pela complexidade da resposta oferecida à população, assegurando proximidade e hierarquia de prestação de cuidados. As entidades classificadas de Grupo I apresentam exclusivamente uma área de influência direta. As instituições pertencentes de Grupo II apresentam uma área de influência direta e indireta, correspondendo a área de influência direta às instituições de Grupo I. As instituições classificadas de Grupo III apresentam uma área de influência direta, oferecendo cuidados às populações pertencentes às áreas de influência direta dos estabelecimentos classificados nos Grupos I e II. Os hospitais de Grupo IV correspondem

a hospitais especializados. Porém, poderão ser desenvolvidos mecanismos de liberdade de escolha de acordo com os critérios de acesso e qualidade, desde que nunca meta em causa a presente categorização da oferta de cuidados hospitalares. A classificação das instituições encontra-se devidamente definida em legislação publicada em Diário da República n.º 71/2014, Série I de 2014-04-10.

A evolução da produção e dos resultados dos hospitais, demonstram um aumento de consultas externas, urgências e de internamento. A produção hospitalar foi de tal forma progressiva que no período de 1975 a 2013, a produção foi de 8.8 milhões de consultas e de 4 milhões de urgências e internamentos com um aumento de 211,7 milhares. A eficiência do internamento aumentou a 100%, tanto a nível de doentes saídos por cama ou em duração média do internamento. Em comparação com a produção de cuidados com os membros da OCDE, verifica-se uma aproximação dos indicadores de Portugal aos dos restantes países. No entanto, o tempo de acesso aos cuidados apresenta-se como um dos problemas de outros SNS na Europa (Campos & Simões, 2014).

Dada a lista de espera para cirurgias e consultas médicas, foram criados o Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE), o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) e o mais recente Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), de forma a dar resposta e o sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH) para as primeiras consultas. Melhorando assim a procura, oferta e o tempo de espera, no período de 2006 a 2012, registou-se um acréscimo de (172 mil) doentes inscritos na procura de cirurgias. A oferta de cirurgias aumentou para 55% dos doentes e se constatou uma redução significativa da lista de espera existente na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) e no tempo de espera de 6,9 para 3 meses, ou seja 57% (Relatório do SIGIC, 2012).

Ainda assim, apesar da melhoria significativa na qualidade das instalações, tecnologias, e a evolução positiva no uso de recursos e nos tempos de espera de respostas cirúrgicas, a rede hospitalar apresenta vários pontos fracos. Segundo Campos e Simões (2014) a frequência de admissões no Serviço de Urgência (SU) encontra-se superior à dos países europeus, por outro lado, a frequência nas consultas externas é baixa em comparação à dos países da OCDE. O tempo de resposta para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT's) é demorado o que prejudica o tempo de diagnóstico e, por conseguinte atraso na decisão médica.

Concluindo, a equidade do SNS português dá ainda respostas incompletas às expectativas dos utentes. A falta de médicos e as listas de espera indeterminadas, são alguns dos exemplos que demonstram a realidade de um sistema que responde ainda de forma insuficiente. O crescimento das despesas com a saúde dificulta a diminuição geral da despesa em Portugal (Campos, 2008).

Com efeito, os principais desafios do SNS poderão ser, de acordo com Simões, (2009) a continuação da melhoria dos níveis de saúde registados nos últimos anos, com a manutenção de um SNS financeiramente sustentável. Os aspetos a melhorar passam pela otimização de acessibilidade aos cuidados de saúde, pela continuação das reformas que visam aproximar o cidadão do sistema de saúde e de oferecer respostas de acordo com as suas necessidades e por fim, ultrapassar o desequilíbrio entre os cuidados hospitalares e os cuidados primários (Campos, 2008).

Neste sentido, é de esperar que o SNS em Portugal permaneça como um mecanismo de proteção social na saúde. Contudo, é pertinente melhorar as políticas de saúde e o modelo de governação. A sustentabilidade do SNS tem de ser garantida, isto é, equitativa e eficiente e para tal, é essencial que haja mais contenção de custos na prestação de cuidados e que a meta seja a prevenção da doença e promoção da saúde (Campos, 2008).

No entanto, independentemente do tipo de evolução do Sistema Nacional de Saúde português, não há dúvidas que o serviço público de saúde desempenhará sempre um papel fundamental, devendo por isso apostar: na qualidade da interface com a comunidade (e.g., relação cidadão/profissionais de saúde, acesso do cidadão aos cuidados de saúde); num compromisso com resultados (e.g., previsão e avaliação dos resultados: gestão clínica e gestão do desempenho); na liderança e na inovação (e.g., gerir a informação, conhecimento e comunicação); e, na missão de serviço público (e.g., ética, qualidade e integração). Não esquecendo que os sistemas de saúde devem contribuir fundamentalmente para a equidade e justiça social (WHO, 2008).

1.3 Desafios ao novo paradigma hospitalar

A população portuguesa está cada vez mais envelhecida. Há mais idosos do que jovens a residir no país; 21% dos portugueses têm 65 ou mais anos, enquanto 14% têm menos de 15 anos. São um milhão as pessoas com 75 ou mais anos, das quais mais mulheres do que homens. O índice de envelhecimento da população portuguesa em 2011 era de 128 o que traduz, por cada 100 jovens, existiam 128 idosos. Dados atuais revelam que a evolução tem sido crescente, sendo que em 2018 atingiu os 157,4, encontrando-se acima da média da União Europeia, 132,3. As projeções relativas às proporções de pessoas com 65 e mais anos de idades projetam aumentos progressivos nos próximos anos, prevendo-se, assim, que em 2026 haja cerca de, aproximadamente, 170 indivíduos de 65 anos e mais anos por cada 100 jovens dos 0-14 anos em Portugal (Comissão Europeia, 2017).

Por outro lado, no ano de 2011, assistiu-se também a uma inversão do saldo migratório que passou a ser negativo, contribuindo também para o decréscimo da população residente em Portugal. A par dos presentes fatores, junta-se o facto da diminuição de mulheres em idade fértil (15-49 anos), que têm cada vez menos filhos e em idade mais avançada, ainda que, se verifique um ligeiro aumento do número de filhos, nos últimos anos. A título ilustrativo, em 2016, 31,5% dos nascimentos ocorreram em mulheres com 35 ou mais anos, enquanto apenas 3,5% em mulheres com idades inferiores a 20 anos. O índice de longevidade, em Portugal no ano de 2016, foi de 48,7% o nível mais elevado desde há 46 anos e a população com 75 e mais anos é cada vez mais crescente (Retrato da Saúde, 2018).

Em Portugal, são vários os fatores que influenciam a forma como vivemos e, conseqüentemente, o nosso estado de saúde que advém, de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Dito isto, torna-se fundamental a aposta nos fatores modificáveis, tais como o ambiente e os comportamentos, alterando as condutas de risco comuns a todas as doenças crónicas como a má alimentação, o excesso de peso, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo. As redes comunitárias, (e.g., família e amigos) constituem outro nível de influência. Se as condições de vida, como o trabalho, educação ou habitação, são determinantes, também as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, a um nível macro, influenciam a saúde dos cidadãos (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Segundo os autores, as condições básicas para a saúde (determinantes de saúde) são: a paz, abrigo, alimentação, rendimento, educação, segurança social, relações/redes sociais, *empowerment*, ecossistema estável, uso sustentável de recursos, justiça social, respeito pelos direitos humanos e a equidade. Já os determinantes sociais, a educação é um dos maiores condicionantes do estado de saúde, uma vez que tem uma grande influência no acesso dos indivíduos à informação, na sua capacidade em beneficiar de novos conhecimentos e na adoção de comportamentos saudáveis. A população com nível educacional mais elevado tem menor propensão para sofrer de doenças crónicas e problemas de saúde mental. (Retrato da Saúde, 2018). Apesar do nível educacional em Portugal ser crescente ao longo das últimas décadas, existe ainda um número significativo de portugueses com baixa escolaridade, que corresponde a uma faixa da população mais envelhecida e residente no interior do país (e.g., em 2011, aproximadamente 15% dos indivíduos com idades entre 65 a 69 anos não tinham nível de escolaridade completo e mais de 40% em indivíduos com mais de 75 anos) (idem).

As doenças têm diferentes impactos na população, que podem ser avaliados em termos de mortalidade ou de morbilidade. As doenças musculoesqueléticas (lombalgias e cervicalgia), a depressão, as doenças da pele (e.g., acne e dermatite) e as enxaquecas surgem como os problemas de saúde que mais afetam os portugueses. Já no que se refere às doenças mais mortais em Portugal, as cérebro-cardiovasculares e as oncológicas são as que têm mais expressão. As doenças respiratórias e a diabetes, são responsáveis por um número considerável de mortes (Retrato de Saúde, 2018).

As doenças que mais afetam os portugueses são as de foro cérebro-cardiovasculares, responsáveis por 29,7% das mortes registadas. Dados de 2014 demonstram, que o acidente vascular cerebral isquémico foi responsável por cerca de 20 mil internamentos. Também as doenças oncológicas têm tido um aumento significativo entre a população portuguesa, sendo a segunda causa de morte em Portugal. Promover a prevenção, diagnosticar e tratar as doenças oncológicas, garantir a equidade e a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde, têm sido as grandes apostas. A hipertensão arterial é um dos fatores de risco cardiovascular, que afeta cerca de 36% dos portugueses, tendo mais prevalência no sexo masculino do que no sexo feminino e aumenta com a idade, afetando mais de 71% dos portugueses, com impacto entre os 24 e os 74 anos. Quanto ao colesterol total elevado, atinge acerca de 63,3% dos portugueses, sendo que as idades com mais níveis elevados são entre os 25 e os 74 anos. Por último, quanto à diabetes, atinge cerca

de 10% dos portugueses, sendo 23,8% nos grupos etários com mais idade, 23,8% nos indivíduos entre os 65 e os 74 anos (Retrato de Saúde, 2018).

CAPÍTULO 2. INTERNAMENTOS HOSPITALARES PROLONGADOS

2.1 Os Internamentos Hospitalares

Entende-se por doente internado o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado espaço de tempo, que ocupa cama, para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, no mínimo, 24 horas. (Circular Normativa N. 15/2019/DPS/ACSS)

A respeito do tempo de internamento está definido por o total de dias utilizados por todos os doentes internados nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde, num período de referência, excetuando os dias da alta. Excluiu-se os dias de estadia em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência. Para efeitos de classificação dos doentes em grupos de diagnósticos homogêneos e de faturação, incluem-se na contabilização do tempo de internamento os dias decorridos desde a admissão no serviço de urgência, bem como os dias de estadia em berçário. (idem)

O internamento hospitalar pode ser definido como a estadia de um doente num hospital de agudos, isto é, o período decorrente ininterruptamente desde a data de admissão até à data da alta. Entende-se por doente internado o utente que é admitido num estabelecimento de saúde e que ocupa uma cama em regime de internamento, com a finalidade de investigação diagnóstica ou para ser submetido a tratamento (Portaria n.º 132/2009).

Quanto ao tipo de admissão, esta pode ser:

- a) Admissão programada, em que o doente é proveniente de um serviço de consulta médica e a entrada no internamento é feita com marcação prévia; destinam-se à realização de um determinado procedimento, normalmente cirúrgico, ou a um tratamento de consolidação.
- b) Admissão não programada, sendo o doente proveniente do Serviço de Urgência, dando entrada no internamento sem marcação prévia, em que podem resultar, por exemplo, de doenças agudas ou crónicas agudizadas, de lesões traumáticas, intoxicações medicamentosas ou outras.
- c) Admissão externa, sendo admissão de um doente proveniente de outro estabelecimento de saúde.

A Portaria n.º 132/2009 de 30 de janeiro prevê que, para efeitos de faturação, os internamentos devem ter duração mínima de vinte e quatro horas, excetuando-se os casos de falecimentos, altas contra parecer médico ou por transferência para outra instituição.

Em Portugal, relativamente ao resultado dos cuidados prestados, o doente pode ser classificado de diferentes modos, nomeadamente: curado (sem ou com sequelas), melhorado, mesmo estado, piorado, falecido (nas primeiras 48 horas, com ou sem autópsia) ou indeterminado (casos de abandono ou alta contra parecer médico). O destino após a alta pode ser para o domicílio, hospital de dia, consulta externa do mesmo ou de outro hospital, centro de saúde, outro hospital ou instituição com internamento, serviço domiciliário, saída contra parecer médico ou falecimento⁶.

As mudanças ocorridas no financiamento dos hospitais de agudos, as restrições orçamentais impostas conduziram a que os gestores hospitalares e os profissionais de saúde iniciassem ajustes nas linhas de produção hospitalar por forma a tornar mais eficiente o gasto dos recursos. Pois, a duração dos internamentos é um dos indicadores que reflete o custo total dos cuidados prestados num hospital (Glasby, et al. 2006).

A definição de internamento prolongado não é consensual. Alguns estudos internacionais definem internamentos prolongados acima de 7 dias⁷, outros focam-se em períodos superiores, como 20⁸, 28⁹ e 30¹⁰ dias de internamento. Em Portugal, segundo a ACSS, os internamentos com duração superior a 30 dias, estão definidos como internamentos prolongados (IP).

A Demora Média (DM) de internamento, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) é um indicador que representa o número médio de dias de internamento por doente saído de uma unidade de saúde durante um período (INE, 2005). Esta depende de fatores de natureza diversa, tais como as características: dos doentes (sexo, idade, patologia, rendimentos, educação); das instituições prestadoras de cuidados de saúde; dos profissionais (experiência, formação); do sistema de saúde e de proteção social

⁶ Disponível em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Tipo_de_admissão, em 24/09/2020

⁷ Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24772600/> Causes of prolonged hospitalization among general internal medicine patients of a tertiary care center. J Med Assoc Thai.

⁸ Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24950/rspmi/O/30/19/3/201>. Internamentos Prolongados numa Enfermaria de Medicina Interna. Journal Scielo Portugal

⁹ Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16866672/> Early markers of prolonged hospital stays in older people: a prospective, multicenter study of 908 inpatients in French acute hospitals. J Am Geriatr Soc.

¹⁰. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-172> Acute care inpatients with long-term delayed-discharge: evidence from a Canadian health region. BMC Health Serv

(financiamento, tipo de cobertura, disponibilidade de recursos pós-alta). A DM é frequentemente calculada através da divisão do número de total de dias de internamento de todos os doentes ao longo de um ano sobre o número de admissões ou altas (OECD, 2011).

Segundo o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, GTRH (2011) este indicador é um dos principais indicadores de gestão dos hospitais devido ao carácter de importância do internamento na estrutura da despesa, de aproximadamente 60%. Todavia é também um indicador de qualidade, pela associação entre a estadia do doente no hospital e o risco de infeção hospitalar.

A título ilustrativo, nas últimas décadas, em vários países da OCDE tem-se observado uma diminuição da DM, como por exemplo, de 8.2 dias em 2000 para 7.2 dias em 2009. A presente redução encontra-se relacionada com a realização de procedimentos cirúrgicos invasivos, alterações nas modalidades de pagamento aos hospitais e a expansão dos programas de continuidade de cuidados após alta hospitalar. Ainda que, em Portugal, segundo GTRH (2011) se tenha constatado um aumento de 2.92% na DM, entre 2007 a 2010, de 7,47 para 7,69 dias respetivamente. Em 2019 a demora média de todas as instituições hospitalares do SNS foi de 8,6 dias. O valor mais baixo de dias foi registado na ARS Norte com 8,0 dias e o mais alto, na ARS do Algarve com 10,4 dias (ACSS, 2019). Importa referir que a demora média cirúrgica apresenta valores mais baixos do que a demora média médica, 6,3 e 10,6 dias respetivamente (Dados do ACSS de setembro de 2019). Tendo em conta que as pessoas com mais de 65 anos são as grandes utilizadoras dos serviços de especialidade médica, como é o caso da medicina interna em que 76% dos doentes têm 70 ou mais anos (RRH, 2016).

Em conformidade com a evidência internacional, as características dos doentes, dos hospitais e as condições de mercado parecem constituir as principais razões que justificam a disparidade na demora média entre hospitais. Segundo o Departamento do Reino Unido (2003), a causa para o aumento da DM do internamento hospitalar resume-se a 3 aspetos: inadequado conhecimento dos profissionais de saúde sobre a condição clínica e social do doente; deficiente organização dos serviços de saúde e a fraca articulação entre os hospitais e os serviços prestadores de cuidados na comunidade.

2.2 A intervenção do Serviço Social em contexto hospitalar

No Serviço Nacional de Saúde, concretamente, o serviço social hospitalar desenvolve intervenções que têm como finalidade colaborar na resolução dos problemas dos doentes, ajudando a prevenir as disfunções que possam dificultar o tratamento e reabilitação com vista à reintegração social das pessoas no após alta hospitalar (Santo, 2018).

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto), assenta na proteção da saúde como um direito individual e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da legislação. Neste sentido, a intervenção do Serviço Social em contexto hospitalar deve comportar as suas onze funções descritas na Circular Normativa n.º 8/2002 do então Departamento de Modernização e Recursos de Saúde.

Como já referido, de modo geral, as entidades hospitalares têm por objeto principal a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população, nomeadamente aos beneficiários do SNS e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral.

O impacto decorrente de uma doença implica novos desafios e novas dinâmicas individuais e familiares. Este pode levar a ruturas temporais ou indefinidas, dependendo do tipo de sequelas. Pois a doença afeta todas as esferas de socialização do doente, promovendo a alteração de rotinas e responsabilidades anteriormente asseguradas (e.g., familiares, laborais, sociais e económicas), tornando o indivíduo mais débil emocionalmente (Masfret, 2010).

A intervenção dos assistentes sociais nos hospitais

é uma intervenção pró-ativa, em que diariamente, os assistentes sociais acolhem o doente, fazendo uma triagem no sentido de identificar as situações de risco e, conseqüentemente, realizar o diagnóstico social participado, em que, por um lado, se equacionam as soluções/respostas junto do doente e família e, por outro lado, se faz a articulação com os parceiros sociais na definição de respostas face às necessidades, com o objetivo de resolver e/ou prevenir situações de crise, de modo a evitar reinternamentos (...) (Lopes et al., 2012, p.25 cit. in Carvalho, 2012).

Diversos autores têm vindo a evidenciar o desenvolvimento crescente quanto ao importante papel do serviço social em contexto de saúde, no que se refere à promoção de uma abordagem biopsicossocial para a prática dos cuidados de saúde (Caputi, 1978; Germain, 1984; Bywaters, 1986; Weick, 1986; Erikson et al, 1994 cit in Santo, 2018). A intervenção do Serviço Social no contexto da saúde, engloba uma intervenção clínica e social que se encontram associadas entre si, o que permite olhar o utente como um todo e não como a soma de partes, ou seja, como já referido, através de uma abordagem biopsicossocial (Santo, 2018).

Deste ponto de vista, o contexto hospitalar constitui, assim, um desafio para os profissionais de serviço social devido às características referidas e pela sua heterogeneidade. Pois, o estágio de doença, seja este agudo, crónico ou paliativo, afeta sempre o indivíduo e o seu núcleo familiar. O impacto da doença no sujeito implica experiências associadas a desiguais significados, fazendo se sentir em todos os campos da vida do utente, a nível pessoal, emocional, profissional, relacional, económico, familiar, entre outros Serafim & Santo (2013 cit in Santo, 2018). Pelo que, o assistente social, na sua ação profissional, deve transformar, modificar e mediar, ao longo do processo de intervenção social, na procura de respostas e recursos que vá ao encontro das necessidades do utente.

Deste modo, é possível chegar ao diagnóstico social de saúde, que constitui a

fase central de qualquer procedimento ou protocolo (...) é a base que articula a fase de estudo, primeiro, com a fase de intervenção e tratamento (...) (Masfret, 2012, p.61).

O Serviço Social em contexto hospitalar pode ser acionado de formas diferentes, conforme as características e necessidades de cada unidade hospitalar, pois pode ser através do *acolhimento sistemático* em que é realizada a entrevista a todos os doentes presentes no serviço clínico; o *acolhimento por triagem de indicadores críticos*, em que a situação é orientada para o Serviço Social através de critérios que implicam intervenção social; e ainda por o *acolhimento em regime de chamada*, em que é realizado apenas aos doentes sinalizados por outros profissionais integrantes da equipa multidisciplinar pertencentes aos serviços clínicos (Carvalho, 2012).

No entanto, não são somente as únicas formas de serem identificadas situações que carecem de apoio social. De acordo com o estudo realizado por Guerra (2019), podem ser identificadas ainda outras formas de uma situação chegar ao serviço social; entre elas

podem ser evidenciadas: por *iniciativa própria dos utentes e/ou família/cuidador*, pelo facto de os utentes e famílias saberem o propósito da intervenção social, e dos seus objetivos e benefícios (Power & Gronen, 2015); e o *encaminhamento por parte de instituições externas*, uma vez que estas podem já não ser suficientes ou de haver necessidade de adaptar a resposta ao novo problema de saúde e/ou derivado ao aumento de dependência adquirida pelo utente.

A intervenção social no âmbito hospitalar segundo a autora, comporta três momentos, nomeadamente, *o acolhimento; a elaboração do plano individual de cuidados; e o acompanhamento psicossocial*, (Carvalho, 2012) contudo, a intervenção social pode também comportar *a preparação e continuidade dos cuidados*¹¹.

O acolhimento, consiste, em primeiro lugar, no suporte emocional face à identificação da doença ou limitação adquirida, com o foco na aceitação e capacitação para a superação desta; o apoio à integração informando o utente e família dos direitos e deveres; a gestão de expectativas quanto às condições de vida após o internamento tendo em vista a preparação da alta; o apoio à adaptação do novo estado clínico, doença ou dependência, facultando informação (e.g., sobre isenções, subsídios, entre outros); e a recolha de informação realizada em contexto de entrevista ao utente e/ou com a sua família, no sentido de recolher o máximo de informação (e.g., sobre os rendimentos, habitação, retaguarda familiar, dependência, entre outros) para a realização de um diagnóstico social, ou seja, com o objetivo de identificar a problemática social, bem como identificar fatores de risco, na medida em que as necessidades podem acentuar ou surgir devido à declinação da situação de saúde.

Posteriormente, *o plano individual de cuidados* deve ser elaborado em parceria com a equipa multidisciplinar. A intervenção realizada por assistentes sociais completa-se e integra-se dentro dos objetivos de uma equipa multidisciplinar. Pois, o trabalho em equipa interdisciplinar mobiliza diversos tipos de conhecimentos e habilidades, em que envolvidos e interligados maximizam a eficácia e a eficiência da orientação dada (Guerra, 2019). Deste modo, o plano individual deverá efetivar-se através da partilha de informação clínica e social do utente, sendo que o plano é realizado de acordo com as especificidades do mesmo, respeitando a cultura, espiritualidade e religião do doente e

¹¹ Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2007)

família na elaboração e gestão do plano de cuidados. O plano individual tem de ter em atenção a confirmação do doente e/ou família/cuidador dos cuidados e tratamentos previstos e o esclarecimento de dúvidas e reforço de informação sobre direitos e deveres de doentes e familiares, bem como acesso aos serviços ou a bens na comunidade. Por fim, o assistente social elabora um esquema de plano de cuidados, com tempos previstos e metas a atingir (Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2007).

Importa referir que para assegurar o sucesso do plano de cuidados, em situações de maior dependência motora ou cognitiva (e.g., Alzheimer, perturbação bipolar, doença degenerativa, paralisia cerebral, demência, sequelas de AVC, fratura óssea, entre outros) se torna fundamental que a informação oriunda do profissional chegue de forma clara e perceptível não somente ao utente, mas também ao seu cuidador¹², garantindo que este detém todos os conhecimentos face à situação específica do doente. Na seleção do cuidador deve atender-se ao empenho em fazer tudo o que de melhor se possa fazer ao doente, mas também à sua lucidez em ser capaz de avaliar as suas capacidades e todas as suas outras obrigações ou responsabilidades¹³.

Compete também, ao Serviço Social hospitalar o *acompanhamento psicossocial*, que comporta o suporte emocional; (o apoio ao luto, o apoio na promoção e proteção da integridade física, psíquica, emocional e comportamental); o incentivo à adesão ao ensino dos cuidados, tendo em conta a continuidade dos cuidados; a informação e capacitação no âmbito da proteção social na doença; a advocacia social, o empoderamento, com o foco em proporcionar a

autonomia das pessoas desfavorecidas e a sua participação a um nível de igualdade com os técnicos (Fazenda, 2006, p.1);

¹² O cuidador informal é a pessoa que ajuda/apoia o doente, deficiente ou idoso. Pode ser uma pessoa com a qual haja laços de consanguinidade ou afinidade legal, como alguém amigo com o qual é estabelecida uma relação de responsabilidade de ajuda e de cuidado (Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2007). Tem a responsabilidade de assegurar a vigilância do doente, promover a autonomia e a independência deste, promover o envolvimento familiar, desenvolver um ambiente seguro, supervisionar as atividades do indivíduo, apoiar a pessoa nas atividades de vida diária, estimular a manutenção de uma ocupação e fornecer apoio emocional e financeiro à mesma. (Sequeira, 2010)

¹³ Tais como, o tempo que pode retirar à sua atividade laboral sem a perder ou o modo como gerir a conciliação entre emprego e a atividade laboral sem a perder ou o modo como gerir a conciliação entre emprego e a prestação de cuidados; os cuidados a prestar, tanto devido às suas próprias capacidades físicas, de saúde e efetivas, os limites impostos à sua disponibilidade devido à hierarquização global das suas responsabilidades, e as modalidades de articulação entre serviços, cuidados formais e informais. (idem)

e mediar e apoiar no desenvolvimento da coesão familiar e na gestão de conflitos (Carvalho, 2015).

Cabe ao assistente social a avaliação da situação na perspetiva da alta e da continuidade dos cuidados:

Identificação de necessidades, dificuldades ou constrangimentos, bem como de recursos e potencialidades (socioeconómicas, culturais, de vizinhança ou outras) para a prestação dos cuidados necessários ao doente, tendo em conta a sua situação específica de doença, dependência, reabilitação e/ou reinserção possíveis; a avaliação da existência ou não de familiar ou outra pessoa com competências para ser cuidador: condições físicas, emocionais, de relacionamento e intimidade com o doente (Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2007, pp. 34-35).

Por fim, *a preparação da continuidade de cuidado*, em que o assistente social ganha um papel central, servindo de elemento de ligação entre o doente/familiar cuidador e a equipa terapêutica, sempre que necessário. Esta etapa engloba nomeadamente: a identificação das necessidades adquiridas da situação de doença e da necessidade de continuidade de cuidados¹⁴ juntamente com em equipa e com o doente e/ou família/cuidador; e a negociação com o doente e familiar/cuidador para a elaboração do plano individual de cuidados e organização da prestação dos mesmos, (e.g., definição de metas; identificação dos profissionais e serviços e instituições para a prestação de cuidados formais).

De referir, que a qualidade da avaliação/relatório, do assistente social em conjunto com equipa multidisciplinar, enviada aos serviços ou instituições na comunidade (e.g., Centro de Saúde, Cuidados Continuados Integrados, Estrutura Residencial Para Idosos) se torna preponderante para a continuidade de prestação dos cuidados ao doente/família, pois é a que melhor potencia o trabalho já realizado a nível hospitalar e que garante a melhor integração na instituição que vai receber o doente, assim como a melhor utilização de todos os recursos que a mesma lhes disponibilizará. No caso de o utente retornar ao seu domicílio, garante a melhor continuidade do apoio ao utente para o seu regresso, facilitando a continuação e do desenvolvimento de competências pessoais e sociais de gestão da situação de doença, abrangendo o autocuidado e a prestação de cuidados por familiares, a reorganização familiar, habitacional e económica; e promovendo a melhor

¹⁴ Necessidades de ordem médica, de enfermagem, de reabilitação, de transportes, entre outras.

articulação com os restantes níveis de cuidados. (Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2007).

Os autores, Castro e Oliveira (2012) salientam a importância da articulação prática e teórica na intervenção do serviço social, sendo esta potenciada por instrumentos e técnicas, definidos teoricamente e de utilização prática. Desta forma, destacam-se os instrumentos utilizados pelo profissional na sua intervenção, sendo estes; *a linguagem*, *a entrevista* e *o trabalho com grupos*. *A linguagem*, instrumento fundamental para o estabelecimento da relação profissional, podendo em conformidade com a sua tipologia conferir características distintas à intervenção; *a entrevista*, como o meio privilegiado de contacto do assistente social com o utente e/ou sua família/cuidador, sendo utilizado tanto para situações de acolhimento social, em que o profissional tem o primeiro contacto com o contexto e necessidades do utente, como em situações de acompanhamento social; e *o trabalho com grupos*, no âmbito hospitalar, associados a grupos educativos e de atendimento, organizados em conformidade com as especialidades médicas em que os utentes são acompanhados. A autora, Almeida (2010), salienta igualmente *os encaminhamentos* realizados pelos profissionais no decorrer da ação profissional como um instrumento fundamental para a realização da intervenção social. Neste sentido, torna-se fulcral a articulação entre as diferentes entidades envolvidas, funcionando como um meio de concretização das respostas exploradas para determinada situação social.

No contexto hospitalar, o assistente social constitui-se como um elemento crucial das equipas interdisciplinares de cuidados de saúde. Segundo, o autor Martinelli (2003), pois

o lugar do serviço social na área da saúde é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares (Martinelli, 2003 p. 12).

A colaboração e a troca de informação e saberes entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, permite multiplicar o tipo de conhecimentos e competências a aplicar em prol do melhor serviço ao utente (Beder, 2006; Carvalho, 2012).

Todavia, para as autoras Power e Gronen, (2015), os assistentes sociais podem debater-se com alguns desafios no que diz respeito à sua plena integração, estando esta questão relacionada com os seguintes parâmetros: a equipa ter pouco conhecimento acerca do papel do serviço social; a idealização de que a família não vai entender o porquê da

intervenção por parte do serviço social; o receio de que o assistente social se intrometa na relação da equipa médica com os seus utentes e famílias; a perceção de uma sobreposição sobre as responsabilidades e funções na equipa; e ainda o surgimento de conflitos acerca das modalidades de intervenção. Por outro lado, as autoras supramencionadas, referem que o assistente social deve demonstrar as suas competências, capacidades e conhecimentos, desenvolvê-los, bem como procurar a especialização na sua área de atuação. Para tal, torna-se crucial clarificar o seu papel junto da equipa por forma a não ultrapassar as barreiras profissionais. Visto que, quando a importância da participação do assistente social como elemento da equipa multidisciplinar é reconhecida pelos outros profissionais, estes tendem a ter uma melhor compreensão no que concerne à situação problema dos utentes e das suas famílias, bem como das suas competências e capacidades, revelando ser uma área de conhecimento fundamental para enfrentar os desafios inerentes à gestão e adaptação do processo de doença (Power & Gronen, 2015).

O reconhecimento da importância da intervenção social por parte da equipa multidisciplinar, passa essencialmente por serem estabelecidas as barreiras profissionais, e reconhecida a necessidade de competências e conhecimentos singulares de intervenção em determinadas situações, que apenas o assistente social possui (Guerra, 2019). De acordo com a autora supracitada, a intervenção do assistente social no âmbito hospitalar, contrariamente a outros profissionais desta área, extrapola o nível micro social, que se baseia na relação profissional-pessoa, abrangendo igualmente os níveis: macro, e meso, visto que

é um profissional com capacidade analítica de leitura dos problemas sociais e dos problemas de saúde, tendo uma capacidade de leitura dos problemas contextualizando-os social e estruturalmente (Guerra, 2015 p.333).

Em contexto hospitalar, designadamente nos serviços de internamento, em que os utentes permanecem no serviço durante algum período, é concedida ao assistente social a oportunidade de desenvolver a sua intervenção de uma forma mais eficiente e eficaz, uma vez que lhe é viabilizada a aquisição de um maior conhecimento da situação do utente. O facto de o AS estar integrado na equipa multidisciplinar de cuidados, facilita o acolhimento, a entrevista, o diagnóstico, o acompanhamento, o apoio psicossocial e a preparação da alta, de todas as situações observadas no internamento. A sua intervenção insere-se numa ótica de mobilização de recursos necessários ao bem-estar do utente e família aquando o seu retorno à comunidade, como também o desenvolvimento de

competências nos mesmos, facilitando o seu processo de adaptação (Carvalho, 2015). Concluindo, um dos pontos-chave da intervenção social em contexto hospitalar prende-se com a avaliação da situação dos utentes e suas famílias/cuidador, assim como a comunicação e organização com os serviços da comunidade, de modo a assegurar uma alta hospitalar segura e eficaz, permitindo a completa reintegração social do doente na comunidade (Mclaughlin, 2015).

Decorrente da intervenção do serviço social, como já referido, poderão ser identificadas situações que impliquem a articulação com as respostas na comunidade, constituída pela rede de suporte social (e.g., instituições na comunidade) ou pela rede de suporte informal (e.g., família, vizinhos, amigos ou outras com qualquer tipo de ligação afetiva.). Com o destaque a situações de níveis de maior dependência, com perda de funcionalidade, é exigida uma prestação de cuidados mais abrangente e permanente, independentemente da idade do indivíduo (Wall, 2005). Portanto, em função das necessidades e do grau de autonomia dos utentes, poderão ser encaminhados para diversos tipos de respostas sociais, das quais se destacam:

- a) Idosos: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Noite, Centro de Dia (CD), Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) (anteriormente denominado por Lar para Idosos)
- b) Deficiência: Lar Residencial, Residência Autónoma, Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), Centro de Atendimento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Acolhimento Familiar para Pessoas com Deficiência.
- c) Crianças e jovens: Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental, Equipa de Rua de Apoio a Crianças e Jovens, Acolhimento Familiar e Acolhimento Residencial.

De destacar que as respostas sociais, ERPI, CD e o SAD representam as respostas com maior utilização no âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) dirigidas às Pessoas Idosas. No entanto, as respostas de ERPI e SAD foram precisamente as que, neste domínio, mais cresceram desde 1998 a 2018 (105 % e 108 %, respetivamente) e as que apresentaram maior oferta. Registou-se um aumento acentuado de (89%) desde 1998, traduzindo um aumento superior a 3 400 novas respostas. Em 2018, contabilizaram-se cerca de 7300 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia no território continental, das quais 37 % correspondiam a SAD.

As respostas sociais direcionadas às Pessoas com Deficiência ou Incapacidade com o objetivo a promoção da autonomia, a participação e a inclusão social destacam-se o CAO, o Lar Residencial, a Residência Autónoma e o Serviço de Apoio Domiciliário para Pessoas com Deficiência com maior representatividade. A evolução do número de respostas sociais dirigidas a pessoas com deficiência evidenciou um crescimento de 102% entre os anos de 1998 a 2018, sendo que as respostas Lar Residencial e CAO representavam, em 2018, 69% do total de respostas (Carta Social, 2018).

Uma outra resposta surgiu à luz do modelo organizacional criado pelos Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Ministério da Saúde. Como já referido, surgiu em 2006 a RNCCI com objetivo principal de prestar cuidados continuados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, bem como proporcionar melhores condições de vida, através da manutenção às pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder no domicílio; a articulação e prestação de cuidados integrados ao nível social e da saúde; ao apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados às situações e à articulação dos cuidados e prevenção de lacunas dos serviços e equipamentos do apoio aos prestadores informais (Art.º 4º do Decreto-lei nº 101, de junho de 2006). Neste contexto, os objetivos gerais da RNCCI são: prevenir o agravamento, atuando sobre o estado de saúde dos cidadãos dependentes; reabilitar e cuidar, procurando atuar sobre a capacidade funcional do utente e, por último, promover a autonomia, e a adaptação à incapacidade com vista na qualidade de vida, tanto do utente como da família. Este modelo define quatro linhas de internamento distintas com o propósito de dar resposta às diversas necessidades dos cidadãos. A valência de internamento abrange as Unidades de Convalescença (UC) (internamento de curta duração, até 30 dias, com foco na reabilitação intensiva e tratamento de feridas); Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) internamentos até 90 dias; e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) internamentos de 90 dias ou mais, tendo estas um carácter temporário. A par dos internamentos, existe a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) constituída por equipas multidisciplinares com foco na prestação de serviços domiciliários, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social. Por fim, as equipas hospitalares funcionam como gestoras das altas hospitalares, subordinadas pelas equipas coordenadoras regionais (ECR) e equipas coordenadoras locais (ECL), que certificam todo o processo de colocação dos utentes na RNCCI.

Contudo, pese embora existam pessoas com capacidade, recursos e suporte familiar para a procura ativa de uma solução na continuidade de cuidados no após alta clínica, existem utentes, que limitados na doença ou dependência, acrescido da insuficiente ou ausente rede de retaguarda familiar ou suporte social, não poderão proceder à alta hospitalar em segurança. Neste sentido, surgiu a necessidade de cooperação entre as entidades com competências de saúde e de apoio social, (ISS, I.P. e ACSS, I.P.) de forma a proporcionar ao utente uma efetiva continuidade de cuidados no após alta hospitalar, o que proporcionou a criação do *Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social (S+SS) - para o Planeamento das Altas Hospitalares*.

Posto isto, a intervenção social nesta matéria deve ser orientada para responder às reais necessidades e expectativas do cidadão e suas famílias, promovendo o acesso a cuidados qualificados e diferenciados, a participação social e comunitária e a compatibilização entre a esfera familiar e profissional.

2.2.1 O planeamento da alta hospitalar: um compromisso de todos os profissionais

A informação da alta hospitalar, quando prestada ao doente, aos seus familiares ou cuidadores, poderá ser recebida e interpretada de diferentes formas. Apesar de, genericamente, o regresso a casa ser muito desejado e considerado uma boa notícia, nalguns casos, o regresso não planeado pode representar uma fonte de ansiedade para o doente e seus familiares ou cuidador. A situação de doença e o processo de reabilitação podem promover grandes alterações no quotidiano das pessoas e o momento da saída do hospital deve ser preparado sob o princípio da continuidade de prestação de cuidados, de forma a que a situação de saúde do doente nada sofra com os processos de alta e de transição de cuidados (Varanda, 2011). De acordo com o estudo realizado por Scott (2010) sobre as perceções dos doentes e dos profissionais hospitalares, relativas ao não planeamento de alta hospitalar, constatou-se os seguintes resultados: ausência de comunicação, nomeadamente acerca da informação da alta hospitalar em tempo adequado; e a inadequada coordenação com os cuidados de saúde primários e de respostas sociais provocando aos profissionais sentimento de frustração, por não receberem a informação precisa para o acompanhamento adequado dos doentes. Desta forma, segundo Lawrie, & Buttye (2012) uma alta inadequada poderá ter como consequências o sofrimento biopsicossocial e a atribuição de programas de reabilitação inapropriados.

O processo de planeamento da alta hospitalar (PAH) é defendido pelos profissionais e instituições de saúde, uma vez que se confirmam vantagens na sua implementação, garantindo a prestação de cuidados pós hospitalares, a promoção de melhor saúde para as pessoas (Santo, 2018), melhor rentabilização na gestão de camas hospitalares, na organização dos serviços (e.g., marcação atempada de transporte de regresso ao domicílio) e na articulação entre os hospitais e serviços sediados na comunidade. Este, deverá aplicar-se a todos os doentes que previsivelmente necessitem de cuidados de reabilitação/manutenção, considerando a tipologia da doença e da sua envolvente familiar e social. Assim, o processo de preparação da alta exige uma atuação multidisciplinar conferindo uma visão holística que converge para garantir, desde a admissão do doente no serviço de urgência ou nas enfermarias até à alta hospitalar, os cuidados terapêuticos, reabilitadores e de continuidade (Ferreira & Santo 2018).

Por norma, é no momento da alta que é transmitida a informação, preocupações e esclarecimentos imprescindíveis à continuidade de cuidados do doente no seu regresso à comunidade. Ora, o facto de a alta do doente não ser atempadamente planeada, torna-se num momento de aflição tanto para o doente como para a sua família (Silva, 2007). Deste modo, se estas informações forem facultadas durante a estadia do doente ao longo do planeamento da alta, seria mais eficiente, a família seria mais conhecedora e tornar-se-ia mais participativa na prestação dos cuidados ao doente, adquirindo assim, mais garantias e segurança na capacidade para lidar com as necessidades do mesmo (Marques, 2005). Pois, na ótica da autora supracitada, como já referido anteriormente, a comunicação e a articulação entre os elementos da equipa multidisciplinar (e.g, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas), são elementos fulcrais na gestão hospitalar, evitando, constrangimentos ou problemas nas altas hospitalares.

Neste sentido, o PAH, segundo Parker (2005) é o conjunto de atividades prosseguido por uma equipa multidisciplinar de cuidados, durante o período de internamento, com a finalidade de agilizar a transferência, adequada em tempo útil, do doente para casa ou para outra instituição, de modo a assegurar a continuidade de prestação de cuidados ao doente. É igualmente considerado pela DGS (2004) como um processo complexo que exige uma efetiva comunicação e articulação entre os profissionais das equipas multidisciplinares, o doente e sua família ou cuidador, e em que se deve considerar as carências de recursos materiais e sociais, tal como a articulação com a comunidade para a continuidade dos cuidados necessários.

Contudo, a importância do PAH varia entre países. Nos EUA é obrigatório para os programas de seguro de saúde (e.g, Medicare, Medicaid e Veterans Health), no entanto, no Reino Unido existe um guia de práticas para o planeamento de altas hospitalares para a saúde e condição social.

Segundo Victorian Government Health Information (2008), o PAH é composto por quatro (4) fases que permitem dar resposta não só às necessidades do doente, mas também à família ou cuidador: *O conhecimento das necessidades do doente*, em que estão incluídas as características culturais, biopsicossociais e ambientais. Procura compreender os recursos disponíveis à família/cuidador para a recuperação do doente e as necessidades culturais, religiosos, linguísticos que possam impedir a recuperação do doente. Na segunda fase, *o desenvolvimento do plano de cuidados*, em que são planeadas estratégias a utilizar e a identificação dos problemas atuais e potenciais. A terceira fase, *a identificação do plano de cuidar*, em que se pretende a efetivação da coordenação entre o doente e família ou cuidador, e os serviços necessários para a garantia da continuidade dos cuidados ao doente e para o fornecimento de apoio à família. A realização do plano de cuidados deve ser implementada imediatamente à sua elaboração e fornecida ao doente, família ou cuidador, de modo a que haja espaço para esclarecimento de informação e estabelecer contacto com os cuidados de saúde primários, de forma a que haja o adequado acompanhamento ao doente. Por fim, *o Follow-up-alta e avaliação da efetividade das estratégias*, que se predem com o objetivo de avaliar o impacto do planeamento das intervenções na recuperação do doente (e.g, identificação de possíveis, novas necessidades; e compreender a efetividade e a eficácia do processo da alta.

Por sua vez, o programa Safely Home da Fundação King realizado pelos autores Oliver, et. al. (2014), o processo de preparação e execução da alta hospitalar para pessoas com idade avançada pode ser orientado assegurando a execução de vários passos. Os profissionais devem começar o planeamento da alta no momento da admissão do doente no hospital, prevendo se se tratará de uma alta simples ou complexa, adequando as necessidades de planeamento; deverá, sempre que possível, envolver o doente e o cuidador nas decisões; desenvolver um plano de ação para cada doente nas primeiras 24 horas após a admissão; coordenar o processo de alta hospitalar através da partilha de responsabilidades com todos os elementos da equipa multidisciplinar do serviço de internamento; definir uma data prevista de alta juntamente com o doente e familiares; rever o plano de ação com o doente diariamente, tomando iniciativas para atualizar os

progressos no sentido de assegurar a data da alta hospitalar; envolver os doentes e cuidadores para que possam tomar decisões e escolhas informadas proporcionando um acompanhamento individual e personalizado; planear as altas de modo a assegurar a continuidade de cuidados; utilizar uma lista de verificação de todos os pormenores da alta, 24 a 48 horas antes da alta hospitalar; e tomar decisões e concretizar ações de forma a promover a alta hospitalar. O presente programa sugere que durante o período de internamento, o doente e seus familiares ou cuidadores saibam responder às seguintes questões: qual o diagnóstico? Qual o plano de intervenção para hoje? Quando vou ter alta? O que é preciso para regressar a casa?

Segundo Rendeiro (2015), a intervenção social em contexto de planeamento da alta hospitalar, inclui a execução de um acompanhamento do doente e sua família durante todo o processo de hospitalização.

O primeiro contacto com o doente e família é insuficiente, uma vez que o processo de doença altera a dinâmica familiar e constitui uma situação de crise para muitas famílias que não assimilam nem se consciencializam das necessidades do doente nesse momento (Rendeiro, 2015, p.15).

Evidências empíricas indicam também que a intervenção nos cuidados de saúde que contém na equipa assistentes sociais, apresentam melhores resultados à prestação de cuidados e conseqüentemente no planeamento de alta hospitalar (Gregorian, 2005).

O PAH para o Serviço Social, é um processo dinâmico que deve iniciar-se de forma atempada e numa perspetiva biopsicossocial, tanto a nível do utente como da sua família/cuidador, no após alta hospitalar. É um processo que confere à alta hospitalar uma componente pluralista, que assume três perspetivas centrais: Médica, Enfermagem e Serviço Social. Sendo, que ao Serviço Social confere um papel no acompanhamento do utente e da sua familiar/cuidador, no retorno à comunidade (Masfret, 2012)

Para o Serviço Social, o presente processo engloba cinco etapas metodológicas, nomeadamente: o acolhimento, atendimento, elaboração do plano individual de cuidados e o acompanhamento psicossocial e preparação da continuidade de cuidados. (DGS, 2006) O Serviço Social constitui uma referência essencial no processo do utente nos serviços prestadores de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, de educação e social. O Serviço Social potencializa ou prepara a criação de novos recursos e capacidades individuais e coletivos (idem).

Na sequência da criação da (RNCCI) em 2006, foi publicada a circular informativa N.º 29 (DSPCS de 2006, que contém o manual de boas práticas para os assistentes sociais na RNCCI. A presente publicação vai ao encontro do publicado na circular anterior, embora, de forma mais desenvolvida. Contempla assim, a natureza da doença, o estágio da sua evolução, o grau de autonomia e o suporte formal e informal na prestação de cuidados a realizar perante as AVDs. (DGS, 2006)

Não obstante, mesmo conferindo a organização e celeridade no processo de planeamento da alta hospitalar, esta preparação está dependente, de dois momentos. Em primeiro lugar, do número de dias de internamento que são necessários até o doente recuperar e o corpo clínico efetivar a alta clínica. E perante a previsão da efetivação da alta clínica, ainda será preciso conciliar o tempo necessário para a reintegração do doente no contexto familiar ou socioinstitucional.

Concluindo, vários autores, Weinberger, Oddone e Henderson (1996) identificaram um aumento da satisfação dos doentes aquando à implementação do planeamento de alta. Segundo Parker (2005), o planeamento de alta é a chave essencial para a segurança adequada e efetiva da transferência dos doentes de um internamento hospitalar para a comunidade. Deste modo, o Serviço Social torna-se fulcral na concretização do planeamento da alta eficiente e eficaz, assim como para o Serviço Social é crucial o planeamento de alta, de modo a adequar respostas às reais necessidades do utente.

As organizações de saúde devem proporcionar à criação de políticas de procedimentos internos para o planeamento de alta hospitalar e definir dimensões deste, como por exemplo, a transferência de informação entre a equipa hospitalar e os doentes (Halasyamani et al. 2006). Estudos realizados no Reino Unido, revelam que o planeamento da alta pode melhorar os resultados económicos e de eficiência através da redução de reinternamentos hospitalares não programados e a melhor gestão de camas hospitalares, através da redução dos tempos de internamento e dos tempos de espera (Parker, S. 2005).

2.3 Perspetivas conceituais dos internamentos prolongados no Sistema Nacional de Saúde

As instituições hospitalares assumem na sociedade contemporânea um papel de racionalidade e eficiência, tendo maior preocupação com a qualidade dos cuidados

prestados (Cabete, 2001). A hospitalização assume-se como uma experiência que produz diferentes emoções, de alguma forma ameaçadoras no que se refere ao doente, pois

a hospitalização é uma experiência assustadora para doentes de todas as idades e leva a sentimentos de isolamento e solidão. O medo da doença, um ambiente estranho e impessoal, o peso institucional, os procedimentos médicos, entre outros, são fatores reconhecidos e geradores de stress (Cabete, 2002, pp.18-19).

O protelamento de uma alta hospitalar, conduz a implicações para o hospital, nomeadamente a nível logístico e económico, a nível da gestão de camas hospitalares, nos tempos de espera para internamentos emergentes, urgentes, eletivos e até programados e, por conseguinte, congestionamento no serviço de urgência, com deterioração dos cuidados de saúde ao utente, (APAH, 2019), mas também para o doente e família, uma vez que se trata de uma situação vulnerável e de exposição a potenciais reinfeções e agravamento da sua condição de saúde, devido à possível entrada de novos doentes infetados na enfermaria (Rendeiro, 2015). Os internamentos prolongados, para além do período clinicamente necessário, podem proporcionar complicações evitáveis para o doente, nomeadamente depressões, perda de funcionalidade, risco de infeções nosocomiais de malnutrição, mas também ao nível social, nomeadamente ao afastamento do contexto familiar e do seu meio, entre outras. (Lawrie, & Buttye, 2012)

Como já referido no presente capítulo, o planeamento da alta hospitalar poderá proporcionar uma diminuição da duração do internamento e da probabilidade de futuras readmissões hospitalares. Pois, uma alta inadequada poderá ter como consequências o sofrimento biopsicossocial, bem como a atribuição indevida de programas de reabilitação (idem).

A Medicina e a Gestão hospitalar identificam os aspetos negativos dos internamentos prolongados, porém, cabe também ao Serviço Social debater a importância do planeamento da alta, convocando as situações de protelamento da alta, por razões de natureza social. Quando a intervenção do serviço social não consegue assegurar todas as condições sociais e familiares para que o utente possa regressar ao domicílio em segurança, a alta hospitalar é protelada originando um período em que o doente tem alta clínica, mas a alta não pode ser efetivada por razões de ordem social.

O internamento prolongado na ótica do Serviço Social hospitalar pode permitir uma melhor preparação para a continuidade de cuidados de saúde. Circunstancialmente, pode favorecer o tempo necessário para a reorganização familiar; melhorar o investimento na

procura da melhor resolução social; garantir cuidados básicos (alimentação, higiene e vigilância), por exemplo, quando não existe rede de apoio familiar ou institucional. A nível de custos económicos, o facto de permitir mais tempo para o planeamento da alta social, poderá tornar-se num ganho financeiro, uma que vez que pode evitar reinternamentos.

O protelamento da alta para o Serviço Social deve-se, numa perspetiva lógica e imediata, à situação de doença, ao surgimento de incapacidades, ao grau de dependência, por vezes associada à carência de recursos. Proceder ao exercício analítico de compreensão dos fatores promotores do protelamento da alta social pressupõe a sua decomposição em fatores considerados internos, referentes a uma ótica intrainstitucional, e em fatores externos, de dimensão macro e independentes da ação dentro do contexto hospitalar.

Uma questão transversal prende-se com a consideração de um desequilíbrio no rácio entre os profissionais e utentes. Analiticamente, depreende-se a relativamente consensual consideração de que o número de assistentes sociais (e a sua representação nas equipas multidisciplinares) é significativamente reduzido face ao volume de trabalho e aos utentes em acompanhamento. Embora não seja passível de comparação direta, dado o exercício específico de cada profissional, também o rácio entre o número de assistentes sociais e médicos ou enfermeiros, em contexto hospitalar, é discrepante¹⁵. Em sentido somatório, a questão supra analisada, referente à escassez de assistentes sociais não é consensual quanto à interferência direta no protelamento da alta social. Se, por um lado, a consideração de que o acréscimo nos recursos humanos seria importante para acelerar as altas sociais sem comprometer a qualidade da intervenção regista-se, por outro, que o reforço do número de profissionais não constituiria, por si, uma resposta suficiente de evitar o protelamento da alta social.

Reconhece-se, em sentido transversal, que os fatores alicerçadores do protelamento da alta social assentam, sobretudo, na promoção e no asseverar da continuidade da prestação dos cuidados e do acompanhamento devido aos utentes em situação de dependência. A ausência de garantias de prestação continuada de cuidados após a saída do utente da unidade hospitalar reproduz, por um lado, a incapacidade e debilidade das respostas disponibilizadas pelos equipamentos sociais e/ou de saúde existentes e, por outro, a

¹⁵ Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, 2018. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio-Social-MS_SNS_2018_vf.pdf

indisponibilidade (não necessariamente voluntária) do suporte familiar. Quanto aos equipamentos sociais, de realçar que a taxa de utilização de respostas sociais tem registado um aumento, pois a resposta em ERPI apresenta taxas de ocupação acima de 90%, fixando-se, em 2018 em 93 %, relativamente às respostas SAD e ao Centro de Dia registaram-se ocupações médias de 70% e 64%, respetivamente. Em 110 concelhos, dos 278 do território continental, apresentaram-se taxas de utilização acima de 80% em 2018. (Carta Social, 2018). Quanto aos equipamentos da RNCCI, (saúde + social), as tipologias com maior crescimento foram a convalescença, seguida das unidades de média e longa duração, sendo nestas últimas onde se verifica a maior taxa de ocupação de 95% e 98%, respetivamente (ACSS, 2018).

Deste modo, o enquadramento delineado traduz um contexto de saturação e ineficácia das respostas e equipamentos sociais, mas também de saúde, existentes e disponíveis para prestação de apoio ao utente com alta hospitalar, o que proporciona o surgimento do prolongamento da “estadia” do utente em sede hospitalar como uma consequência da falta de respostas adequadas e da sua ativação em tempo útil.

Tendo em conta o anteriormente referido, importa, contudo, entender se efetivamente os internamentos prolongados são somente situações que aguardam respostas exclusivamente sociais ou clínicas ou sociais e clínicas.

O estudo nacional, *Internamentos Prolongados numa Enfermaria de Medicina Interna*¹⁶, revela que a maioria dos resultados, internamentos prolongados, foram apropriados à gravidade, complexidade clínica ou intercorrências no internamento. Relativamente às causas de prolongamento dos internamentos, em 64% dos internamentos prolongados, o fator preponderante foi clínico e apropriado à situação.

Por outro lado, um estudo nacional da iniciativa da Associação Portuguesa Hospitalar (APAH) *Barómetro de Internamentos Sociais*¹⁷, com o objetivo de estudar e dar relevo à problemática dos internamentos inapropriados (internamentos sociais) revela que o principal motivo dos internamentos está associado à falta de resposta da RNCCI.

¹⁶ Estudo realizado numa enfermaria de um Hospital Universitário pertencente ao SNS, em 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2019000300005

¹⁷ Estudo da iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, com o suporte da EY e apoio institucional da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, contou com a participação de 40 estabelecimentos hospitalares (+7 que na 3ª edição) do Serviço Nacional de Saúde e do Serviço Regional de Saúde dos Açores. (2020)

Contudo, não sendo a RNCCI uma resposta exclusivamente social, podemos afirmar que estes são internamentos sociais?

Não sendo passível de entendimento claro a caracterização do internamento prolongado e a sua causa, se clínica, se social ou se ambas, irá ser realizado um estudo empírico num Centro Hospitalar do SNS português, de modo a contribuir para a clarificação do fenómeno internamentos prolongados.

PARTE II

METODOLOGIA

CAPÍTULO 3. ENQUADRAMENTO EMPIRICO: OPÇÕES METODOLÓGICAS E RESULTADOS

No planeamento da alta hospitalar, o tempo revela-se uma questão deveras pertinente, uma vez que, maioritariamente, os profissionais são pressionados para a efetivação da alta hospitalar, o que implica uma rápida intervenção social na procura e mobilização de recursos que, por vezes, não se encontram disponíveis no imediato (Guerra, 2019).

Neste seguimento, a questão que presidiu à investigação formulou-se da seguinte forma: Os motivos ou razões de natureza social justificam os internamentos prolongados nos cuidados diferenciados do Serviço Nacional de Saúde?

Dada a pertinência do presente tema na sociedade contemporânea, e de modo a clarificar e concretizar o sentido da questão de partida, o presente estudo tem como objetivo geral, analisar os motivos dos internamentos prolongados dos doentes sinalizados ao Serviço Social, durante o ano de 2018, num Centro Hospitalar classificado na categoria Grupo I¹⁸. Os objetivos específicos através do desdobramento do objetivo geral, referem-se ao tema da investigação e definem as etapas que devem ser obtidas para alcançar o desiderato desta investigação (Andrade, 2009). Neste sentido, através dos objetivos específicos procurar-se-á:

- a) Identificar as características sociodemográficas dos doentes que experienciaram o prolongamento do seu internamento e tenham sido sinalizados ao Serviço Social;
- b) Analisar as problemáticas ou questões sociais indicadas na sinalização dos doentes ao Serviço Social;
- c) Identificar o encaminhamento social dos doentes que experienciaram o internamento prolongado;
- d) Analisar a dimensão temporal dos internamentos prolongados na relação com os motivos de internamento prolongado desde a fase de acolhimento do doente na enfermaria até ao regresso ao domicílio ou à comunidade.

¹⁸ Ao abrigo da Portaria nº 82/2014 de 10 de abril que “estabelece os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar e procede à sua classificação.”

3.1 Natureza da Investigação

Neste estudo optou-se por uma investigação de carácter **exploratório**, de modo, a proporcionar uma visão geral, esclarecida e aproximada de um fenómeno pouco estudado na área do Serviço Social no âmbito da saúde em Portugal. A presente investigação procura concretamente analisar as principais características dos doentes sinalizados ao Serviço Social e que experienciaram um período de internamento considerado prolongado. Segundo Sampieri et al., (1997) os estudos exploratórios efetuam-se quando o objetivo é analisar um tema pouco estudado em que permite aumentar o grau de familiaridade com os fenómenos e identificar conceitos ou variáveis promissoras para investigações futuras. Pois, as pesquisas exploratórias têm como finalidade

desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos” e o “produto final deste processo passa a ser um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados (Gil, 2008, p.27)

Perspetiva-se, deste modo, conseguir recolher um conjunto de dados, argumentos e informação para que investigações futuras possam aprofundar conhecimento nesta temática.

Tendo em conta o propósito de investigação e os objetivos definidos, e dado que o tema em estudo necessita de uma melhor compreensão do fenómeno, o autor optou por uma abordagem mista por considerar ser a mais pertinente para o estudo científico a realizar. Foi adotada uma abordagem qualitativa e numa segunda fase, aplicámos algumas estratégias de abordagem quantitativa para uma melhor caracterização da amostra.

Na investigação qualitativa não existe, à priori, uma deliberação em relação à apresentação dos dados, depende dos dados recolhidos. Os dados podem tornar a caracterização de diferentes formatos, como notas de campo, notas de entrevistas e documentos, entre outros. (Guerra, 2006) À luz de Bogdan e Biklen (1994), os investigadores orientam o seu trabalho de investigação qualitativa para o processo e não tanto para os resultados. Refira-se que a investigação quantitativa

consiste essencialmente em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico de dados recolhidos (Carmo & Malheiro, 1998, p, 178).

O tipo de estudo é de natureza **retrospectiva e descritiva**. Tendo em conta a existência de um prazo definido para a entrega do trabalho e por uma questão de disponibilidade de informação consistente e completa, optou-se por um estudo retrospectivo em que foram analisados dados relativos ao ano de 2018.

A **pesquisa documental** implica a recolha de dados de diferentes e várias fontes, independentemente das técnicas ou métodos aplicados. No decorrer do processo de construção do objeto, a pesquisa bibliográfica e documental, constituíram-se como processos fundamentais. Segundo Lakatos e Marconi, (2003) a pesquisa documental como fonte de recolha de dados encontra-se restrita a documentos, escritos ou outros, constituindo o que se domina de fontes primárias, em que estas podem ser recolhidas no momento em que o fenómeno ocorre ou depois. Deste modo, o autor do presente estudo, recorreu à pesquisa documental, nomeadamente de processos clínicos sinalizados ao Serviço Social de um Centro Hospitalar do Grupo I do Serviço Nacional de Saúde.

Neste sentido, para melhor análise e síntese da informação a tratar, procedeu-se à criação de uma grelha de análise.

Grelha 1- Grelha de análise: Caracterização dos internamentos prolongados

Conceito	Dimensões	Informação Pretendida
Internamento Prolongado	Contexto sociodemográfico dos doentes	1) As características individuais de cada doente sinalizado. - Sexo - Idade - Estado Civil - Contexto familiar - Elementos do agregado familiar - Rendimentos

	<p>Problemáticas sociais dos doentes</p>	<p>1) Identificar os indicadores de sinalização ao Serviço Social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicador que despoletou a sinalização ao Serviço Social - Indicador menos relevante para a sinalização ao Serviço Social - Problemática social predominante nos internamentos prolongados. - Problemática social menos predominante nos internamentos prolongados.
	<p>Encaminhamento social</p>	<p>1) Identificar as respostas sociais orientadas pelos assistentes sociais aos doentes que experienciaram internamentos prolongados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resposta social mais frequente dos doentes em situação de internamentos prolongados. - Resposta social menos frequente dos doentes em situação de internamentos prolongados.
	<p>Dimensão temporal dos internamentos prolongados</p>	<p>1) Verificar se a alta hospitalar coincide com a alta social.</p> <p>2) Analisar a dimensão temporal do acolhimento do doente na enfermaria ao regresso à comunidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da data de admissão do doente no internamento à alta clínica. - Da data de admissão do doente à alta social.

Fonte: Elaboração própria

3.2 Delimitação espacial

A nível de delimitação do espaço selecionado, o presente estudo ocorreu num Centro Hospitalar, pertencente ao Sistema Nacional de Saúde (SNS). Este encontra-se sediado na região centro de Portugal continental. A sua área de ação é a nível distrital, abrangendo aproximadamente 400.000 cidadãos.

De forma a entender a sua dimensão, é de aludir que, no que se refere à sua caracterização, o Centro Hospitalar selecionado é classificado de Grupo I, pela portaria n.º 82/2014, que estabelece os critérios que possibilitam categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, de acordo com a natureza das suas responsabilidades, quadro de valências, e o seu posicionamento da rede hospitalar. Compreende as seguintes características:

- a) “Área de influência direta para as valências existentes entre 75.000 e 500.000 habitantes, sem área de influência indireta;
- b) Valências médicas e cirúrgicas de medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia clínica, imunohemoterapia e medicina física e de reabilitação;
- c) Outras valências, nomeadamente, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, cardiologia, gastroenterologia, hematologia clínica, oncologia médica, radioterapia, infeciologia, nefrologia, reumatologia e medicina nuclear são incluídas no Grupo I, de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referenciação e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas”.

A informação disponível no sítio da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), e no sítio do próprio centro hospitalar, permitiu caracterizá-lo quanto à sua atividade assistencial tendo em conta o número de urgência, número de internamentos (doentes saídos) e o número de consultas externas, conforme a grelha que se segue:

Grelha 2 – Atividade Assistencial do Centro Hospitalar

Atividade assistencial do Centro Hospitalar	G	População	Atividade Assistencial		
			Consultas	Urgência	Internamento Doentes saídos
Centro Hospitalar	I	390 840			
			884 684	139 407	62 709

Fonte: <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/> acessado a 15-04-2020.

Dados reportam ao 01 de janeiro a 2019 a 30 de setembro de 2019.

Quanto à posição do Serviço Social no centro hospitalar, o organograma da instituição hospitalar está definido em conformidade com as orientações da Associação de Profissionais de Serviço Social e do Ministério da Saúde através da Circular Normativa do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde (16 de maio de 2002). O Serviço Social depende hierarquicamente do Conselho de administração e, por norma, integra a área de Apoio aos Serviços não Clínicos. A equipa do Serviço Social do centro hospitalar é constituída por nove 9 assistentes sociais, sendo que três dão apoio ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e os restantes seis elementos destacados para os demais serviços clínicos nas três unidades hospitalares integrantes do centro hospitalar, (cf. ANEXO 1). O Serviço Social é acionado por “chamada”, ou seja, através de um pedido eletrónico efetuado por um profissional de saúde, por norma, pertencente ao corpo clínico ou de enfermagem de uma determinada valência (cf. ANEXO 2)

3.3 População alvo/Amostra

Num estudo científico é fundamental definir-se de forma precisa a população a estudar e, consequentemente, os sujeitos ou elementos que a compõem. Para Fortin (2009), a população é um conjunto de indivíduos ou objetos acerca dos quais se pretende alcançar conclusões. Segundo a autora, a população alvo é constituída por elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente pelo investigador. De modo a caracterizar os internamentos prolongados, superiores a 30 dias, sinalizados ao Serviço Social, o investigador considerou como população alvo todos os doentes sinalizados ao

Serviço Social, que experienciaram internamentos prolongados, superior a 30 dias, durante o ano de 2018.

Relativamente à amostra, Fortin (1999), refere que raramente é possível estudar a totalidade da população. No entanto, como população acessível, o autor considerou a totalidade das unidades hospitalares que constituem o Centro Hospitalar, pois,

cabe ao pesquisador estabelecer esses critérios, antes da seleção das amostras de modo a decidir se uma pessoa seria classificada ou não como um elemento da população em questão (Polit, et al. 2004, p.143)

A amostra tem como corpo uma fração da população delineada na pesquisa. Torna-se, necessário selecionar os dados pertinentes para os objetivos propostos, selecionar a população, uma amostra representativa da mesma (Pocinho, 2012).

Perante uma primeira análise processual, o presente estudo criou um universo de **1.239** processos de doentes sinalizados ao Serviço Social no ano de 2018 de todas as enfermarias (excluído Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental). Deste universo, o estudo compreendeu uma amostra de **155** doentes que experienciaram internamentos superiores a 30 dias no Centro Hospitalar. É de salientar que a amostra representa **12.51%** do número total de sinalizações ao Serviço Social no ano de 2018.

3.4. Critérios de inclusão e exclusão da Amostra

Incluiu-se como critérios de seleção todos os pedidos sinalizados ao Serviço Social no ano de 2018, com internamento hospitalar superior a 30 dias, e provenientes dos serviços de internamento de: Cirurgia Geral, Unidade de AVC, Infeciologia, Pneumologia, Ortopedia, Cardiologia, Especialidades Médicas (Endocrinologia, Hematologia, Alergologia, Gastrenterologia, Dermatologia, Neurologia), Oncologia, Especialidades Cirúrgicas (Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia) Pediatria, Obstetrícia/Ginecologia, Paliativos e Medicina Interna.

Por outro lado, o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, e o Serviço de Urgência não foram incluídos na amostra, por inexistência de informação/dados registados, tanto em suporte papel como em suporte informático, não permitindo, assim, a análise processual. Outra questão que mereceu ponderação para a exclusão da amostra está relacionada com a morte dos doentes, sendo esta, anterior à primeira intervenção do assistente social, não sendo estes considerados como parte da amostra.

3.5. Procedimentos de recolha de dados e cuidados éticos da investigação

A materialização da análise processual levou à elaboração de alguns instrumentos, nomeadamente de grelha de registo, sistematização e análise de informações. A sua construção procurou o rigor e a exaustividade de conteúdos registando, confrontando e associando sempre as informações recolhidas.

Os processos seleccionados foram analisados através da consulta de registos em suporte papel, e do programa informático *SClínico*¹⁹, pertencente aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPSM), onde foi possível aceder ao histórico de informação médica, de enfermagem e social de cada doente.

No desenvolvimento da investigação, certificámo-nos do cumprimento do sigilo e anonimato dos dados recolhidos, bem como o cumprimento da correta enunciação de citações dos processos sociais, no respeito pelo registo efetuado pelos profissionais.

3.6. Procedimentos estatísticos

Numa primeira fase, o primeiro passo foi a construção de uma base de dados através do *Microsoft Excel*, que teve como propósito organizar e sistematizar a informação para a caracterização dos internamentos prologados. Para tal, foram contabilizados e seleccionados todos os 1.239 processos sinalizados ao Serviço Social, no ano de 2018, provenientes dos serviços clínicos supramencionados. Perante a devida aplicação dos restantes critérios de seleção e exclusão, totalizaram-se 155 processos.

Numa segunda fase, a informação recolhida nos processos individuais dos doentes, permitiu caracterizar os doentes e os internamentos prolongados sobre as seguintes variáveis: características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, rendimentos, número de filhos e o número de elementos do agregado familiar); encaminhamento de resposta social; total de dias de internamento; dias entre a admissão do doente no internamento à alta clínica; dias entre a admissão do doente no internamento ao

¹⁹ O SClínico é o sistema informático promovido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) indicados para as instituições do Serviço Nacional de Saúde. Criado no ano de 2013, permitiu a agregação de dois sistemas previamente existentes: o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). O SClínico tem como objetivo a uniformização do registo clínico eletrónico, de forma transversal a todas as instituições de saúde. Disponível em <http://spms.min-saude.pt/product/sclinico>

acionamento do Serviço Social; e dias de admissão do doente no internamento até à alta social.

Para a realização do tratamento estatístico, utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences V.22 (SPSS)*²⁰. As variáveis são essencialmente de natureza nominal e ordinal pelo que os dados são apresentados em gráficos de análise descritiva e frequência simples. As variáveis contínuas são apresentadas através da análise descritiva sobre o cálculo e interpretação da média, mínimo, máximo e desvio padrão.

²⁰ O SPSS, é um programa estatístico utilizado geralmente pelas ciências sociais e humanas em que permitiu a manipulação, análise descritiva e exploratória de variáveis, bem como a apresentação dos respetivos resultados. A análise estatística com recurso ao SPSS® V.22 para Windows envolveu a utilização de medidas de estatística descritiva.

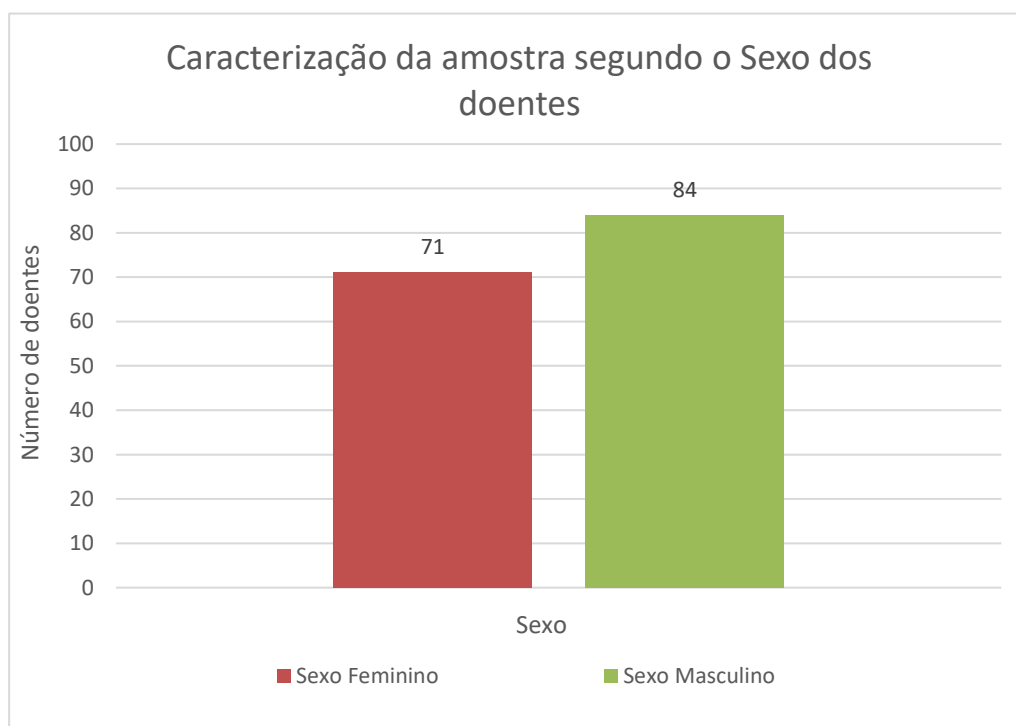
CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Caraterização da Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 155 peças processuais respeitantes a doentes internados no ano de 2018 numa unidade hospitalar e com uma demora média superior a 30 dias.

Seguidamente, apresentamos a caracterização sociodemográfica dos doentes, designadamente sobre: o sexo, a idade, estado civil, rendimentos, contexto familiar e número de elementos do agregado familiar.

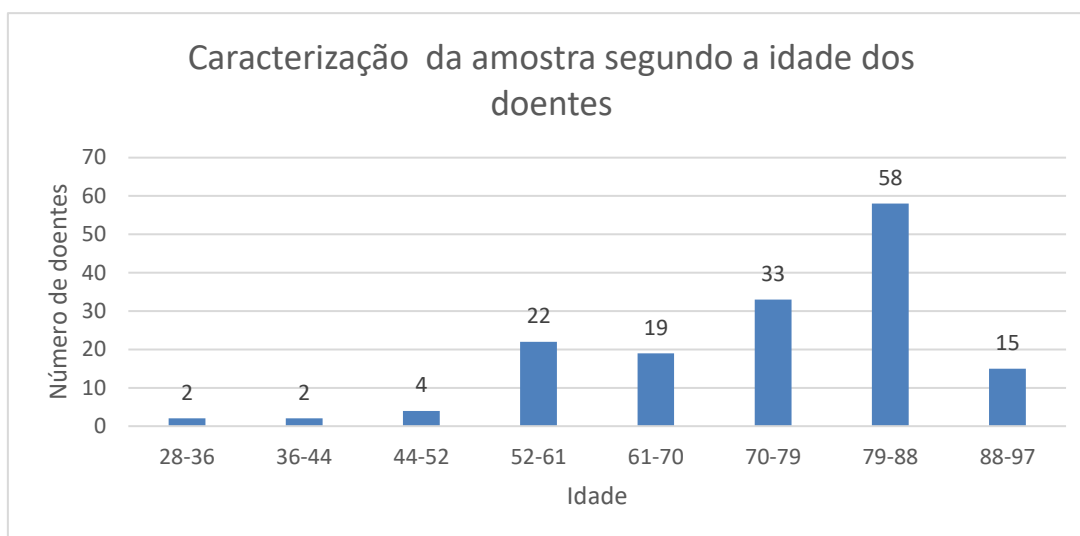
Gráfico 1 – Caracterização da amostra segundo o Sexo dos doentes



Fonte: Elaboração Própria

Através do gráfico 1, é possível constatar que dos 155 doentes analisados, o sexo com maior representatividade é o sexo masculino, 84 doentes (54.2%), e 71 doentes do sexo feminino (45.8%). O resultado demonstra que há maior presença de doentes do sexo masculino que experienciaram internamentos prolongados.

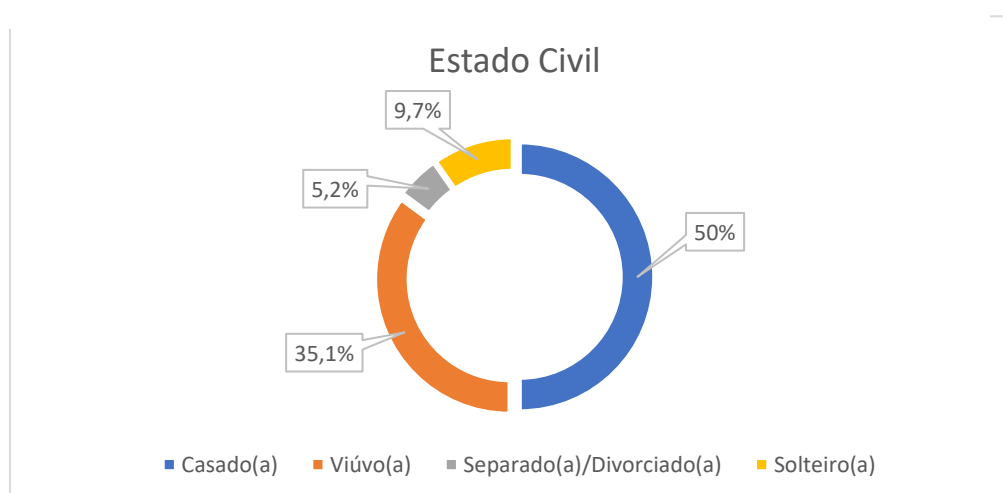
Gráfico 2 – Caracterização da amostra segundo a idade dos doentes



Fonte: Elaboração Própria

Conforme consta no gráfico 2, a amostra reflete que os doentes em estudo têm idades compreendidas entre os 28 e os 97 anos de idade. Constata-se que há menor incidência de doentes nas classes etárias de 28 a 36 anos e entre 36 a 44 anos de idade (2 doentes respetivamente) e maior incidência de doentes com idades entre os 79 e os 88 anos de idade (58 doentes). Verifica-se que dos 155 doentes, 106 doentes (68,4 %) têm mais de 70 anos de idade.

Gráfico 3 – Caracterização da amostra do Estado Civil

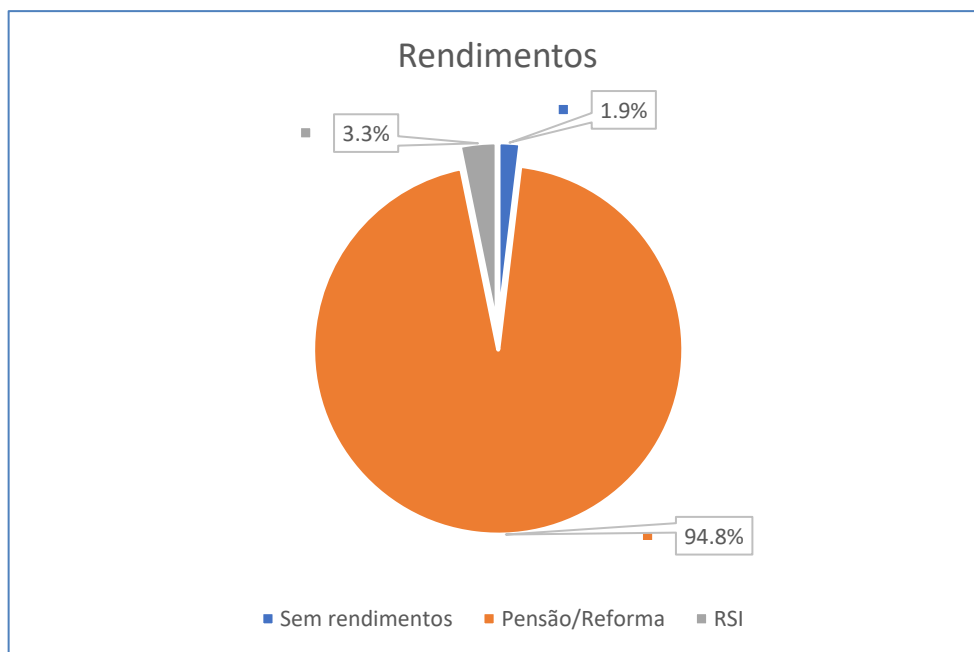


Fonte: Elaboração Própria.

No que concerne ao Estado Civil, no gráfico 3, é possível verificar que 50% dos doentes que experienciaram internamento prolongado estão casados, 35.1% dos doentes estão

viúvos, 9.7% estão solteiros e apenas 5.2% encontram-se separados/divorciados. De realçar que os dois grupos mais predominantes nos internamentos prolongados são doentes casados e doentes viúvos.

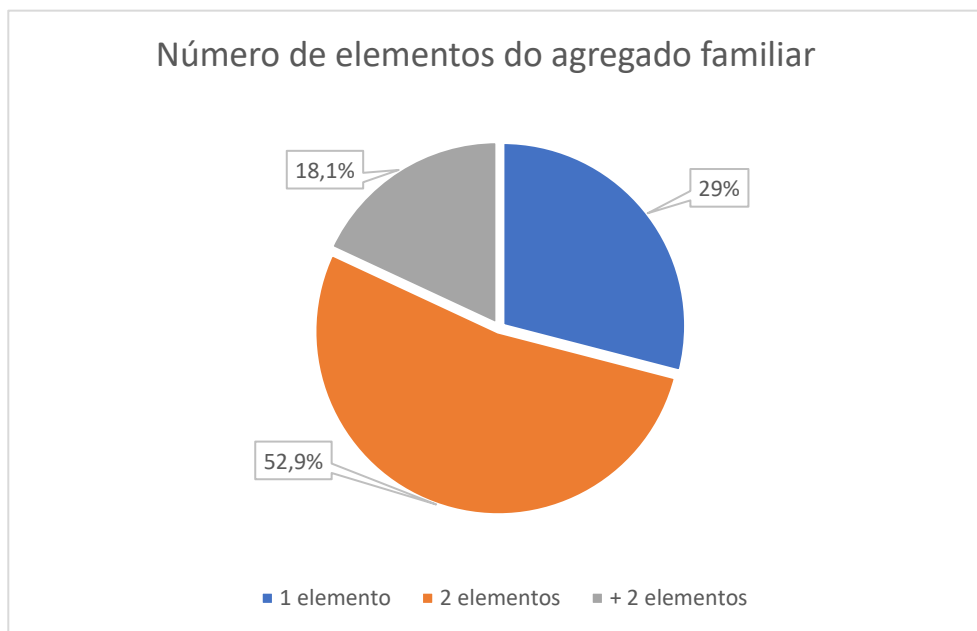
Gráfico 4 – Caracterização da amostra segundo os Rendimentos dos Doentes



Fonte: Elaboração Própria

Segundo o gráfico 4, a nível de rendimentos, constatou-se que maioritariamente os doentes com internamento superior a 30 dias auferem rendimentos (pensão/reforma), o equivalente a 94.8% da amostra. Ainda assim, verificou-se que 5 doentes 3.3% seriam beneficiários de Rendimento Social de Inserção (RSI) e 3 doentes 1.9% sem qualquer tipo de rendimentos. De sublinhar que os 94.8% englobam não somente doentes que auferem reforma, mas também pensão de velhice e de invalidez. Ainda de referir que nenhum dos doentes se encontra em atividade laboral.

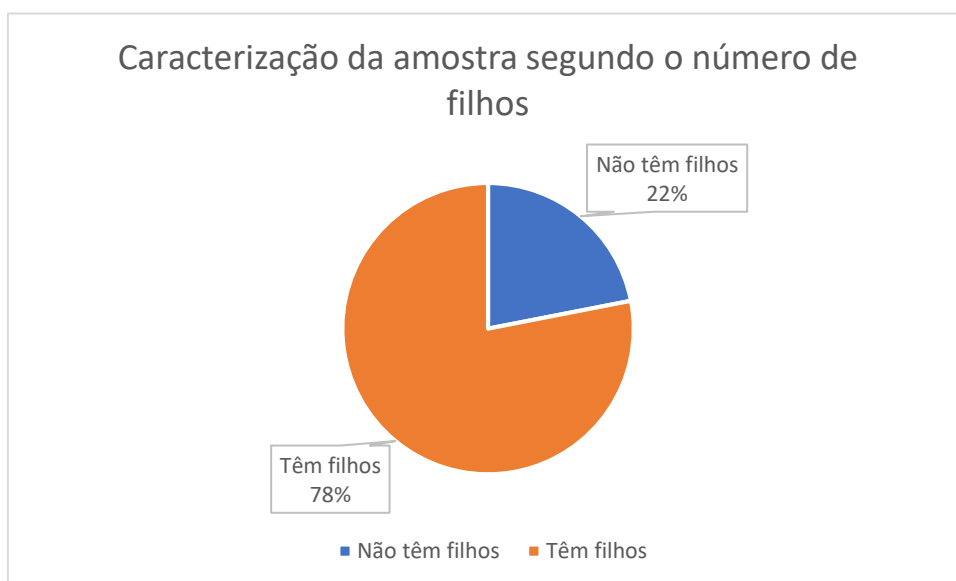
Gráfico 5 – Caracterização da amostra segundo número de Elementos do Agregado Familiar



Fonte: Elaboração Própria

Segundo o gráfico 5, verifica-se que dos 155 doentes analisados, 29% (45 doentes) vivem sozinhos, no entanto, cerca de 52,9% (82 doentes) tem um agregado constituído por 2 elementos e 18,1% (28 utentes) estavam inseridos em agregados com mais de 2 elementos. Ou seja, cerca de 71% dos doentes que experienciaram internamento prolongado não vivem sozinhos.

Gráfico 6 – Caracterização da amostra segundo o número de Filhos



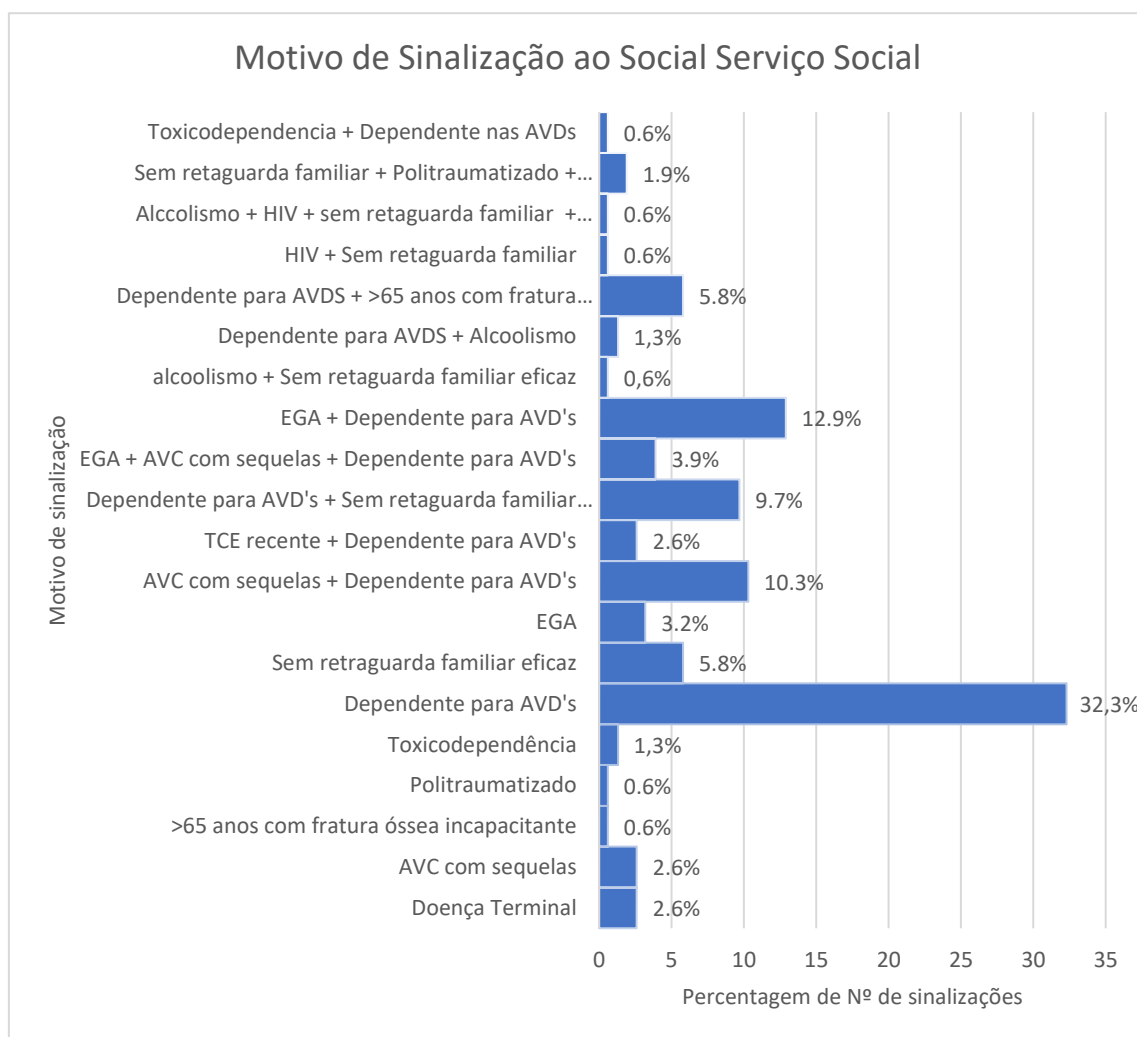
Fonte: Elaboração Própria

Relativamente aos descendentes, foi possível apurar que, maioritariamente, os doentes analisados têm filhos. Cerca de 78% dos utentes têm filhos e 22% não têm filhos, conforme consta no gráfico 6.

Segue-se a caracterização da análise dos motivos de sinalização ao Serviço Social em contexto de internamento prolongado; análise de encaminhamento de respostas sociais dos doentes que experienciaram o internamento prolongado e por último a análise temporal dos internamentos prolongados sinalizados ao serviço social.

4.2 Motivos de sinalização ao Serviço Social em contexto de internamento

Gráfico 7 – Motivo de Sinalização ao Serviço Social

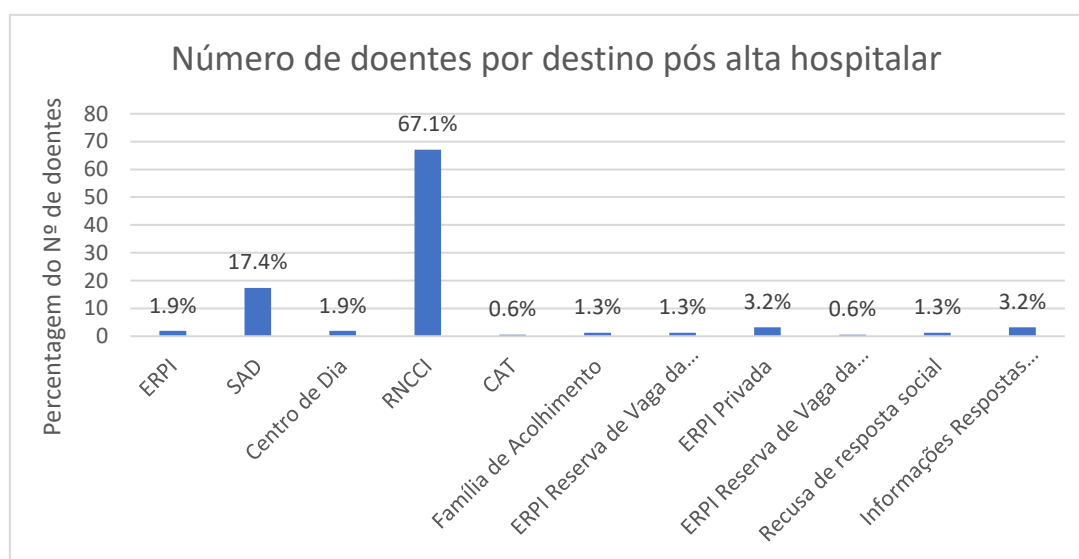


Fonte: Elaboração própria

Conforme consta no gráfico 7, as problemáticas mais presentes na amostra em análise foram: dependência para as Atividades de Vida Diárias (AVD's); ativação da Equipa de Gestão de Altas (EGA); ocorrência de AVC com sequelas; e ausência de retaguarda familiar eficaz. Sendo que cerca de 32.2% (50 doentes) foram sinalizados ao Serviço Social por estarem dependentes para as AVD's, 12.9% (20 doentes) por estarem dependentes para as AVD's e sinalizados à EGA e 10.3% (16 doentes) por dependência para as AVD's e por apresentarem sequelas de AVC. Por outro lado, os motivos menos frequentes na sinalização dos doentes que experienciaram os internamentos prolongados são: a toxicod dependência, HIV, alcoolismo, ausência de retaguarda familiar, vítimas de fraturas ósseas e doentes politraumatizados, totalizando 6 doentes.

4.3 Encaminhamento para respostas sociais

Gráfico 8 – Encaminhamento Social dos Doentes Sinalizados ao Serviço Social

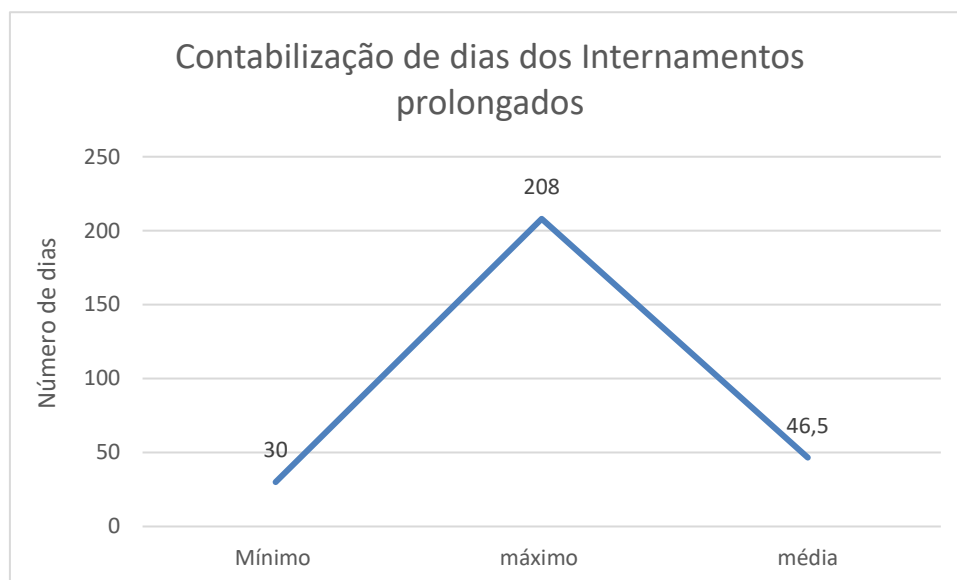


Fonte: Elaboração própria

De acordo com o gráfico 8, é possível verificar que 67,7% dos utentes foram orientados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo esta a resposta predominante. Por outro lado, em menor número foram os Centros de Alojamento Temporário (CAT) e o encaminhamento para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) com vaga gerida à Segurança Social representados por apenas 0.6%.

4.4 Duração dos internamentos prolongados sinalizados ao serviço social

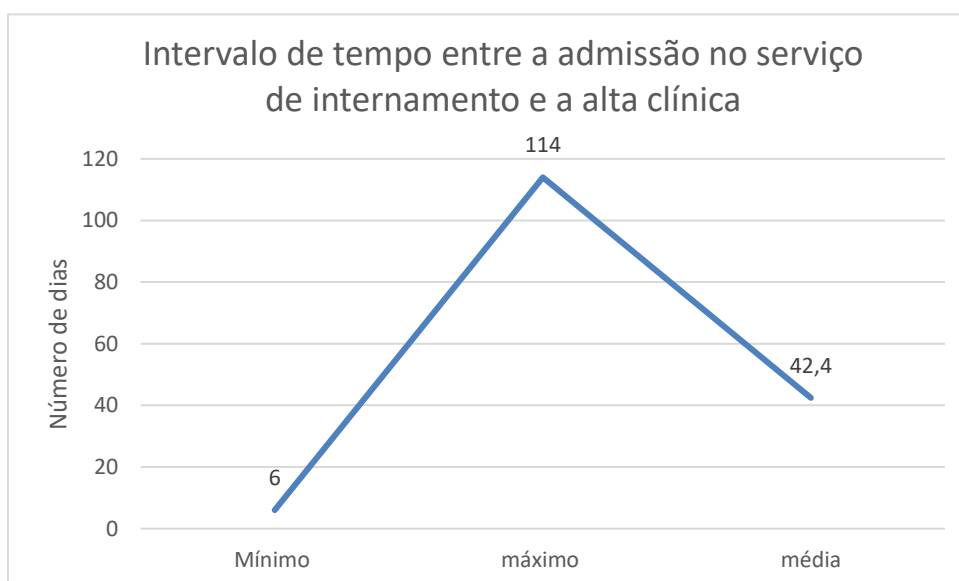
Gráfico 9 – Contabilização de Dias dos Internamentos Prolongados



Fonte: Elaboração própria

Através do gráfico 9, a média de dias de internamento prolongado foi de aproximadamente 47 dias, sendo que o maior período de permanência em internamento foi de 208 dias e o menor de 30 dias.

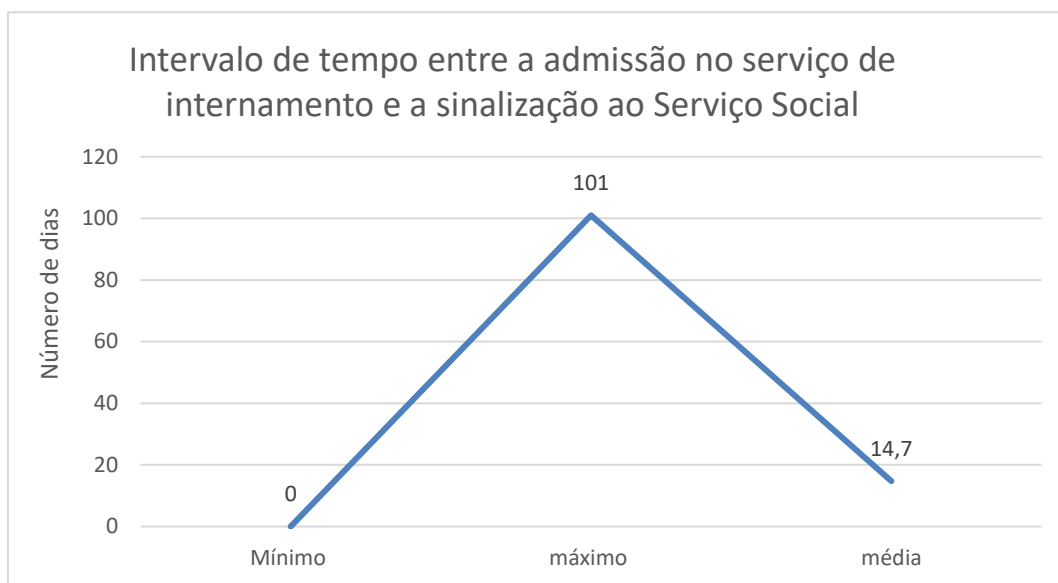
Gráfico 10 – Dias Entre a Admissão do Utente no Serviço de Internamento até à Alta Clínica



Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos dias entre a admissão do utente no serviço de internamento e a alta clínica, é possível verificar que a média de tempo foi de 42.4 dias, sendo que o máximo de dias foi de 114 dias e o mínimo de 6 dias, conforme consta no gráfico supramencionado.

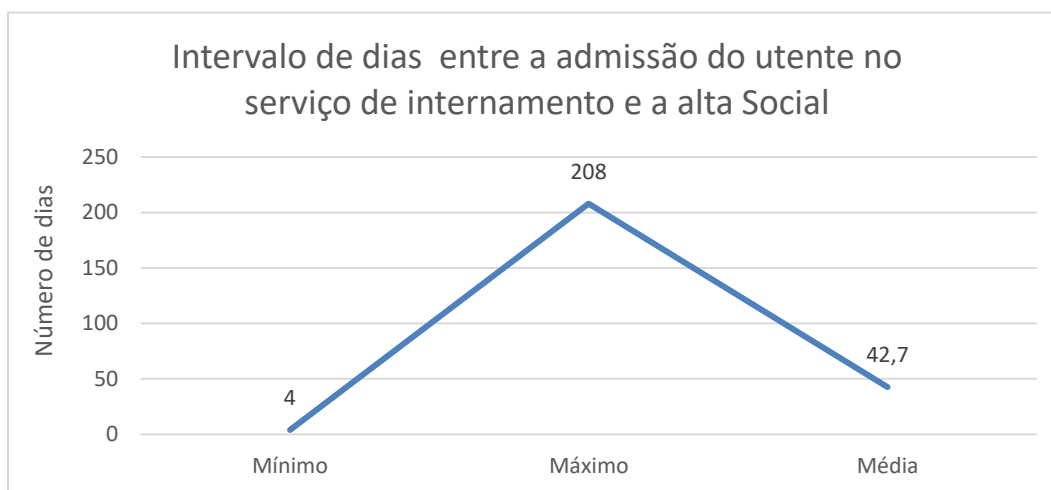
Gráfico 11 – Dias Entre a Admissão no Serviço de Internamento e a Sinalização ao Serviço Social



Fonte: Elaboração própria

Segundo consta no gráfico 11, é possível aferir que a média de dias entre a admissão do utente no serviço de internamento e a sinalização ao Serviço Social foi de 14.7 dias. O máximo de dias atingiu 101 e o mínimo 0 dias.

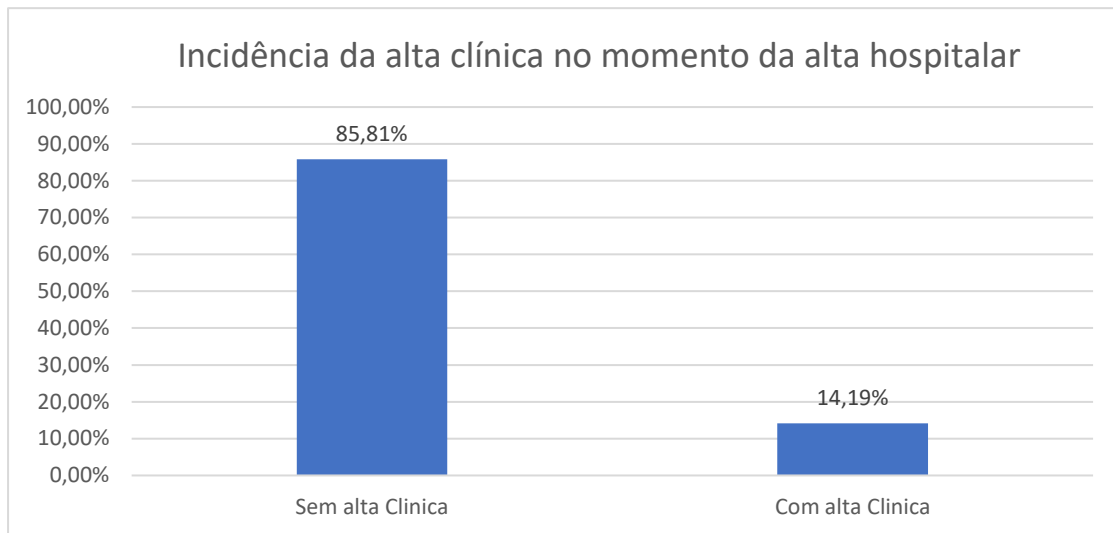
Gráfico 12 – Dias entre a Admissão do Utente no Serviço de Internamento e a Alta Social



Fonte: Elaboração própria

Em relação aos dias entre a admissão do utente no serviço de internamento até à alta social é possível verificar no Gráfico 12, que a média de dias foram de 42.7 dias. Sendo que o máximo de dias foi de 208 e o mínimo de 4 dias após a sinalização.

Gráfico 13 – Incidência da alta clínica no momento da alta hospitalar



Fonte: Elaboração própria

Segundo consta no (Gráfico 13), é possível verificar que do total da amostra, cerca de 85,81% não tinha ainda alta clínica formalizada até ao dia da alta hospitalar, restando 14.19% com alta clínica efetivada anteriormente à data da alta hospitalar.

CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O perfil do doente em situação de internamento prolongado

Concretamente, no Centro Hospitalar em análise, o presente estudo empírico possibilitou constatar, primeiramente, que o maior número de doentes que experienciaram os internamentos prolongados são de sexo masculino e, na sua maioria, com idade igual ou superior a 70 anos. Este resultado pode relacionar-se com o envelhecimento demográfico crescente nas sociedades contemporâneas. O envelhecimento demográfico não se deve a um só fator, mas sim à associação de um conjunto de transformações que se têm vindo a constatar nas últimas décadas, particularmente, no que se refere ao aumento da esperança média de vida, à implementação de medidas de saúde pública (e.g., na melhoria das condições sociais, alimentares, educação e promoção da saúde e de saneamento), os avanços tecnológicos e da medicina (tanto a nível preventivo como curativo) as quais têm contribuído para a redução da taxa de mortalidade nas sociedades.

A elevada incidência do número de internamentos prolongados nos grupos etários a partir dos 65 anos é justificada através da conceção do próprio processo de envelhecimento biológico que se traduz num conjunto de transformações sobretudo físicas que diminuem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, manifestando-se numa diminuição gradual da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático. Quando não garantida, pode originar alterações na capacidade funcional, colocando em causa a autonomia e independência física e funcional do idoso, posicionando-o numa situação de maior vulnerabilidade (Figueiredo, 2007), implicando um esforço integrado de recursos da rede formal e informal de cuidados após a alta hospitalar. Numa escala global, previsões revelam que em 2030, as pessoas idosas irão superar em número as crianças de 0 a 9 anos (1,4 bilhões contra 1,3 bilhões) (WHO, 2018). A nível europeu, independentemente das condições sociais, económicas e culturais de cada país, o Continente Europeu tende a traçar um caminho para um modelo único de envelhecimento, com percentagens de pessoas com mais de 60 anos de idade superiores a (30%) e índices de envelhecimento entre os 200 a 300 (Nazareth, 2009). Neste sentido, Portugal não é exceção, segundo a Comissão Europeia (2017) é um dos países europeus com maior envelhecimento demográfico, pois enfrenta um quadro de duplo envelhecimento, por um lado devido à diminuição da população jovem e, por outro, devido ao aumento da

população idosa. O índice de longevidade, no ano de 2016, foi de 48,7, o nível mais elevado desde há 46 anos

Considerando a análise dos internamentos inapropriados²¹ a 33 unidades hospitalares em Portugal (o equivalente a 69% do SNS em território nacional), a 3ª edição do BIS (2019) concluiu que quanto às idades, 36% referem-se ao intervalo entre os 65 e os 80 anos e (44%) dizem respeito a internamentos de utentes com mais de 80 anos, dados estes que convergem com os resultados obtidos, na medida em que os idosos representam a maior fatia dos doentes em estudo. No sentido oposto, foi o sexo feminino o mais predominante.

Ainda respeitante à dimensão do contexto sociodemográfico dos doentes, verifica-se que nenhum doente se encontra em atividade laboral e, no que concerne aos rendimentos, 94.8% auferem reforma ou pensão (incluiu viuvez e invalidez), encontrando-se estes sobretudo em situação económica precária. A título de exemplo, a pensão social de velhice, traduz-se no valor de 248.65²² euros mensais (valor do teto máximo da prestação) equivale somente a 38% do atual salário mínimo nacional²³. Os valores das pensões de reforma da população idosa portuguesa e as respetivas carreiras contributivas dificultam a garantia de satisfação de necessidades básicas e a garantia de uma vida digna. Na sua maioria, os rendimentos da população idosa, derivam das parcas reformas estabelecidas pelas baixas qualificações e ausência de atividade contributiva durante a vida ativa. A precariedade dos recursos económicos dos doentes constitui-se um desafio de difícil contorno, especialmente quando se trata de doentes com limitações funcionais que exigem um maior número de recursos, bens e serviços que salvaguardem a segurança e o bem-estar do doente no regresso à comunidade.

No que concerne ao agregado familiar, o estudo demonstra que 71% dos utentes não vivem sozinhos. Verifica-se que 52.9% dos utentes coabitam com mais um (1) elemento e cerca de 78% têm filhos. Segundo o Plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2016-2019) a modificação das estruturas familiares tem vindo a alterar, de modo significativo. Segundo Censos 2011, é possível constatar

²¹ APAH, (2017) define os internamentos inapropriados como internamentos prolongados por motivos sociais, designadamente na falta de resposta da rede de cuidados continuados e incapacidade de resposta do familiar / cuidador.

²² Valor da pensão social de velhice que se encontra em vigor à data. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/pensao-social-de-velhice1>, consultado a 24 de setembro de 2020.

²³ Salário mínimo nacional que se encontra em vigor à data, 635 euros. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Sal%3%a1rio+m%3%adnimo+nacional-74-789>, consultado a 24 de setembro de 2020.

uma progressiva diminuição de número de elementos nos agregados familiares. As famílias de maior número de membros estão a perder expressão ao longo dos últimos anos. Assistimos cada vez mais à existência de famílias com agregados compostos por um a três elementos. Vejamos que no ano de 2011 aumentou a proporção das famílias de menor dimensão, cuja representação em 2011 era de 21.4% de uma pessoa e de 31.6% de duas pessoas. Neste sentido, apesar dos resultados refletirem a existência de retaguarda familiar em grande parte dos doentes, será esta retaguarda eficaz? Nos casos em que as pessoas permanecem no domicílio, é à família que cabe o papel fulcral como base de apoio à terceira pessoa dependente. A dependência de um indivíduo acarreta um encargo de cuidados informais, familiares, amigos, vizinhos, uma resposta eficaz por forma a garantir a satisfação de necessidades e prestação de cuidados (Dinis, 2006). O cuidar acarreta uma sobrecarga para a família que é mediada por uma relação entre a carga objetiva (acontecimentos e experiências negativas relacionadas à prestação de cuidados) e subjetivas (sentimentos de quem presta cuidados) (Martin, I; Paul, C. & Concon, J, 2000). A sobrecarga também pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e também do cuidador (Martins, T.; Ribeiro, J. & Garrett, C., 2003). Aleado a esta questão, junta-se ainda a escassez de respostas institucionais de apoio social (e.g., ERPI, SAD, CD, entre outros), como já referido, que dificultará a garantia da continuação de cuidados no domicílio.

Possíveis causas justificadoras da permanência dos utentes em contexto de internamento prolongado hospitalar.

De modo a caracterizar os internamentos prolongados, procurou-se identificar quais as problemáticas sociais dos utentes sinalizados, bem como para que tipo de resposta foram orientados. Conclui-se que a dependência para as (AVD) e a sinalização à EGA, foram os motivos de sinalização predominantes, justificando o facto de 67.7% dos doentes terem sido encaminhados para a RNCCI no após alta hospitalar. E, pelo contrário, apenas 0.6% dos doentes se encontravam a aguardar para ERPI com vaga gerida pela Segurança Social, fruto do protocolo S+SS. O presente resultado revela que o maior volume de doentes não aguarda por resposta social, mas sim por vaga em unidades de cuidados continuados integrados, em que, à luz da legislação,²⁴ são objetivos da RNCCI a prestação de cuidados

²⁴ Decreto-Lei n° 101/2006 de 6 de junho.

de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a indivíduos que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, na sequência de episódio de doença aguda ou na necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica. Isto é, encontram-se implícitos na referenciação para a RNCCI critérios que tenham em consideração a dimensão social e clínica, cumulativamente presentes no utente, em que não carece exclusivamente de uma dimensão. Dados nacionais, Relatório de Monitorização da RNCCI de 2018, demonstram que, no âmbito dos motivos de referenciação com registos válidos (e.g., com informação registada na plataforma da Rede), a dependência de AVD e o Ensino utente/Cuidador informal são os principais motivos, com 90% (sobreponível a períodos anteriores). Dos motivos de referenciação, 93% em UC e 84% em UMDR representam necessidade de reabilitação, o esperado neste tipo de tipologias, ainda que, em ECCI, em 51% dos casos havia, igualmente, necessidade de reabilitação. Tal como evidenciado por Glasby et al (2004), cit. por Santaella (2010), a falta de serviços de reabilitação e a espera pela organização dos cuidadores e/ou de serviços para a continuidade de cuidados, apresentam-se como principais fatores potenciadores do protelamento da alta hospitalar.

Relativamente à análise de contabilização de dias no internamento, o estudo revela que a estadia mais curta experienciada pelos doentes foi de 30 dias e o máximo de 208 dias, originando uma média de dias de internamento de 46,5 dias. O estudo nacional de 2020, *Barómetro dos internamentos prolongados*²⁵, indica uma média de internamentos sociais de 77,4 dias, o que revela uma média abaixo dos valores verificados na revisão da literatura.

No que concerne aos dias de admissão do utente à sinalização do Serviço Social é possível apurar, primeiramente, que o tempo entre a admissão do utente e a sinalização ao serviço social demorou em média 14 dias. O que significa que, em média, o AS só tomou conhecimento da situação social do utente após 14 dias à sua admissão na enfermaria e que este atraso na sinalização, poderá contribuir para o protelamento da alta hospitalar. A sinalização ao Serviço Social é manifestamente tardia, e não se compadece com a *Carta de Direitos dos Doentes Internados* da autoria da DGS, pois

²⁵ Considera, internamentos prolongados como superiores a 30 dias, sendo um estudo passível de se comparar com a presente investigação. Disponível: <https://apah.pt/noticia/barometro-de-internamentos-sociais-revela-1500-pessoas-nos-hospitais-nesta-situacao-representando-184me/> acedido a 09 de outubro de 2020

A preparação cuidadosa da alta, deve iniciar-se o mais cedo possível e tendo em conta o conhecimento da situação sócio-económica (nomeadamente a habitacional e familiar) tomam-se as medidas em consonância, incluindo o encaminhamento social e administrativo para a sua reintegração social (DGS, Carta de Direitos dos Doentes Internados)

nem com as boas práticas de planeamento de alta defendidas por diversos autores (Lawrie, & Buttye, 2012; Santo, 2018; Marques, 2005; Parker 2005; Victorian Government Health Information 2008; Oliver, et. al. 2014; Masfret, 2012; Weinberger, Oddone e Henderson, 1996). Como já referido anteriormente no *CAPÍTULO II*, é um processo centralizado, estruturado e interdisciplinar, no qual os elementos da equipa de saúde colaboram com os doentes e suas famílias, antecipando as necessidades destes depois da hospitalização, com vista ao desenvolvimento de um plano que os ajudará a ganhar independência e a manter os benefícios durante a sua permanência no internamento. Desta forma, torna-se importante que mediante situações sociais, cada vez mais complexas e multifacetadas, o Serviço Social seja acionado o mais precocemente possível para que identifique atempadamente os problemas que poderão impedir a alta do doente, definindo um plano de intervenção atempado e adaptado às reais necessidades do utente, de modo a garantir a inserção deste na comunidade com e em segurança (American Hospital Association & Social Work Directors Society, 1973, cit. in Colom, 2000).

A nível da análise dos dias entre a admissão do utente na enfermaria e a alta clínica e a alta social, o estudo revela não existir diferença significativa entre ambas, 42,6 dias e 42,4 dias, respetivamente.

Todavia, relativamente à incidência da alta clínica no momento da alta hospitalar, o estudo demonstra que 85% dos doentes ainda não tinham alta clínica assumida até ao momento da alta hospitalar. Que converge com o já referido estudo *Internamentos Prolongados numa Enfermaria de Medicina Interna*.

Assim, os resultados obtidos e a realidade relatada permitem concluir que os internamentos prolongados, na sua maioria, não são de utentes a aguardar respostas exclusivamente sociais, mas sim um reflexo de uma condição clínica não totalmente resolvida, visto que, estes aguardam por RNCCI, resposta esta de carácter clínico e social e, em segundo lugar, por se verificar, maioritariamente, alta clínica no momento da alta hospitalar. Constatando, que o impacto da dependência resultante do estado clínico carece de uma maior necessidade de apoio aos utentes.

Importa sublinhar que assistimos a uma saturação e ineficácia das respostas e equipamentos sociais e de saúde existentes e disponíveis que permitam a continuidade de prestação de cuidados de apoio ao utente com alta hospitalar. Somos convidados a projetar o prolongamento do internamento do utente em sede hospitalar como uma consequência da falta de respostas adequadas e da sua ativação em tempo útil., visto que, no que concerne à integração dos utentes em equipamentos sociais e de RNCCI, se evidencia a incapacidade de as instituições alargarem a sua taxa de cobertura e apostar em novas valências, mantendo a incapacidade ou morosidade da resposta requerida. Não obstante, e em sentido complementar, espelha-se a realidade das famílias que parece ser contributiva para este paradigma pautado pela ausência de redes de apoio formais e informais (Silva, 2002). A escassez de recursos e respostas sociais conduzem a uma complexificação da intervenção, visto que não só dificultam a eficácia na procura de uma resposta adequada às características dos utentes, como também a possibilidade de apoio por parte das famílias aos seus familiares dependentes (Rendeiro, 2015). A sobrecarga e *burn-out* dos familiares/cuidadores requer apoio de instituições de respostas que constituam como suporte ao utente com alta hospitalar, não só a um nível de cuidados de higiene, alimentação e vigilância, mas também de cuidados de enfermagem, reabilitação que promovam verdadeiramente a recuperação ou manutenção de cuidados necessários (Machado, 2013).

Um outro aspeto relevante, é o de que se entende, neste âmbito, que o arrastar temporal de algumas das situações sinalizadas pelo Serviço Social das entidades hospitalares são produto de uma sinalização tardia e do prolongamento de situações cuja intervenção deveria já ter sido iniciada, pois quanto mais precoce a sinalização ao SS mais célere é a resposta na RNCCI ou outra. Trata-se do processo de identificação de utentes desconhecidos no Serviço Social e na comunidade, mas com problemáticas já duradouras. Entendemos que o *acolhimento sistemático* do AS a todos os utentes internados aleado à real execução de planeamento de alta poderiam colmatar a morosidade da atuação do Serviço Social. Como fator externo, entendemos que os cuidados primários em articulação com as organizações e instituições sociais poderiam promover um trabalho de levantamento de potenciais grupos vulneráveis, nomeadamente dos mais idosos, sendo esta faixa etária a de maior prevalência nos internamentos prolongados.

O desinvestimento e inadequação no desenho e aplicação de políticas sociais é igualmente objeto da apreciação do Serviço Social. Reivindicam-se políticas pouco vocacionadas

para proteção das populações vulneráveis, como as pessoas de idade avançada, sem enquadramento familiar ajustado às suas reais necessidades, como por exemplo o insuficiente investimento nos equipamentos que permitem dar continuidade à prestação dos cuidados requeridos pelos utentes.

Há um longo caminho a percorrer na resolução deste fenómeno na sociedade atual, e só perante um esforço conjunto entre cuidados primários, cuidados diferenciados, cuidados continuados integrados e instituições sociais, poderemos alcançar respostas integradas, preventivas e adequadas aos utentes e famílias.

CONCLUSÃO

O presente estudo aborda uma temática pertinente e atual na sociedade contemporânea do século XXI devido ao fenómeno dos internamentos prolongados hospitalares que têm sido extensamente debatidos nos últimos anos. Contudo, poucos são os estudos empíricos realizados em Portugal que envolvam a caracterização dos doentes que experienciam internamentos prolongados sinalizados ao Serviço Social no contexto hospitalar do Sistema Nacional de Saúde.

Neste seguimento e tendo por base o questionamento central do estudo, procurou-se responder se os motivos ou razões de natureza social justificam os internamentos prolongados nos cuidados diferenciados do Serviço Nacional de Saúde?

Por forma a responder à questão, foi realizado o estudo empírico de carácter exploratório, retrospectivo, descritivo que implicou uma pesquisa documental que incidiu sobre uma amostra de 155 processos de utentes que experienciaram internamentos superiores a 30 dias no ano de 2018 num Centro Hospitalar classificado na categoria Grupo I.

Dos resultados obtidos, foi-nos possível retirar as seguintes ilações:

- relativamente à identificação das características sociodemográficas dos doentes, verificamos que se trata de uma população envelhecida, com 68,4% dos utentes com idade igual ou superior a 70 anos, que vivem em agregados familiares compostos por 1 a 2 elementos e 78% têm filhos;
- quanto às problemáticas ou questões sociais indicadas na sinalização ao Serviço Social, constata-se que houve menor incidência de problemáticas sociais, tais como a toxicodependência, alcoolismo e ausência de retaguarda familiar na ordem dos 0,6%, por outro lado, com maior prevalência na sinalização ao SS foram utentes com dependência nas AVDs (32,3%), e a sinalização para a Equipa de Gestão de Altas, RNCCI (12,9%), tratando-se, assim, de uma população dependente de terceiros;
- evidencia-se também que o encaminhamento social dos doentes que experienciaram o internamento prolongado é maioritariamente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (67%) e com menos frequência para CAT e ERPI com vaga gerada pela Segurança Social no âmbito do protocolo S+SS;

- no que respeita à dimensão temporal dos internamentos prolongados na relação com os motivos de internamento prolongado desde a fase de acolhimento do doente na enfermaria até ao regresso ao domicílio ou à comunidade, verifica-se que o período médio de estadia do doente no internamento foi de 46,5 dias e que o tempo médio para a sinalização do Serviço Social demorou 14,5 dias, traduzindo-se numa sinalização tardia do Serviço Social. Constatou-se também que em 85% dos doentes ainda não tinham alta clínica no até ao momento da alta hospitalar.

Consideramos que o elevado número de utentes a aguardar vaga na RNCCI, vem confirmar a escassez de vagas, a necessidade de aumento das respostas, especialmente nesta área, e de mecanismos que possibilitem dar uma resposta atempada e adequada a todos os casos e, deste modo, evitar o protelamento prolongado dos utentes e desperdício de recursos hospitalares. A realidade atual impõe uma prática profissional ao AS, comprometida com as políticas públicas que se consubstanciam num novo campo de intervenção, exigindo uma prática reflexiva no desenvolvimento de um trabalho multifacetado, multidimensional e em equipa. Exige, assim, um trabalho que envolva gestores políticos, gestores hospitalares, profissionais de saúde, na conceção conjunta de estratégias comuns e partilhadas, nomeadamente na implementação de medidas que viabilizem mais e melhores respostas que permitem a continuidade de cuidados clínicos, de enfermagem e sociais, após a alta hospitalar. Não descurando, também o apoio à família, designadamente no que concerne à redução e flexibilização de horários, a aplicação efetiva do estatuto do cuidador informal, de modo a complementar a resposta às reais necessidades dos utentes e famílias.

Deste modo, relativamente às metodologias por que optámos na prossecução do objetivo principal deste estudo, consideramos que foram apropriadas tendo em conta o espaço temporal disponível para esta investigação. Reconhecemos ainda assim, que seria relevante a inclusão do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental no estudo.

Por fim, um dos desafios encontrados ao longo do estudo foi a escassez de informação disponível na esfera científica do tema abordado. Contudo, por este ser um estudo exploratório, entendemos que lançamos uma base para futuras investigações que possam incorporar outro tipo de metodologias que permitam aperceber-se da realidade de outros CH do SNS.

BIBLIOGRAFIA

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2019). *Monitorização Mensal dos Hospitais*. Disponível em: http://benchmarking.acss.minsaude.pt/MH_ProdRacioEficInternamentoDashboard.

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2018). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 2018*. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-RNCCI_2018.pdf

Almeida, L. (2010). *Os instrumentos técnico-operativos na prática profissional do Serviço Social*. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/os-instrumentais-tecnico-operativos-na-praticaprofissional-do-servico-social/36921/>.

APAH – Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, (2019). *Barómetro de Internamentos Sociais*; EY. 3ª Edição Retrieved.

APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (2020). *Barómetro de Internamentos Sociais*; EY. 4ª Edição. Retrieved. Disponível em: <https://apah.pt/noticia/apah-faz-apresentacao-publica-dos-resultados-do-barometro-de-internamentos-sociais-2020-covid-19/>

Andrade, M. (2009). *Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação*. 9. ed. São Paulo: Atlas.

Baleiras, S. & Ramos V. (1992). *A gestão da prática clínica pelo médico de família*. Revista Portuguesa Clínica Geral; 9 (4), pp. 116-124.

Barros, P. & Simões, J. (2007). *Portugal: health system review*, Health Systems in Transition, 9 (5): pp.1-140.

Barros P. (2009). *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos*. Coimbra: Almedina

Beder, J. (2006). *Hospital Social Work. The interface of Medicine and Caring*. Routledge. Nova Iorque.

Botelho, M. (2007). *Idades avançada características biológicas e multimorbilidade*. Revista Portuguesa de Clínica Geral.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Porto Editora.

Cabete D. (2001). *O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico da pessoa idosa*. Dissertação de mestrado em psicologia da saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Cabete, D. (2002). *O Idoso, a doença e o hospital – O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Lisboa: Lusociência.

Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde. O fio condutor*. Editor: Edições Almedina, SA. Coimbra.

Campos, A. & Simões, J. (2014). *40 anos de abril na saúde*. Editor: Edições Almedina, SA. Coimbra.

Carmo, H.; & Malheiro, M. (1998). *Metodologia de investigação. Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta.

Carta Social (2018) *Rede de Serviço e Equipamentos. Relatório 2018*. Gabinete de Estratégia e Planeamento/MTSSS. Lisboa

Carvalho, M. (2012). *Serviço Social na Saúde*. Edição: Pactor.

Carvalho, M. (2015). *Serviço Social com famílias*. Edição: Pactor.

Castro, M., & Oliveira, L. (2012), *Serviço Social e saúde: Os instrumentos e técnicas em questão, Intervenção Social*. Lusíada, nº39, Lisboa

Colom, D. (2000). *La Planificación del alta hospitalaria: La gestion de lo pequeño para mejorar lo grande*. Zaragoza: Mira Editores.

Comissão Europeia (2017) *State of Health in the EU. Portugal. Perfil de Saúde do País 2017*. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264285385-pt.pdf?expires=1604008584&id=id&accname=guest&checksum=4BA8CE7CB68C6762EBC562792DA1700E>

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Políticas e Estratégias para Promover a Equidade Social na Saúde*. Estocolmo, Suécia: Institute for Futures Studies.

Dinis, R. (2006). *A Família do Idoso: o parceiro esquecido? Cuidar do Idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.

Fazenda, I. (2006). *Empowerment e participação, uma estratégia de mudança*. Centro português de investigação e história e trabalho social.

Ferreira, F. & Santo, I. (2018). *Planeamento de alta hospitalar: Perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal*. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 25, 33-50. Disponível em: <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.02>.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação, da Concepção à realização*. Loures: Editora Lusociência.

Glasby, J., et al. (2004). *Show me the way to go home: a narrative review of the literature on delayed hospital discharges and older people*, *Br J Social Work*, citado por: Santaella, A. (2010). *From Bed-blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept*. Health Service Management Research, Vol23, p.121-127.

Glasby, J., Littlechild, R., & Pryce, K. (2006) - *All dressed up but nowhere to go? Delayed hospital discharges and older people*. J Health Serv Res Policy. 11 pp. 52-58.

Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de uso*. Cascais: Edição Princípia.

Guerra, I. (2015) *O que é o caso social? Estudo sobre a construção do caso social em contexto hospitalar*. Tese de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa

Guerra, I. (2019). *O que é o caso social? Estudo sobre a construção do caso social em contexto hospitalar*. Edição Universidade Católica Editora

Gil, A. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social (6ª edição)*. São Paulo: Editora Atlas S.A.

Halasyamani, L. Kripalani, M; Coleman, E; Schinipper, J; Van Walraven, C; Nagamine, J; Torcson, P; Bookwalter, T; Budnitz, T; Manning, D; (2006) *Transition of Care for Hospitalized Elderly Patients - Development of a Discharge Checklist for Hospitalists*. Society of Hospital Medicine

Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team (2003). – *Discharge from hospital: pathway, process and practice*. Department of Health. Disponível em: http://www.akaz.ba/Klinicki_put/Dokumenti/DH_4116525.pdf.

INE- Instituto Nacional de Estatística (2005). *Alta de Internamento de um Estabelecimento de Saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2005. Disponível em: http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=493&cnc_ini.

Lakatos E. & Marconi. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. - 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

Lawrie, M. & Buttye, F. (2012). *Older people's experience of emergency hospital readmission*. Published by Age UK, London. Disponível em: https://www.ageuk.org.uk/documents/EN-GB/Forprofessionals/Research/Emergency_readmission_older_peoples_experiences.pdf?dtrk=true.

Lopes, A. et al. (2012) *Serviço Social em Contexto Hospitalar, in Carvalho, I de (org) Serviço Social na Saúde*. Parker Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea. Lisboa

Machado, P. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa. Porto.

Marques, C. (2005). *Mudança Organizacional em Contexto Hospitalar: Um Projeto de Planeamento de Altas*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Universidade Nova de Lisboa.

Martin, I; Paul, C; & Concon, J. (2000). *Estudo de adaptação e Validação da Escala de Avaliação de Cuidado Informal*. Psicologia, Saúde & Doenças .1(1) pp., 3-9.

Martinelli, M. (2003). *Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica*. Lisboa: Intervenção Social n. °28, pp. 9-18. Disponível em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1060/1181>.

Martins, T; Ribeiro, J & Garret, C. (2003). *Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais*. Psicologia ,Saúde & Doenças. 4(1) pp. 131-148.

Masfret, D. (2010). *El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. Revista de servicios sociales, pp. 109-119.

Masfret, D. (2012). *El Diagnostico Social Sanitaio*, Universitat Oberta de Catalunya.

Mclaughlin, J. (2015) *Social work in acute hospital settings in Northern Ireland: The views of servisse users, carers and multi-disciplinary professionals*. Journal of social work, Vol 16 (2) pp. 135-154.

Mcmahon, J.; Wolfe, R.; Griffith; J. & Cuthbertson, D. (1993). *Socioeconomic influence on small area hospital utilization*. Medical Care.

Ministério da Saúde (2007). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Plano Estratégico 2007/2009*. Lisboa: Ministério da Saúde.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2011) *Health at a Glance 2011:OECD INDICATORS*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf>.

OMS - Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório de envelhecimento e saúde*. EUA.

World Health Organization (WHO) (2018). *Ageing and health. February 2018*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2012). *Health at a Glance: Europe 2012. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico*. Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/03/06/index.html?contentType=/ns/StatisticalPublication,/ns/Chapter&itemId=/content/chapter/9789264183896-33en&containerItemId=/content/serial/23056088&accessIds=&mimeType=text/html>.

Oliver, D.; Foot, C. & Humphries, R. (2014). *Making our health and care systems fit for an ageing population*. Londres: King's Fund. Disponível em: www.kingsfund.org.uk/publications

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013) *Duas faces da saúde*. Relatório de primavera.

Parker, S. (2005). *Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status?* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/74670/E87542.pdf.

Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lisboa: Lidel.

PORDATA (2020). *Médicos e outro pessoal de saúde por 100 mil habitantes*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/M%C3%A9dicos+e+outro+pessoal+de+sa%C3%BAd+e+por+100+mil+habitantes-639>

PORDATA (2019). *SNS: Estabelecimentos de saúde – Continente*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

PORDATA (2020). *Camas em hospitais por 100 mil habitantes*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Power, S. & Gronen, M. (2015). *Pediatric Healthcare Social Work Practice*, Karen Allen e William Spitzer, *Social Work Practice in Healthcare: Advanced Approaches and Emerging Trends*, SAGE Publications, Inc., pp. 315-356.

Sakellarides, C. (2001). *Conhecer os caminhos da saúde: Relatório de Primavera 2002*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Lisboa.

Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed

Sampieri, R.; Collado, C. & Lucio, P. (1997). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana de México.

Santo, I. (2018). *O Processo de Acreditação Hospitalar: Desafios na prática profissional dos Assistentes Sociais*. Editora: Edições Esgotadas.

Santaella, A. (2010) *From Bed-blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept*. Health Service Management Research, Vol23, p.121-127

Scott, I. (2010) *Preventing the Rebound: improving care transition in hospital discharge processes*. Australian Health Review. 34 pp.445-451

Disponível em <http://www.publish.csiro.au/index.cfm?paper=AH09777>. Acedido a 11 de fevereiro de 2020.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Silva, J. (2007). *A Alta Hospitalar e a Valorização dos Cuidados de Enfermagem*. Servir. Lisboa. Vol.55. nº3. pp 68-77

Silva. M. (2012). *Políticas Públicas de Saúde. Tendências recentes*. Sociologia, Problemas e Práticas, n.º 69, 2012, pp. 121-128. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08736529201200020000

Silva, P. (2002). *O modelo de welfare da Europa do Sul. Reflexões sobre a utilidade do conceito*. In Sociologia, problemas e práticas, n.º38, pp.25-29

Siqueira, A. et.al. (2004). *Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos*. Revista de Saúde Pública. 38 pp. 687-694.

Sousa. P. (2009). *O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*. Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, USIESEP. Porto.

The Health Boards Executive (2003). *Admissions and Discharge Guidelines: Health Strategy Implementation Project*. Dublin: The Health Boards Executive. Disponível em: http://www.dohc.ie/issues/health_strategy/action84.pdf?direct=1.

Unidade de Missão para Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) (s.d.). *Manual de Planeamento e Gestão de Altas*. Lisboa: Ministério da Saúde (s.d.) Disponível em: <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/mpga.pdf>.

Varanda, J. (2011). *Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados*. Administração Central do Sistema de Saúde Workshop: Gestão do Processo de Integração Vertical das ULS. Disponível em: http://www2.acss.minsaude.pt/Portals/0/2011_06_15_Jorge%20Varanda.pdf.

Victorian Government Health Information (2008). *Effective Discharge Strategy*. Disponível em: <http://www.health.vic.gov.au/archive/archive2008/discharge/paper.htm>.

Rede de Referência Hospitalar (RRH) (2016). *Rede de Referência Hospitalar, Especialidade Medicina Interna*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/RRH-Medicina-Interna-Para-CP-21-12-2017.pdf>.

Rendeiro, S. (2015). *Impacto das políticas de austeridade no protelamento de altas sociais em hospitais e no trabalho dos Assistentes Sociais*. Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social. Instituto Superior Miguel Torga.

Wall, K. (2005). *Famílias em Portugal: percursos, interações, redes sociais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Weinberger, M.; Oddone, E. & Henderson, W. (1996). *Does increased access to primary care reduce hospital admissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmissions*. New England Journal of Medicine. pp. 1441-1447 Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199605303342206>.

LEGISLAÇÃO

Lei n.º 56/79 de 15 de outubro. *Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15.* Assembleia da República

Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de agosto. *Diário da República n.º 191/2002, Série I-A de 2002-08-20.* Ministério da Saúde

Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro. *Diário da República n.º 258/2002, Série I-A de 2002-11-08.* Assembleia da República

Lei n.º 48/90 de 24 de agosto. *Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24.* Assembleia da República

Despacho n.º 9323-A/2018 de 3 de outubro. *Diário da República n.º 191/2018, 1º Suplemento, Série II de 2018-10-03.* Saúde - Gabinete da Secretária de Estado da Saúde

Despacho n.º 12333/2019 de 23 de dezembro. *Diário da República n.º 246/2019, Série II de 2019-12-23.* Saúde - Gabinete da Ministra

Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. *Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04.* Assembleia da República

Decreto-Lei n.º 48357 de 27 de abril. *Diário do Governo n.º 101/1968, Série I de 1968-04-27.* Ministério da Saúde e Assistência

Decreto n.º 48358 de 27 de abril. *Diário do Governo n.º 101/1968, Série I de 1968-04-27.* Ministério da Saúde e Assistência

Decreto-Lei n.º 233/2005 de 12 de dezembro. *Diário da República n.º 249/2005, Série I-A de 2005-12-29.* Ministério da Saúde

Decreto-Lei n.º 284/99 de 26 de julho. *Diário da República n.º 172/1999, Série I-A de 1999-07-26.* Ministério da Saúde

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. *Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06.* Ministério da Saúde

Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril. *Diário da República n.º 71/2014, Série I de 2014-04-10.* Ministério da Saúde

Despacho 23/86. *Diário da República - 2.ª SÉRIE, Nº [161], de 16.07.1986, Pág. 6513.* Ministério da Saúde

Despacho 32/86, de 5 de setembro. *Diário da República - 2.ª SÉRIE, Nº [204], de 05.09.1986, Pág. 8322.* Ministério da Saúde

Lei 36/86, de 5 de setembro. *Diário da República n.º 204/1986, Série I de 1986-09-05.*
Assembleia da República

Despacho 10/86, de 5 de maio. *Diário da República - 2.ª SÉRIE, Nº [102], de 05.05.1986,*
Pág. 4273. Ministério da Saúde

Lei n.º 71/2014 de 1 de janeiro. *Diário da República n.º 167/2014, Série I de 2014-09-*
01. Assembleia da República

Circular Normativa N.º 15, de 7 outubro de 2019. Administração Central da Saúde
(ACSS)

Portaria n.º 132/2009 de 30 de janeiro. *Diário da República n.º 21/2009, Série I de 2009-*
01-30. Ministério da Saúde

Lei n.º 48/90 de 24 de agosto. *Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24.*
Assembleia da República

ANEXOS

ANEXO 1

Pedido de sinalização ao Serviço Social

Pedido de intervenção do Serviço Social

Enviado:

Para:

Serviço :

Pedido por :

Contacto :

Pedido de intervenção:

Utente:

N.º Processo:

Dt. Nascimento:

Morada:

Processo:

Mais de 75 anos
Acidente Vascular Cerebral com sequelas
Traumatismo Craneo-Encefálico recente
Mais de 65 anos e ter tido fratura incapacitante
Politraumatizado
Doença Terminal
Toxicoddependência
Alcoolismo
Dependente nas Atividades Básicas da Vida Diária
Vírus Imunodeficiência Humana
Sem retaguarda familiar eficaz
Sem acompanhante e sem capacidade para fornecer informações relativas à identificação
Maus tratos físicos, psicológicos e/ou negligência
Abandono Familiar
Equipa de Gestão de Altas (EGA)

Fonte: Gabinete de Serviço Social do CH em estudo.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Distribuição do número de assistentes sociais por serviço

Número de Assistentes Sociais	Serviço de Abrangência	Serviço de Urgência
1	Coordenação do Serviço Social Coordenação do Gabinete do Cidadão Equipa de Gestão de Altas	-
1	Internamento e Consulta de Cardiologia / UCIC Internamento e Consulta de Pneumologia Internamento e Consulta de Infeciologia Internamento e Consulta de Especialidades Cirúrgicas Consulta de Oncologia e Unidade da Dor Internamento e Consulta de Paliativos Internamento e Consulta de Medicina Equipa de Gestão de Altas Gabinete do Cidadão	Uma vez por semana
1	Internamento e Consulta de Obstetrícia / Ginecologia Internamento e Consulta de Pediatria Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos Gabinete do Cidadão	Uma vez por semana
1	Internamento e Consulta de Medicina I e III Equipa de Hospitalização Domiciliária Equipa de Gestão de Altas Gabinete do Cidadão	Uma vez por semana
1	Internamento e Consulta de Especialidades Médicas Internamento e consulta de Unidade de AVC Internamento e Consulta de Ortopedia Equipa de Gestão de Altas Gabinete do Cidadão	Uma vez por semana
1	Internamento e Consulta de Medicina II Internamento e Consulta de Cirurgia Geral Equipa de Gestão de Altas Gabinete do Cidadão	Uma vez por semana

APÊNDICE 2

Recolha de dados: Caracterização dos Internamentos Prolongados

Código de identificação do Doente	Sexo	Idade	Motivo de Sinalização	Dias de Internamento	Dias Entrada Alta à Clínica	Dias de entrada ao Acionamento Social	Dias de entrada à Alta Hospitalar	Encaminhamento Social	Nº Filhos	Nº Agregado Familiar	Estado Civil	Rendimentos
D1	Feminino	54	Dependente para AVD's >65 anos com fratura	85	85	18	85	RNCCI	Não	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D2	Feminino	79	óssea incapacitante	101	101	101	101	SAD	Não	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D3	Feminino	81	Dependente para AVDS + >65 anos com fratura óssea incapacitante	50	50	9	50	SAD	Não	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D4	Masculino	79	Dependente para AVDS + >65 anos com fratura óssea incapacitante	70	70	5	7	SAD	Não	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D5	Feminino	56	Politraumatizado	51	51	1	4	SAD	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D6	Feminino	75	Dependente para AVDS + >65 anos com fratura óssea incapacitante	49	49	9	49	SAD	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D7	Masculino	58	EGA + Dependente para AVD's	45	45	3	45	RNCCI	Sim	2 elementos	Solteiro	Pensão/Reforma
D8	Masculino	84	Dependente para AVDS + >65 anos com fratura óssea incapacitante	48	48	27	44	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D9	Masculino	76	Dependente para AVDS + >65 anos com fratura óssea incapacitante	38	38	5	15	RNCCI	Sim	1 elemento	Casado	Pensão/Reforma
D10	Masculino	58	Dependente para AVD's	35	35	4	35	RNCCI	Não	1 elemento	Solteiro	Pensão/Reforma
D11	Masculino	56	EGA + Dependente para AVD's	44	44	10	44	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D12	Masculino	71	EGA + Dependente para AVD's	33	33	7	33	RNCCI	Não	2 elementos	Solteiro	Pensão/Reforma
D13	Masculino	61	EGA + Dependente para AVD's	40	40	4	40	RNCCI	Não	1 elemento	Solteiro	Pensão/Reforma
D14	Feminino	66	EGA + Dependente para AVD's	35	35	28	35	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D15	Masculino	53	Dependente para AVD's	50	50	3	40	RNCCI	Sim	2 elementos	Solteiro	RSI
D16	Masculino	56	EGA + Dependente para AVD's	33	33	4	33	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D17	Masculino	57	EGA + Dependente para AVD's	58	58	6	58	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D18	Feminino	72	Dependente para AVDS + >65 anos com fratura óssea incapacitante	49	49	13	49	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma

D19	Masculino	95	EGA + Dependente para AVD's	39	39	2	39	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D20	Masculino	83	EGA + Dependente para AVD's	76	76	12	72	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D21	Masculino	84	Dependente para AVDS + >65 anos com fratura óssea incapacitante	50	50	14	50	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D22	Feminino	73	EGA + Dependente para AVD's	59	59	7	59	RNCCI	Sim	1 elemento	Divorciado	Pensão/Reforma
D23	Feminino	82	EGA + Dependente para AVD's	69	69	12	69	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D24	Masculino	62	Dependente para AVD's	45	45	27	45	ERPI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D25	Masculino	75	Dependente para AVD's	30	30	20	30	SAD	Não	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D26	Masculino	73	EGA + AVC com sequelas + Dependente para AVD's	37	37	9	34	SAD	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D27	Masculino	69	Dependente para AVD's	67	67	47	47	SAD	Sim	1 elemento	Casado	Pensão/Reforma
D28	Masculino	65	Dependente para AVD's	40	40	37	38	SAD	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D29	Feminino	72	Dependente para AVD's	48	48	26	40	SAD	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D30	Feminino	86	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	40	40	33	40	SAD	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D31	Feminino	69	Dependente para AVD's	33	33	5	6	SAD	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D32	Feminino	97	Dependente para AVD's	36	36	30	31	SAD	Não	+ 2 elementos	Solteiro	Pensão/Reforma
D33	Masculino	89	alcooolismo + Sem retaguarda familiar eficaz	41	41	14	29	SAD	Sim	1 elemento	Divorciado	Pensão/Reforma
D34	Feminino	76	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	43	43	23	23	SAD	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D35	Masculino	90	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	35	35	26	30	Centro de Dia	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D36	Masculino	73	AVC com sequelas	47	47	28	47	Centro de Dia	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D37	Masculino	50	Toxicodependência	32	30	10	32	RNCCI	Não	1 elemento	Divorciado	Pensão/Reforma
D38	Masculino	88	EGA + Dependente para AVD's	53	53	26	53	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D39	Masculino	70	Dependente para AVD's	56	56	7	56	RNCCI	Sim	1 elemento	Divorciado	Pensão/Reforma
D40	Feminino	94	Dependente para AVD's	42	42	9	42	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma

D41	Masculino	67	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	103	52	7	103	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D42	Masculino	87	AVC com sequelas	33	19	2	33	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D43	Feminino	62	Dependente para AVD's	89	89	72	89	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D44	Feminino	73	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	32	27	7	33	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D45	Feminino	87	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	31	31	4	31	RNCCI	Não	2 elementos	Solteiro	Pensão/Reforma
D46	Feminino	78	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	34	27	13	34	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D47	Feminino	84	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	31	31	12	31	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D48	Feminino	71	Dependente para AVD's	42	42	24	42	RNCCI	Sim	1 elemento	Casado	Pensão/Reforma
D49	Masculino	42	Dependente para AVD's	42	42	12	35	RNCCI	Não	+ 2 elementos	Solteiro	Pensão/Reforma
D50	Masculino	81	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	48	48	33	48	Família de Acolhimento	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D51	Feminino	80	Sem retaguarda familiar eficaz	32	32	3	30	Família de Acolhimento	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D52	Masculino	85	Dependente para AVD's Sem retaguarda familiar eficaz	50	50	32	50	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	RSI
D53	Feminino	78	Dependente para AVD's	86	8	2	86	RNCCI	Não	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D54	Feminino	82	Dependente para AVD's	88	45	2	88	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D55	Masculino	83	Dependente para AVD's	40	40	8	40	RNCCI	Não	1 elemento	Divorciado	Pensão/Reforma
D56	Feminino	83	EGA	52	52	41	52	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D57	Feminino	86	EGA	43	43	2	43	RNCCI	Não	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D58	Masculino	90	Dependente para AVD's	37	37	34	37	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D59	Feminino	73	Dependente para AVD's	40	13	24	40	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D60	Masculino	72	Dependente para AVD's Sem retaguarda familiar eficaz	32	32	22	28	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D61	Feminino	81	Dependente para AVD's Sem retaguarda familiar eficaz	42	42	24	42	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D62	Feminino	81	Dependente para AVD's Sem retaguarda familiar eficaz	30	30	15	30	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D63	Masculino	52	Dependente para AVD's Sem retaguarda familiar eficaz	49	49	14	40	RNCCI	Não	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D64	Masculino	61	EGA	46	46	28	46	RNCCI	Não	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma

D65	Masculino	85	EGA	51	51	41	51	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D66	Feminino	80	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	42	42	10	37	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D67	Masculino	59	Dependente para AVD's	35	35	2	35	RNCCI	Sim	1 elemento	Divorciado	Pensão/Reforma
D68	Masculino	69	Dependente para AVD's	32	32	2	32	RNCCI	Sim	2 elementos	Divorciado	Pensão/Reforma
D69	Feminino	86	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	38	38	23	38	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D70	Feminino	86	Dependente para AVD's	32	32	2	32	ERPI Reserva de Vaga da Gestão da Segurança Social	Não	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D71	Masculino	90	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	208	53	3	208	ERPI Reserva de Vaga da Gestão da Segurança Social	Não	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D72	Feminino	69	Dependente para AVD's	36	32	2	36	ERPI Privada	Sim	+ 2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D73	Feminino	75	Dependente para AVD's	58	58	44	51	ERPI Privada	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D74	Masculino	82	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	42	24	11	42	ERPI Privada	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D75	Feminino	88	Dependente para AVD's	32	32	15	32	ERPI Privada	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D76	Masculino	86	Dependente para AVD's	31	26	12	31	ERPI Reserva de Vaga da Gestão da Segurança Social / RNCCI - ULDM	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D77	Feminino	92	Dependente para AVD's	67	67	42	67	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D78	Feminino	84	Dependente para AVD's	33	33	7	33	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D79	Feminino	72	Dependente para AVD's	63	63	30	63	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D80	Feminino	89	Dependente para AVD's	32	22	2	32	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D81	Feminino	80	AVC com sequelas	38	32	2	38	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D82	Feminino	85	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	39	6	14	39	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D83	Feminino	82	Dependente para AVD's	35	35	5	35	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D84	Masculino	70	EGA	57	57	1	57	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D85	Masculino	50	Dependente para AVDS + Alcoolismo	80	61	1	80	RNCCI	Não	1 elemento	Solteiro	RSI

D86	Feminino	86	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	30	30	13	13	Recusa de resposta social	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D87	Masculino	85	Dependente para AVD's	48	48	41	41	Informações Respostas Sociais	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D88	Feminino	72	Sem retaguarda familiar eficaz	31	31	22	22	Informações Respostas Sociais	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D89	Masculino	83	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	34	34	15	34	SAD	Sim	1 elemento	Casado	Pensão/Reforma
D90	Feminino	87	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	39	32	26	39	SAD	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D91	Masculino	67	Dependente para AVD's	40	40	22	22	SAD	Não	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D92	Masculino	83	Dependente para AVD's	37	37	34	34	SAD	Não	1 elemento	Casado	Pensão/Reforma
D93	Masculino	86	Dependente para AVD's	41	41	23	28	Centro de Dia	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D94	Masculino	58	Sem retaguarda familiar eficaz	48	48	3	48	RNCCI	Não	2 elementos	Casado	Sem rendimentos
D95	Masculino	93	Dependente para AVD's	49	49	19	49	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D96	Masculino	28	Toxicod dependência + Dependente nas AVD's	38	38	23	38	RNCCI	Não	+ 2 elementos	Solteiro	Sem rendimentos
D97	Feminino	76	Sem retaguarda familiar eficaz	43	43	6	43	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D98	Feminino	82	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	32	32	21	32	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D99	Masculino	72	Dependente para AVDS + >65 anos com fratura óssea incapacitante	31	31	2	31	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D100	Masculino	89	Sem retaguarda familiar + Politraumatizado + Dependente nas AVDS	39	39	20	39	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D101	Masculino	64	Sem retaguarda familiar + Politraumatizado + Dependente nas AVDS	30	10	9	30	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D102	Masculino	87	Dependente para AVD's	30	30	3	30	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D103	Feminino	81	Dependente para AVD's	35	35	6	35	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D104	Feminino	79	AVC com sequelas	31	31	2	31	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D105	Feminino	86	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	62	62	27	62	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma

D106	Masculino	53	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	31	31	12	31	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D107	Masculino	83	Dependente para AVD's	30	30	27	30	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D108	Masculino	83	Dependente para AVD's	38	38	25	38	ERPI Privada	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D109	Masculino	61	Dependente para AVDS + Alcoolismo	63	63	32	63	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D110	Masculino	82	Sem retaguarda familiar + Politraumatizado + Dependente nas AVDS	45	45	14	45	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D111	Feminino	79	Dependente para AVD's	37	37	25	37	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D112	Feminino	83	Dependente para AVD's	47	47	4	47	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D113	Masculino	82	Dependente para AVD's	37	37	9	9	Recusa de resposta social	Não	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D114	Feminino	49	Sem retaguarda familiar eficaz	32	32	31	31	Informações Respostas Sociais	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D115	Feminino	85	Doença Terminal	33	33	15	33	SAD	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D116	Feminino	83	Doença Terminal	31	31	9	31	SAD	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D117	Feminino	76	Doença Terminal	46	46	27	46	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D118	Masculino	65	Sem retaguarda familiar eficaz	89	89	24	89	ERPI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D119	Feminino	57	EGA + Dependente para AVD's	40	40	32	40	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D120	Feminino	71	Dependente para AVD's	85	33	26	85	ERPI	Sim	+ 2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D121	Feminino	54	Dependente para AVD's	30	30	4	4	SAD	Não	1 elemento	Solteiro	Pensão/Reforma
D122	Masculino	43	HIV + Sem retaguarda familiar	49	49	6	6	SAD	Não	2 elementos	Solteiro	RSI
D123	Masculino	52	Alcoolismo + HIV + sem retaguarda familiar + Dependente nas AVDS	50	37	6	50	CAT	Não	1 elemento	Solteiro	Sem rendimentos
D124	Masculino	82	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	55	15	15	55	RNCCI	Não	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D125	Masculino	45	Toxicodependência	46	46	25	25	Informações Respostas Sociais	Não	1 elemento	Solteiro	RSI
D126	Masculino	78	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	43	43	2	36	SAD	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D127	Masculino	80	Doença Terminal	39	39	10	28	SAD	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma

D128	Masculino	59	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	37	10	1	37	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D129	Masculino	62	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	43	43	10	10	Informações Respostas Sociais	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D130	Masculino	74	Dependente para AVDS + >65 anos com fratura óssea incapacitante	42	42	10	30	SAD	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D131	Masculino	76	EGA + AVC com sequelas + Dependente para AVD's	31	31	1	6	SAD	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D132	Feminino	73	EGA + Dependente para AVD's	55	55	2	55	RNCCI	Não	+ 2 elementos	Solteiro	Pensão/Reforma
D133	Feminino	88	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	38	38	2	25	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D134	Feminino	77	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	38	38	2	38	RNCCI	Sim	2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D135	Masculino	86	EGA + Dependente para AVD's	40	40	25	40	RNCCI	Não	1 elemento	Divorciado	Pensão/Reforma
D136	Feminino	56	EGA + AVC com sequelas + Dependente para AVD's	100	100	3	100	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D137	Masculino	60	TCE recente + Dependente para AVD's	46	46	2	46	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D138	Masculino	80	EGA + Dependente para AVD's	32	32	6	32	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D139	Feminino	72	EGA + AVC com sequelas + Dependente para AVD's	39	39	0	39	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D140	Masculino	54	Dependente para AVD's	114	114	2	114	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D141	Masculino	60	TCE recente + Dependente para AVD's	34	32	12	29	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D142	Masculino	66	EGA + AVC com sequelas + Dependente para AVD's	36	36	9	36	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D143	Masculino	88	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	38	38	1	38	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D144	Masculino	65	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	34	34	3	20	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D145	Feminino	30	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	45	45	15	45	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D146	Masculino	87	TCE recente + Dependente para AVD's	37	37	2	37	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma

D147	Feminino	57	EGA + Dependente para AVD's	42	42	20	42	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D148	Feminino	86	EGA + Dependente para AVD's	43	43	5	43	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Viúvo	Pensão/Reforma
D149	Masculino	70	EGA + Dependente para AVD's	60	60	7	60	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D150	Masculino	65	EGA + Dependente para AVD's	50	50	8	50	RNCCI	Sim	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D151	Masculino	85	TCE recente + Dependente para AVD's	37	37	4	37	RNCCI	Sim	+ 2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D152	Feminino	83	AVC com sequelas + Dependente para AVD's	41	41	8	41	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D153	Feminino	84	EGA + AVC com sequelas + Dependente para AVD's	31	31	13	31	RNCCI	Sim	1 elemento	Viúvo	Pensão/Reforma
D154	Feminino	72	Dependente para AVD's	67	67	4	67	RNCCI	Não	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma
D155	Feminino	52	Dependente para AVD's + Sem retaguarda familiar eficaz	36	36	1	36	RNCCI	Não	2 elementos	Casado	Pensão/Reforma

Fonte: Elaboração própria

