

VANESSA SOFIA CAETANO GOMES

**O PLANEAMENTO DAS ALTAS EM UNIDADES
DE CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA
DURAÇÃO E MANUTENÇÃO
- UM ESTUDO DE CASO NA UNIDADE
“NATURIDADE RIO MAIOR”**

Orientadora: Professora Doutora Maria Irene B. Lopes de Carvalho

Universidade Lusófona de Humanos e Tecnologias

Departamento de Serviço Social

Lisboa

2013

VANESSA SOFIA CAETANO GOMES

**O PLANEAMENTO DAS ALTAS EM UNIDADES
DE CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA
DURAÇÃO E MANUTENÇÃO
- UM ESTUDO DE CASO NA UNIDADE
“NATURIDADE RIO MAIOR”**

Tese apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social
no curso de Mestrado em Gerontologia Social conferido pela Universidade Lusófona
de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Maria Irene Lopes B. de Carvalho

Universidade Lusófona de Humanos e Tecnologias

Departamento de Serviço Social

Lisboa,

2013

Agradecimentos

Depois de tanto esforço, de tantos momentos de alegria e de tristeza, de coragem e de desmotivação, de ansiedade e de cansaço, chegou o momento de agradecer a todos aqueles que me ajudaram neste caminho do saber.

Em primeiro lugar, agradeço do fundo do meu coração aos meus pais, pois são a base de toda a minha vida e como tal, a base de mais esta etapa. Ao meu irmão e a toda a minha restante família, que são também o meu pilar.

Agradeço ao meu namorado, que entretanto se tornou noivo, que esteve sempre do meu lado, desde o primeiro parágrafo, até ao último ponto final. Foi ele que me motivou incondicionalmente e que principalmente me fez acreditar que conseguia chegar ao fim.

Deixo os meus sinceros agradecimentos à minha orientadora, Professora Doutora Maria Irene Carvalho, pela constante motivação, profissionalismo, dedicação e partilha de conhecimentos.

Agradeço também, a toda a equipa de profissionais da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Naturidade Rio Maior, pela disponibilidade e partilha de conhecimentos.

E por fim, agradeço à minha equipa de trabalho da Santa Casa da Misericórdia de Santarém e aos meus amigos que ouviram os meus desabafos e que como sempre estiveram do meu lado.

Resumo

Perante o crescimento do envelhecimento das populações e das transformações funcionais provocados por este processo, inerente ao Ser Humano, o papel da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e das Unidades de Internamento torna-se cada vez mais importante. Seja na prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência, ou na promoção do seu conforto, bem-estar e qualidade de vida.

Atendendo às dinâmicas intrínsecas às Unidades da RNCCI e especificamente das Unidades de Longa Duração e Manutenção, com este estudo pretendeu-se conhecer a forma como são planeadas as altas das pessoas internadas nestas Unidades. E também como as equipas desenvolvem o seu trabalho em prol da manutenção da qualidade de vida dos utentes.

O Planeamento de Alta é um processo que permite assegurar que após a alta, a pessoa recebe os cuidados adaptados às suas necessidades físicas e sociais e principalmente assegurar a qualidade de vida nos momentos após a alta.

Assim a investigação decorreu sob um quadro teórico na área do envelhecimento, pois a maioria dos utentes internados na Unidade em estudo são idosos e sob a RNCCI, as ULDM's e o processo de planeamento de alta, utilizando uma metodologia de investigação quantitativa e qualitativa.

O estudo decorreu na ULDM – Naturidade Rio Maior, com recurso à técnica da entrevista na recolha de dados. A fonte de informação foram os profissionais da equipa da ULDM – Naturidade. Bem como a pesquisa documental dos processos individuais e das intervenções/diligências do Serviço Social para cada utente. O regulamento interno também serviu como base de estudo.

Os resultados da investigação representam o modo como a equipa desta Unidade trabalha para realizar o planeamento da alta, para a sua efetivação e para a promoção/manutenção da qualidade de vida dos utentes, após a alta. Ou seja, quando o utente passar de uma instituição para outra ou para a comunidade.

Palavras-chave: Envelhecimento, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Unidades de Longa Duração e Manutenção, Qualidade de Vida, Planeamento de Alta.

Abstract

Due to the population ageing and its consequences, the role of the Continued Care National Network (RNCCI) and its Hospitalization Units (ULDM) are more and more crucial in the society. Not only in assisting dependent people, but also promoting their comfort and life quality.

According to the RNCCI dynamics and more specifically to the Long Term and Maintenance Units, with this study we aim to reflect on how people are discharged from these units. As well as how teams develop their work in order to maintain the patient life quality.

The discharge's scheming is a process that allows guaranteeing the patient keeps getting the physical and social assistance needed, after leaving the units.

Therefore, this analysis is based on a theoretical context related to the population ageing – the majority of the patients are elder people – and also on the RNCCI and the ULDM associated with its discharge plan, using a quantitative and qualitative method.

The current investigation took place in the ULDM – Naturidade Rio Maior, using the interviews as a key technic for the data gathering. The main source of the information was the staff, along with the individual files and the Social Service procedures for each patient. Moreover, the internal regulation played an important role.

The outcome of the inquiries represents the way how this Unit's team work in order to establish the discharge plan, its consummation and to the maintenance of the patients' life quality after being discharge from the institution. After being transferred for another unit or integrated in the community.

Key-words: Ageing, Continued Care National Network, Hospitalization Units, Life Quality, Discharge Plan/Scheming

Abreviaturas

ABVD – Atividade Básica da Vida Diária

ADI – Apoio Domiciliário Integrado

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CAD – Centro de Apoio a Dependentes

CCI – Cuidados Continuados Integrados

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EASC – Entrevista Animadora Sócio-Cultural

EAS/DT – Entrevista Assistente Social/Diretora Técnica

EASE – Entrevista Assistente Social Estagiária

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECR – Equipa de Coordenação Regional

EDC – Entrevista Diretor Clínico

EE1 – Entrevista Enfermeira 1

EE2 – Entrevista Enfermeira 2

EFT – Entrevista Fisioterapeuta

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EP – Entrevista Psicóloga

ETF – Entrevista Terapeuta da Fala

ETO – Entrevista Terapeuta Ocupacional

FORUM – Formação de Recursos Humanos

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

LDM – Longa Duração e Manutenção

MDR – Média Duração e Reabilitação

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

MS – Ministério da Saúde

PA – Planeamento de Alta

PAII – Plano de Apoio Integrado a Dependentes

PII – Plano Individual de Intervenção

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STA – Serviço de Tele-alarme

UCCLDM – Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Índice Geral

Introdução.....	12
Capítulo 1 – Fundamentação Teórica.....	15
1.1 – Envelhecimento.....	15
1.1.1 – Envelhecimento Demográfico.....	15
1.1.2 – Envelhecimento Humano.....	17
1.1.2.1 – Abordagem Biofisiológica do Envelhecimento.....	18
1.1.2.2 – Abordagem Psicológica do Envelhecimento.....	20
1.1.2.3 – Abordagem Social do Envelhecimento.....	21
1.1.3 – Teorias do Envelhecimento; Envelhecimento Saudável, Bem-Sucedido e Ativo.....	23
1.2 – Envelhecimento, Dependência e Funcionalidade.....	25
1.3 – Envelhecimento e Qualidade de Vida.....	29
1.4 – A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	31
1.5 – As Unidades de Longa Duração e Manutenção.....	34
Capítulo 2 – Planeamento das Altas em Cuidados Continuados.....	37
2.1 – O Planeamento de Alta.....	37
2.2 – Abordagem Multidisciplinar.....	41
2.3 – O Serviço Social na Saúde e o Planeamento de Alta.....	42
2.3.1 – Princípio e Valores Presentes na Intervenção.....	44
2.3.2 – Abordagem Psicossocial.....	46
2.3.3 – Processo de Intervenção.....	49
Capítulo 3 – Metodologia.....	52
3.1 – Plano de Trabalho.....	52
3.1.1 – Questões, Objetivos e Hipótese de Partida.....	52
3.1.2 – Modelo de Análise.....	53
3.1.3 – Universo, Amostra e Estratégias de Acesso à População.....	55
3.1.3.1 – Métodos e Técnicas.....	56
3.1.3.2 – Contexto e Configuração da ULDM – Naturidade Rio Maior – Gestão e Alojamento Geriátrico, S.A.....	58
Capítulo 4 – O Planeamento de Alta na Unidade de Longa Duração e Manutenção – Naturidade Rio Maior – Gestão e alojamento Geriátrico, S.A	62
4.1 – O Perfil dos Utentes Internados na ULDM – Naturidade Rio Maior.....	62
4.1.1 – Caracterização Sóciodemográfica.....	62

4.1.2 – Situação Familiar.....	64
4.1.3 – Condições Económicas.....	68
4.1.4 – Situação Habitacional.....	68
4.1.5 – Avaliação da Situação de Saúde e Social.....	69
4.1.6 – Síntese.....	75
4.1.7 – Intervenções Sociais para o Planeamento da Alta.....	76
4.2 – O Planeamento de Alta – Visão dos Profissionais.....	78
4.2.1 – O Perfil dos Profissionais.....	78
4.2.2 – Planeamento de Alta dos Utentes Internados na ULDM – Naturidade Rio Maior.....	79
4.2.2.3 – Síntese.....	92
Conclusão.....	93
Bibliografia.....	99

Índice de Quadros

Quadro n.º1 – Operacionalização do Modelo de Análise.....	54
Quadro n.º2 – Relação entre Idade e Género.....	62
Quadro n.º3 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Estado Civil.....	63
Quadro n.º4 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Nível de Escolaridade.....	63
Quadro n.º5 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Situação Profissional.....	63
Quadro n.º6 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Familiares Mais Diretos.....	64
Quadro n.º7 – Relação entre Dependência e Família – Dimensão Suporte Familiar.....	65
Quadro n.º8 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria – Relações Sociofamiliares.....	66
Quadro n.º9 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Rendimentos do Agregado Familiares – Dimensão Providência.....	66
Quadro n.º10 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Rendimentos do Agregador Familiar – Dimensão Valor.....	68
Quadro n.º11 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Situação Sócio – Habitacional – Dimensão com quem vive/ como vive.....	68
Quadro n.º12 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Necessidades/Problemas Sociais Identificados.....	69
Quadro n.º13 – Relação entre Idade e Dependência.....	71
Quadro n.º14 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Avaliação da Consciência.....	71
Quadro n.º15 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Avaliação da Orientação no Tempo e no Espaço.....	72
Quadro n.º16 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Proveniência do Internamento.....	72
Quadro n.º17 – Relação entre Família e Destino Pós Alta.....	72
Quadro n.º18 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Destino Pós Alta Hospitalar – Dimensão Destino Previsto.....	73
Quadro n.º19 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Destino Pós Alta – Dimensão Destino Efetivo.....	74
Quadro n.º20 – Frequência e Valores Percentuais da Categoria Número de Dias de Internamento.....	74

Quadro n.º21 – Planeamento de Alta.....	79
Quadro n.º22 – Fases do Planeamento de Alta.....	80
Quadro n.º23 – Fase Inicial do Planeamento de Alta.....	80
Quadro n.º24 – Objetivos do Planeamento de Alta.....	81
Quadro n.º25 – Qualidade de Vida.....	82
Quadro n.º26 – Funções dos Profissionais para a Promoção da Qualidade de Vida.....	83
Quadro n.º27 – Funções dos Profissionais.....	83
Quadro n.º28 – Instrumentos de Avaliação.....	84
Quadro n.º29 – Indicadores de Avaliação.....	85
Quadro n.º30 – Apoios dos Profissionais ao Utente e Família.....	85
Quadro n.º31 – Lugar da Família e do Utente no Planeamento de Alta.....	86
Quadro n.º32 – Situações Sociais.....	86
Quadro n.º33 – Situações Saúde.....	86
Quadro n.º34 – Dificuldades no Desenrolar deste Processo Enquanto Profissional.....	87
Quadro n.º35 – Identificação das Dificuldades.....	87
Quadro n.º36 – Sugestões.....	87
Quadro n.º37 – Princípios e Valores Inerentes à Intervenção.....	88
Quadro n.º38 – Intervenientes no Processo de Planeamento de Alta.....	89
Quadro n.º39 – Periodicidade e em que Horário reúne a Equipa Multidisciplinar para Preparar as Altas.....	90
Quadro n.º40 – Sistema de Comunicação Interna e Externa.....	91
Quadro n.º41 – Envolvimento da Equipa Coordenação Local neste Processo – Sistema de Comunicação Utilizado.....	92
 Índice de Figuras	
Figura n.º1 – Processo de Planeamento de Alta.....	40
Figura n.º2 – Modelo de Análise.....	53

Introdução

A presente dissertação insere-se no âmbito do mestrado em Gerontologia Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, e aborda o Planeamento das Altas das Pessoas Internadas em Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção, o caso na Naturidade Rio Maior.

As unidades de longa duração surgiram face ao crescente número de pessoas com necessidade de cuidados após alta hospitalar. Esta resposta insere-se numa medida de política denominada de rede de cuidados continuados integrados, que surgiu em Portugal em 2006. Esta rede tem uma estrutura e um funcionamento próprio no qual se destacam as equipas de planeamento de altas quer nos hospitais quer em unidades de internamento.

O objetivo deste procedimento é integrar estas pessoas na comunidade e promover a qualidade de vida. Por integração dos idosos na comunidade, entende-se, a integração nas redes familiares e em redes de apoio formal que existem paralelamente à rede de cuidados continuados, como os lares, ou outro tipo de respostas para estas pessoas dependentes. A ideia de qualidade de vida tem neste contexto um sentido macro, de bem-estar subjetivo, pois está condicionada aos recursos e às necessidades dos cidadãos, objeto de análise e de intervenção.

O tema assume uma importância social que se destaca atualmente, pois cada vez mais estas respostas e este tipo de intervenção são necessárias, dado o aumento da dependência decorrente do envelhecimento da população. Destaca-se também a sua pertinência em termos científicos, pois verifica-se uma escassez de pesquisas sobre estes temas.

Os dados estatísticos do INE, censo de 2011 indicam que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem. Estes dados traduzem um aumento bastante significativo do envelhecimento da população idosa em Portugal, sendo que na atualidade residem no nosso país cerca de 2 milhões de idosos, ou seja quase 19,2% da população residente em Portugal (Rosa, 2012). Considera-se pessoa idosa os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (idade que está associada à idade da reforma em Portugal).

Com este ritmo de crescimento da população idosa em Portugal, aumenta também a prestação de cuidados a estas pessoas e um aumento de número de idosos dependentes nos agregados familiares.

Como tal, é essencial que as sociedades reorganizem as suas estruturas, de forma a ter capacidades para prestar cuidados aos idosos, o que nem sempre é concretizado com sucesso, devido às transformações que ocorreram nas sociedades atuais, as quais provocam inúmeras consequências nos quotidianos das famílias e dos grupos mais vulneráveis, tais como os idosos.

As famílias eram reconhecidas como o principal suporte em situações de dependência dos seus membros, e embora hoje em dia, a família ainda tenha um papel importante no cuidar do idoso, as transformações que sofreram ao longo dos tempos, levaram à necessidade de respostas complementares ao seu papel de cuidador. As instituições que apoiam a população idosa, nomeadamente os centros de dia, serviços de apoio domiciliário, lar de idosos e unidades de cuidados continuados, têm assumido um papel fundamental na prestação de cuidados aos idosos, no sentido de complementar ou assegurar na totalidade estes cuidados, colmatando também as necessidades dos idosos e consequentemente das suas famílias.

Estando a exercer atividade profissional numa destas unidades de cuidados continuados integrados, optou-se por analisar questões que fazem parte do seu quotidiano profissional nomeadamente o processo de intervenção em equipa multidisciplinar.

Atualmente estas pessoas são na sua maioria, idosos com dependência. Assim, neste enquadramento pretende-se compreender o modo como os profissionais de saúde, em especial os assistentes sociais, enquanto membros de uma equipa multidisciplinar, planeiam as altas e integram os idosos na comunidade, identificando as etapas deste processo e as dificuldades encontradas. Concomitantemente pretende-se compreender o papel de cada profissional, do utente e da família, nesse processo. Desta forma a questão que se pretende responder é: de que modo o planeamento das altas das pessoas internadas em Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção promove a integração dos idosos na comunidade e a sua qualidade de vida?

Para responder a essa pergunta adotou-se uma metodologia qualitativa e quantitativa. Com a metodologia qualitativa considerou-se essencial a aplicação da técnica de entrevista aos profissionais da equipa multidisciplinar da ULDM- Naturidade Rio Maior, sendo eles: Enfermeiras Responsáveis, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Médico, Assistente Social/Diretora Técnica, Assistente Social Estagiária, Animadora-Sócio Cultural, Psicóloga, Terapeuta da Fala. As entrevistas proporcionaram a cada profissional uma oportunidade para exprimir o seu saber sobre o tema em estudo.

A metodologia quantitativa foi utilizada através da análise documental dos processos individuais dos utentes que tiveram alta no ano 2012/2013 e dos utentes internados na Unidade no momento da recolha de dados, com o intuito de analisar o perfil dos idosos a nível da sua identificação pessoal, situação familiar, económica, habitacional e de saúde. Paralelamente a esta recolha procedeu-se também a uma análise das diligências do Serviço Social para o planeamento da alta. Estas ações

tenham como objetivo, verificar se o perfil dos idosos condiciona o planeamento da alta e se condiciona, saber em que medida.

A tese que agora se apresenta encontra-se dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo aborda-se o envelhecimento demográfico, a nível mundial, europeu e em Portugal, enquadrando de seguida o conceito de envelhecimento nas suas várias configurações, desde o demográfico ao biopsicossocial. De seguida dá-se destaque a um quadro de análise sobre o envelhecimento posicionando o envelhecimento saudável e ativo e incide-se também sobre a dependência e a funcionalidade do idoso. A dependência é um fator que, por vezes, é gerado pelo processo do envelhecimento e por todas as limitações que este pode provocar.

Uma vez que a proposta de investigação se enquadra no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados, refere-se também uma pequena abordagem da sua definição e contexto e apresenta-se as características das Unidades de Longa Duração e Manutenção.

No segundo capítulo analisa-se o papel do Serviço Social na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI e apresenta-se a definição do conceito de planeamento de alta, bem como as fases e os procedimentos enquanto trabalho de equipa, centrando o papel do Serviço Social, neste contexto.

No capítulo três, apresenta-se a metodologia proposta para a investigação, contemplando o plano de trabalho, os métodos e técnicas e o universo, amostra e estratégias de acesso à população, e no quarto capítulo os resultados da investigação, seguindo-se por fim a conclusão.

Por fim, no capítulo quatro encontra-se a caracterização dos utentes com alta em 2012 e dos utentes internados no momento do estudo, bem como a análise de todas as entrevistas realizados aos profissionais da equipa técnica da Unidade - Naturidade Rio Maior e a conclusão de todo o estudo.

Capítulo 1 – Fundamentação Teórica

1.1 – Envelhecimento

1.1.1 – Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento demográfico não reconhece fronteiras ou condicionalismos e atualmente é comum em quase todos os países do mundo. A percentagem de pessoas idosas, entre 1950 e 2009, cresceu de 8% para 11%, esperando-se que em 2050, 22% da população mundial, seja idosa, alcançando 2 biliões de indivíduos (Leão, C., Ataíde, Â., Revés, M., Marques, M., Ponte, S., 2011).

Mundialmente, a população idosa, cresce a um ritmo de 2,6% por ano, enquanto a população global cresce apenas 1,2%, não existindo previsão de alterações destes valores, até 2050. Países como a China e a Índia terão mais dificuldades em se adaptar às mudanças provocadas por este crescimento da população idosa, para alcançar um ponto de equilíbrio e de sustentabilidade, pois até 2050, terão um número de população idosa muito idêntico ao número da população jovem, sendo a população ativa pouco integrante, comparativamente com os restantes grupos etários (Leão, et al., 2011).

Outro dos fatores de crescente preocupação é a idade média da população mundial, pois perspetiva-se que aumente em 10 anos, passando dos atuais 28 anos, para 38 anos em 2050 (Leão, et al., 2011).

Um dos indicadores que contribui para o envelhecimento da população é a baixa dos níveis de natalidade e não a descida da mortalidade ou o aumento da esperança média de vida, contrariamente ao que tinha sido constatado pelos demógrafos, anteriormente. É fundamental referir que, se a baixa natalidade se combinar com a baixa mortalidade, a população tem tendência para continuar o seu caminho de envelhecimento, sem que o rejuvenescimento da população seja facilmente exequível (Leão, et al., 2011).

A nível europeu esta realidade também se tem vindo a verificar há algumas décadas. Há dez dezenas de anos a população europeia representava 15 da população mundial, em 2050 prevê-se que esta percentagem seja mais reduzida e envelhecida, sendo este o maior desafio para as políticas orçamentais europeias. (Leão, et al., 2011).

As alterações demográficas na Europa, decorrem de um processo a nível global "(...) a baixa taxa de natalidade é o fator preponderante apontado como a causa do envelhecimento da população, derivado das alterações dos estilos de vida, incerteza quanto ao futuro, entrada da mulher no mundo do trabalho, idade tardia do primeiro filho e alterações dos padrões comportamentais, como por exemplo,

alterações na forma como se encaram os filhos. Estes fatores têm tido reflexo no número de filhos por mulher e no declínio da fecundidade. O aumento da esperança média de vida é igualmente uma tendência que se regista, e que aliada ao apontado anteriormente resulta no envelhecimento da população europeia" (Leão, et al., 2011, p.12).

Estas mudanças terão um impacto a nível social, económico e político na Europa, sendo o maior impacto nas finanças públicas, devido a um aumento das despesas públicas com as pensões, bem como com os cuidados de saúde. As despesas associadas a este fenómeno aumentarão em média 4% do PIB na União Europeia, até 2060 (Leão, et al., 2011).

A Comissão Europeia defende que a solução passa por encorajar a geração "baby boom" a permanecer mais tempo no mercado. Os governos dos países europeus, têm uma margem de dez anos para introduzir políticas que respondam às consequências do envelhecimento demográfico, tendo como metas: "promover a renovação demográfica na Europa mediante a criação de melhores condições para as famílias; promover o emprego na Europa com mais empregos e vidas profissionais mais longas e com melhor qualidade; tornar a Europa mais produtiva e dinâmica; receber e integrar os migrantes na Europa; e assegurar na Europa a sustentabilidade das finanças públicas, garantindo assim uma proteção social adequada e a equidade entre as gerações" (Leão, et al, 2011, p.14).

Em Portugal esta realidade não é distinta da Europa e do resto do mundo, a população residente duplicou entre 1900 e 2011, sendo atualmente cerca de 10 555 853 indivíduos, com uma taxa de crescimento efetiva de apenas 5%. Este crescimento caracteriza-se pela queda do número de nascimentos e pelo agravamento progressivo do envelhecimento demográfico, ou seja, o aumento das pessoas com 65 ou mais anos. (Rosa 2012). O aumento progressivo da esperança média de vida, deve-se à melhoria dos serviços de saúde, das técnicas de medicina, da qualidade de vida, do conhecimento sobre uma alimentação saudável e variada, associado a um desenvolvimento económico global.

A população idosa em 2007 representava 17,6% da população, em 2011 aumentou para 19%, apresentando-se em 2011 cerca de 129 idosos por cada 100 jovens. Em 2060 prevê-se que a população portuguesa atinja os 10 364 2 milhões de indivíduos, verificando-se também um aumento do índice de envelhecimento de 271 idosos por cada 100 jovens. Estes valores estão muito dependentes dos fluxos migratórios, dos níveis de fecundidade e da esperança média de vida da população, mas mesmo assim o cenário aponta sempre para a diminuição do número de jovens e o aumento do número de pessoas idosas (Rosa, 2012)

Desta forma, é preponderante que Portugal invista na promoção de medidas e políticas relativas à natalidade, à implementação de incentivos sociais, à reforma do sistema de pensões, tendo como aposta uma parceria com o setor privado e o foco na melhoria da qualidade laboral e de vida, para que a sociedade cumpra os seus projetos de sustentabilidade e bem-estar (Leão, et al., 2011).

1.1.2 – Envelhecimento Humano

Tal como foi referido no ponto anterior, são inúmeras as transformações estruturais ocorridas nas sociedades contemporâneas e Portugal não é exceção, a sociedade portuguesa transformou-se ao nível demográfico, económico, social e cultural. O envelhecimento da população é assim um fenómeno global, que afeta não só os idosos, como as suas famílias, os meios e estratos sociais, colidindo com a capacidade das famílias em responder a este desafio. Neste sentido, o envelhecimento é um fenómeno social que a todos diz respeito.

A noção de envelhecimento está intrinsecamente associada à passagem dos anos, sendo um fenómeno constatado mundialmente nas sociedades humanas e o seu reconhecimento consensual. A delimitação de uma categoria social denominada por “a terceira idade” ou “os velhos” deriva da colocação de uma marca cronológica ligada à idade da reforma. Historicamente, o problema social da velhice está interligado com a industrialização, pois a situação de pobreza em que se encontravam os trabalhadores de idade avançada, incapazes de trabalhar devido à sua idade, e sem outros meios para subsistir (sem apoio familiar e rutura dos laços de solidariedade) era demasiado elevada. (Correia, 2003)

O Envelhecimento “é um processo que ocorre durante o decurso da vida do ser humano, iniciando-se com o nascimento e terminando com a morte” (Morín, 2003, p. 3), que se constitui como um estadio natural manifestando-se na fase final da vida do ser humano (Silva, 2003). Hoje em dia, a maioria dos seres humanos, considera o envelhecimento uma doença, o que é um erro grave, uma vez que se o envelhecimento fosse uma doença podia ser tratado, e como sabemos, o envelhecimento não tem cura.

Segundo Lidz (citado por Fernandes, 2002,) o envelhecimento divide-se em três fases sucessivas, podendo o idoso não as atingir todas ou atingi-las em simultâneo. A primeira fase denomina-se por *Idoso*, não se verificam grandes alterações orgânicas, as modificações observam-se no modo de vida provocado pela reforma e o indivíduo ainda se encontra capaz de satisfazer as suas necessidades. A segunda fase é designada por *Senescência*, verifica-se no momento em que o indivíduo começa a sofrer alterações na sua condição física, ou de outra natureza, que

o levam a confiar nos outros. A terceira e última fase é, a *Senilidade*, o cérebro já não exerce a sua função como órgão de adaptação, o indivíduo torna-se quase dependente e necessita de cuidados completos.

Segundo Maxilloux-Poirier Berger (1994) existem quatro componentes que incorporam o envelhecimento: "o envelhecimento físico; envelhecimento psicológico; envelhecimento comportamental e, por fim, o contexto social do envelhecimento". Estas quatro componentes estão interligadas, influenciando de forma constante a vida do idoso, visto que o processo de envelhecimento é caracterizado por uma crescente vulnerabilidade. Também Quaresma (1999) afirma que o envelhecimento é um processo diferencial, heterogéneo e contextual. Diferencial quanto ao género, não é igual envelhecer no masculino ou no feminino, quanto à história familiar e profissional, quanto ao nível de escolaridade e quanto ao contexto rural e urbano. Heterogéneo, uma vez que duas pessoas com o mesmo sexo, a mesma profissão, o mesmo grupo de idade e o mesmo nível sócio-económico, não vivenciam o envelhecimento da mesma forma. Deste modo, não há um modelo de envelhecimento, ou seja, cada pessoa vivencia o envelhecimento de uma forma singular. O envelhecimento é, então, um processo biológico, progressivo e natural, caracterizado pelo declínio das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional que é vivido de forma diferente por cada indivíduo dependendo do contexto social de cada um (Jacob, 2001).

Na sequência do enquadramento teórico do presente trabalho e atendendo à sua contextualização no tema torna-se fundamental apresentar as várias dimensões do envelhecimento, biofisiológica, psicológica e social, nunca esquecendo que o processo de envelhecimento é extremamente complexo, multidimensional, multifatorial, inevitável e irreversível.

1.1.2.1 - Abordagem Biofisiológica do Envelhecimento

A vida humana está em constante crescimento e em transformação, passando por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou estabilização e envelhecimento (Netto e Ponte, 2002), que tem uma evolução não linear e são influenciadas por fatores internos e externos.

Atualmente não existe nenhuma definição de envelhecimento biológico cientificamente provada e aceite. Contudo Berger e Mailloux-Poirier apresentam uma definição que tem em conta a multidimensionalidade do conceito. Assim para os autores (op. cit) o envelhecimento "(...) é um fenómeno multidimensional resultante da ação de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula de ADN e controlo neuro-endócrino da atividade genética" (1994, p.99). Para Motta (2005, p. 13),

“envelhecimento biológico caracteriza-se pela perda progressiva da capacidade de adaptação do organismo. Os mecanismos homeostáticos do idoso, responsáveis pelo equilíbrio no meio interno frente a modificações no meio interno e externo, se alentecem, diminuindo progressivamente em sensibilidade e amplitude até o ponto no qual sua ação é ineficaz e o equilíbrio se rompe.”

O envelhecimento biológico é um fato, mas este é variável, tal como nos outros níveis de envelhecimento, pois de uma forma geral, os tecidos perdem alguma flexibilidade e os órgãos e os sistemas do corpo humano reduzem a qualidade e a agilidade das suas funções. É nesta sequência que se afirma que o envelhecimento biológico se verifica ao nível dos órgãos, dos tecidos e das células e que as alterações nos aparelhos e sistemas não têm a mesma velocidade de declínio, uma vez que este é bastante heterógeno entre os diversos órgãos. O envelhecimento biológico provoca várias alterações a diferentes níveis: “ao nível do paladar e do olfato; ao nível da visão, da audição; alterações do sono (oscilações); alterações da temperatura; do peso e do metabolismo; alterações das necessidades energéticas e ao nível da sexualidade” (Andrade, 2009, p. 22). É importante referir que os défices sensoriais e de natureza auditiva e visual, são encarados como causas importantes para o declínio geral do funcionamento das atividades intelectuais.

As pessoas idosas, apresentam uma incidência significativa ao nível das situações crónicas, pois quase metade das pessoas com 65 ou mais anos, está limitada nas suas atividades da vida diária por um ou mais estados crónicos. Algumas limitações estão associadas a incapacidades mentais, sendo que a maior parte resulta de limitações físicas por situações cardíacas e artrose (Phipps, 1995). Segundo Rafart (2001), as doenças crónicas mais comuns nas pessoas idosas são por ordem decrescente: as doenças do aparelho locomotor, as doenças do aparelho circulatório, a obesidade, os problemas auditivos, os problemas visuais, as doenças respiratórias e a diabetes mellitus.

Existem também outras situações crónicas, mais frequentes tais como: a hipotensão e hipertensão arterial, problemas do ritmo cardíaco, tremores, quedas, perturbações ósseas e musculares, incontinência (urinárias e fecal), alterações da pele (como as úlceras de pressão), depressão, senilidade, demência, doença de Alzheimer, AVC (Acidente Vascular Cerebral) e perturbações do foro psiquiátrico. Contudo são as diabetes mellitus, as doenças metabólicas e as alterações da pele que surgem com maior frequência nas pessoas idosas.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2004) valida que a prevalência de determinadas doenças crónicas aumenta significativamente com a idade, sendo elas, as doenças neuro degenerativas, tais como o Parkinson em que a prevalência

aumenta de 0,6% aos 65 anos para 3,5% aos 85 e mais anos e a demência em que aumenta de 1% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos de idade (2004). Refere também que o AVC é uma doença crónica que cuja prevalência aumenta de 3% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos e que constitui uma das importantes causas de morte e séria deficiência, sendo a primeira causa de morte em Portugal.

Atendendo aos conceitos apresentados, constata-se que no processo de envelhecimento todos os sistemas importantes dos organismo são atingidos e os efeitos das mudanças refletem-se nos comportamentos dos indivíduos, mas no entanto, são processos normais e não sinais de doença. Berger e Mailloux – Poirier (1994), afirmam que a saúde não desaparece logo que chegamos à velhice, pois tal como referido anteriormente, velhice não é sinónimo de doença ou incapacidade, uma vez que a maior parte das pessoas idosas consideram-se saudáveis, contudo quando as pessoas envelhecem, têm mais probabilidade de sofrer doenças ou incapacidades.

1.1.2.2 - Abordagem Psicológica do Envelhecimento

A pessoa confronta-se com mudanças que acarretam quase sempre diminuição da capacidade funcional, na transição da idade adulta para a terceira idade, não só do ponto de vista biológico como também psico-social, mudanças de papéis, de status e nas interações decorrentes do processo da reforma (Fragoeiro, 2004). A grande maioria da literatura refere que o declínio das funções cognitivas ocorre em consequência do processo de envelhecimento, sendo um fenómeno de magnitude universal, chamando-se às condições responsáveis por estas mudanças "distúrbios cognitivos adquiridos" (Luders e Storani, 2002).

Nas pessoas idosas os distúrbios psíquicos com maior incidência são as síndromes depressivas e as demências, tendo como causas da depressão acontecimentos traumáticos e negativos, como por exemplo a morte de um ente querido. Na velhice, a nível psicológico também há uma quebra da capacidade de adaptação, que se pode manifestar pela incapacidade de aceitar ou gerir uma situação de choque, como a viuvez ou pela dificuldade de aceitar a mudança de ambiente, como a alteração de residência ou até de móveis do quarto (Leme e Silva, 2004).

Paralelamente a esta situação surge também o aumento da dependência do meio familiar, por ser caracterizado como um local de estabilidade e de proteção. Perante a incapacidade de adaptação a novas situações, Berger e Mailloux-Poirier (1994), referem que a velhice é uma "situação de crise", sendo um ponto de viragem em que os mecanismos da adaptação habituais, já não permitem ultrapassar as diferentes alterações encontradas.

A personalidade de um indivíduo está sujeita a uma diversidade de perturbações, pois o seu meio externo sofre transformações profundas. De acordo com Fernandes (2002), a maioria dos problemas das pessoas idosas não são causados pela diminuição das funções cognitivas, mas sobretudo por problemas como, a doença, o cansaço, a perda de papéis, as diversas situações de stress, o desenraizamento e outros traumatismos que podem dificultar a adaptação das pessoas idosas. Perante estas situações é essencial que os idosos reequacionem os seus objetivos pessoais, de forma a adaptarem-se para continuar a viver com o melhor bem-estar possível.

Para Fernandes (2002), as pessoas idosas enfrentam melhor as condições de vida adversas, se tiverem junto a si as pessoas que amam e que as amem. Assim, "(...) é mais provável que não se sinta os efeitos do preconceito e do isolamento se tiver amigos e familiares que o respeitem; é mais provável que não sinta a perda da juventude como algo destruidor, se tiver assimilado outros valores e interesses ao longo da vida; é mais provável que não sinta a proximidade da morte de forma tão ameaçadora se teve uma vida mais satisfatória (Gatto, 2002, p.110).

Mesmo com uma doença, a pessoa idosa pode sentir-se saudável, desde que consiga desenvolver funções e atividades que deseja, manter-se ativo ou ter alguma função social que lhe proporcione qualidade de vida, sendo essencial ter a seguinte atitude perante o envelhecimento "(...) preocupam-se com o seu destino. Escolheram prosseguir com o seu desenvolvimento e tornando-se assim, autores de si próprios, utilizam a energia psíquica para compensar as perdas, conquistar a autonomia e continuar a ser criadores de cultura até ao último sopro. Uns e outros encontram o seu caminho, e não cabe a ninguém prodigalizar-lhes louvores e censuras" (Levet, 1998, p.41).

1.1.2.3 - Abordagem Social do Envelhecimento

Os estudos sobre o processo de envelhecimento têm tido maior enfoque nas dimensões biológicas e psicológicas, tendo a dimensão social na compreensão da velhice, devido à pressão do envelhecimento demográfico.

Atendendo à realidade portuguesa, a nível sociopolítico, até 1974 o Estado Novo demitiu a população da capacidade individual de expressão, de acesso livre ao ensino, vedando desta forma, a mobilidade profissional e social dos atuais idosos, assim como o acesso a benefícios sociais, por exemplo acesso à proteção social. Esta ideia é comprovada com os valores das pensões, reformas das atuais pessoas idosas e das suas carreiras contributivas. Estas pensões de reforma são manifestamente insuficientes, para assegurar as necessidades básicas e de subsistência digna,

principalmente nos meios rurais, uma vez que a atividade profissional ao longo da vida destes idosos, foi ligada à agricultura. (Boutique e Santos, 2002).

A saída do mercado de trabalho e a entrada na reforma é um dos fatores associados aos problemas sociais nas pessoas idosas, pois a retirada do indivíduo da sua atividade profissional, constituindo um grupo fora do mercado, coloca-o sujeito à respetiva desvalorização do seu estatuto social. É como que o desaparecimento da função de produção marcasse uma perda de utilidade social, que é sentida pelo reformado e confirmada pela sociedade, na qual o estatuto da pessoa está ligado ao trabalho e rentabilidade. Assim, a sociedade atribui aos reformados um papel de dependência, causado pela situação de inatividade, independentemente da sua aparência ou capacidade/competência para o trabalho, estabelecendo a entrada para a velhice (Fernandes, 2002).

É neste contexto que a reforma pode ser geradora de processos de isolamento e de isolamento social, e de estigmas, pois a saída do mercado de trabalho independentemente da sua vontade, desenvolve na pessoa um sentimento de falta de importância, de utilidade, de auto-estima e não esquecendo que a reforma surge no ciclo da vida em que o indivíduo está mais limitado (Fernandes, 2002). Como normalmente a passagem para a reforma não é um acontecimento preparado e com alternativa, frequentemente, leva a pessoa à inatividade, que por sua vez gera deficiência, dependência e limitações funcionais, sendo a ausência de comunicação uma das maiores causas para o sofrimento dos idosos, levando-os muitas vezes, a cair no vazio existencial e na depressão.

A maioria das pessoas tem uma fraca participação na comunidade, gerando sentimento de solidão e desvalorização, que se repercutem a nível da integração familiar e da saúde física e psíquica. Vaz (2011), defende que as fracas condições em que a maioria das pessoas idosas vive, provoca uma fraca mobilidade e um consumo passivo de serviços, sendo frequentemente dissuadida da atividade e vedado o acesso à participação e intervenção nas decisões que lhe dizem respeito enquanto membro de uma sociedade.

Em suma: "O envelhecimento transforma-se em objeto científico e coloca em jogo múltiplas dimensões, como o desgaste fisiológico, o prolongamento da vida, o desequilíbrio demográfico e o custo financeiro das políticas sociais. Além do que contribui para definir a última etapa da vida com uma categoria autónoma, com propriedades específicas, dadas naturalmente pelo avanço da idade, que exigem tratamentos especializados. Numa luta contra o determinismo biológico - velhice que cientistas sociais, gerontólogos e assistentes sociais afirmam que a velhice é uma construção social (Veras, 2002, p. 13).

1.1.3 - Teorias do Envelhecimento: Envelhecimento Saudável, Bem-Sucedido e Ativo

Nas últimas décadas desenvolveu-se um interesse crescente face ao envelhecimento e as suas implicações no plano individual, social, económico, entre outros, remetendo-nos para diversas definições sobre o que é envelhecer, e especialmente do que é um "bom" envelhecimento. Um envelhecimento "ativo", "bem-sucedido", "saudável" ou "satisfatório", depende de cada um de nós, das ações e responsabilidades adquiridas ao longo da vida, ao nível da saúde, dos padrões comportamentais adquiridos, das amizades, e do tempo socioeconómico e histórico.

Freitas, et. al (2006) colocam algumas questões: "Para uma pessoa idosa, o que é ter saúde? O que significa envelhecer de forma saudável? Idoso saudável é aquele que não tem doença? Se isto fosse verdade, existiria algum idoso saudável? (...) Um indivíduo mesmo portador de uma doença, poderá sentir-se saudável, desde que seja capaz de desempenhar funções, atividades; capaz de alcançar expectativas e desejos; capaz de manter-se ativo no seu meio, ter alguma função social, efetivar projetos, conseguindo, assim, boa qualidade de vida, podendo realizar-se como ser humano (...) ser feliz" (Freitas, et al, 2006, p. 313). Confirma-se que saúde, não é somente não ter uma doença, a pessoa pode efetivamente ter algum tipo de doença, mas saúde significa também ter capacidade de exercer funções no seu meio social e físico, contribuir para a sociedade e interagir com ela.

A velhice saudável e a vida independente têm uma relação muito estreita, nomeadamente ao nível da independência física. Grande parte da população idosa, para garantir o próprio bem-estar, exige não depender de ninguém, todos querem ser "donos" da sua própria vida, ter capacidade para tomar as suas próprias decisões. Se estes factos não acontecerem, os idosos sentem-se infelizes, impotentes, privados da possibilidade de autorrealização, o que comprova a correlação entre bem-estar, independência e especialmente com autonomia. É preponderante adquirir determinadas estratégias de intervenção, para potenciar o máximo de autonomia e independência, ao nível do cuidado profissional (diagnóstico, tratamento, cura e prevenção), de prevenção de doenças (mudança de hábitos e comportamentos) e promoção da saúde (políticas e programas públicos) (Freitas et al., 2006).

O envelhecimento "bem-sucedido" é também, um termo bastante usado para descrever uma boa velhice, segundo Rowe e Kahn (Tomasini & Alves, 2007, p. 3), "implica que pessoas que envelhecem de forma bem-sucedida são aquelas que apresentam um baixo risco de doença e incapacidades (que apresentam, por exemplo, fatores de estilo de vida saudáveis, tais como dieta adequada, ausência do hábito de

fumar e prática de atividades físicas); que estão utilizando ativamente habilidades de resolução de problemas (...), que estão mantendo contactos sociais e estão participando em atividades produtivas (voluntariado, trabalho remunerado ou não remunerado." Para Baltes e Baltes citados em Almeida (2007) o envelhecimento bem sucedido refere-se ao "processo adaptativo que, através de uma estratégia de otimização seletiva com compensação, permite ao individuo gerir o balanço de perdas e ganhos (tendencialmente mais desfavorável com o aumento da idade) e assim - de forma ativa e idiossincrática - maximizar a eficácia no alcançar das metas (revistas), para si prioritárias, num contexto de inevitável redução de recursos/capacidades" (Almeida, 2007, p. 19). Os critérios de sucesso para um envelhecimento bem-sucedido, são a autonomia física, psicológica e social dos idosos.

A noção de envelhecimento ativo surge na sequência do envelhecimento saudável e bem-sucedido, abrangendo, para além da saúde, os aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, assimilados num modelo multidimensional, que explicam os resultados do processo de envelhecimento. O envelhecimento ativo consiste no processo que permite a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, promovendo uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo. Este conceito é suportado por três pilares, nomeadamente a participação social na comunidade onde se insere e a participação ativa nas questões relacionadas com a família, os grupos de pares e o exercício da cidadania. A saúde tendo como base diagnósticos médicos, é um dos aspetos centrais do envelhecimento e a segurança relacionada com as questões do planeamento urbano, dos lugares habitados, dos espaços privados e do clima social de não-violência nas sociedades (cf Paúl e Ribeiro, 2011).

Estes pilares implicam uma autonomia (controlo sobre a vida e a capacidade de decisão individual), independência (nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária, isto é, ter capacidade para cuidar de si próprio), a expectativa de vida saudável, simbolizada "no tempo de vida que se pode esperar viver sem precisar de cuidados especiais e a qualidade de vida, a qual incorpora, de modo complexo, a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e as características do ambiente em que a pessoa se encontra (Paúl e Ribeiro, 2011, p. 3)

É composto por vários determinantes, nomeadamente, determinantes pessoais, comportamentais, sociais, económicos, serviços sociais, saúde e meio físico. Estes determinantes compreendem-se numa perspetiva de género e cultura, onde se enquadram as características do indivíduo: as variáveis pessoais (fatores biológicos e psicológicos); comportamentais, ou seja, os estilos de vida saudável, a

participação ativa no cuidado pessoal; económicas, como os rendimentos e a proteção social; do meio físico (a acessibilidade que cada idoso tem a moradias e vizinhança segura, a serviços de transporte, água limpa, ar puro e alimentos seguros); do meio social, as questões da educação e alfabetização; da saúde e dos serviços sociais das quais as pessoas beneficiam, orientadas para a promoção da saúde e da prevenção de doenças, alcançáveis e de qualidade. Constança Paúl, defende a ideia de que é essencial "obter um consenso no sentido de estabelecer como resultados desejáveis para o processo de envelhecimento, seja a nível individual, seja societário, a manutenção da autonomia senão física, pelo menos psicológica e social dos idosos, ou seja, a possibilidade de manter a capacidade de decisão e controlo sobre a sua vida, uma voz ativa, em termos do seu meio próximo e da comunidade" (Paúl, s.d, p. 277).

O processo de envelhecimento ativo é algo que diz respeito a todas as pessoas e uma tarefa de curso de vida. Para que este processo se concretize com êxito, cabe à sociedade uma responsabilidade ao nível de criar espaços e equipamentos sociais, diversificados, seguros e acessíveis aos mais velhos, de forma a garantir e fomentar a sua participação cívica.

1.2 – Envelhecimento, Dependência e Funcionalidade

A velhice tem sido associada à dependência e à perda de capacidades para controlar a própria vida, desde a Antiguidade. Na grande maioria das vezes, a medicina, a biologia e a psicologia, têm a tendência para confirmar o processo de envelhecimento, como tempo de declínio e decadência, sendo a velhice quase sempre pensada como um processo degenerativo, oposto a qualquer desenvolvimento humano (Freitas, Cançado, Doll & Gorzoni, 2006). Se a saúde fosse apenas a ausência de doença, a partir de determinada idade poucas seriam as pessoas saudáveis, pois à medida que se envelhece surgem determinadas doenças crónicas, como hipertensão arterial, a diabetes, as artropatias e desenvolvem-se deficiências ao nível auditivo e visual. As doenças crónicas substituíram assim as doenças infecciosas, tornando-se a maior causa de mortalidade e focalizando a prática clínica na manutenção da qualidade de vida do indivíduo. Estas doenças levam a uma maior prevalência de incapacidades nos indivíduos, para além disto o próprio processo de envelhecimento, diminui a capacidade funcional dos sistemas do organismo humano, é o que se denomina de envelhecimento funcional (Freitas et al., 2006).

Até aos 20/30 anos, as pessoas desenvolvem as suas capacidades, a partir daí o desempenho funcional vai se deteriorando pouco a pouco, fruto do processo natural e fisiológico do envelhecimento, sendo um processo lento a que ninguém

escapa. Este processo depende de determinados fatores, tais como: constituição genética, hábitos e estilos de vida, meio ambiente, contexto social, económico, cultural e familiar em que vive. Surge assim uma questão angustiante: "Será que o aumento das expetativas de vida, que vem ocorrendo em todo o mundo (desenvolvido e em desenvolvimento), vai significar melhorar qualidade de vida" (Freitas et al., 2006, p. 316)?

A autonomia e independência/dependência, são indicadores de saúde e de qualidade de vida para a população idosa, existindo a necessidade de que esta população seja avaliada de forma abrangente, holística e global, assim é preponderante abordar estes conceitos neste capítulo.

Segundo Freitas et al. (2006) os estudos demográficos, projetam um crescimento bastante significativo da população idosa funcionalmente incapacitado ou seja, pessoa dependente, que vai necessitar de cuidados de longa duração, implicando que mesmo numa sociedade desenvolvida, esta população necessite de ajuda total ou parcial para a realização das atividades da vida diária.

É muito frequente, as pessoas idosas com doenças crónicas, considerarem-se de boa saúde, pois como têm autonomia nas atividades do dia-a-dia e continuam a manter relações e atividades sociais, os idosos têm como característica de saúde uma vida independente, na qual têm controlo. Desta forma a "autonomia – capacidade de decisão, de comando; e a independência – capacidade de realizar algo com os seus próprios meios" (Freitas et al., 2006, p. 316), são indicadores cruciais de saúde para as pessoas idosas.

Evans afirma que a autonomia é "o estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras" (Freitas et al., 2006, p. 316), sendo a autonomia mais útil que a independência para um idoso, pois a autonomia pode ser restaurada, mesmo quando as pessoas estão dependentes fisicamente. Aurélio Ferreira define autonomia como "faculdade de se governar por si mesmo; direito ou faculdade de se reger por leis próprias, liberdade ou independência moral ou intelectual; propriedade pela qual o homem pretende escolher as leis que regem sua conduta", enquanto independência é o "estado ou condição de quem ou o que é independente, de quem ou do quem tem liberdade ou autonomia, de quem procura recorrer só aos seus próprios meios, de quem se basta". (Freitas et al., 2006, p.316).

A autonomia é então a capacidade e/ou o direito que uma pessoa possui, de poder escolher por si as regras do seu comportamento e orientar/decidir os seus atos e os riscos que está disposta a assumir. A independência está relacionada com a capacidade individual para realizar as atividades da vida diária (AVD) sem ajuda, sendo importante ter presente que uma pessoa funcional mas incapacitada

fisicamente, pode conseguir exercer as suas capacidades de escolha, de direitos e deveres e de controlo sobre o seu meio, como por exemplo: decidir se quer ir para uma Unidade de Cuidados Continuados ou não.

A dependência é encarada como a incapacidade de a pessoa ser funcional satisfatoriamente, sem a ajuda de terceiros ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se. De acordo com o Decreto-Lei nº101/2006 dependência é "a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária. (p.3857). Atendendo à definição apresentada verifica-se que a dependência em pessoas não está somente relacionada com a incapacidade física, mas também com as dificuldades familiares e escassez de apoios sociais.

A dependência nas pessoas idosas assume contornos particulares, pois resulta de fatores como a redução das capacidades físicas ou psicológicas, isolamento, solidão, insegurança económica, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social. (Fernandes, 2002). A dependência pressupõe a existência de três fatores: "a existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que comprometa determinadas aptidões, a incapacidade para realizar por si as atividades de vida diária e a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros." (Figueiredo, 2007, cit. por Teixeira, 2012, p. 8).

A dependência é medida de acordo com vários níveis e tipos, estando os níveis relacionados com a funcionalidade do corpo e a restrição da capacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), e com a participação pessoal e social. Os tipos de dependência referem-se aos fatores contextuais, ou seja, ambientais (individual e social) e pessoais (histórico, particular da vida e estilo de vida de uma pessoa). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2004), as AVD "incluem indicadores como a capacidade para efetuar a higiene pessoal, para se vestir, ir à casa de banho, controlar esfíncteres, alimentar-se, mover-se no interior e exterior do domicílio e efetuar escolhas" e as AIVD "incluem indicadores como a capacidade de limpar e lavar a casa, preparar refeições, gerir os medicamentos, manusear o dinheiro, utilizar o telefone, os transportes públicos ou particulares, resolver assuntos administrativos e decidir sobre os assuntos quotidianos e futuros." (cit. por Carvalho, 2012, p.37).

Por sua vez a Segurança Social classifica a dependência em 1º e 2º grau de acordo com os seguintes critérios: "1.º grau – pessoas que não possam praticar,

com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: atos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal; 2.º grau – pessoas que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1.º grau e se encontrem acamadas ou apresentem quadros de demência grave.” Importa ainda acrescentar que o estado de dependência pode ser temporário ou permanente, o processo pode ser progressivo, regressivo ou estável e a pessoa ao longo do período de dependência está impedida do exercício dos direitos de cidadania.

Atendendo à tendência do aumento progressivo do envelhecimento populacional e ao aumento da esperança média de vida, colocam-se várias questões, nomeadamente: “como aumentar o vigor físico, intelectual, emocional e social desta população até aos momentos que precedem a morte? (...) Como favorecer uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor? (Freitas, et al, 2006, p. 313). A reabilitação das pessoas idosas pode ser um dos meios para atingir estes fins e tem igual importância no seu processo de envelhecimento/envelhecimento ativo/qualidade de vida, uma vez que é um fator que contribui para o bem-estar da pessoa idosa, tal como o empowerment e a capacitação. A reabilitação “é um processo dinâmico, contínuo, progressivo e principalmente educativo, tendo como objetivos a restauração funcional do indivíduo, a sua reintegração na família, na comunidade e na sociedade” (Diogo, 2000, p.75).

A reabilitação em idosos segue determinados passos, que inevitavelmente são distintos comparando com outros grupos populacionais, no sentido em que as pessoas idosas têm as suas próprias especificidades. Com a população idosa a reabilitação segue os seguintes passos: estabilizar o problema primário e prevenir complicações secundárias; restaurar a função perdida; promover a adaptação da pessoa ao seu meio ambiente; adaptar o ambiente à pessoa e promover adaptação familiar.

A reabilitação do idoso sofre preconceitos sociais, ligados à sua fragilidade física, à presença de incapacidades funcionais e de aprendizagem, e também devido ao “peso” social que acarreta o insucesso desta intervenção. Como tal, existe pouco investimento nesta área, o que leva a um certo “comodismo” por parte do idoso, uma vez que pensa ter perdido o seu papel social, restando-lhe ajudar os elementos da sua família, atrapalhando o menos possível as suas rotinas. Destacando os princípios relativos ao processo de reabilitação em gerontologia, evidencia-se que “é um processo no qual o cuidado é baseado na compreensão de que devem estar incorporados os parâmetros físico, emocional e social do idoso; a atuação da equipa multidisciplinar em relação a cada membro e interdisciplinar no processo; a ênfase na

função a ser restaurada e nas funções remanescentes que necessitam de ser modificadas e fortalecidas; é um processo fundamentalmente educativo" (Diogo, 2000, p. 76).

1.3 - Envelhecimento e Qualidade de Vida

A qualidade de vida é um conceito que está intimamente relacionado com a auto-estima e o bem-estar pessoal, abrangendo aspetos como o auto-cuidado, o suporte familiar, o estado de saúde e emocional, a capacidade funcional, entre outros. Não esquecendo que depende do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (Vecchia, Ruiz, Bocchi, & Corrente, 2005).

Para o idoso, ter qualidade de vida é sinónimo de ter um bom convívio social com todos, especialmente com vizinhos, amigos e família. O bom relacionamento familiar contribui para o apoio do idoso na educação dos netos, o facto de ter capacidade para fazer novas amizades, estabelecer contacto com outras pessoas e acima de tudo, ter uma boa relação com o cônjuge, são também elementos fundamentais para proporcionar bem-estar ao idoso (Vecchia, et all 2005). Outro aspeto preponderante nesta questão, prende-se com os hábitos saudáveis, uma vez que adotar hábitos de vida saudáveis, relativamente à alimentação, ao sono e à prática de exercício físico, são fatores indispensáveis para a manutenção da qualidade de vida da população idosa. Um estudo realizado por Bowling, Banister e Sulton, concluiu que para ter uma boa qualidade de vida na velhice, os aspetos mais valorizados são: "ter boas relações com a família e os amigos; desempenhar papéis sociais, como voluntariados e hobbies; ter boa saúde e funcionalidade; viver numa boa casa numa zona simpática e de boa vizinhança; ter uma visão positiva da vida e manter o controlo da independência" (Paúl e Fonseca, 2005, p. 77).

A área fulcral na promoção da qualidade de vida dos idosos continua a ser a área da saúde, uma vez que a ênfase mudou de um modelo de abordagem biomédica, para um modelo holístico, incluindo a dimensão biopsicossocial. A saúde mental está também intrinsecamente ligada a esta questão, pois dispor de tranquilidade, bom humor e sentir-se satisfeito com a vida, são atributos que ajudam os idosos no enfrentar das atividades diárias e nos desafios que surgem ao longo da vida. A acumulação de bens materiais que possibilite uma autonomia quanto à alimentação, vestuário, transporte e habitação, o entretenimento, o acesso à educação e aquisição de conhecimentos ao longo da vida, são também fatores essenciais para a promoção da qualidade de vida do idoso, prevenindo a perda de identidade, a doença mental e a incapacidade.

Embora este conceito seja subjetivo, pois varia de pessoa para pessoa e depende do nível sócio-cultural, da faixa etária e das aspirações pessoais, para Vecchia, et al "qualidade de vida significa dispor de uma rede social de suporte sólida, associada à saúde física e mental. (...) significa servir-se de autonomia financeira conquistada durante a vida, para assegurar recursos para a senectude, associada às práticas de hábitos saudáveis e de entretenimento. (...) significa poder viver em local seguro e despoluído, associado ao acesso a conhecimentos ao longo da vida, ao prazer no trabalho e a práticas de espiritualidade, honestidade e solidariedade". (2005, p. 251)

A intervenção com as pessoas mais velhas deve procurar responder ao que a pessoa procura, se quer dar sentido à noção de qualidade de vida a nível individual, tendo sempre consciente que é um exercício que requer tempo. Isto é especialmente importante para as pessoas com demência pois podem necessitar de diferentes tipos de estímulos, para ajudá-las a expor os seus interesses e o que as preocupa.

Barreto (s.d) também conclui que a maior ou menor satisfação com que a pessoa idosa encara a vida, relaciona-se com a representação que faz da sua vida passada e da que ainda tem pela frente: particularmente se atingiu ou não os objetivos propostos, nomeadamente, independência económica, casar os filhos, ver crescer os netos, etc. No entanto esta representação cognitiva, pode não ser um dado fixo, pois o idoso pode inconscientemente não perceber um conflito familiar, minimizar uma doença grave o negar a proximidade da morte, de forma a evitar o sofrimento. Por outro lado, determinadas perdas podem ser encaradas como uma catástrofe, se a pessoas não estiver preparada ou não possuir mecanismos de defesa. Assim o bem-estar do idoso depende de fatores internos e externos e o grau de satisfação resulta da forma como conseguiu ao longo da sua vida, adaptar-se às transformações que se sucedem. A qualidade de vida do idoso é afetada pelas perdas e carências (físicas, psicológicas e sociais) que a atingem, mas as consequências destas dependem do significado que o idoso lhe atribui.

1.4 – A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Até finais do século XX, as respostas sociais que prevaleciam eram os lares de idosos, as residências e os apoios domiciliários, quando os casos necessitavam de cuidados continuados, poderiam beneficiar de clínicas de retaguarda contratualizadas com os hospitais. Com a entrada de Portugal na União Europeia, favoreceu-se a mudança social e a política na área das respostas para pessoas idosas no âmbito da saúde, através da introdução de uma nova conceção política, "políticas ativas". As "políticas sociais" surgem no sentido de "responsabilizar todos os agentes" da

sociedade, dividindo a responsabilidade entre o Estado, a sociedade civil e o mercado, capacitando o individuo simultaneamente os indivíduos e as instituições (Carvalho, 2012. p. 83).

Perante este contexto de mudança de paradigma, desenvolveram-se algumas medidas com o objetivo de melhorar a qualidade das respostas sociais presentes e de criar respostas que enquadrassem a vertente saúde e apoio social.

A primeira medida que surgiu em Portugal foi o Plano de Apoio Integrado a Idosos (PAII) (Despacho Conjunto n.º 166, (1994), Criação do Programa de Apoio Integrado a Idosos, publicado a 20 julho), que qualificou os atuais e criou novos serviços de apoio domiciliário. No âmbito destas medidas foram também criados os centros de apoio a dependentes (CAD), alargamento dos serviços de apoio domiciliário (SAD), formação de recursos humanos (FORHUM), serviço Tele-Alarme (STA), saúde e termalismo e passes para a terceira idade, com a finalidade de aumentar o número de respostas e melhorar a qualidade dos serviços existentes (Carvalho, 2012).

Paralelamente à criação do PAII, surge também a necessidade de desenvolver uma rede de cuidados continuados de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Solidariedade Social e do Trabalho, tendo sido regulamentada em 1998 e dirigindo-se às situações de dependência, na área dos cuidados de longa duração de saúde e apoio social. O Programa de Apoio Integrado a Idosos criou duas respostas inovadoras, o apoio Domiciliário Integrado (ADI), apoio domiciliário a pessoas dependentes que necessitem de apoio social, satisfação de necessidades básicas e cuidados de saúde e a Unidade de Apoio Integrado (UAI), que presta cuidados temporários a pessoas dependentes que não podem manter-se no domicílio, mas que necessitam de cuidados de saúde hospitalares.

O Decreto-lei n.º281, de 8 de novembro de 2003, deu origem à primeira lei da rede de cuidados continuados, constituída por "entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas para prestação de cuidados de saúde e destinadas a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos" (Carvalho, 2012, p. 86). Esta rede estava estruturada com Unidades de Internamento, Unidade de Recuperação Global e Unidades Móveis Domiciliárias e era maioritariamente desenvolvida pelos Centros de Saúde.

A necessidade de melhorar os serviços de saúde prestados a pessoas dependentes e o aumento progressivo da esperança média de vida, aliado à diminuição da mortalidade e da natalidade em Portugal, que se traduz no sucessivo envelhecimento da população, surgem novas necessidades nos níveis de saúde e sociais, exigindo respostas diversificadas que satisfaçam as necessidades de pessoas

idosas com, dependência funcional, doenças crónicas e de pessoas com doenças em estado avançado e em final de vida. Estas respostas devem ser ajustadas aos grupos de pessoas em situação de dependência, aos diferentes momentos da evolução da doença e do reforço das famílias, ao nível da capacitação de competências em lidar com as situações inerentes à doença, tais como a conciliação do acompanhamento familiar com a vida profissional.

Assim surgem as unidades e equipas, assentes numa rede nacional de cuidados continuados integrados que engloba as redes nacionais de saúde (sistema nacional de saúde) e de segurança social (sistema de segurança social), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, que pretende criar "serviços de proximidade, sob a forma de parcerias entre os centros de saúde e as instituições de apoio social, visando promover a reabilitação imediata do paciente crónico e do idoso nos hospitais e a reinserção na família, melhorar o planeamento dos equipamentos e cuidados continuados e incentivar o desenvolvimento dos cuidados paliativos, reativar os cuidados no domicílio e reforçar o apoio à família, através do internamento temporário" (Carvalho, 2012, p. 88).

Os cuidados continuados integrados definem-se como "o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social." (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, p. 3857).

A Rede pretende desenvolver um modelo de prestação de cuidados centrado no utente e nas suas necessidades, no tempo, local e prestador adequado. A RNCCI tem como público-alvo "pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias". A RNCCI tem como Missão "prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência." (Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua, 2011, p. 7/8).¹

¹ A Missão da Rede concretiza-se através dos seguintes objetivos: "A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de

A prestação de cuidados de saúde e apoio social na RNCCI é efetuada por 4 tipos de resposta:

- Unidade de ambulatório (Unidade de dia e promoção da autonomia);
- Equipa Hospitalar (Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos);
- Equipas domiciliárias (Equipa de cuidados continuados integrados; Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos);
- Unidade de Internamento (Convalescença, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção, Cuidados Paliativos).

A nível organizacional e de estrutura de gestão a RNCCI assenta num modelo de descentralização e contratualização de serviços. À Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) compete garantir a sustentabilidade da Rede, bem como zelar pelo acesso e benefício dos cuidados continuados, para responder às necessidades específicas de cada utente e promover a sua autonomia e qualidade de vida. Esta gestão é operacionalizada a nível regional e local, através das Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL), respetivamente. Ambas as equipas têm as suas responsabilidades, sendo as ECL que assumem o dever de assegurar e preparar as altas da RNCCI.

O modelo de financiamento das unidades e equipas inclui comparticipações do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (MTSS), do Ministério da Saúde (MS) e dos utentes. Nas Unidades da MDR e LDM como integram a componente de apoio social, os encargos são repartidos entre o MTSS, o MS e pelos utentes, sendo que nas Unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos os encargos são exclusivos do MS.

A referenciação de utentes para a RNCCI é efetuada pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) do hospital de agudos ou pelas Equipas Referenciadoras dos Cuidados de Saúde Primários, que são responsáveis por realizar o diagnóstico da situação de dependência, mediante avaliação médica, enfermagem e social, sendo a decisão final validada pela ECL da área de residência do utente.

saúde e de apoio social; O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação; A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matérias de cuidados continuados integrados” (Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Continua, 2011, p. 8).

1.5 – As Unidades de Longa Duração e Manutenção

As Unidades de Longa Duração e Manutenção, são unidades de internamento temporário ou permanente, que prestam cuidados de saúde e apoio social de manutenção, a “pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. (...) têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e qualidade de vida, por um período superior a 90 dias consecutivos.” (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, p. 3860). Relativamente aos serviços prestados, a ULDM pode ser gerida por um técnico na área da saúde ou da área psicossocial. Devem estar assegurados os seguintes serviços: “atividades de manutenção e de estimulação; cuidados de enfermagem diários; cuidados médicos; prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial (engloba fatores económicos, sociais, culturais, espirituais e psicológicos que influenciam a situação de doença e o processo da cura (reabilitação, e reintegração social e familiar); controlo fisiátrico periódico; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; animação sócio-cultural; higiene, conforto e alimentação; apoio no desempenho das atividades da vida diária; apoio nas atividades instrumentais da vida diária” (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, p. 3861).

As Unidades de Longa Duração e Manutenção têm como finalidade proporcionar cuidados de saúde e sociais que previnam ou retardam o agravamento de situação de dependência das pessoas, proporcionando conforto e qualidade de vida. O internamento pode ter um período inferior a 90 dias, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, nunca podem exceder os 90 dias por ano.

Este tipo de Unidades pretende responder a necessidades sociais e de saúde, visando sempre maximizar a manutenção das aptidões para a realização das atividades de vida diária. Pretende também “facilitar a gestão de altas dos hospitais de agudos; promover a autonomia e a satisfação de necessidades sociais dos doentes.” (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2010).

A Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção pode coexistir com uma Unidade de internamento de Média Duração e Reabilitação, podendo também funcionar em regime de dia, articulando-se com as equipas móveis da área geográfica correspondente. Tem como destinatários, doentes que pela sua situação de dependência, por doença ou patologias associadas, necessitem de cuidados continuados integrados. Podem admitir, doentes de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social e do domicílio.

As ULDM prestam cuidados que se destinam, à reabilitação, à manutenção e apoio social, contemplando a satisfação das necessidades básicas, as expectativas, e a relação familiar e com o meio social de referência. Assim, as ULDM deverão dispor de: "serviços de enfermagem diurnos e noturnos; serviços médicos presenciais, pelo menos uma vez por semana, com revisão semanal do plano terapêutico e revisão mensal do plano de manutenção e reabilitação; serviços de reabilitação diários; de ajuda à interação entre o utilizador e a família, promovendo a participação dos familiares ou outros diretos conviventes ou voluntários organizados; serviços de desenvolvimento de atividades lúdico-ocupacionais; preparação da alta e respetivo encaminhamento (RNCCI, 2010).

Cada Unidade deve dispor também de uma equipa técnica multidisciplinar das áreas da saúde e de ação social, devendo esta equipa ser constituída pelos profissionais de saúde, tais como: "médico; enfermeiro; fisioterapeuta em tempo parcial; terapeuta ocupacional em tempo parcial; psicólogo clínico em tempo parcial; nutricionista em tempo parcial; auxiliares de ação médica/ ajudantes de saúde" (RNCCI, 2010) e de profissionais de ação social, técnico de serviço social, podendo contar com voluntários, devidamente preparados e enquadrados e prestadores informais de cuidados.

A nível organizacional as Unidades em análise devem ser um serviço autónomo e integrado, em espaço próprio, que garanta as condições necessárias ao desenvolvimento desta tipologia de resposta. Por cada doente admitido deve ser constituído um processo individual, que integre componentes administrativos, sociais e clínicos, assim como: "identificação e residência do doente; identificação, residência e telefone de familiar ou outra pessoa a contactar em caso de necessidade; identificação da identidade referenciadora; identificação do médico assistente e respetivos assistentes; data de início e fim da prestação de serviços; diagnóstico das necessidades clínicas e sociais; plano individual de intervenção, expressando os cuidados a prestar de acordo com os objetivos a atingir; registo sistemático dos cuidados prestados por cada elemento interventor, datado e rubricado; avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção; nota de alta. (RNCCI, 2010)

As Unidades de internamento de Longa Duração e Manutenção têm como critérios de admissão:

- "Necessidade de apoio para a satisfação das necessidades básicas;
- Necessidade de cuidados de manutenção de aptidões;

- Impossibilidade de inserção na comunidade, por ausência de recursos sociofamiliares;
- Necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais;" (RNCCI, 2010)
- "Doente que, por patologia aguda e/ou crónica estabilizada, necessite de cuidados de saúde e apresente défice de autonomia nas atividades da vida diária, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias;
- Doente com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica, funcional e cognitiva;
- Doente sem potencial de recuperação a curto e médio prazo;
- Doente com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção." (Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua, 2011).

Sendo as admissões efetuadas mediante a intervenção da ECL e tem como critério de alta: "obtenção dos objetivos clínicos e de reabilitação; necessidade de cuidados num outro nível de diferenciação; capacidade de reinserção na família e/ou comunidade (RNCCI, 2010). A preparação da alta, compete à equipa da Unidade e cumprir um processo sistemático que tem como fim garantir a continuidade de tratamento e apoio, após a alta, se necessários, noutros níveis da RNCCI.

Depois de situadas as questões do envelhecimento da dependência e das respostas para as pessoas idosas avança-se para a análise do processo de planeamento das altas em CCI com destaque para o papel dos profissionais de Serviço Social nesse processo.

Capítulo 2 – Planeamento das Altas em Cuidados Continuados

2.1 – O Planeamento da Alta

A necessidade de planear a alta das pessoas internadas em ULDM surge com o objetivo de garantir a prestação de cuidados e a sua qualidade de vida no pós-alta e evitar reinternamentos. O processo de planeamento da alta está inserido no sistema de saúde e baseia-se no princípio do atendimento aos doentes e às famílias e não no princípio do atendimento às doenças, sabendo que as pessoas regressarão ao seu domicílio ou a outra resposta, com o apoio da família e/ou de uma rede social próxima.

O Planeamento da Alta dos cuidados de saúde para a continuidade de cuidados na comunidade, é uma nova tendência, que substitui o costumeiro planeamento da alta hospitalar. Este Planeamento da Alta surge na sequência em que a doença é um elemento que provoca desfasamentos sociais e psicossociais, e como tal, de acordo com a intensidade da doença, varia a complexidade dos serviços necessários para o seu atendimento e tratamento. A previsão de desfasamento social, associado à doença, permite assegurar e antecipar o acompanhamento ao longo de todo o processo, independentemente do local onde se encontra a pessoa. Desta forma, o Planeamento da Alta dos cuidados de saúde para a continuidade de cuidados na comunidade, pressupõe que a pessoa não deixe o sistema de saúde, podendo necessitar, ou não, de outros serviços de acompanhamento da comunidade.

O planeamento da alta é um processo dinâmico que deve ter início no momento da admissão do utente com continuidade até ao dia da alta. Segundo Barardo (citado por Borges, Teodora & Valente, 2006, p.17), o planeamento da alta define-se como "o conjunto de atividades, prosseguidas por uma equipa multidisciplinar de cuidados, ao longo do internamento, que facilita a transferência adequada e em tempo útil do doente, de uma instituição para outra ou para a comunidade, e assegura a continuidade da prestação de cuidados."

O American Hospital Association define o planeamento da alta como "Um procedimento centralizado, coordenado e interdisciplinar, no qual, os membros da equipa de saúde, colaboram com os doentes e suas famílias, antecipando as necessidades destes depois da hospitalização, desenvolvendo um plano que os ajudará a ganhar independência e a manter os benefícios ganhos durante a estadia no hospital" (Masfret 2012, p.18). Segundo Fields (1978, cit. por Colom, 2000), o planeamento da alta representa o ponto onde os cuidados médicos estão em interface com a qualidade de vida e também é um processo onde o cuidado humano se integra com os saberes técnicos.

Este processo denomina-se por planeamento da alta e deve ser concretizado, ao longo do internamento, com o doente e/ou o familiar cuidador, o mais cedo possível. As ações desenvolvidas em internamento dependem da natureza e do estágio da doença, da vocação da instituição em que se insere e do tempo/objetivo de internamento previsto. O período de internamento divide-se em três momentos distintos: a admissão; a estadia; a alta. O momento da admissão e a forma como esta decorre tem influência no decurso do internamento, sendo ambos os momentos determinantes para garantir que a data da alta é uma boa notícia e não um início de um sofrimento (Masfret, 2012).

Cada profissional, nomeadamente, o médico, enfermeiro e assistente social, deve definir as suas atividades, diferenciar os elementos próprios da sua intervenção, não se desvinculando dos outros e desenvolvendo um exercício de introspeção. O planeamento de alta deve ser individual, (...) dependendo das necessidades de cada um, em várias esferas, como o estado de saúde, o nível de orientação temporal-espacial, o conhecimento e a auto-percepção do estado de saúde, a utilização dos recursos, o estado funcional, as aptidões, as motivações e os dados sociodemográficos" (Kennedy, L, Neidlinger, S. e Scroggins, K., 1987/1997, cit. por Teixeira, 2012, p. 23).

A análise do processo inicia-se com a identificação das necessidades físicas e psicossociais, do utente e do seu cuidador principal, no pós a alta, devendo ser avaliadas o mais cedo possível, sendo necessário delinear um plano de cuidados que inclua a previsão de equipamentos e serviços de apoio.

Atendendo às orientações da RNCCI a preparação da alta deve ser iniciada antecipadamente, para permitir uma solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados, e deve ser efetuada sempre em articulação entre a Unidade, a competente ECL e ou a ECL da área do domicílio do utente. (Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua, 2011).

Relativamente às fases do planeamento da alta o autor Mackeehnan, (cit. por Borges et. al., 2006, p. 17), identifica cinco etapas: "(1) a identificação do doente e das suas necessidades; (2) o diagnóstico dos problemas detetados na fase anterior; (3) o planeamento de soluções para ultrapassar os problemas detetados; (4) a implementação dos planos escolhidos pela equipa de Planeamento de Altas; e (5) a avaliação dos planos implementados" (Borges et.al, 2006, p.17).

Outros dos objetivos deste planeamento centram-se no desenvolvimento do plano de cuidados, com o idoso e a sua família, de forma a minimizar o risco de futuras complicações e/ou reinternamentos; realizar ações planeadas de ensino ao idoso e ao seu cuidador informal, para promover o auto-cuidado; garantir que os

recursos necessários estão disponíveis no momento da alta, para evitar o prolongamento do internamento; e por fim deve-se orientar e informar o idoso e a família dos recursos existentes na comunidade.

A alta da RNCCI pode ocorrer, por vezes com um tempo mínimo de horas, se a pessoa não reunir critérios para ser internado nas Unidades da Rede, tendo em conta a tipologia de cada Unidade. Por outro lado pode ocorrer, uma alta devidamente planeada desde o início do internamento, tendo em conta que a pessoa irá continuar com os cuidados no atendimento primário, pois se a alta do utente for para o domicílio as notas de alta das equipas das ULDM, são sempre dirigidas aos profissionais do Centro de Saúde, para garantir esta continuidade de cuidados. É fundamental explicar aos utentes e respetivas famílias que o objetivo do Planeamento da Alta é que esta seja efetivada, quando não se justifique o internamento por necessidades médicas.

Partindo do pressuposto de que os cuidados que as pessoas idosas necessitam após a alta constituem uma carga pesada para a sua família e/ou cuidador informal e para os serviços de saúde, torna-se claro que alguns idosos em situação de alta requerem cuidados muito específicos com os quais a família dificilmente sabe lidar sem suporte (Naylor, 1994). Estes cuidados podem ser os seguintes: (...) de apoio instrumental, que consiste em pequenas ajudas para atividades mais complexas (como, por exemplo, o acompanhamento a consultas médicas), ou de apoio básico para atividades mais primárias da vida quotidiana (como comer ou fazer a higiene pessoal). Há ainda os cuidados especializados, caracterizados por uma grande complexidade (como o manuseamento de um aspirador de secreções ou a administração das refeições por via naso-gástrica) ” (Teixeira, 2012, p. 23).

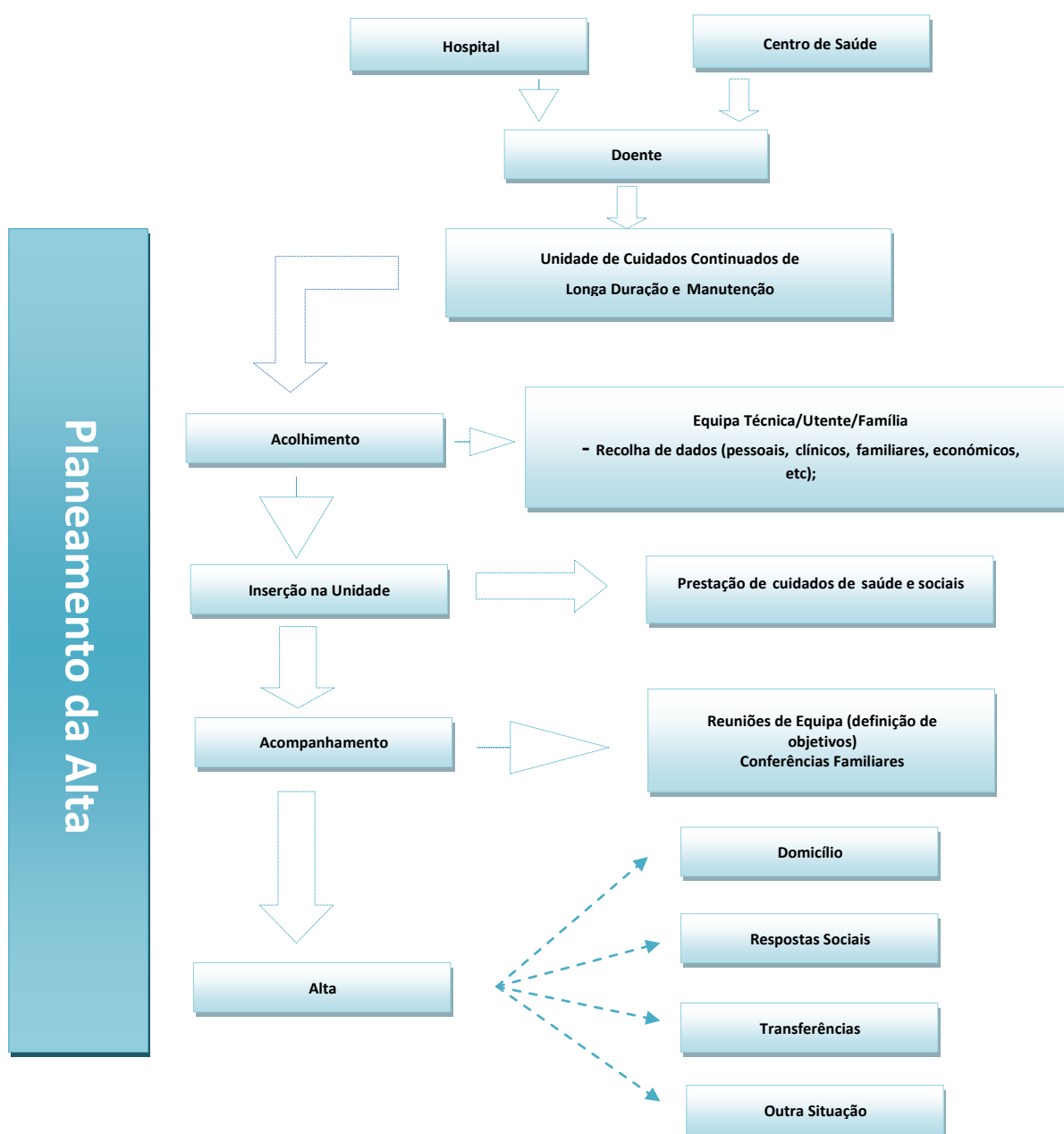
Um planeamento de alta específico para os idosos, potencia os resultados após o internamento, pois as situações estudadas evidenciam vulnerabilidade às fragilidades do meio ambiente, uma vez que normalmente são pessoas idosas com um declínio funcional mais vincado após a alta, o que demonstra a importância do follow-up para identificar as necessidades e prevenir o recurso excessivo a serviços de saúde (Naylor, 1944). O mesmo autor defende também a necessidade de mais colaboração interdisciplinar para avaliar a preparação da alta, como forma de prevenir as fragilidades que vão surgir.

Antes de uma pessoa ter alta e ser encaminhada para os cuidados primários, devem estar garantidos os seguintes aspetos: “O paciente tem capacidades próprias para seguir as indicações terapêuticas; O paciente conta com um ambiente estável e favorável, que lhe proporcione apoio e cuidados; A realidade do paciente não coloca em risco o equilíbrio do ambiente em que se insere; O paciente tem assegurada a continuidade da assistência por parte de outros serviços de atendimento de saúde e,

se possível, o atendimento social e/ou social-saúde; A alta não envolve riscos para a pessoa nem para o ambiente em que está inserida” (Masfret, 2012, p. 75).

Uma alta bem planeada é essencial para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, bem como para garantir o sucesso de reintegração do idoso no seu meio familiar e na comunidade envolvente. Este processo certifica que a dependência e o isolamento social do idoso, serão minimizados no pós-alta, sendo a sua autonomia valorizada.

Figura n.º 1 – Processo de Planeamento da Alta



Fonte: Elaborado pela autora

Como indica na figura o planeamento de alta inicia-se no momento da admissão, ou seja, no acolhimento do utente, com a equipa técnica, o utente e a família, onde se recolhe todos os dados pertinentes para o internamento (clínicos, familiares, pessoais, económicos, etc) e se faz a primeira abordagem sobre a alta. Após a admissão inicia-se a prestação de cuidados de saúde e sociais, sendo realizado um acompanhamento da situação ao longo de todo o internamento, através de reuniões de equipa e de conferências familiares, onde se definem objetivos e necessidades após a alta, sendo estes os momentos chave para planear a alta, pois a maioria dos intervenientes necessários estão presentes. A fase final é a alta efetiva, na qual o utente pode sair da Unidade para o domicílio, para uma resposta social, por transferência para outra Unidade, ou por outra situação, como por exemplo o óbito.

2.2 – Abordagem Multidisciplinar

A saúde é caracterizada por uma diversidade de saber científico, o que fundamenta a necessidade de formação de equipas multi e interdisciplinares que permitam manter a atualização dos conhecimentos e o sucesso das intervenções. As pessoas idosas devem ser analisadas como um todo, o que exige um esforço conjugado de diferentes profissionais, para uma intervenção eficaz e com qualidade, pois os problemas da saúde, não podem ser resolvidos de uma forma isolada pois neles intervêm múltiplos fatores: biológicos, psicológicos, sociais e económicos.

A multidisciplinaridade tem como objetivo analisar cada elemento individualmente e cada profissional exprime o seu parecer específico da sua especialidade, executando o plano de cuidados como uma “camada adicional” de serviços. Desta forma, não se verifica um trabalho coordenado, ou seja, de uma forma geral o médico é o responsável pela decisão do tratamento, exigindo que os restantes profissionais se adaptem a essas decisões. É fundamental que a equipa multidisciplinar construa uma relação entre si, na qual o utente é visto como um todo, desenvolvendo um atendimento humanizado, focando as intervenções na pessoa com a finalidade de suprir as suas necessidades globais e promover o seu bem-estar (Brandão, 2000).

Na interdisciplinaridade a equipa desenvolve o seu trabalho de forma a que todos os profissionais funcionem de uma maneira uniforme e colaborativa, para promover uma melhor qualidade de vida para o utente. A interdisciplinaridade é uma prática em que os profissionais devem agregar-se em equipas, para em conjunto encontrarem métodos adequados que proporcionem uma prática integradora, com enfoque na totalidade dos aspetos inter-relacionais com a saúde e a doença (Maldonado e Canella, 2009).

A interdisciplinaridade representa uma forma de ultrapassar os princípios discursivos disciplinares, isto é, a ideia de que existe um conjunto finito de elementos, que deve ser objeto de análise, permitindo reconstituir o todo científico.

A multidisciplinaridade "enquanto modo de construir o conhecimento tem sido valorizada em abordagens convergentes do saber, como por exemplo, os estudos integrados em redes de investigação. Esta tendência procura que a investigação se faça, cada vez mais, não só no interior de uma disciplina, mas no cruzamento das suas hipóteses e nos resultados de outras disciplinas" (Pombo, 2004, cit. por Carvalho, 2012, p.91).

O trabalho em equipa atualmente é um desafio e ao mesmo tempo uma exigência para os profissionais, pois estes devem, não só intervir com as suas competências junto dos utentes, como também fazê-lo numa convergência de atitudes, através da otimização das capacidades e competências (Martins, 2003). "Trabalhar em equipa, significa que os diferentes profissionais se empenhem para atingir os objetivos dos cuidados de saúde exercendo a sua autonomia profissional, mas simultaneamente reconhecendo a sua interdependência. A colaboração dos diferentes elementos da equipa passa pelo respeito, pela competência, autonomia e responsabilidade de cada um, pela partilha do poder e pelo reconhecimento das zonas de sobreposição" (Figueiredo, 1997, cit. por Martins, 2003, p. 104).

O planeamento da alta deve ser efetuado em equipa com um caráter multidisciplinar, composta pelo idoso, família ou pessoa significativa, o enfermeiro, o médico, o assistente social, o fisioterapeuta, o dietista e outros elementos importantes ao longo do internamento e implica um processo de abordagem multidisciplinar e interdisciplinar. O sucesso deste processo, concretiza-se através de um bom sistema de comunicação entre a equipa, devendo esta reunir periodicamente. Cabe à equipa multidisciplinar, informar e orientar o idoso e o seu cuidador informal e/ou familiares, sobre os recursos disponíveis na comunidade, adequados às necessidades do utente, após-alta.

A decisão de dar alta a uma pessoa idosa internada numa ULDM é da competência da equipa multidisciplinar da Unidade, que deve avaliar se os objetivos previstos para cada idoso, foram alcançados. No entanto a saída efetiva da Unidade é da responsabilidade da ECL, exceto nas situações de descanso do cuidador, em que o tempo de internamento tem um número máximo de dias definidos.

2.3 - Serviço Social na Saúde e o Planeamento de Alta

O Serviço Social é uma disciplina das ciências sociais e humanas, centrado nas relações humanas, onde se destaca a relação de ajuda. Neste processo de

relações humanas e de ajuda estão presentes os seguintes componentes: teorias e metodologias, organizações empregadoras, problemas, capacidades e necessidades de um determinado grupo, profissionais, princípios e valores e orientações políticas. É por estes componentes que se torna tão complexo construir teorias acerca do Serviço Social, "porque o processo orienta a prática e integra perspectivas (teorias, metodologias, princípios, valores e cultura), objetivos e ações com uma determinada finalidade" (Payne, 2005, cit. por Carvalho, 2012, p. 92).

Os Assistentes Sociais que desenvolvem o seu trabalho na área da saúde exercem a sua profissão expandindo serviços preventivos de diagnóstico social, terapêuticos e de reabilitação tendo sempre como finalidade a promoção do bem-estar social e de saúde, de cada pessoa. Os Assistentes Sociais detêm de um conhecimento holístico da pessoa, pelo estudo sócio-familiar e funcional que deve efetuar à data do internamento, é também o elemento privilegiado para ser a interface da Unidade com as famílias e com os serviços comunitários, da área social e da saúde (Colom, 2000).

Segundo a autora (op.cit) a importância da intervenção social no contexto da saúde surgiu a partir de um programa de visitas domiciliárias para estudantes de medicina, criado pelo Dr. Cabot em 1889, que demonstrou a importância do conhecimento dos aspetos sociais dos doentes para a evolução e recuperação da saúde, remetendo assim para a necessidade de trabalhadores sociais de saúde. A partir deste momento, o crescimento foi vertiginoso, sendo em 1917 publicado por Mary Richmond, um livro sobre Social Diagnosis, baseado no Serviço Social Geral. Em 1931, Gordon Hamilton, reflete sobre o casework, reforçando a necessidade de conhecer o que a nível social afetava e contribuía para a doença e para a recuperação. O ponto de partida de intervenção do Serviço Social de saúde é a doença que afeta a pessoa e o diagnóstico médico que motiva o internamento.

Após o internamento é elaborado um diagnóstico social de saúde e um plano de trabalho que foque as transformações da realidade, a gestão do meio envolvente, as necessidades de assistência, as probabilidades de recuperação e o seu percurso vital. Um plano social de saúde para uma pessoa com demência não pode ser igual ao plano para uma pessoa com um AVC, pois apesar de apresentarem as mesmas variáveis sociais – rede familiar, rendimentos, condições de habitação – a doença caracteriza o percurso de recuperação e as necessidades de assistência, sendo essencial enquadrar o prognóstico médico com o social.

A intervenção do Serviço Social de Saúde tem como fator diferenciado, no programa de planeamento de alta, a presença de critérios de risco psicossocial e/ou clínico tais como: "ter mais de 75 anos; ter mais de 70 anos e viver sozinho/com

parceiro de idade similar; ter mais de 70 anos e ter uma doença crónica; ter mais de 70 anos e ter sido admitido anteriormente; ter mais de 70 anos e ser admitido por queda ou fratura; ser admitido como consequência de um AVC; ser admitido com sinais de violência; ter uma doença terminal; ter uma doença mental; apresentar sintomas de toxicodependência; apresentar politraumatismos" e como critérios clínicos: adição/dependências; dores permanentes; amputações; cirrose hepática; colostomia; coma; demência senil; desidratação; diabetes mellitus; diálise; diminuição grave da visão; doença infetocontagiosa; doença neurológica; DPOC; escaras decúbito; hipocondria; infeção urinária; insuficiência cardíaca congestiva; insuficiência renal crónica; lesão medular; paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; politraumatismo; queimadura de grau elevado; reumatismo; traqueotomia; outros que sejam identificados" (Masfret, 2012, p. 65)

Atendendo a estes critérios de risco, a missão dos Assistentes Sociais no contexto dos Cuidados Continuados Integrados é enfatizar a relevância dos fatores psicossociais, enquanto determinantes do tratamento, da reabilitação/manutenção, da readaptação e da reintegração dos doentes nos ambientes sociais, mais adaptados ao favorecimento das suas potencialidades. O seu perfil é "(...)orientado para a prestação de cuidados e a gestão personalizada da situação e necessidades globais do cidadão-doente, bem como para o trabalho de organização e educação de pessoas com interesses afins em matérias de saúde e doença (...)" (DGS, 2006, p. 4).

A intervenção do Serviço Social em contexto de internamento coloca a dimensão psicossocial do adoecer e do estar doente, na centralidade da sua intervenção, visando a humanização e a qualidade dos cuidados, a rentabilização dos recursos de saúde e de cada Unidade de Internamento. O desempenho dos Assistentes Sociais é desenvolvido ao nível do apoio psicossocial do doente e da família, da articulação dos serviços internos e externos, assegura a ligação da rede de suporte ao doente e/ou familiar, onde assenta o planeamento da alta. (DGS, 2006).

2.3.1- Princípios e Valores Presentes na Intervenção

O contexto de intervenção das ULDM compreende a importância do trabalho em equipa, como o reconhecimento de que a ética profissional deve vigorar em todas as práticas dos Assistentes Sociais.

Referindo alguns dos principais obstáculos que enfrentam estes profissionais como, o conflito de interesses entre os vários atores implicados numa intervenção (profissionais, utentes, familiares, amigos e serviços sociais); o facto de o Assistente Social apoiar e controlar ao mesmo tempo, poderão colocar a questão da escolha de valores, a fim de evitar a falta de clarificação nas ações e as suas consequências; e o

dever dos Assistentes Sociais em proteger os interesses do utente e conseguirão facilmente entrar em conflito com exigências de eficiência e de rentabilidade da intervenção.

Falar então de consciência ética no Serviço Social é um sinónimo de garantir a qualidade de serviço que é prestado a cada utente. Torna-se não só importante, ter em conta todo o conjunto de princípios que formam o núcleo ético do Serviço Social, mas mais do que isso, praticá-los e promovê-los nos outros (estudantes, utentes e técnicos), estabelecendo sempre os direitos humanos e a justiça social como princípios fundamentais da atuação destes profissionais, pois de acordo com a Federação Internacional dos Assistentes Sociais, 2002, "The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberations of people to enhance well-being. Utilising theories of human behaviour and social systems, social work intervenes at the points where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work" (DGS; 2006, p.4).

Sendo que os Assistentes Sociais deverão ter como objetivos do seu trabalho o desenvolvimento dos seres humanos respeitando os seus valores e dignidade humana e ainda, a promoção da justiça social com a sociedade em geral, praticando os seguintes princípios básicos:

1. Respeitar o valor único de cada Ser Humano;
2. Respeitar o direito da autodeterminação;
3. Cada sociedade, tem o dever de proporcionar aos seus cidadãos o máximo de condições favoráveis de vida;
4. Promover o direito da participação dos mesmos na sua própria mudança, respeitando as suas próprias escolhas e decisões.
5. O Assistente Social tem um compromisso com a justiça social;
6. Considerar os indivíduos de forma integral, ou seja, ter em conta todos os sistemas que este integra (família, comunidade, etc).
7. Têm a responsabilidade de combater a discriminação negativa por razões de deficiência, idade, cultura, género, sexo, estado civil, estado socio-económico, opiniões políticas, cor da pele, orientações sexuais ou crenças religiosas.
8. Os Assistentes Sociais devem manter o princípio da privacidade e confidencialidade das informações sobre os seus utentes.
9. Devem reconhecer e respeitar a diversidade ética e cultural das sociedades em que trabalham, tendo em conta as diferenças individuais, familiares, do grupo e da comunidade.

10. A distribuição equitativa dos recursos, isto é, de um modo justo e de acordo com as necessidades.

11. Os Assistentes Sociais devem tomar decisões de acordo com a "Declaração Internacional dos Princípios Éticos" e nas "Normas Éticas Internacionais para os Assistentes Sociais", adaptadas pela sua Associação Profissional Nacional; (Código Ética no Serviço Social - Declaração de Princípios, 2007)

A ética apresenta-se como um conjunto de normas e princípios de ordem moral que regem a conduta de uma pessoa, de um grupo ou de uma sociedade. Afirmar que a capacidade do Assistente Social em proceder em conformidade com a ética é um aspeto essencial para a qualidade do serviço que é prestado aos utentes, significa que a questão moral para o Assistente Social, como afirma Kisnerman (1983), consiste em decidir o que eticamente pode ser feito pelos outros sem ofender o seu valor humano intrínseco. Ora, o que está em causa são, não os princípios, mas sim o Homem e aquilo que são os seus valores, crenças e tradições, dizendo de outro modo, os princípios servem como ponto de partida para a ação (conduta profissional), mas a finalidade não deve ser depositada neles mas sim no Homem.

2.3.2 - Abordagem Psicossocial

Tendo em conta os fatores de risco apresentados, surge a necessidade do Serviço Social adotar uma metodologia de intervenção adaptada às necessidades das pessoas idosas internadas em ULDM, pois o Assistente Social atua sobre uma realidade objetiva, que possui inúmeras facetas e que os aspetos objetivos e subjetivos não se podem dissociar.

Intervenção Psicossocial é um método de trabalho da profissão de Assistente Social que se dirige aos problemas que as pessoas enfrentam no seu funcionamento social ou problemas sociais considerados pelo ponto de vista das pessoas que com eles se confrontam. São problemas de funcionamento social aqueles que afetam a vida da pessoa na sua relação com a realidade exterior, aos diferentes níveis da sua vida pessoal, familiar ou social (plano das relações interpessoais, económico, habitacional). A intervenção psicossocial aborda esses problemas pela perspetiva em que sobressaem as dificuldades das pessoas em resolvê-los.

A intervenção psicossocial tem raízes num dos chamados métodos tradicionais do trabalho social – método de "caso individual". Mas distingue-se desse método tradicional na medida em que, embora dirigido às pessoas consideradas individualmente e portanto entrando em linha de conta com aspetos psicológicos do seu funcionamento em sociedade, equaciona os problemas na perspetiva da sua

causalidade social e não apenas, nem principalmente, como se de problemas psicológicos se tratasse.

No modelo em que hoje é encarada a intervenção psicossocial, cada vez mais o objetivo de provocar mudanças nas situações-problema se sobrepõe ao de "curar".

Hoje a tónica do trabalho social é colocada na estratégia para uma mudança que não se encara apenas a nível individual, de desenvolvimento da pessoa, mas mudança que engloba as circunstâncias exteriores.

Em saúde o Serviço Social atua na dimensão psicossocial da doença com o intuito de promover a saúde, reportando-se "(...) a fatores de ordem económica, social, cultural e espiritual (por vezes formulados em termos sintéticos e abrangentes como fatores de ordem social) e aos aspetos de ordem psicológica que influenciam a situação de saúde e/ou interferem na doença e no processo de cura, reabilitação, readaptação e reintegração sociofamiliar e profissional ou escolar do doente" (DGS, cit. por Carvalho, 2012, p. 95).

Entende-se por intervenção psicossocial uma atuação de suporte, apoio e orientação às pessoas com problemas no seu funcionamento social, atuação que se baseia em "maneiras de fazer" fundamentadas nas ciências psicológicas e sociais e atuação que se perspetiva em função dos conhecimentos da teoria social.

O objetivo da intervenção psicossocial não é o problema em si mas a situação de vida que ele está relacionada e a forma como a pessoa lida com ela. Em certa medida, pode-se considerar que os problemas são entidades exteriores às pessoas – não ter dinheiro, não ter casa, etc. – ou interiores – não ter a auto-confiança necessária para criar o seu próprio emprego etc.). Nessa medida, os problemas em si mesmos, não são objeto da intervenção psicossocial. Ou seja, na intervenção psicossocial há como que um objetivo imediato, dirigido à resolução do problema e um objetivo mediato que condiciona a intervenção na medida em que procura que no processo de resolução a pessoa-cliente desenvolva as suas capacidades para lidar com outras situações-problema da vida em sociedade (Silva, 2001).

O objetivo da intervenção social é contribuir para melhorar a relação da(s) pessoa(s) com o seu meio ambiente de forma a que, por um lado, possa(m) atingir a sua plena realização como pessoa(s) e, a nível do meio ambiente, possam produzir-se transformações que promovam essa mesma realização.

Ao nível da pessoa, o apoio psicossocial traduz-se em diferentes ações que podem agrupar-se em vários níveis:

1 - Capacitar as pessoas para assegurarem a sua sobrevivência (ou assegurarem que outros o façam). Isto traduz-se na capacidade de obter e utilizar

recursos. Inclui a capacidade de obter vestuário, tratamento médico, alimentação, habitação e transporte.

2 - Desenvolver comportamentos que favoreçam o sentimento de pertença e possibilitem às pessoas estabelecer relações próximas com outros no seu meio ambiente, utilizando de uma forma construtiva os recursos informais, formais e societais. Inclui a capacidade de estabelecer relacionamentos pessoais, bem como de utilizar as estruturas existentes.

3 - Desenvolver comportamentos que conduzem ao crescimento e realização pessoal que habilitam a pessoa a realizar-se e a contribuir para si mesma e para os outros. Inclui o desenvolvimento das capacidades e do nível de competência.

4 - Desenvolver padrões de comportamento que possibilitem fazer face, com êxito, a situações novas.

Ao nível do meio social poderemos agrupar a intervenção social também em vários níveis:

1 - Facilitar o recurso às redes informais (família, amigos, vizinhança)

2 - Favorecer o recurso a estruturas formais a fim de providenciar a resposta a necessidades (materiais ou outras – oportunidades de emprego).

3 - Favorecer um funcionamento mais adequado das macro-estruturais tais como as instituições educativas, de saúde, de justiça, etc.

4 - Favorecer a emergência de novos papéis sociais que respondam às novas expectativas.

5 - Contribuir para a mudança, a nível legal, de políticas sociais, costumes e regras de funcionamento social. (Silva, 2001).

Direcionando para a intervenção do Serviço Social numa dimensão psicossocial, este atua "na avaliação dos fatores psicossociais que interferem na saúde de pessoas, grupos e comunidades com especial atenção para situações identificadas como de risco e vulnerabilidade; na avaliação dos fatores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação; na intervenção psicossocial a nível individual, familiar e grupal; no aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos médicos e/ou sociais; na promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no doente e baseados em parcerias com o doente, a família e cuidadores informais; na advocacia social em favor do doente e família; na avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades locais de referência; na definição e realização de programas de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária; na educação e informação em saúde; na mobilização, organização e coordenação das entidades e atores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais" (DGS, cit. por Carvalho, 2012, p. 95).

2.3.3 - Processo de Intervenção

O Assistente Social atua em situações que têm uma dinâmica própria que se podem modificar facilmente (de forma brusca ou progressiva) e intervém também ao nível da vida, fazendo com que o indivíduo encontre as forças necessárias para modificar a sua situação (Robertis, 2011), para tal é necessário seguir um modelo, tal como apresentado em cima e um método de trabalho.

Na defesa do método mais eficaz para o desenrolar da sua ação, Cristina de Robertis enumera três grandes fases: análise da situação; diagnóstico e tratamento. No fundo, estas três etapas correspondem ao princípio, ao meio e ao fim de todo o processo de intervenção social. No decorrer do mesmo é necessário ter em conta o método de intervenção que será empregue, que tem orientações e diretrizes específicas, sendo estas: a) Delimitação do problema social ou pedido; b) Análise da situação; c) Avaliação preliminar e operacional; d) Elaboração do projeto de intervenção; e) Aplicação do projeto comum; f) Avaliação dos resultados; g) Finalização da ação (2011).

A fase inicial de todo o processo de intervenção começa quando ao trabalhador social surge um encontro com o utente, que pode derivar de um pedido direto do próprio utente, ou pode tratar-se de uma ordem legal ou ainda pode surgir pela advertência do problema social pelo trabalhador. Cabe ao Assistente Social esclarecer algumas questões de entre as quais: quem solicita o quê; para quem é dirigido o processo de intervenção; para quem está dirigido o pedido. A segunda fase, análise da situação, consiste em recolher informações sobre o utente, sobre a sua situação, sobre o contexto em que se insere e sobre as instituições e organizações sociais. A análise preliminar e operacional é uma síntese explicativa, onde o Assistente Social relaciona os diferentes elementos que encontrou na análise da situação, tanto a nível particular como a um nível mais geral. A fase da elaboração do projeto de intervenção dificilmente se pode separar da fase precedente. Esta etapa está delimitada em três campos: na determinação de objetivos de intervenção específicos; determinação do nível de intervenção e na eleição dos tipos de intervenção ou das estratégias.

Na fase seguinte, aplicação do projeto comum, as interferências podem dividir-se em diretas ou indiretas consoante o utente tenha um papel tanto ativo como o de um trabalhador social. Posteriormente, segue-se a fase da avaliação dos resultados. Aqui faz-se uma apreciação do caminho percorrido, das mudanças que se produziram entre o início e o fim da intervenção social. A finalização da ação encontra-se como a última fase e está determinada desde o primeiro contacto entre o profissional e o utente (Robertis, 2011).

No que respeita aos diversos campos de aplicação do trabalho social, o Assistente Social utiliza sempre os mesmos passos, contudo o método é que pode ser variável. Na prática profissional, a ação está condicionada por algumas variáveis, como por exemplo, o tipo de população implicada, o tempo disponível, a dimensão do problema, a competência da organização empregadora, a formação do Assistente Social e os objetivos específicos que pretende alcançar. Contudo, o Assistente Social deve seguir uma sequência metodológica, cujas diferentes fases são reconhecidas e podem separar-se tendo em conta o fim de estudo e análise (Robertis, 2011).

Numa outra perspetiva, os Assistentes Sociais, atualmente, adotaram um método de intervenção mais generalista, deixando o método de caso, grupo e comunidade, no qual "a intervenção social está associada a um processo em que o sujeito e os seus sistemas estão inter-relacionados" (Carvalho, 2012, p. 92). Esta perspetiva de trabalho social beneficia a análise diagnóstica que é a base da intervenção, pressupõe questionar as coisas, avaliar as consequências e definir o que é mais importante e urgente para a intervenção.

Para Baldwin e Walker 2005, um bom diagnóstico social deve incluir os seguintes critérios: ser centrado nos problemas e necessidades do cliente e não na organização e nos recursos existentes; ser construído em parceria com o cliente, família e organizações; reconhecer o cliente no contexto familiar, circunstâncias materiais, cultura e redes sociais; respeito, dignidade, individualidade, privacidade e direitos humanos; reconhecer os conflitos e diferentes interesses e poderes; procurar alternativas e hipóteses explicativas dos acontecimentos; e procurar proteção e confiança para os clientes e famílias no prosseguimento da sua autonomia (Carvalho, 2012, p. 93).

Outra das fases deste novo método é a realização do plano de intervenção e de ação, que envolve a transformação dos problemas e das necessidades em objetivos e consequentemente em ações a desenvolver. Esta fase implica a delimitação de um responsável pelas ações, bem como a duração e avaliação das mesmas. O plano não é estático e pode existir vários tipos de planos, sendo o mais comum no caso dos idosos, um plano exclusivamente de prestação de cuidados.

A intervenção propriamente dita centra-se na concretização efetiva das ações e monitorização do plano de intervenção, sendo um processo orientado para a advocacy, onde "o profissional assume o papel de conselheiro, de consultor e de terapeuta, mas também de gestor de caso, responsável pela mobilização de recursos ao nível da saúde, reabilitação, entre outros, e de agente que implementa um conjunto de legislação (...)" (Carvalho, 2012, p. 94). Não esquecendo que a função do

Assistente Social é proteger os utentes, prestar apoio psicossocial, satisfazer necessidades básicas e promover o bem-estar, dentro das políticas públicas.

A fase final é a avaliação da intervenção, que deve ser um processo contínuo, presente antes (diagnóstico - avaliar a sua qualidade, pertinência, clareza dos problemas identificados e participação dos intervenientes), durante (intervenção - avaliar a coerência interna e externa) e após a intervenção.

Os momentos metodológicos identificados pela DGS (2006), na intervenção do Assistente Social são: o acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade de cuidados, sendo que a especificidade da sua ação em cada tipo de Unidade de Internamento, depende da natureza da doença, estadio da sua evolução, vocação da instituição, tipos de cuidados e serviços que esta presta e tempo previsto de internamento.

Em Serviço Social é fundamental adequar a metodologia às especificidades de cada problemática em causa, considerando o público-alvo, problemas e instituições envolvidas, tornando-se por vezes necessário criar modelos de intervenção, com processos distintos, pois trabalhar com pessoas idosas é diferente de trabalhar com crianças, pessoas com deficiência ou famílias.

Situada a intervenção do serviço social no planeamento das altas em equipas multidisciplinares e o processo de intervenção inerente passamos à parte da investigação empírica propriamente dita.

Capítulo 3 – Metodologia

3.1 – Plano de Trabalho

3.1.1 – Questões, Objetivos e Hipótese de Partida

O capítulo da metodologia é como a base da organização dos dados, articulando-os com a fundamentação teórica, e consequente da revisão da literatura temática da investigação. A escolha da metodologia passa por saber o que pensa o investigador sobre a realidade e o que existe que possa ser conhecido (Quivy & Campenhoudt, 2003). Assim, com este capítulo pretende-se apresentar os procedimentos utilizados, especificando a natureza da investigação e integrando um estudo sistemático sobre as práticas de investigação e os seus princípios fundadores, através de métodos e técnicas de investigação. A pergunta de partida que tem como fim servir de fio condutor para todo o processo de investigação, a definição dos objetivos e das técnicas de investigação, para obter as conclusões finais do estudo apresentado.

A investigação de mestrado incide sobre o processo de planeamento das altas das pessoas internadas em Unidades de Cuidados Continuados, mais concretamente na intervenção de cada profissional da equipa multidisciplinar, dando maior enfoque ao papel do Assistente Social, do Enfermeiro e do Médico. Como Assistente Social, a área que sempre me interessou é a intervenção social com pessoas idosas, nomeadamente em contexto de cuidados continuados integrados, na tipologia de internamento. Este é um contexto cada vez mais necessário para promover a qualidade de vida, especialmente para pessoas idosas com graus de dependência elevados, tornando-se um desafio para a intervenção social, e mais especificamente para a intervenção do Serviço Social em Gerontologia.

A definição de objetivos pretende "responder à pergunta que se faz. Quer dizer, trata-se de indicar o destino do projeto ou os efeitos que se pretendem alcançar com a sua realização (...). Nenhum projeto adquire o seu significado pleno se não se definir e explicitar claramente os objetivos a alcançar" (Ander Egg, 1999, p. 38). No início dessa pesquisa definiu-se como questão principal a importância de saber como são planeadas as altas das pessoas internadas na Unidades de Cuidado Continuado de Longa Duração e Manutenção (UCCLDM) – Naturidade Rio Maior. Ambicionei perceber como se constrói a alta, em que momento do internamento e qual o contributo dos vários profissionais, para a promoção da qualidade de vida das pessoas. Para atingir esta finalidade considerou-se alguns objetivos nomeadamente:

1 – Compreender o funcionamento das equipas de planeamento das altas em unidades de longa duração da rede de cuidados continuados, com destaque para o

papel do serviço social; (entrevista aos profissionais (cf. apêndice I); identificar funções de cada profissional – através da consulta do regulamento interno e dos dados recolhidos na entrevista).

2 - Analisar o modo como o processo de planeamento das altas mantém a funcionalidade do utente e promove a qualidade de vida, tendo em conta a participação do utente, da família e das respostas sociais.

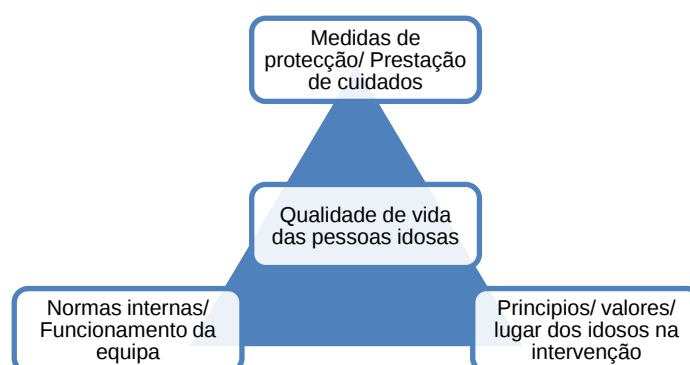
Desta forma partiu-se do princípio de que o modo como as altas são planeadas determina o tipo de cuidados recebidos pelos utentes pós alta, condicionando o processo de reabilitação na comunidade, a integração no seu meio natural de vida, isto é, quanto mais integrado for o plano da alta, mais capacidade o utente tem de manter a funcionalidade no seu domicílio e consequentemente a promoção da sua qualidade de vida. Desta forma assume-se que são as equipas que integram a expectativa do utente e da família no processo de planeamento das altas, que mais promovem a qualidade de vida do utente.

Apesar do planeamento da alta em equipa ser vantajoso para garantir a continuidade de cuidados no pós-alta e para promover a qualidade de vida dos utentes e da sua família, esse processo varia consoante a tipologia da resposta em rede e da composição das equipas. Assim consideramos que podem existir diferenças entre o modo como as equipas efetuam esse processo. Esta diferença decorre da finalidade da intervenção, dos recursos e da própria condição física e social da pessoa que usufrui destes cuidados.

Assim sendo, consideramos também que os processos de planeamento de alta que promovem a integração e participação do utente e da família são os que revelam maior participação das pessoas idosas e da família.

3.1.2 – Modelo de Análise

.Figura nº 2 – Modelo de Análise



Fonte: Elaborado pela autora

Nesta pesquisa partiu-se do princípio de que a qualidade de vida das pessoas, em cuidados continuados, depende do processo de intervenção da equipa do planeamento das altas, nomeadamente a nível do seu funcionamento, das medidas de proteção e prestação dos cuidados, isto é, os recursos mobilizados para os efeitos e os princípios e valores implícitos no processo de intervenção, mas também do nível de participação das pessoas e dos familiares neste processo. A partir da construção deste modelo foi possível operacionalizar e construir a metodologia e os métodos desta pesquisa.

Quadro n.º 1 – Operacionalização do modelo de análise

Dimensão	Categoria	Indicadores
Unidade de Cuidados Continuados	- Identificação;	- Nome; - Tipologia; - Número de camas; - Objetivos; - Missão; - Visão;
	- Cuidados prestados;	- Saúde; - Sociais;
	- Recursos Humanos	- Constituição da Equipa técnica; - Categorias profissionais;
Equipa multidisciplinar	Caraterísticas	- Perfis profissionais; - Funções desempenhadas; - Competências; - Formação dos profissionais;
	Organização	- Forma de comunicação interna e externa; - Periodicidade de trabalho em equipa;
	Planeamento da alta	- Definição; - Fases; - Profissionais envolvidos; - Objetivos; - Promoção da qualidade de vida; - Função; - Competência; - Fases do planeamento de alta; - Instrumentos de trabalho; - Envolvimento do utente e do cuidador informal; - Situações sociais e de saúde mais difíceis;

Perfil dos idosos	- Identificação sócio demográfica;	- Género; - Idade; - Estado civil; - Escolaridade; - Profissão; - Naturalidade; - Residência.
	- Identificação da situação familiar;	- Familiares mais diretos; - Cuidador informal; - Residência filhos; - Com quem vive; - Relações sócio-familiares;
	- Identificação da situação económica;	- Origem dos rendimentos;
	- Identificação da Situação Habitacional;	- Habitação
	- Avaliação da situação de saúde e social;	- Fatores de risco sociais; - Necessidades sociais identificadas; - Diagnóstico principal de saúde; - Destino do após alta (previsto); - Tempo de internamento no momento da recolha de dados em dias;

3.1.3 – Universo, Amostra e Estratégias de Acesso à População

Para aferir estas hipóteses e analisar as dimensões em estudo, seleccionou-se uma unidade de cuidados continuados de longa duração e manutenção - Naturidade Rio Maior - Gestão e Alojamento Geriátrico, SA (entidade privada com fins lucrativos), da freguesia de Arrouquelas, Concelho de Rio Maior.

De acordo com Lakatos (1996) e Levin (1987), a população a ser estudada ou o universo é definido como o conjunto de pessoas que partilham, pelo menos uma característica em comum. Assim, o universo desta investigação são as pessoas idosas internadas na Unidade de Longa Duração e Manutenção – Naturidade e os elementos da equipa técnica que trabalham para estas pessoas idosas.

A “Naturidade Rio Maior - Gestão de Alojamentos Geriátricos, SA” é uma Unidade que “adota uma política que promove a continuidade de cuidados de forma integrada, individualizada e humanizada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia, proporcionando cuidados que reabilitem, previnam e retardem o agravamento da situação de dependência” (Naturidade Rio Maior, s.d)

A amostra foi formada com base na lista de pessoas idosas internadas na Unidade – Naturidade que tiveram alta no ano de 2012 e das pessoas que estiverem internadas no momento do estudo, fornecida pela Diretora Técnica da mesma. Também fizeram parte da amostra os elementos que constituem a equipa técnica. Segundo Levin a amostra é o [...] posto que o pesquisador trabalha com tempo, energia e recursos económicos limitados, raras vezes ele estuda individualmente todos os sujeitos da população na qual está interessado. Em lugar disso, o pesquisador estuda apenas uma amostra – que se constitui de um número menor de sujeitos tirados de uma determinada população. Através do processo de amostragem, o pesquisador busca generalizar (conclusões) da sua amostra para a população toda, da qual essa amostra foi extraída (1987, p. 19).

A amostra do estudo em questão é uma amostra não-aleatória – intencional, uma vez que foi escolhida uma entidade específica para ser estudada. A decisão de utilizar o universo da Naturidade surge do acesso que a pesquisadora tem à população a ser estudada, através do contacto direto que mantém com a Unidade, por motivos profissionais e também por residir na mesma localidade onde se localiza a Unidade, facilitando assim o acesso à população e a disponibilidade temporal para o estudo.

3.1.3.1 – Métodos e Técnicas

Neste enquadramento adotamos uma metodologia plural que alia o método qualitativo e quantitativo. Estes métodos foram escolhidos por serem mais adequados à presente dissertação, atendendo às questões, objetivos e sujeitos participantes da investigação. Num primeiro momento e de acordo com a finalidade e objetivos da investigação, bem como da questão definida e das hipóteses, cujas respostas levarão à concretização destes mesmos conteúdos, considerou-se pertinente a utilização de uma metodologia qualitativa, através da aplicação da técnica de entrevista, sendo a fonte de recolha de informação os profissionais da equipa da ULDM - Naturidade.

A entrevista é uma técnica que permite uma recolha de informação aprofundada sobre o tema em estudo, uma vez que o entrevistado se exprime mais livremente e fornece informações mais completas e precisas sobre o tema. Almeida e Pinto, definem a entrevista como sendo "(...) procedimentos de recolha de informação que utilizam a forma de comunicação verbal (...) quanto maior for a liberdade e iniciativa deixada aos intervenientes na entrevista, quanto maior for a duração da entrevista, quanto mais vezes ela se repetir, mais profunda e mais rica será a informação recolhida" (Almeida e Pinto, 1995,p.109).

A entrevista promove um encontro interpessoal e uma relação de proximidade e confiança, que se desenrola num contexto e numa situação social, com a presença do investigador e do entrevistado. Numa entrevista em que o objetivo é a investigação, teremos inicialmente um controlo sobre uma questão específica, de seguida uma verificação onde serão analisados fatores que possam ter evoluído, depois um aprofundamento onde já temos conhecimento sobre os assuntos que tratamos mas ainda não obtivemos informação suficiente e por último a exploração que será o domínio que não temos conhecimentos, ou seja, que ainda não existem informações.

Inicialmente houve um primeiro contacto com a Diretora Técnica por telefone e após aprovação foi realizado um contato por e-mail ao Administrador da Unidade. Através do contacto direto com esta Unidade, por motivos profissionais e da colocação de algumas questões à ECL de Santarém sobre a organização e gestão da Unidade e atendendo à proximidade da residência da investigadora, selecionou-se esta Unidade para investigação.

As entrevistas foram realizadas no mês de Março de 2013 com uma duração de vinte a trinta minutos, cada uma. No início de cada entrevista, foi sempre explicado a cada entrevistado qual o contexto e objetivo da mesma, solicitando a cada profissional a assinatura de uma declaração de autorização para gravar a entrevista (cf. apêndice II), sendo também informado da confidencialidade dos dados. Foram realizadas dez entrevistas, abrangendo todas as áreas profissionais que constituem a equipa técnica.

Antes da aplicação das entrevistas procedeu-se previamente à realização de um guião como meio auxiliar, estruturado por blocos de perguntas que contextualizam os objetivos do estudo. O guião da entrevista está estruturado por grupos, sendo o primeiro o perfil do entrevistado, o segundo a caracterização do planeamento da alta, o terceiro a metodologia para a implementação do planeamento da alta e o quarto o planeamento da alta em equipa multidisciplinar. Na construção dos guiões das entrevistas, os temas e questões colocadas incidiram sobre os pontos mais pertinentes do estudo tais como, o processo de planeamento de alta, o enquadramento da qualidade de vida neste processo e o trabalho em equipa multidisciplinar.

O conteúdo da entrevista foi alvo de uma análise de conteúdo (cf. apêndice III), que se destina a testar as hipóteses de trabalho definidas previamente. "A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação não é um método. Como técnica pode integrar-se em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação (...) (Silva & Pinto, 2003, p.104).

Num segundo momento procedeu-se à adoção de outro tipo de técnica de investigação. Outra das fontes de recolha de dados fundamental para complementar a investigação empírica, foi a pesquisa documental dos processos individuais e das intervenções/diligências do Serviço Social, para cada utente e do regulamento interno. Através da análise dos mesmos, é possível perceber quais os objetivos e qual o contributo de cada profissional, para a reabilitação/manutenção do seu estado de saúde e planeamento de alta.

A pesquisa documental é um instrumento de recolha de informação essencial, uma vez que permite adquirir conhecimentos sobre o tema em estudo e analisar os estudos que já existem. Saint-Georges (1997, p. 30) considera que «a *pesquisa documental* apresenta-se como um método de recolha e de verificação de dados: visa o acesso às fontes pertinentes, escritas ou não, e, a esse título, faz parte integrante da heurística da investigação». O Autor afirma também que «é raro ser possível aceitar de imediato um testemunho (...) Impõe-se sempre uma atitude crítica» (1999, p. 41). As perguntas abertas foram tratadas através de uma análise de conteúdo temática categorial.

Para realizar a passagem das descrições mundanas às descrições técnicas dessa mesma realidade foi efetuado uma base de dados que permitiu uma análise quantitativa dos dados recolhidos. Estes dados foram posteriormente tratados com o programa de análise estatística, SPSS. Desta forma foi possível aprofundar de forma extensiva as características e o perfil dos utentes das unidade e analisar o tipo de intervenção efetuado a cada processo.

Nesta pesquisa, foram tidos em conta aspetos éticos e deontológicos de confidencialidade e de anonimato.

3.1.3.2 - Contexto e Configuração da ULDM - Naturidade Rio Maior - Gestão e Alojamento Geriátrico, SA

Configuração Jurídica e Territorialidade

A Unidade de Cuidados Continuados “Naturidade Rio Maior” é uma instituição privada, que presta cuidados continuados de saúde e apoio social, com capacidade para 19 utentes. Situa-se na localidade de Arrouquelas, concelho de Rio Maior e distrito de Santarém, e desenvolve desde Dezembro de 2010, cuidados continuados de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção.

Relativamente aos princípios legislativos a ULDM “Naturidade Rio Maior” rege-se pelo Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de Junho, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho

e da Solidariedade Social, que prevê a prestação de cuidados "no âmbito da Tipologia de Longa Duração e Manutenção respeitando a complementaridade e estreita articulação e cooperação com os outros intervenientes que compõe a Rede" (Regulamento Interno, p.2).

Missão, Visão, Objetivos, População-Alvo

A Unidade tem como Missão, Visão e Objetivo Geral "a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial ao utente, contribuindo desta forma para o processo ativo da sua recuperação e reabilitação global das capacidades e competências." (Regulamento Interno, p. 2). Visa também promover a continuidade dos cuidados de uma forma integrada, humanizada e individualizada, a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia, tendo como finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a manutenção/reabilitação das capacidades do utente.

Tem também como objetivos o reconhecimento pela excelência dos serviços prestados, a aplicação da legislação, normas e outros regulamentos, a criação de "uma dinâmica de sucesso integradora da satisfação, desenvolvimento e motivação" dos utentes e "melhorar continuamente o desempenho de forma a poder ser reconhecida como instituição de referência na RNCCI" (Manual de Acolhimento, p.3).

Recursos Humanos

A "Naturidade Rio Maior" é dirigida por uma Diretora Técnica, nomeada pela Direção, contando com um quadro de colaboradores que desempenham as funções inerentes à sua atividade profissional. Desta forma, a Unidade dispõe dos seguintes colaboradores: 1 Diretor Clínico (Médico), 1 Diretora Técnica que acumula funções como Técnica Superior de Serviço Social, 1 Coordenadora de Enfermagem, 1 Coordenador de Fisioterapia, 1 Médico, 7 Enfermeiras, 1 Psicólogo, 2 Fisioterapeutas, 1 Terapeuta da Fala, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Animadora Sócio Cultural, 18 Auxiliares de Lar, 1 Cozinheira, 2 Ajudantes de Cozinha, 1 Responsável pela Lavandaria, 2 Administrativas. Os colaboradores prestam também cuidados na Unidade de Média Duração e Reabilitação, pois esta situa-se no mesmo edifício. (cf. apêndice IV)

Critérios de Admissão, Período de Internamento, Critérios de Alta

A Unidade admite, exclusivamente, utentes referenciados pelas Equipas Coordenadoras Locais da RNCCI, tendo como critérios de admissão: "a necessidade de apoio para a satisfação das necessidades básicas; A necessidade de cuidados de

manutenção e aptidões; a impossibilidade de inserção em comunidade, por ausência de recursos sócio-familiares; a necessidade de descanso de familiares e outros cuidados informais" (Regulamento Interno, p.3).

O período de internamento tem uma previsibilidade superior a 90 dias, podendo este ser inferior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou da necessidade de descanso do cuidador principal, até 90 dias por ano. Quando o utente atingir os objetivos terapêuticos ou se considerar uma mudança de tipologia dentro da Rede, a equipa da Unidade deve realizar uma proposta fundamentada à ECL, para avaliação e autorização. Ao longo do internamento é realizado o plano individual de intervenção, que deverá ser realizado no momento da admissão do utente e nos meses seguintes, tendo como finalidade a descrição da situação atual do utente, a definição de objetivos e intervenções necessárias para atingir os mesmos.

Segundo as indicações do regulamento interno a preparação da alta é iniciada no momento da admissão do utente e no manual do acolhimento é referido que o internamento é de carácter temporário, enfatizando a importância da disponibilidade e colaboração da família na preparação da alta. A preparação da alta é realizada em equipa multidisciplinar, obedecendo a um processo sistemático, que permite um tratamento e apoio continuado. Estão definidos os seguintes critérios de alta: "obtenção dos objetivos clínicos e de reabilitação; necessidade de cuidados num outro nível de diferenciação; necessidade de resposta social isolada no âmbito de saúde ou de apoio social". (Regulamento Interno, p.5)

Serviços prestados

Os serviços assegurados por esta Unidade são os seguintes: "cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; prescrição e administração de fármacos; cuidados de fisioterapia, de terapia ocupacional e terapia de fala; apoio psicossocial; higiene, conforto e alimentação; atividades de manutenção e estimulação; animação sócio-cultural; apoio no desempenho das atividades de vida diária; apoio nas atividades instrumentais de vida diária; convívio e lazer" (Regulamento Interno, p.8).

Normais gerais de funcionamento

A ULDM "Naturidade Rio Maior" funciona vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, todos os dias do ano. Estão definidos os horários de todas as refeições e existe uma ementa semanal. O horário de visitas dos utentes está definido

entre as 15h00 e as 19h00, diariamente, existindo a possibilidade de este horário ser diferenciado, comprovando a necessidade junto da Direção.

Situada a metodologia e o campo empírico da investigação, a Naturidade Rio Maior, enuncia-se de seguida analiticamente o modo como são planeadas as altas dos doentes em unidades de longa duração.

Capítulo 4 – O Planeamento de Alta na Unidade de Longa Duração e Manutenção - Naturidade Rio Maior - Gestão e Alojamento Geriátrico, SA

4.1 - Perfil dos Utentes Internados na ULDM - Naturidade Rio Maior

Para a concretização do estudo sobre o planeamento de altas das pessoas internadas em ULDM, foi necessário analisar os processos individuais dos *utentes que tiveram alta no ano 2012* e dos *utentes que se encontravam internados* na Unidade em estudo, durante o mês de Março, que passaram por um processo de diagnóstico social e de planeamento de alta. Não estão contemplados no estudo, pessoas que estavam internadas para descanso do cuidador principal e situações sem diagnóstico social e sem diligências inerentes ao planeamento da alta.

4.1.1 - Caracterização Sociodemográfica

Quadro n.º 2 - Relação entre Idade e Género

			Idade			
			Até 65	De 66 a 80	81 e mais	Total
Feminino	Contagem		9	6	11	26
	% dentro da Idade		34,6%	23,1%	42,3%	100,0%
	% dentro do Género		81,8%	50,0%	73,3%	68,4%
Masculino	Contagem		2	6	4	12
	% dentro da Idade		16,7%	50,0%	33,3%	100,0%
	% dentro do Género		18,2%	50,0%	26,7%	31,6%
Total	Contagem		11	12	15	38
	% dentro da Idade		28,9%	31,6%	39,5%	100,0%
	% dentro do Género		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Género						

No total foram analisados 38 processos, dos quais 26 (68,4%) são do género feminino e 12 (31,6%) masculino.

As idades variam entre os 42 e os 96 anos. O grupo etário que se destaca é o de 81 e mais anos com 15 (39,5%), segue-se o grupo de 66 a 80 anos com 12 (31,6%) e até aos 65 anos com 11 (28,9%).

Para além de ser mais mulheres, estas são também mais envelhecidas que os homens.

Estes dados revelam também que as pessoas apoiadas, na sua maioria são idosas, mas que há outras pessoas com idades inferiores aos 65 e mais anos. As razões apontadas podem ser pelo facto deste tipo de respostas não ser exclusivo para

peessoas idosas, mas sim para pessoas em situação de dependência, tal como consta no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

Quadro n.º 3 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Estado Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Casado(a)	13	34,2	34,2	34,2
Solteiro(a)	4	10,5	10,5	44,7
Viúvo(a)	14	36,8	36,8	81,5
Divorciado(a)/Separado(a)	2	5,3	5,3	86,8
União de facto	2	5,3	5,3	92,1
Sem informação	3	7,9	7,9	100,0
Valid Total	38	100,0	100,0	

Dos processos analisados verificamos que o estado civil de viúvo(a) é o mais frequente em 14 (36,8%), de casado(a) em 13 (34,2%), de solteiro(a) em 4 (10,5%), sem informação em 3 (7,9%), divorciado(a)/separado(a) em 2 (5,3%) e em união de facto em 2 (5,3%).

Quadro n.º4 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Nível de Escolaridade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não saber ler nem escrever/ nunca frequentou a escola	9	23,7	23,7	23,7
1º Ciclo completo (1ª à 4ª classe)	13	34,2	34,2	57,9
1º Ciclo incompleto (1ª à 4ª classe)	4	10,5	10,5	68,4
Ensino superior (Licenciatura)	4	10,5	10,5	78,9
Sem informação	8	21,1	21,1	100,0
Valid Total	38	100,0	100,0	

Quanto à escolaridade 13 (34,2%) têm o 1.º ciclo completo, 9 (23,7%) não sabem ler nem escrever, 8 (21,1%) não têm informação, 4 (10,5%) têm o 1.º ciclo incompleto e os restantes 4 (10,5%) têm o ensino superior (licenciatura).

Quadro n.º 5 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Situação Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Profissões intelectuais e científicas	7	18,4	18,4	18,4
Profissões técnicas intermédias	2	5,3	5,3	23,7
Trabalhadores de produção industrial e artesãos	8	21,1	21,1	44,8
Valid Trabalhadores não	6	15,8	15,8	60,6

qualificados do comércio e serviços				
Doméstica	6	15,8	15,8	76,4
Sem informação	9	23,6	23,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Em relação à situação profissional 9 (23,6%) não tem informação, 8 (21,1%) são trabalhadores de produção industrial e artesãos, seguindo-se as profissões intelectuais e científicas com 7 (18,4%), os trabalhadores não qualificados do comércio e serviços com 6 (15,8%) e as domésticas com 6 (15,8%).

Descrevendo a naturalidade dos utentes (cf. apêndice V), destacam-se as cidades de Sintra com 3 (8%) e Rio Maior também com 3 (8%) com maior frequência. Outras pessoas são oriundas de Lisboa, Barreiro e Setúbal cada uma com 2 (5,4%) e com a mesma frequência não se obteve informação. Com a frequência de 1 (2,6%) identificou-se as seguintes localidades/países: Alhos Vedros; Almeirim; Azambuja; Bombarral; Cartaxo; Cascais; Castelo Branco; Cazaquistão; Coruche; Filipinas; Guiné Bissau; Loulé; Loures; Montijo; Odemira; Oeiras; Pampilhosa da Serra; Peniche; Salvaterra de Magos; São Tomé e Príncipe; Sardoal; Vila Franca de Xira e Vila Nova da Cerveira.

Os locais de residência com mais incidência (cf. apêndice VI) são as cidades Lisboa e Sintra cada uma com 4 (10,5%), seguindo-se Rio Maior e o Barreiro com 3 (8%) cada. Com uma frequência de 2 (5,4%) destacam-se a zona de Loures, Setúbal e Vila Franca de Xira. Por fim, com a frequência de 1 (2,6%) identificou-se as seguintes localidades: Alhos Vedros; Almada; Almeirim; Azambuja; Bombarral; Carregado; Cartaxo; Cascais; Coruche; Estoril; Feijó; Odivelas; Oeiras; Palmela; Peniche; Sacavém e Salvaterra de Magos.

4.1.2 - Situação Familiar

Quadro n.º 6 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Familiares Mais Diretos

	Frequência	Percentagem	Valid Percent	Cumulativa Percent
Cônjuge/Filha/Genro/Netos	1	2,6	2,6	2,6
Cônjuge/Filhos/Noras/Netos/Cunhada	1	2,6	2,6	5,2
Cônjuge/Sobrinho	1	2,6	2,6	7,8
Cônjuge/Filho(a)(s)	2	5,3	5,3	13,1
Cônjuge/Filho/Netos; Companheiro/Filho/Netos	4	10,6	10,6	23,7
Cônjuge/Filho/Netos/Genro/Nora	5	13,2	13,2	36,9
Filho(s)/Filha(s)	5	13,2	13,2	50,1
Vali Filhos/Netos; Filho/Netos/Irmão	6	15,8	15,8	65,9
d Filho/Prima; Filho/primas/tia; Filho/cunhada	3	7,9	7,9	73,8

Filhos/Netos/Genro;Filho(a)/Netos/Genro/Nora;Filhos/Genro/Nora	6	15,7	15,7	89,5
Irmãos/Mãe/Cunhada	1	2,6	2,6	92,1
Irmão/Sobrinhos;Sobrinho	3	7,9	7,9	100,0
Total	38	100,0	100,0	

A situação familiar, revela que há 6 (15,8%) pessoas que têm como familiares mais diretos os filhos/netos/irmão e a mesma percentagem que têm filhos/netos/genro/nora, o cônjuge ou com o companheiro e com pelo menos 1 ou 2 dos familiares mais diretos (filhos, netos). Como familiares diretos têm também filho(s)/filha(s) e o cônjuge/filho(a)/netos/genro/nora com 5 (13,2%), respetivamente. Com uma frequência de 4 (10,6%) têm o cônjuge/filho(a)/netos/companheiro. Em 3 (7,9%) têm filho(a)/prima/tia/cunhada e com a mesma percentagem têm irmão/sobrinhos, em 2 (5,3%) têm cônjuge/filho(a)s e os restantes com 1 (2,6%) cada, têm cônjuge/filha/genro/netos, cônjuge/filhos/noras/netos/cunhada, cônjuge/sobrinho, irmãos/mãe/cunhada.

Quadro n.º 7 - Relação entre Dependência e Família - Dimensão Suporte Familiar

			Dependência		
			Totalmente dependente	Parcialmente dependente	Total
Família	Suporte familiar reduzido	Contagem	10	11	21
		% entre Dependência	47,6%	52,4%	100,0%
		% entre Suporte familiar	55,6%	55,0%	55,3%
	Ausência de suporte familiar	Contagem	8	9	17
		% entre Dependência	47,1%	52,9%	100,0%
		% entre Suporte familiar	44,4%	45,0%	44,7%
	Total	Contagem	18	20	38
		% entre Dependência	47,4%	52,6%	100,0%
		% entre Suporte familiar	100,0%	100,0%	100,0%

Os cuidadores informais que se destacam são os filhos(as) em 17 (44,7%) das situações (cf. apêndice VII). Destaca-se também a prevalência do próprio cuidador – autocuidado - em 8 (21,1%), assim como o cônjuge em 7 (18,4%), outros familiares (mãe/tia/neta/sobrinho) em 4 (10,5%).

Os utentes com suporte familiar reduzido são mais dependentes do que os utentes sem suporte familiar.

Quadro n.º 8 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Relações Sócio-Familiares

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Relaciona-se apenas com familiares	5	13,2	13,2	13,2
Relaciona-se com familiares e vizinhos	15	39,4	39,4	52,6
Mantém relações sociais alargadas	9	23,7	23,7	76,3
Sem relações sociais	4	10,5	10,5	86,8
Sem informação	5	13,2	13,2	100,0
Valid Total	38	100,0	100,0	

As relações sócio-familiares são mantidas com familiares e vizinhos em 15 (39,4%), 9 (23,7%) mantém relações sociais alargadas, 5 (13,2%) relaciona-se apenas com familiares e respetivamente com o mesmo valor não têm informação e 4 (10,5%) não relações sociais.

Quadro nº 9 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Rendimentos do Agregado Familiar - Dimensão Proveniência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative e Percent
	Próprio(a)/pensão de velhice/complemento dependência	2	5,3	5,3	5,3
	Próprio(a)/pensão de velhice/complemento dependência/Mãe/pensão velhice/complemento dependência	1	2,6	2,6	7,9
	Próprio(a)/pensão de velhice/cônjuge/pensão velhice	2	5,3	5,3	13,2
	Próprio(a)/pensão de velhice/cônjuge/pensão velhice/complemento dependência	2	5,3	5,3	18,5
Pensão de	Próprio(a)/pensão velhice	10	26,3	26,3	44,8
Velhice e	Próprio(a)/pensão velhice/complemento dependência	4	10,6	10,6	55,4
Outros	Próprio(a)/pensão velhice/complemento dependência/cônjuge salário	1	2,6	2,6	58
Compleme ntos	Próprio(a)/pensão velhice/complemento dependência/cônjuge/pensão velhice/complemento dependência	1	2,6	2,6	60,6
	Próprio(a)/pensão velhice/complemento dependência/cônjuge/pensão velhice/filha salário	1	2,6	2,6	63,2
	Próprio(a)/pensão velhice/complemento dependência/genro/salário	1	2,6	2,6	65,8
	Próprio(a)/pensão velhice/conjuge salário	1	2,6	2,6	68,4
	Próprio(a)/pensão velhice/cônjuge salário/pensão velhice	2	5,3	5,3	73,7
	Próprio(a)/pensão viuvez/complemento dependência	1	2,6	2,6	76,3

	Próprio(a)/sem informação	2	5,3	5,3	81,6
Outras	Próprio(a)/subsídio doença	1	2,6	2,6	84,2
Situações	Sem rendimento	1	2,6	2,6	86,8
	Próprio(a)/sem informação	1	2,6	2,6	89,4
Valid	Sem informação	4	10,6	10,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Em 10 (26,3%) das situações o agregado familiar é constituído pelo próprio, que recebe pensão de velhice e 4 (10,6%) não tem informação. Dos restantes e cada um com uma frequência de 2 (5,3%) são constituídos: pelo próprio, que recebe pensão de velhice e complemento por dependência; pelo próprio e o cônjuge, ambos com pensão de velhice; pelo próprio com pensão de velhice e complemento por dependência e com o cônjuge com pensão de velhice; pelo próprio com pensão de velhice e o cônjuge que recebe pensão de velhice e salário; e pelo próprio, sem informação ao nível da origem dos rendimentos.

Por fim, há os agregados familiares constituídos pelo próprio e pela mãe, ambos com pensão de velhice e complemento por dependência; pelo próprio com pensão de velhice e complemento por dependência e com o cônjuge que recebe um salário; pelo próprio e o cônjuge, ambos com pensão de velhice e complemento por dependência; pelo próprio com pensão de velhice e complemento por dependência, o cônjuge com pensão de velhice e a filha recebe um salário; pelo próprio com pensão de velhice e complemento por dependência e o genro com salário; pelo próprio com pensão de velhice e o cônjuge com salário; pelo próprio com pensão de viuvez e complemento por dependência; pelo próprio com subsídio de doença; pelo próprio, sem informação ao nível de rendimentos e 1 (2,6%) sem rendimentos. Estes últimos agregados familiares apresentados e as origens dos seus rendimentos têm um valor de 1 (2,6%).

4.1.3 - Condições Económicas

Quadro n.º 10 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Rendimentos do Agregado Familiar - Dimensão Valor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
De €0 a €250	9	23,7	23,7	23,7
Valid De €251 a €500	11	28,9	28,9	52,6

De €501 a €1000	14	36,9	36,9	89,5
> €1001	4	10,5	10,5	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Verificando os rendimentos do agregado familiar, 14 (36,9%) sobrevive com um rendimento que varia entre os €501 a €1000, 11 (28,9%) de €251 a €500, 9 (23,7%) de €0 a €250 e 4 (10,5) com mais de €1001.

4.1.4 - Situação Habitacional

Quadro n.º 11 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Situação Sócio-Habitacional - Dimensão com quem vive/como vive

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Solteiro	Vive sozinho(a)/vive em casa própria	4	10,5	10,5	10,5
	Vive sozinho(a)/vive em casa alugada	1	2,6	2,6	13,1
	Vive sozinho(a)/sem informação	4	10,5	10,5	23,6
Casado	Vive com o cônjuge/vive em casa própria	7	18,4	18,4	42,0
	Vive com o companheiro/vive em casa alugada	1	2,6	2,6	44,6
	Vive com o cônjuge/filha/sem informação	1	2,6	2,6	47,2
	Vive com o cônjuge/vive na casa da filha	6	15,8	15,8	63,0
Filho(a)	Vive com a filha/vive em casa própria	3	7,9	7,9	70,9
	Vive com a filha/vive na casa da filha	2	5,4	5,4	76,3
	Vive com filho, nora, netos/vive em casa própria	2	5,4	5,4	81,7
	Vive com filho, nora, netos/vive em casa alugada	1	2,6	2,6	84,3
Outra situação	Vive com a mãe/vive em casa alugada	1	2,6	2,6	86,9
	Vive com irmã/vive na casa da irmã	1	2,6	2,6	89,5
	Vive com amigos/ vive na casa de amigos	1	2,6	2,6	92,1
	Sem informação	3	7,9	7,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Analisando a situação sócio-habitacional verifica-se 15 utentes vivem com o cônjuge, 9 vivem sozinhos, 8 vivem com o filho(a) e 6 em outra situação (mãe, irmã ou amigos), podendo ser em casa própria ou em casa alugada.

4.1.5 - Avaliação da Situação de Saúde e Social

Quadro n.º 12 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Necessidades/Problemas Sociais Identificados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Perfil 1	Agregado com fracos recursos económicos/família direta com fracos recursos económicos/ausência de cuidador informal	6	15,7	15,7	15,7
	Agregado com fracos recursos económicos/suporte familiar reduzido/cônjuge idoso(a)/dependente/sobrecarga do cuidador informal	8	21,1	21,1	36,8
Perfil 2	Elevado grau de dependência/ carência económica/ abandono do companheiro/ausência de suporte familiar/social	5	13,2	13,2	50,0
	Elevado grau de dependência/carência económica/ausência de suporte familiar /filha estudante a cargo/ filho adulto a cargo	2	5,3	5,3	55,3
	Elevado grau de dependência/ carência económica/ausência de suporte familiar e social/ sem habitação	2	5,3	5,3	60,6
	Pessoa idosa/elevado grau de dependência/carência económica/cuidadora informal sobrecarregada; cuidador muito idoso	2	5,3	5,3	73,8
Perfil 3	Vive só/ausência de suporte familiar e social/não tem cuidador informal/não é usufrutuária da sua pensão/dependente de institucionalização	2	5,3	5,3	65,9
		1	2,6	2,6	68,5
	Vive só/elevado grau de dependência/carência económica/ausência de suporte familiar/desresponsabilização familiar				
	Vive só/necessidade de encaminhamento para país de origem/ burocratização do processo de regresso ao país de origem/desresponsabilização da família	1	2,6	2,6	76,4
	Vive sozinho(a)/ausência de suporte familiar/ausência de cuidador informal/necessidade de institucionalização	3	7,9	7,9	84,3
	Vive sozinho(a)/ fracos recursos económicos/habitação com barreiras arquitetónicas/ausência de suporte familiar/ausência de cuidador informal	6	15,7	15,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Das necessidades/problemas sociais identificados destacam-se 3 perfis: no perfil 1 enquadram-se as pessoas com o seguinte problema em comum: fracos recursos económicos. Estas pessoas têm também um suporte familiar reduzido e

ausência e/ou sobrecarga do cuidador informal em 14 casos. No perfil 2 distinguem-se as pessoas com um elevado grau de dependência, com fracos recursos económicos e com ausência de suporte familiar em 9 situações. No perfil 3 encontram-se as pessoas que vivem sozinhas, que acumulam também problemas relacionados com as dificuldades económicas, e com a ausência de suporte familiar/cuidador informal em 13 dos casos.

Os diagnósticos principais de saúde (cf. apêndice VIII) são os AVC isquémicos em 14 (36,9%), depois as demências senis/ demências severas (vascular/ parkinson/ pós-doença alzheimer) em 5 (13,2%), os AVC isquémicos com hemiparesia e afasia em 4 (10,5%), em 2 (5,3%) cada as cardiopatias severas, coma vigil / GCS 7, as fraturas do colo do fémur e do úmero, leucoencefalopatia/ encefalopatia aterosclerótica. Em 1 (2,6%) cada a doença de alzheimer, os efeitos tardios de doença crónica, a encefalopatia vascular, a fratura pertrocanterica esquerda, a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, a rotura de aneurisma da ACP esquerda e a trissomia XXI.

Como diagnóstico secundário (cf. apêndice IX) destaca-se as situações de hipertensão arterial (HTA), diabetes, dislipidémia e outras infeções em 3 (8,1%) e também as situações de HTA/ HTA essencial benigna em 3 (8,1%). Com uma frequência de 2 (5,3%) cada um dos seguintes diagnóstico secundários: HTA e diabetes; HTA e estenose da carótida e sequelas de AVC, anemia crónica e outras infeções. Com uma percentagem de 1 (2,6%) os seguintes diagnósticos: afasia/traqueostomia e outras infeções; aneurisma cerebral e HTA; doença de Parkinson; epilepsia, demência e AVC; hematoma subdural e triplo bypass; hematoma intracerebral espontâneo; HTA, dislipidémia, fibrilhação auricular e epilepsia; HTA, fratura colo fémur, síndrome coronário agudo; HTA, fratura do colo fémur e depressão; HTA, diabetes, amaurose e dislipidemia, HTA, diabetes, cardiopatia, hipertrofia da próstata; HTA, diabetes, cirrose hepática alcoólica, insuficiência renal; HTA, dislipidémia e obesidade mórbida; HTA, dislipidémia e osteoporose; HTA, dislipidémia e úlcera gástrica; insuficiência cardíaca, dislipidémia e prótese da aorta; insuficiência cardíaca e doenças da válvula aórtica; insuficiência renal crónica; oclusão carótida, HTA e diabetes; presbiúcia com acufenos, perturbação afetiva tipo depressiva; sequelas de fratura do fémur; síndrome demencial, HTA, fibrilhação auricular crónica; tromboembolismo pulmonar, encefalopatia anóxica; tuberculose ganglionar, candidíase oral de repetição; úlcera crónica da pele;

Quadro n.º 13 - Relação entre Idade e Dependência

			Idade			
			Até 65	De 66 a 80	81 e mais	Total
Totalmente dependente	Contagem		9	8	7	24
	% entre deficiência		37,5%	33,3%	29,2%	100,0%
	% entre idades		81,8%	72,7%	43,8%	63,2%
Parcialmente dependente	Contagem		2	3	9	14
	% entre deficiência		14,3%	21,4%	64,3%	100,0%
	% entre idades		18,2%	27,3%	56,2%	36,80%
Total	Contagem		11	11	16	38
	% entre deficiência		28,9	28,9	42,2	100,0%
	% entre idades		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Dependência						

A grande maioria das pessoas são totalmente dependentes em 24 e os outros 14 casos são parcialmente dependentes.

Relacionando a idade com o nível de dependência, existem mais pessoas totalmente dependentes e estas têm menos de 80 anos. As pessoas parcialmente dependentes têm maioritariamente 81 e mais anos, ou seja, as pessoas mais velhas, neste caso, são menos dependentes.

Quadro n.º 14 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Avaliação da Consciência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Consciente	33	73,3	73,3	73,3
Consciente mas não comunica/ prostração	2	13,3	13,3	86,6
Não consciente	2	6,7	6,7	93,3
Estado vígil	1	6,7	6,7	100,0
Valid Total	38	100,0	100,0	

Ao nível do estado de consciência, apresentam uma percentagem bastante significativa de consciência 33 (73,3%), 2 (13,3%) estão conscientes mas não comunicam/ prostrados, 2 (6,7%) não estão conscientes e 1 (6,7%) encontra-se em estado vígil.

Quadro n.º 15 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Avaliação da Orientação no Tempo e no Espaço

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Orientado(a) no tempo e no espaço	19	21,7	21,7	21,7
Desorientado(a) no tempo e no espaço	10	43,5	43,5	65,2
Valid Orientado(a) no	2	8,7	8,7	73,9

tempo, desorientado no espaço				
Orientado(a) no espaço, desorientado no tempo	2	4,4	4,4	78,3
Não comunica	5	21,7	21,7	100,0
Total	38	100,0	100,0	

A avaliação da orientação no tempo e no espaço reflete que 19 pessoas (21,7%) são orientados(as) no tempo e no espaço, 10 (43,5%) são desorientados(as) no tempo e no espaço, 5 (21,7%) não comunicam, 2 (8,7%) encontram-se orientados(as) no tempo e desorientados no espaço e 2 (4,4%) estão orientados(as) no espaço e desorientados no tempo.

Quadro n.º 16 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Proveniência do Internamento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Domicílio filho(a)	do(a)	4	10,5	10,5	10,5
Domicílio próprio(a)	do(a)	9	23,7	23,7	34,2
Hospital		13	34,2	34,2	68,4
Lar de idosos		3	7,9	7,9	76,3
UMDR		8	21,1	21,1	97,4
ULDm		1	2,6	2,6	100,0
Valid Total		38	100,0	100,0	

Quadro n.º 17 - Relação entre Família e Destino Pós Alta

			Família		
			Suporte familiar reduzido	Ausência suporte familiar	Total
Destino pós alta	Domicílio próprio(a)	Contagem	2	1	3
		% entre Família	66,7%	33,3%	100,0%
		% entre Destino pós alta	9,1%	6,3%	7,9%
	Domicilio familiares	Contagem	6	0	6
		% entre Família	100,0%	0,0%	100,0%
		% entre Destino pós alta	27,2%	0,0%	15,8%
	ULDm	Contagem	4	12	15
		% entre Família	25,0%	75,0%	100,0%
		% entre Destino pós alta	18,2%	74,9%	42,1%
	Institucionalização em Lar para Idosos	Contagem	2	2	4
		% entre Família	50,0%	50,0%	100,0%
		% entre Destino pós alta	9,1%	12,5%	10,5%
	Sem alta clínica	Contagem	6	0	6
		% entre Família	100,0%	0,0%	100,0%

	% entre pós alta	Destino	27,3%	0,0%	15,8%
Óbito clínico	Contagem		2	1	3
	% entre Família		66,7%	33,3%	100,0%
	% entre pós alta	Destino	9,1%	6,3%	7,9%
Total	Contagem		22	16	38
	% entre Família		57,9%	42,1%	100,0%
	% entre pós alta	Destino	100,0%	100,0%	100,0%

Quanto à proveniência dos utentes, destaca-se o hospital em 13 (34,2%), o próprio domicílio em 9 (23,7%), as Unidades de Média Duração e Reabilitação em 8 (21,1%), o domicílio do(a) filho(a) em 4 (10,5%), os Lares de Idosos em 3 (7,9%) e por fim as ULDM's em 1 (2,6%).

Dos utentes com suporte familiar reduzido o destino após a alta com mais percentagem foi o domicílio de familiares e com o mesmo valor são os utentes que não tinham alta clínica no momento do estudo, pelo que não existia destino após a alta. Os utentes sem suporte familiar, tiveram como destino após a alta, maioritariamente outra ULDM.

Quadro nº 18 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Destino Pós Alta Hospitalar - Dimensão Destino Previsto

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Domicílio de filho(a)	4	10,5	10,5	10,5
Domicílio sobrinho(a)	1	2,6	2,6	13,1
Domicílio do(a) próprio(a)	3	7,9	7,9	21,0
Institucionalização em Lar de idosos	19	50,0	50,0	71,0
Regresso ao país de origem	1	2,6	2,6	73,6
Sem alta clínica	2	5,3	5,3	78,9
Sem destino previsível	3	7,9	7,9	86,8
Sem informação	2	5,3	5,3	92,1
ULDM	3	7,9	7,9	100,0
Valid Total	38	100,0	100,0	

Avaliando os destinos após a alta que estavam previstos ao longo do internamento, nos utentes que se encontravam internados no momento do estudo, destacam-se os lares de idosos com uma frequência de 19 (50%). Prevía-se que 4 (10,5%) tivessem como destino o domicílio do filho(a), 3 (7,9%) o próprio domicílio e com o mesmo valor as situações sem destino previsível e as transferências para outras ULDM's. Em 2 (5,3%) não tinham alta clínica e com a mesma percentagem não existia informação a este nível. Com 1 (2,6%) cada, os destinos previstos eram o domicílio do sobrinho(a) e o regresso ao país de origem.

Quadro n.º 19 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Destino Pós Alta - Dimensão Destino Efetivo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Domicílio do(a) próprio(a)	3	7,9	7,9	7,9
Domicílio de familiares/filho(a)/sobrinho(a)	6	15,8	15,8	23,7
ULDM	16	42,1	42,1	65,8
Institucionalização em Lar para Idosos	4	10,5	10,5	76,3
Sem alta clínica	5	13,2	13,2	89,5
Óbito	3	7,9	7,9	97,4
Sem informação	1	2,6	2,6	100,0
Valid Total	38	100,0	100,0	

Dos utentes que tiveram alta no ano 2012 o seu destino efetivo foi: outra ULDM em 16 (42,1%); o domicílio de familiares/filho(a)/sobrinho(a) em 6 (15,8%); situações sem alta clínica em 5 (13,2%); a institucionalização em lar de idosos em 4 (10,5%), o próprio domicílio em 3 (7,9%); óbito em 3 (7,9%); e 1 (2,6%) não tem informação.

Quadro n.º 20 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Número de Dias de Internamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
De 0 a 200	22	57,9	57,9	57,9
De 201 a 400	6	15,8	15,8	73,3
De 401 a 600	3	7,9	7,9	81,2
De 601 a 800	1	2,6	2,6	83,8
801 e mais	5	13,2	13,2	97,0
sem informação	1	2,6	2,6	100,0
Valid Total	38	100,0	100,0	

O tempo de internamento varia entre os 0 dias e 801 e mais dias, em que 22 pessoas (57,9%) estiveram internadas de 0 a 200 dias, 6 (15,8%) de 201 a 400 dias, 5 (13,2%) 801 e mais, 3 (7,9%) de 401 a 600 dias e 1 (2,6%) de 601 a 800 dias. Em 1 (2,6%) não se obteve a informação pretendida.

4.1.6 - Síntese:

O processo de planeamento das altas é muito importante para a continuidade dos cuidados instrumentais, assegurando as condições de vida básicas implícitas nos direitos humanos.

Como demonstramos as pessoas que recorrem ou que tem acesso a estas unidades, são maioritariamente mulheres em relação aos homens e que estas são mais velhas também. O grupo etário com maior destaque centra-se nos 81 e mais

anos. Relativamente ao estado civil, com mais frequência estão as pessoas viúvas (os) e com uma percentagem muito próxima os (as) casados (as). A escolaridade destas pessoas é ao nível do 1º ciclo e as profissões distinguem-se mais entre os trabalhadores de produção industrial, artesãos e as profissões intelectuais e científicas. Quanto à naturalidade com mais incidência temos as cidades de Sintra e Rio Maior e os locais de residência a zona de Lisboa, Sintra, Rio Maior e o Barreiro.

Analisando a situação familiar constata-se que os familiares mais diretos são sempre os filhos e são também, com menos incidência, os netos, genros, noras e irmãos, destacando-se também o conjugue. A nível socio-habitacional as situações mais frequentes são aquelas em que os utentes vivem em casa própria e/ou em casa da filha. O cuidador informal com mais relevo é o/a filho(a), seguindo-se o próprio e o conjugue. As relações sócio-familiares são mantidas com familiares e vizinhos.

Relativamente aos rendimentos do agregado familiar, provem da pensão de velhice do próprio utente e variam entre os 501.00€ e os 1000.00€, sendo que existe um maior número de pessoas com rendimento até 500€.

Estes utentes residem sozinhos em casa própria, casa alugada, casa com o conjugue/companheiro(a) em casa própria/casa alugada e com os filhos (as) na casa destes.

Avaliando a situação social os problemas sociais mais apresentados são ao nível da escassez de recursos económicos, suporte familiar reduzido, conjugue idoso, a dependência de terceiros e a sobrecarga do cuidador informal. São também referidos como problemas sociais as dificuldades económicas da família direta, as habitações com barreiras arquitetónicas e a ausência de um cuidador informal/suporte familiar.

Os diagnósticos de saúde mais frequentes são o AVC isquémico e as demências senis/demências severas (vascular/parkinson/pós-doença de alzheimer). Como diagnóstico secundário temos as situações HTA, diabetes e dislipidémia e outras infeções.

A grande maioria dos utentes são totalmente dependentes, contudo são conscientes e orientados no tempo e no espaço.

Provêm do hospital de agudos, do próprio domicílio e das UMDR e têm como destino previsto os lares de idosos, ou seja, a institucionalização. Dos doentes que tiveram alta em 2012, o seu destino foi outra ULDM e com menos percentagem o domicílio de familiares/filho(a) /sobrinho(a).

No tempo de internamento, o período com mais relevo é entre os 0 dias a 200 dias.

4.1.7 - Intervenções Sociais para o Planeamento de Alta

Perante estas situações anteriormente descritas, para o planeamento da alta orientam-se em duas circunstâncias, por um lado constata-se que o PA é diferente consoante o doente está internado ou já com alta. Tendo presente ainda a consulta dos processos dos doentes, verificamos que em relação aos utentes com alta, em 6 casos os intervenientes no planeamento de alta foram o Assistente Social e o filho(s)/filha(s), em 3 casos o Assistente Social, o utente e outro(a) familiar(es). Com o mesmo número de casos 3 entrevistaram o Assistente Social/outro(s) familiar(es) e em 2 casos o Assistente Social e o cônjuge.

O tipo de intervenção mais utilizada é a entrevista social de acolhimento/acompanhamento social com uma frequência de 11 casos, seguindo-se a entrevista social de acolhimento/acompanhamento social/articulação com os serviços da comunidade em 4 dos casos. Em 3 das situações o tipo de intervenção foi a entrevista social de acolhimento/acompanhamento social/articulação com ECL de origem/articulação com ECL de referência e em 2 situações a entrevista social de acolhimento/acompanhamento social/reunião de equipa multidisciplinar/articulação com serviços da comunidade.

Quanto às ações desenvolvidas (cf. apêndice X) em todos os processos (23) se informou sobre regras, normas de funcionamento, períodos de internamento e objetivos da RNCCI. Em 13 casos informou-se sobre a situação referente à alta/sensibilizou a família para a necessidade de planeamento de alta. Em 12 casos colaborou-se com as famílias na procura e no processo de referenciação para lares de idosos com vagas cativas da Segurança Social. Com uma frequência de 11 processos procedeu-se à avaliação das diligências efetuadas pela família para o planeamento de alta/análise da procura de respostas sociais/serviços da comunidade e com a mesma frequência avaliou-se as expectativas da família quanto ao internamento e ao destino pós alta. Com uma frequência de 10 situações elaborou-se proposta de transferência do(a) utente para outra ULDM por critério de proximidade/informou-se os familiar(es) sobre procedimentos inerentes à transferência/comunicar data e hora da transferência. Com a mesma frequência realizou-se o acolhimento ao(s) familiar(es)/recolha de informações sociais e com 9 de frequência planeou-se a alta/marcou-se a data e hora/elaborou-se a nota de alta. Outra das ações desenvolvidas para planeamento de alta foi a realização e envio de relatórios sociais para sinalização em resposta social de lar de idosos e posterior integração em vaga comparticipada, em 6 processos, seguindo-se a prestação de informação a(os) familiar(es) da avaliação da equipa

multidisciplinar em relação ao estado do utente, em 4 dos casos e em 3 efetuou-se a análise dos objetivos e expectativas d(a) utente/cuidador(a) informal no pós-alta.

Com menos frequência encontra-se as seguintes ações: avaliação da situação social do(a) utente sobre possibilidade de regressar ao domicílio (2); encaminhamento(s) para atendimento na Segurança Social (2); encaminhamento para complemento por dependência (1); informar sobre procedimentos do processo para interdição da filha da utente (1) e realização de PII (1).

Quanto aos utentes internados os intervenientes no processo de planeamento de alta, em 20% das situações os intervenientes são o Assistente Social/filho(a) e com a mesma percentagem o Assistente Social/utente/outros familiares. Em 14% dos processos o planeamento de alta foi realizado pelo Assistente Social/cônjuge/filho(s)/filha(s)/outros familiares e com a mesma percentagem o Assistente Social/utente/filho(a). Quanto aos intervenientes formais, destaca-se com 33% o Assistente Social/equipa multidisciplinar/instituições e serviços da comunidade, com 20% o Assistente Social e a ECL de origem e também com 20% o Assistente Social/instituições e serviços da comunidade/ECL de origem.

O tipo de intervenção mais frequente (33%) é a entrevista social de acolhimento//acompanhamento social/articulação com serviços da comunidade, seguindo-se a entrevista social de acolhimento/acompanhamento social/articulação com ECL de origem/articulação com serviços da comunidade com 20%. Em 13% dos casos o tipo de intervenção é a entrevista social de acolhimento//acompanhamento social/articulação com ECL de origem, a entrevista social de acolhimento/acompanhamento social/articulação com ECL de origem e ECL de referência e a entrevista social de acolhimento/acompanhamento social/reuniões de equipa multidisciplinar.

Analisando o quadro n.º 48 (cf. apêndice XI), apura-se que a ação mais desenvolvida para planear as altas é informar sobre regras, normas de funcionamento, períodos de internamento e objetivos da RNCCI com uma frequência de 9 processos, seguindo-se a recolha de informações sociais/avaliação da situação socioeconómica do agregado familiar e a gestão de expectativas da família quanto à situação de saúde do(a) utente/informar o agregado familiar sobre evolução do estado de saúde do(a) utente, em 8 casos respetivamente. Os encaminhamentos para inscrição em Lar para Idosos/colaborar no processo de referenciação/realizar e enviar relatórios sociais para integração em vagas comparticipadas, foram ações desenvolvidas em 7 processos e a promoção da articulação da família com a Segurança Social/encaminhamento para atendimento na Segurança Social sobre vagas comparticipadas em Lar para Idosos/

realizar e enviar relatórios sociais para integração em vagas comparticipadas, também em 7 processos.

Em 4 processos analisou-se as diligências efetuadas pela família no planeamento da alta/recolha de comprovativos da inscrição em Lares para Idosos, em 3 prestou-se informações e elaborar proposta de transferência do(a) utente para ULDM por critério de proximidade/colaborar no processo de assinatura da transferência e em 2, sensibilizou-se a família para importância de acompanhamento do processo de internamento.

4.2 - O Planeamento da Alta - Visão dos Profissionais

4.2.1 – O Perfil dos Profissionais

Para compreender a visão dos profissionais sobre o planeamento de alta efetuaram-se entrevistas a 10 profissionais da equipa multidisciplinar da ULDM - Naturidade Rio Maior. A equipa é constituída por: 2 enfermeiras responsáveis, 1 terapeuta ocupacional, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta da fala, 1 animadora sociocultural, 1 assistente social estagiária, 1 psicóloga, 1 diretora técnica/assistente social, 1 médico/diretor clínico.

A maioria dos profissionais são do sexo feminino e solteiros, com idades compreendidas entre os 20 e os 36 anos, destacando-se apenas um elemento com 65 anos de idade que também é o único casado.

De todos os profissionais apenas a psicóloga tem o grau de mestrado e a diretora técnica é pós-graduada, os restantes são licenciados.

A maioria exerce a profissão à 3 ou menos anos, o que se reflete também no número de anos em que exercem a profissão na ULDM - Naturidade, a maioria também é à 3 ou menos anos. A nível de formação na área dos cuidados continuados, a maioria não têm formação específica nesta área, sendo que os profissionais que referem ter alguma formação, referem-se a congressos e formações pontuais de apenas um dia.

4.2.2 - Planeamento de Altas dos Utentes Internados na ULDM – Naturidade Rio Maior

Quadro n.º 21 - Planeamento de Alta

Planeamento da Alta	Categorias		Entrevistados
	Preparar o regresso do utente para o domicílio		EE1
	Processo de equipa multidisciplinar desde o início do internamento até à alta		EASE; EAS/DT
	Processo que recai mais sobre o Assistente Social		EER2

	Capacitação/Autonomia	ETO
	Adequar as respostas sociais às necessidades	EF; ETF; EASC; EASE; EDC
	Processo contínuo	EASE; EAS/DT; EP
	Enquadrar ou arranjar soluções quer na família quer em respostas sociais;	EFT; ETF

A maioria dos profissionais entrevistados considera que o planeamento da alta é um processo que corresponde à adequação das respostas sociais às necessidades dos utentes após a alta, assim como um processo contínuo e de equipa desde o início até ao momento efetivo da alta. Destaca-se também como sendo uma atividade de capacitação e de promoção de autonomia para o regresso ao domicílio e enquadrar ou arranjar soluções quer nas famílias quer em repostas sociais.

Perante este conceito destaca-se as seguintes perceções:

"Estruturar em função do perfil bio psíquico dos utentes, a capacidade deles poderem regressar aos pontos de origem, quer sejam famílias, quer sejam outras unidades de apoio ou outra qualquer, entendida como útil para eles." EDC.

"Planear a alta em princípio é preparar tudo o que diga respeito à alta do utente, o local para onde vai, como é que vai, o estado de saúde com que vai e encontrar uma resposta o mais adequada possível (...)". EASC.

"(...) um planeamento que deve ser efetuado por toda a equipa em articulação." EAS/DT.

Estas definições estão de acordo com a definição apresentada pelo autor Barardo cit. por Borges, et al 2006), que refere que o planeamento de alta diz respeito as atividades desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar, que facilita a transferência da pessoa de uma instituição para outra ou para a comunidade, assegurando a continuidade da prestação de cuidados.

Quadro n.º 22 - Fases do Planeamento da Alta

Fases do Planeamento da Alta	Categorias	Entrevistados
	Admissão/Acolhimento	EE1; EE2; EASE; EASC; EP;
	Trabalho Equipa	EE1; ETF; EAS/DT
	Processo contínuo	EASC; EASE; EAS/DT;
	Identificar necessidades do utente	EAS/DT
	Estabelecer objetivos	EP
	Pesquisa de resposta social	EP
	Fase individual de cada valência	ETF;
	Avaliação global;	EE1;
	Alta	EE1; EE2; EP;
	Depende das condicionantes externas	EDC

A admissão/acolhimento foi uma das fases principais, identificadas pelos profissionais, seguindo-se a fase do trabalho em equipa e a alta, não esquecendo que este planeamento deve ser um processo contínuo e que depende das condicionantes externas. Foram também identificadas as fases da identificação das necessidades do utente, estabelecer objetivos, pesquisa de resposta social, a fase individual de cada valência e a avaliação global.

"(...) o planeamento da alta começa na admissão, aí é essencial (...) passa pelas reuniões da equipa multidisciplinar, nomeadamente a elaboração dos planos de cuidados (...). E depois a alta efetiva (...)." EE1.

"As fases, não sei se existirá fases porque, como é um processo contínuo vai se fazendo ao longo do internamento." EASE.

Segundo o autor Masfret (2012), o planeamento deve ser concretizado ao longo do internamento. As fases apresentadas por Mackeehnan "(1) a identificação do doente e das suas necessidades; (2) o diagnóstico dos problemas detetados na fase anterior; (3) o planeamento de soluções para ultrapassar os problemas detetados; (4) a implementação dos planos escolhidos pela equipa de Planeamento de Altas; e (5) a avaliação dos planos implementados." (Borges et.al, 2006, p.17), vão de encontro às fases indicadas pelos vários elementos da equipa, não tendo contudo a mesma denominação, mas indo de encontro ao seu significado.

Quadro n.º 23 - Fase Inicial do Planeamento da Alta

Fase Inicial do Planeamento da Alta	Categorias	Entrevistados
	Equipa de Enfermagem	EE1; EAS/DT;
	No momento da admissão	EE1; EAS/DT; EE2; EF; EP; EASE;
	Assistente Social, família e/ou cuidador.	EE2; EF; EP; ETO
	Com o utente é toda a equipa.	ETO
	Assistente Social	EF
	O momento depende do utente.	EF
	Equipa multidisciplinar	EDC

Na Unidade de Cuidados Continuados - Naturidade Rio Maior o planeamento de alta é iniciado no momento da admissão. Relativamente ao profissional que inicia este planeamento as respostas não são homogéneas, pois a maioria dos entrevistados refere que é iniciado pela Assistente Social e as famílias e/ou cuidador: *"É iniciado quando entram e normalmente é a Assistente Social que inicia esse processo e faz a ligação com a família (..)".* EP, mas também é referido que é com a equipa de enfermagem: *"É sempre pela equipa de enfermagem (...)"* EER1, outro apenas afirma que é só com a equipa multidisciplinar: *"É em reunião multidisciplinar"*

(...) EDC, e também com o utente e toda a equipa, verificando-se que esta questão não está bem definida a nível interno e de procedimentos para planeamento de alta.

Atendendo às indicações do Manual do Prestador (2011), desenvolvido pela Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, o planeamento de alta deve ser realizado em equipa multidisciplinar, pelo idoso e pela família ou pessoa significativa.

Quadro n.º24 - Objetivos do Planeamento da Alta

Objetivos do Planeamento da Alta	Categorias	Entrevistados
	Adaptar a resposta às necessidades do utente após a alta	EE2; ETF; EASC;
	Adaptar a resposta após a alta à vontade do utente.	EAS/DT
	Melhorar a condição de vida/bem-estar do utente	ETO; EASE
	Promover as condições satisfatórias para o doente	EDC

Para os elementos da equipa multidisciplinar da ULDM - Naturidade Rio Maior, o principal objetivo do planeamento da alta é adaptar a resposta às necessidades do utente após alta: *"O planeamento da alta é para conseguirmos encontrar uma resposta adequada aquele utente (...)"* EASC, sendo também referido por dois profissionais que o objetivo deste planeamento é melhorar a condição de vida/bem-estar do utente: *"(...) no fundo permitir à pessoa ter uma melhor condição de vida possível, quer aqui, quer no sítio para onde vá"* ETO. Foi também indicado como objetivos adaptar a resposta após a alta à vontade do utente e dar alta só quando as condições satisfatórias para o doente, sejam aceitáveis. Os objetivos apresentados pelos elementos de equipa estão muito centrados ao nível da adaptação das respostas após a alta, às necessidades dos utentes nesse momento. Estas afirmações estão de acordo com as afirmações do autor Masfret (2012), quando refere que o objetivo do planeamento de alta é garantir a prestação de cuidados e a sua qualidade de vida no pós alta. Assim como para Borges (2006), que considera que um dos objetivos é garantir que os recursos necessários estão disponíveis após a alta.

Quadro n.º 25 - Qualidade de Vida

Qualidade de Vida	Categorias	Entrevistados
	Promover conforto, individualidade, atividades da vida diária, sem dor.	EE1; ETO; EP;
	Promover os melhores cuidados possíveis, de acordo com o grau de dependência.	EE2;
	Atingir um meio-termo a nível da saúde, social e familiar.	EF; EASE
	Conseguir a maior autonomia possível.	ETF
	Conceito subjetivo	EE1; EASE;
	Promover capacidades, autonomia, potenciar o idoso naquilo que consegue fazer, diminuir a dependência.	EP;
	Proximidade da família;	EP;

	Tem de ser definida com o utente, pois varia de pessoa para pessoa;	EAS/DT;
	Bem-estar bio-psico-social;	EDC; EFT;

O conceito de qualidade de vida para estes profissionais é promover conforto, individualidade, atividades da vida diária, sem dor, não deixando de ser um conceito subjetivo, que varia de pessoa para pessoa. É também promover os melhores cuidados possíveis, de acordo com o grau de dependência e promover as capacidades, autonomia, potenciar o idoso naquilo que consegue fazer e diminuir a dependência, é estar próximo da família, é no fundo um bem-estar bio-psico-social.

Destaca-se as seguintes perceções relativas a este conceito:

“(...) qualidade de vida é promover o máximo conforto possível, sem dor, o máximo possível, porque nós sabemos que a questão da dor aqui intervém bastante na qualidade de vida, promover uma boa higiene, promover um bom descanso, promover um ambiente físico seguro e tranquilo (...). Se possível com autonomia, promover a individualidade de vida da pessoa, promover as suas atividades de vida diária do quotidiano normais (...)”. EER1.

“Qualidade de vida depende, depende do utente, depende do que é que o utente considera o que é melhor para si e o que é para si qualidade de vida.” EAS/DT.

Vechia et al (2005) defende que a qualidade de vida varia de pessoa para pessoa e que está associada à saúde física e mental, incluindo também a dimensão biopsicossocial, tal como apresentado pelos entrevistados. Os autores Paúl e Fonseca (2005), expõem que qualidade de vida para um idoso é relacionar-se com a família e amigos, ter boa saúde e funcionalidade e manter o controlo da independência. Os entrevistados não referiram a dimensão cultural, habitacional, económica e espiritual, que são aspetos considerados pelos diversos autores descritos anteriormente no ponto 3 do capítulo I, como fundamentais para uma boa qualidade de vida das pessoas idosas, ficando muito centrados na dimensão da saúde e da família.

Quadro n.º 26 - Funções dos Profissionais para a Promoção da Qualidade de Vida

Funções dos profissionais para a promoção da qualidade de vida	Categorias	Entrevistados
	Valorizar a vontade do utente;	EE2; EASC; EP; EAS/DT;
	Enquadrar o utente perante as suas limitações, físicas e psicológicas;	EFT;
	Promover a maior autonomia possível ao nível da comunicação e alimentação;	ETF;
	Interação contínua entre todas as valências;	EDT

Quando confrontados com a questão de como promovem a qualidade de vida no planeamento de alta, a maioria dos profissionais valoriza a vontade do utente no planeamento de alta. Outras das questões valorizadas e desenvolvidas é a interação

contínua entre todas as valências, a promoção da maior autonomia possível ao nível da comunicação e alimentação e enquadrar o utente perante as suas limitações físicas e psicológicas.

"Tentar ao máximo perceber quais as necessidades do utente e o que é que entende para si que tem como necessidade, perceber o que é que deseja, qual é que é o objetivo dele durante esse internamento e depois tentar satisfazer naquilo que nós conseguimos, o que não conseguimos, tentar gerir com ele." EAS/DT.

Brandão (2000) evidencia a ideia de que os vários elementos da equipa multidisciplinar devem planear a alta mantendo uma boa relação entre todos, centrando o utente como um todo, desenvolver um atendimento humanizado e focar as intervenções na pessoa e nas suas necessidades globais, promovendo o bem-estar. Comparativamente um dos elementos da equipa explanei-a também a necessidade de uma interação contínua entre as valências (áreas profissionais), indo de encontro à necessidade de manter uma boa relação entre os profissionais. Por outro lado não é referido por nenhum, que as intervenções estão centradas no utente como um todo, destacando apenas a dimensão física e psicológica.

Quadro n.º 27 - Funções dos Profissionais

Funções dos profissionais	Categorias	Entrevistados
	Educação para a saúde	EE1
	Identificação de necessidades pós-alta	EE2; EAS/DT
	Promover o máximo de autonomia do utente	ETO
	Acompanhar a evolução da reabilitação do utente	EFT
	Articulação com recursos da comunidade	EASE
	Gerir expetativas e objetivos dos utentes após a alta	EP; EAS/DT
	Efetuar contactos, realizar ou formular relatórios e enviá-los, reunir cm as famílias e os utentes.	EAS/DT

Duas das funções/competências/responsabilidades mais comuns realizadas pelos elementos da equipa multidisciplinar em estudo são, a identificação de necessidades no pós-alta e a gestão de expetativas e objetivos dos utentes após a alta tal como se pode constatar através da seguinte resposta: *"Identificar necessidades, efetuar contactos, gerir as expetativas, realizar ou formular relatórios e envia-los, reunir com as famílias e com os utentes."* EAS/DT. A nível social uma das funções identificadas é a articulação com os recursos da comunidade. Direcionado para as funções dos profissionais de saúde destaca-se a educação para a saúde dos utentes e das famílias, promover o máximo de autonomia do utente quer ao nível das atividades do dia-a-dia que são significativas para cada um, como ao nível de atividades de lazer. Outro dos profissionais tem como responsabilidade acompanhar a evolução da reabilitação do utente.

Quadro n.º 28 - Instrumentos de Avaliação

Instrumentos de avaliação	Categorias	Entrevistados
	Nota de alta de equipa multidisciplinar;	EER1; EASE;
	Nota de alta específica da valência;	EER1;
	Planos individuais de intervenção;	EER1;
	Registos da equipa de enfermagem;	EER1;
	Preenchimento de escalas;	EER1;
	Preenchimento de uma base de dados com o grau de dependência dos utentes.	EER1
	Realização de informações sociais;	EASE; EAS/DT;
	Aplicação de inquéritos às famílias;	EASE;
	Contactos telefónicos com ECL de origem, ECL de referência, Segurança social;	EAS/DT

Os instrumentos de avaliação da preparação de alta, mais utilizados pela equipa em causa são a nota de alta de equipa multidisciplinar (instrumento de equipa) e as informações sociais (instrumento individual). São utilizados também os planos individuais de intervenção, os registos da equipa de enfermagem, as escalas, uma base de dados com o grau de dependência, os inquéritos aplicados às famílias, os contactos telefónicos com a ECL de origem e de referência e com a Segurança Social e a realização da nota de alta de cada valência.

"Começando globalmente, temos uma nota de alta de equipa multidisciplinar em que cada área técnica, (...) faz a sua nota de alta e juntamos globalmente num documento. Depois particularmente nós temos uma outra nota de alta, específica de enfermagem, (...). Temos os planos individuais de intervenção, temos a avaliação em equipa multidisciplinar dos utentes, (...). Depois temos os nossos registos de equipa de enfermagem, (...) temos algumas escalas e coisas próprias da nossa área técnica, que nos permitem fazer esse planeamento". EER1.

"Relatórios, informações sociais, contactos telefónicos com a ECL de origem, ECL de referência, Segurança Social (...)." EAS/DT.

Quadro n.º 29 - Indicadores de Avaliação

Indicadores de avaliação	Categorias	Entrevistados
	Avaliação em equipa multidisciplinar dos utentes;	EER1; EAS/DT;
	Avaliação do potencial de reabilitação em equipa multidisciplinar.	ETO; EFT; EDC.
	Avaliação do estado psicológico na admissão, ao longo do internamento e à saída.	EP
	Reuniões com a família e com o utente.	EAS/DT

O indicador de avaliação que tem mais peso no planeamento de alta é a avaliação do potencial de reabilitação dos utentes que é realizado em equipa multidisciplinar. É também considerado a evolução do estado psicológico ao longo do internamento e realizado reuniões com a família e com o utente que permitem conhecer a organização do utente e da família relativamente ao planeamento da alta.

"Normalmente esse planeamento (avaliação) acaba por ser em equipa, porque se houver algum elemento da equipa que considere que na sua área a pessoa tem mais para reabilitar no tempo em que está aqui, isso é tudo visto em equipa e depois gere-se, se a pessoa tem alta ou não, ou se é o caso de adiar ou não." ETO.

Quadro n.º 30 - Apoios dos Profissionais ao Utente e Família

Apoios dos profissionais ao utente e família	Categorias	Entrevistados
	Educar para a saúde a família e os utentes	EER1; EER2; EFT;
	Apoio psicossocial ao utente e família.	EASE; EAS/DT;
	Gestão de expectativas quanto ao destino após a alta.	EP; EAS/DT;

Os apoios que os entrevistados afirmaram poder prestar neste processo, são ao nível da educação para a saúde, da família e dos utentes, sendo este apoio referido pelos elementos de enfermagem e fisioterapia. Por outro lado pode também ser prestado um apoio psicossocial ao utente e à família e uma gestão de expectativas quanto ao destino após a alta. Estes últimos apoios são afirmados por profissionais da equipa que intervêm na dimensão social e psicológica.

Verifica-se que as dimensões de intervenção estão clarificadas para cada profissional, não existindo sobreposição de funções/competências.

Quadro n.º 31 - Lugar da Família e do Utente no Planeamento da Alta

Lugar da família e do utente no planeamento da alta	Categorias	Entrevistados
	Se o utente for orientado, deve ter o papel mais ativo;	EER2; ETF;
	Se o utente não for orientado, a responsabilidade deve ser da família.	EER2; ETF;
	A família tem o lugar principal.	EFT;
	Ambos são os mais importantes.	EASC; EASE; EP; EAS/DT;

O lugar do utente no processo de planeamento de alta deve ser o mais ativo se o utente for orientado, se não for, a responsabilidade deve ser da família, mas a maioria dos profissionais defende a teoria de que ambos são os mais importantes, tal como se constata na seguinte afirmação: *"Dou atenção, aquilo que o utente diz, dou atenção, aquilo que a família diz que consegue e tento gerir os dois polos, mas quase lado a lado, envolvendo sempre os dois no internamento."* EAS/DT.

Quadro n.º 32 - Situações Sociais

Situações sociais	Categorias	Entrevistados
	Questões sociais	EER1
	Pessoas com carência económica	EER2; EASE;
	Ausência de tutor/representante legal	EER2

	Situações de abandono familiar.	EASE; EP; EAS/DT;
	Utentes estrangeiros.	EASE;
	Situações com ausência de suporte familiar;	EAS/DT;
	Ausência de vagas em lares.	EAS/DT;
	Dificuldades da família para prestar cuidados no domicílio.	EAS/DT;
	Interferência de elementos de ordem externa.	EDC

Quadro n.º 33 - Situações Saúde

Situações de Saúde	Categorias	Entrevistados
	Doentes traquiostomizado	EER1; EER2.
	Doentes com feridas;	EER1
	Doente com doenças neurológicas;	EER1; EFT;
	Situações clínicas restritas	ETO;
	Pessoas com alterações na linguagem;	ETF;

As situações de saúde mais difíceis de planear são as situações de doentes traquiostomizados (porque os lares não tem suporte para lhes prestar cuidados) e de doentes com doenças neurológicas, seguindo-se os doentes com feridas, com alterações na linguagem e situações clínicas restritas.

"A nível de saúde, penso que tem a ver com o estado de dependência ou quando por exemplo: é muito mais difícil quando a pessoa tem situações clínicas, como as traqueostomias, em que implica cuidados de enfermagem constantes e atualmente não há essa resposta sem ser hospitalar ou em unidade, porque na maioria dos lares a valência de enfermagem não está presente 24h por dia." EER2.

A nível social, os casos mais difíceis de planear são as situações de abandono familiar e de pessoas com carência económica, sucedendo-se os casos de ausência familiar e de tutor/representante legal, utentes estrangeiros, a falta de vagas em lares e as dificuldades da família para prestar cuidados no domicílio.

"Utentes sem família, utentes em que a família fica com a reforma deles indevidamente (...) Utentes que querem regressar a casa e são abandonados pela família, utente que querem regressar ao domicílio e têm competências, mas as famílias ou não têm competências ou não conseguem acompanhá-los ou fazer uma supervisão, ou não desejam mesmo que eles regressem a casa. Utentes com critérios para integrar um lar e não existe vagas nos lares para eles." EAS/DT.

"A nível social prende-se com as carências económicas, quando não há nenhum familiar responsável, quando o processo passa por nomear um tutor e quando meche com a Segurança Social acaba por ser um processo mais difícil as diligências a tomar." EER2.

Quadro n.º 34 - Dificuldades no Desenrolar deste Processo enquanto Profissional

Categorias	Entrevistados
Sim	EER1; EER2; EFT; EASE; EP; EAS/DT
Não	EFT

Quadro n.º 35 - Identificação das Dificuldades

Dificuldades dos profissionais no planeamento da alta	Categorias	Entrevistados
	Gerir com o idoso o sentimento de abandono.	EP
	Pessoas com condições económicas diminutas.	EER2; EFT; EAS/DT
	Ausência de suporte familiar/ suporte familiar frágil.	EER2/ EAS/DT
	Ausência de resposta social após a alta.	EFT; EER1
	Articulação com Segurança Social	EASE; EAS/DT;

Quadro n.º 36 - Sugestões

Sugestões	Categorias	Entrevistados
	Aumento dos lares comparticipados e/ou aumento do numero de vagas	EER1
	Mais apoio da Segurança Social	EFT
	Aumento das ECCI	EASE
	Maior articulação entre Segurança Social, ECL de origem, ECL de referência e Unidades.	EAS/DT
	Adaptar cada situação às condicionantes das entidades externas.	EDC

A esmagadora maioria dos entrevistados sente dificuldades no desenrolar do processo de planeamento de alta, mais uma vez perante situações de pessoas com carência económica e de ausência de suporte familiar e/ou suporte familiar frágil. São também identificadas as dificuldades ao nível da articulação com a Segurança Social (processos demorosos e/ou sem resposta), a ausência de resposta social após a alta e a gestão com o idoso em relação ao sentimento de abandono.

"Utentes em que não haja suporte familiar ou é um suporte familiar frágil, em que a situação económica também é difícil e depois fazemos encaminhamentos para a Segurança Social para vagas comparticipadas e percebemos que não há respostas, isso aí é onde se encontra mais obstáculos para concretizar a alta do utente." EAS/DT.

Como sugestões são apresentadas o aumento dos lares comparticipados e/ou aumento do número de vagas, mais apoio da Segurança Social, aumento das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, maior articulação entre Segurança Social, ECL de origem, ECL de referência e Unidades e adaptar cada situação às condicionantes das entidades externas.

"Tem de haver uma maior articulação entre a Segurança Social e a ECL de Origem, ECL de referência e Unidades, tentar perceber o que é realmente prioritário, porque há casos

em que a equipa multidisciplinar entende que são casos prioritários e que teriam maior qualidade de vida e estaria muito melhor, por exemplo num lar próximo da área de residência, em que houvesse pessoas que os conhecessem, que conseguem falar, rever momentos que já tiveram, do que estar numa Unidade longe de casa. E se houvesse essa possibilidade, maior articulação e maior encaminhamento, ajudaria e depois possivelmente um aumento das vagas, porque a verdade é que somos um país com uma população idosa muito grande e respostas sociais para eles é muito difícil, acabam quase por ficar nas Unidade de Longa Duração."
EAS/DT.

Quadro n.º 37 - Princípios e Valores Inerentes à Intervenção

Princípios e valores	Categorias	Entrevistados
	Respeitar o código deontológico.	EER1
	Seguir as competências dos enfermeiros de cuidados gerais.	EER1
	Assegurar os direitos e deveres dos utentes.	EER1
	Respeito.	EER2; ETF; EASC; EASE; EP
	Igualdade	EER2; EASC;
	Privacidade.	EER2
	Potenciar a autonomia no processo de decisão.	EER2
	Trabalhar com a pessoa no seu todo.	ETO
	Profissionalismo.	EFT; EAS/DT
	Honestidade no trabalho.	EFT
	Dignidade humana.	EASE; EP; EDC.
	Valorizar os utentes.	EP
	Assegurar o sigilo	EAS/DT

Os princípios e valores inerentes à intervenção dos elementos da equipa multidisciplinar da ULDM - Naturidade Rio Maior, centram-se principalmente no respeito pelos outros, na dignidade humana, na igualdade e no profissionalismo. Respeitar o código deontológico, seguir as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, assegurar os direitos e deveres dos utente, assegurar a privacidade, potenciar a autonomia no processo de decisão, trabalhar com a pessoa nos seu todo, honestidade no trabalho, valorizar os utentes e assegurar o sigilos, são os restante princípios e valores apresentados pelos entrevistados, como fundamentais no seu exercício profissional.

"Os princípios da dignidade e da salvaguarda da humanidade." EDC.

" (...) porque temos de ter respeito, agir com dignidade, porque são pessoas que por estarem numa instituição e não terem capacidade, continuam a ser pessoas e nós temos sempre de respeitar isso. Temos que valorizá-los também, eles sentirem-se úteis, que é muito importante isso." EP.

Quadro n.º 38 - Intervenientes no Processo de Planeamento das Altas

Intervenientes no processo	Categorias	Entrevistados
	Equipa Multidisciplinar (enfermeiros, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, assistente social, animadora sócio-cultural, médico, psicóloga e terapeuta da fala)	EER1; EER2; ETO; EFT; ETF; EASC; EASE;EP; EAS/DT; EDC.
	Equipa multiprofissional (auxiliares, administrativas, cozinheiras, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, assistente social, animadora sócio-cultural, médico, psicóloga e terapeuta da fala)	EER1; EAS/DT;
	A parte clínica e social tem maior poder de decisão.	EER2

Quanto aos intervenientes no processo de planeamento das altas das pessoas idosas, a maioria dos entrevistados refere que é a equipa multidisciplinar (enfermeiros, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, assistente social, animadora sócio-cultural, médico, psicólogo e terapeuta da fala). Dois dos elementos referem que é a equipa multiprofissional, ou seja, para além dos técnicos que integram a equipa multidisciplinar indicam também a participação das auxiliares de ação médica, das administrativas e cozinheiras). Apenas um elemento alega que a parte clínica e social tem maior poder de decisão, quanto ao processo de planeamento de alta.

"Aqui é toda a equipa, no fundo, Equipa e não estou a falar de equipa multidisciplinar apenas, equipa multiprofissional, até mesmo as auxiliares nos dão contributos grandes e não só, até as próprias cozinheiras dão-nos grandes contributos para o planeamento da alta, porque nos despertam pra determinadas situações, porque são elas que também prestam determinados cuidados muito diretos aos utente, é com elas que muitas vezes eles falam dos problemas familiares, dos problemas até pessoais." EER1

"(...) a pessoa até pode ter conseguido alcançar uma autonomia muito grande mas se em termos sociais as condições não tiverem todas reunidas a pessoa nunca vai ter alta e é neste sentido que algumas áreas têm mais peso do que outras. Mas é tudo visto em equipa também e aqui todas as valências são ouvidas e é visto que por mais que as condições estejam todas reunidas, se é importante que aquela pessoa fique mais algum tempo porque em determinada área precisa de reabilitar mais tempo, isso é ouvido e tudo visto em equipa e isso eu acho que é muito importante." ETO.

De acordo com o Manual do Prestador (2011), o planeamento de alta deve ser efetuado em equipa multidisciplinar, composta pelo utente, família ou pessoa significativa, o enfermeiro, o médico, o assistente social, fisioterapeuta, dietista e outros elementos importantes ao longo do internamento. Os técnicos da ULDM - Naturidade não incluíram o utente e a família neste processo, centrando apenas no planeamento em equipa multidisciplinar/multiprofissional.

Quadro n.º 39 - Periodicidade e em que Horário Reúne a Equipa Multidisciplinar para Preparar as Altas

Horário de trabalho em equipa para planeamento das altas	Categorias	Entrevistados
	Mensalmente.	EER1; EFT; ETF;
	Sempre que seja necessário, é discutido o caso nas reuniões semanais (quartas e sextas-feiras).	EER1; EASE;
	Admissão, uma vez por mês, ao longo do internamento e antes da alta efetiva realiza-se uma avaliação global.	EER2
	15 antes da alta efetiva realiza-se uma avaliação global.	ETO;
	Após existência de uma resposta social.	EFT,
	Semanalmente (sextas-feiras).	EASC; EASE; EP; EAS/DT;
	Duas vezes por semana.	EDC;

A equipa multidisciplinar segundo alguns dos profissionais reúne semanalmente (sextas-feiras), para planear a alta, outros indicam que é mensalmente e sempre que seja necessário é discutido o caso nas reuniões semanais (quartas e sextas-feiras). É também apontado como periodicidade o momento da admissão, uma vez por mês, ao longo do internamento e antes da alta efetiva quando se realiza uma avaliação global e após a existência de uma resposta social. Pelo que conclui-se que esta situação não está bem definida para os profissionais da equipa da ULDM - Naturidade Rio Maior.

"Toda a equipa multidisciplinar! (...) nós fazemos reuniões mensais de cada utente, dos planos individuais de intervenção que se faz mensalmente e cada mês nós vamos reavaliando e vamos falando." EP

Quadro n.º 40 - Sistema de Comunicação Interna e Externa

Sistema de comunicação da equipa	Categorias	Entrevistados
	Internamente:	
	Diretamente com cada profissional (comunicação oral).	EER1; EER2; ETO; EASC; EASE; EP; EAS/DT
	Reunião de Equipa Multidisciplinar.	EER1; ETO; EFT; ETF; EASE;
	Através do quadro multidisciplinar.	ETO; EASC;
	Telefone.	EAS/DT
	Através da Diretora Técnica.	EDC
	Externamente:	
	E-mail.	EER2; ETO; EAS/DT;
	Telefone.	EER2; EAS/DT
	Fax.	EAS/DT
	Carta.	EAS/DT
	Contato presencial com as famílias.	EER2
	Através da Assistente Social.	EFT;
	Através da Diretora Técnica.	EDC

A comunicação da equipa internamente é realizada diretamente com cada profissional, através da comunicação, sendo esta via de comunicação a mais indicada pelos técnicos, seguindo-se as reuniões de equipa multidisciplinar, a comunicação através, do quadro multidisciplinar, do telefone e da diretora técnica. A nível externo é efetuada maioritariamente por e-mail, advindo o telefone, fax, carta, contato presencial com as famílias, através da assistente social/diretora técnica.

"Internamento é mesmo através da comunicação oral. Externamente normalmente é a Assistente Social que toma esse tipo de diligências, mas é por e-mail e por telefone ou através também do contato presencial, do contato quando as famílias vêm cá." EER2

Atendendo às indicações do Manual do Prestador (2011), o sucesso do processo de planeamento de alta, alcança-se através de um bom sistema de comunicação entre a equipa, devendo esta reunir periodicamente.

Quadro nº 41 - Envolvimento da Equipa Coordenadora Local neste Processo - Sistema de Comunicação Utilizado

Envolvimento e comunicação com a ECL	Categorias	Entrevistados
	A articulação/comunicação é da responsabilidade pela Assistente Social/Diretora Técnica	EER1, ETO; EFT; EP; EDC;
	E-mail.	EER1; EASE; EAS/DT;
	Telefone.	EAS/DT
	A ECL é a responsável pela aprovação total das altas.	EDC;
	Não sei.	ETF; EASC;

Relativamente ao envolvimento da ECL neste processo e ao sistema de comunicação utilizado com a mesma, segundo os profissionais a articulação/comunicação é da responsabilidade da assistente social/diretora técnica, alguns referem que é por e-mail e telefone e dois elementos desconhecem o envolvimento e sistema de comunicação. Apenas um afirma que a ECL é a responsável total pela aprovação das altas.

"Através de e-mail e tudo o que tenha a ver com planeamento de alta ou com alta, normalmente é uma informação que é dada à ECL de referência, à nossa ECL e à ECL de origem, de forma que tanto uma ECL como a outra, possam acompanhar todas as diligências que são feitas com o utente e o que é que vai acontecendo e qual é que vai ser depois o resultado final. É sempre a ECL, ECL de origem, e-mail e por vezes pontualmente telefone, mas 90 ou 95% é e-mail para ficar registado." EAS/DT.

"Planeamento não, aprovação total." EDC

Conforme as orientações do Manual do Prestador, 2011, a decisão de dar alta a um utente internado numa ULDM é da competência da equipa multidisciplinar dessa Unidade, que deve avaliar se os objetivos previstos foram alcançados. Contudo a

saída efetiva é da responsabilidade da ECL, exceto nas situações de descanso do cuidador, que tem um período máximo de internamento, sem prorrogações.

4.2.2.3 - Síntese

Em síntese podemos considerar que no que diz respeito ao planeamento da alta os profissionais elaboram em primeiro lugar um diagnóstico exaustivo das situações ponderando as necessidades, expectativas e recursos logísticos e humanos, incluindo os familiares para darem resposta à continuidade de cuidados na comunidade.

Nesta unidade de cuidados as equipas planeiam as altas em dois momentos: em equipa multidisciplinar e com o utente e/ou família. É um processo que passa por várias fases, sendo iniciado no momento da admissão, pela Assistente Social e as famílias e/ou cuidador.

Um dos principais objetivos do planeamento de alta, apontados é a adaptação da resposta após a alta às necessidades do utente. No momento da alta, melhorando sempre a sua qualidade de vida, bem-estar e conforto. A promoção da qualidade de vida é um dos objetivos que esta equipa tem sempre como plano de fundo, na sua intervenção.

Como funções/competências e responsabilidades da equipa, destaca-se a identificação das necessidades na pós-alta e a gestão de expectativas ao longo do internamento. A nível a principal função identificada é a articulação com os recursos da comunidade.

Para avaliar a preparação da alta, a equipa utiliza a nota de alta e a área social, utiliza como instrumentos as informações sociais, sendo o indicador de avaliação com mais peso no planeamento de alta, a avaliação de potencial de reabilitação dos utentes, que é avaliada em equipa.

Os profissionais consideram que o lugar do utente neste processo deve ser o mais ativo, caso o utente seja ciente, se não for, a família deve ser a primeira a assumir esse papel.

As situações mais difíceis de planear a alta, são as situações de doentes traquiostomizados doentes com doenças neurológicas ou doentes em situações de abandono familiar/ausência familiar e de carência económica.

Têm como princípios e valores orientadores, o respeito pelos outros, a dignidade humana, a igualdade e o profissionalismo.

Conclusão

O envelhecimento é hoje um fenómeno crescentemente global, o qual necessita de um estudo aprofundado para compreender quais as implicações na sociedade atual e futura. Verifica-se que a Europa segue a tendência mundial do envelhecimento. A globalização do envelhecimento reflete-se na população europeia através dos valores elevados da população com mais de 65 anos, com tendência para o seu aumento. Estas transformações demográficas, importam consequências socioeconómicas para todos os países europeus, requerendo a implementação de políticas eficazes para responderem a estas mutações. A maioria dos utentes internados na ULDM - Naturidade Rio Maior são do sexo feminino, sendo a faixa etária com mais pessoas a dos 81 e mais anos, indo de encontro ao que é apresentado no ponto do envelhecimento demográfico. Esta situação reflete a longevidade das pessoas idosas, ou seja, o aumento da esperança média de vida, sendo mais acentuado na população feminina.

O envelhecimento é considerado um processo biológico, progressivo e natural, que se caracteriza pelo declínio das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional, contudo é vivida de forma diferenciada de pessoa para pessoa, dependendo do seu contexto social. Neste caso em estudo, verifica-se que a maioria das pessoas são totalmente dependentes, mas as pessoas mais velhas são menos dependentes.

A nível bio fisiológico as pessoas idosas apresentam uma incidência ao nível das situações crónicas, com a prevalência a aumentar significativamente com a idade e das limitações nas suas atividades da vida diária, associadas a incapacidades mentais e físicas. Os utentes da Unidade, apresentam todos eles, doenças crónicas e existe um número considerável de pessoas com demências.

No ponto de vista psicológico, os distúrbios psíquicos com maior incidência são as síndromes depressivas e as demências, existindo uma quebra das capacidades de adaptação, que se podem manifestar pela incapacidade de aceitar uma mudança, como a mudança de residência e a dependência do meio familiar, por exemplo.

A dimensão social do indivíduo é também transformada pelo envelhecimento, pois implica a retirada do mercado de trabalho, colocando o sujeito à desvalorização do seu estatuto social. É neste contexto que a reforma pode ser geradora de processos de isolamento social e de estigmas, desenvolvendo nas pessoas sentimentos de inutilidade, que por sua vez gera dependência e limitações funcionais.

As teorias do envelhecimento "ativo", "bem-sucedido" e "saudável" surgem no sentido de minimizar as consequências das transformações anteriormente descritas. Permitem que a pessoa idosa se adapte ao envelhecimento através da seleção de estratégias, gerindo a balança de perdas e ganhos e assim maximizar a eficácia para alcançar as metas definidas por si, como prioritárias, numa realidade na qual é inevitável a perda de capacidades. A qualidade de vida está também ligada ao bem-estar pessoal, contudo é um conceito que varia de pessoa para pessoa e que depende do nível sócio-cultural, da faixa-etária e das aspirações pessoais. De uma forma abrangente a qualidade de vida engloba a satisfação com a vida, o bem-estar psicológico, o desenvolvimento pessoal e as diversas representações do que constitui "boa vida".

A dependência física e disfuncionalidade estão intrinsecamente relacionadas ao envelhecimento pois à medida que as pessoas envelhecem, surgem doenças crónicas que levam a uma maior prevalência de incapacidades nos indivíduos, para além disso o próprio processo de envelhecimento diminui a capacidade funcional dos sistemas do organismo humano. A autonomia distingue-se da dependência no sentido em que a pessoa idosa dependente nas suas AVD's, pode conseguir exercer as suas capacidades de escolhas de controlo sobre o seu meio.

O envelhecimento Humano é assim um fenómeno global que tem implicações não só para o próprio idoso, como para a sua família, meios e estratos sociais envolventes, colidindo com a capacidade das famílias em responder a este desafio e exigindo às sociedades atuais uma adaptação das políticas existentes.

Atendendo à prevalência de incapacidades nas pessoas idosas, surge a necessidade de cuidados de longa duração, nos quais a pessoa desenvolva um processo de reabilitação de funções perdidas, de prevenção de complicações secundárias, estabilização da situação clínica e/ou adaptação da pessoa ao seu meio ambiente.

O aumento progressivo da esperança média de vida, aliado à diminuição da mortalidade e da natalidade em Portugal, traduzindo-se num aumento da população envelhecida e a necessidade de melhorar os serviços de saúde prestados a pessoas dependentes exigem a criação de respostas integradas, ajustadas a situações de dependência funcional, de doenças crónicas e de pessoas com doenças em estado avançado e em final de vida. É neste âmbito que surge a RNCCI, a qual engloba as áreas da saúde e de apoio social, desenvolvendo um trabalho integrado no qual se pretende promover a reabilitação imediata do doente crónico e do idoso, a reinserção na família, o desenvolvimento dos cuidados paliativos, a reativação dos cuidados no domicílio e o reforço do apoio à família, através de um internamento temporário.

A RNCCI é constituída por equipas e unidades que trabalham em prol dos objetivos anteriormente descritos, sendo as ULDM uma delas, nas quais se prestam cuidados de saúde e de apoio social a pessoas com doenças crónicas e com diferentes níveis de dependência. Tem como finalidade prestar cuidados de saúde e de apoio social de prevenção ou retardamento da situação de dependência das pessoas, proporcionando conforto e qualidade de vida e maximizando as aptidões para a realização das AVD's. Dispõem de uma equipa multidisciplinar, com profissionais nas áreas da saúde e social, que asseguram a reabilitação, manutenção e apoio social, satisfazendo as necessidades básicas, as expetativas e a relação familiar e com o meio social de referência.

O Planeamento de Alta surge no âmbito da intervenção da equipa multidisciplinar das ULDM's, como forma de garantir que após a alta o doente tem os cuidados que necessita, mantendo assim a sua qualidade de vida. Os profissionais entrevistados, consideram que o PA é um processo que corresponde à adequação das respostas sociais às necessidades dos utentes após a alta, o que corresponde à descrição anterior, sendo também uma atividade de capacitação e de promoção de autonomia. Esta atividade corresponde a um dos objetivos das ULDM, contudo não foi referido a promoção da qualidade de vida, sendo as respostas dos entrevistados muito centrada ao nível das respostas sociais após a alta.

A necessidade de planear a alta, surge também na sequência em que a doença também afeta a dimensão social e psicossocial do indivíduo, e como tal, as suas necessidades não estão centradas apenas na dimensão física, implicando um acompanhamento integrado e em equipa multidisciplinar. Os entrevistados referem também que o PA deve ser efetuado em equipa multidisciplinar e em articulação, e alguns destacam que o PA é realizado em equipa multiprofissional, que contempla a equipa técnica, as auxiliares de ação médica, administrativas e cozinheiras, mas não identificam a participação do utente e da família no PA, nas suas respostas.

O planeamento de alta deve ser iniciado no momento da admissão com continuidade até ao dia da alta, envolvendo o doente e/ou o familiar cuidador/pessoa significativa. A equipa da Unidade em estudo considera também que deve ser um processo contínuo, com início no momento da admissão, não sendo homogéneo a identificação do profissional responsável pelo início deste planeamento, o que reflete a nível interno, a inexistência da definição de procedimentos inerentes ao PA. Para além da fase inicial, é também identificada pelos profissionais, a fase do trabalho em equipa, da identificação das necessidades do utente, dos objetivos de intervenção, da pesquisa de respostas e da avaliação global, o que se enquadra naquilo que é defendido pelos autores descritos no ponto do PA. Quanto ao lugar do utente e da

família, é unânime para a equipa que o utente deve ter o papel mais ativo, caso seja orientado, envolvendo também a família. Na análise dos processos individuais, essa pretensão não é tão visível, não se conseguiu observar efetivamente o lugar destas pessoas na intervenção, pois não se realizou a observação das práticas. Contudo, dada a experiência da autora nesta área, pode-se inferir que há uma disparidade entre o que os profissionais pensam e aquilo que os profissionais fazem no sentido da integração das pessoas. Assim, as sugestões da intervenção no futuro nesta área, vão no sentido de que estas pessoas possam ter um lugar mais ativo, de escuta e participação neste processo, de modo a poderem desenvolver o seu potencial como pessoas.

Este processo depende do estágio da doença, da vocação da instituição e do tempo/objetivo do internamento e deve ser individual, pois depende também das necessidades de cada um, nas várias dimensões do indivíduo. Contudo é referido pela equipa, que o PA é também condicionado, por fatores externos e que as situações de saúde mais difíceis de planear são as de doentes traquiostomizados, pela inexistência de respostas alternativas para estes doentes e de doentes com problemas neurológicos. A nível social as situações mais difíceis de planear prendem-se com questões de carência económica, abandono ou ausência familiar, utentes estrangeiros, situações dependentes da integração em lares de idosos e dificuldades das famílias para prestar cuidados no domicílio. Quando se compara estas dificuldades com o perfil de utentes internados na Unidade em estudo, conclui-se que existe uma percentagem significativa de pessoas com carência económica e suporte familiar reduzido ou até mesmo ausência de cuidador informal e todas com um grau de dependência elevado. Se os utentes não têm poder económico e família que assegure a prestação de cuidados no domicílio, e se os profissionais afirmam que uma das dificuldades sentidas é a ausência de vagas em lares participados, torna-se evidente a dificuldade na efetividade da alta. Contudo, na análise dos processos individuais, aferiu-se que são realizadas diligências para integrar estes utentes em lares de idosos participados pela Segurança Social, pois um dos destinos previstos com mais percentagem são os lares de idosos, mas quando se compara com o destino efetivo dos utentes com alta em 2012, o destino com mais percentagem foi outra ULDM, ou seja, o utente continua na Rede à espera de outra resposta alternativa. É sugerido pelos elementos da equipa o aumento dos lares participados e/ou aumento do número de vagas, aumento das Equipas de Cuidados Continuados Integrados e uma maior articulação entre Segurança Social, ECL de origem do doente e ECL de referência da Unidade.

Relativamente aos objetivos desta intervenção, destaca-se como prioritário a definição de planos de cuidados com o utente e a sua família, que promovam a aquisição da independência (auto-cuidado) e/ou previnam o retardamento da doença, e garantam a manutenção dos benefícios ganhos ao longo do internamento, no pós-alta, tendo como base a promoção da qualidade de vida do utente. Os objetivos apontados pelos entrevistados centram-se ao nível da adaptação das respostas após a alta às necessidades do utente nesse momento, não identificando diretamente, mais uma vez, a questão da qualidade de vida como pano de fundo do seu trabalho. Quando confrontados com o conceito de qualidade de vida, descrevem-no como algo individual, que varia de pessoa para pessoa, no qual está subjacente o conforto, a ausência de dor, a autonomia, o estar próximo da família e receber cuidados que potenciem as suas capacidades para o desenvolvimento das AVD's, abrangendo as várias dimensões do indivíduo, indo de encontro ao que é preconizado pela RNCCI. A equipa identifica a área da saúde como prioritária para a manutenção da qualidade de vida, mas não referem as questões do desempenho de papéis sociais e da autonomia financeira, mas a grande maioria dos utentes internados na Naturidade Rio Maior têm dificuldades financeiras, sendo um dos maiores entraves ao planeamento de alta, apontado também pelos elementos da equipa. As funções dos profissionais para a promoção da qualidade de vida enquadra-se na valorização da vontade do utente e da interação continua entre as diversas valências, focando a dimensão física e psicológica de cada um, e não valorizando a globalidade como pessoa.

É defendido por alguns autores que cada profissional deve definir as suas atividades individualmente para o PA, diferenciando a sua intervenção e paralelamente desenvolver um trabalho de equipa, identificando necessidades, os recursos, as aptidões e motivações e as informações sociodemográficas, de cada um. As respostas dos entrevistados estão de acordo com esta teoria, destacando apenas as atividades para o PA relacionadas com a educação para a saúde, ou seja, os ensinamentos ao cuidador informal de forma a assegurar a continuidade de cuidados no regresso ao domicílio. Como instrumentos/indicadores de avaliação/trabalho a equipa utiliza as notas de alta em equipa e individuais, os planos individuais de intervenção, os registos dos cuidados prestados e a avaliação periódica do potencial de reabilitação de cada utente, tal como contemplado pela RNCCI.

O sucesso do planeamento de alta está subjacente ao sistema de comunicação entre a equipa, devendo esta reunir periodicamente e orientar o utente e o seu cuidador informal, neste percurso. A frequência com que reúne a equipa para PA, não está bem definida para os profissionais, pois as respostas variam entre eles.

Quando à comunicação utilizada a mais frequente é a comunicação verbal, seguindo-se as reuniões de equipa, a utilização do quadro multidisciplinar e o telefone.

Relativamente à decisão final de dar alta a um utente da Unidade, é da responsabilidade da equipa da Unidade, mas a RNCCI define que a ECL de referência é a responsável pela saída efetiva. A equipa identifica o Assistente Social como comunicador entre ECL e equipa da Unidade, porém só um profissional refere que a ECL é a responsável total pela aprovação das altas.

Respondendo à pergunta de partida, "Como são planeadas as altas das pessoas internadas em ULDM", conclui-se que são planeadas em equipa multidisciplinar, existindo sensibilidade para o envolvimento do utente e da família neste processo, mas não sendo possível constatar qual o envolvimento real destes últimos elementos no PA. É consonante que o PA é iniciado no momento da admissão, com continuidade ao longo do internamento até à efectividade da alta, porém não é unanime a periodicidade com que a equipa concretiza este planeamento e em que momentos do seu trabalho. A manutenção da qualidade de vida é um dos objectivos fulcrais da RNCCI e das ULDM's, os profissionais identificam a sua importância para os utentes e no desempenho das suas funções para com estes, mas não encaram esta finalidade como fio condutor do PA, sendo a procura de respostas sociais o centro do PA.

Atendendo a todos os dados descritos e analisados ao longo deste documento, apresentam-se algumas sugestões, que podem melhorar o trabalho desta equipa para o planeamento de alta e para envolverem com mais clareza e determinação o utente e os seus familiares. Assim, sugere-se a realização de uma reunião de admissão em equipa multidisciplinar com o utente e/ou com a família, a qual permite não só recolher dados importantes para todas as valências, como iniciar o planeamento de alta no momento da admissão, este trabalho pode ser desenvolvido ao longo do internamento, através de conferências familiares, envolvendo todos os elementos. Sugere-se também a colocação de informação sobre o Planeamento de Alta, no Manual de Acolhimento que é entregue ao doente e/ou cuidador informal na admissão, como forma de garantir que todos estão informados sobre este processo e a sua importância. Por fim, seria interessante desenvolver reuniões/momentos em equipa exclusivos para o planeamento de alta.

Bibliografia

- Almeida, João Ferreira & Pinto, José Madureira, (1995), "A Investigação nas Ciências Sociais", Lisboa, Editorial Presença;
- Ander-Egg, Ezequiel, (1999), "Como Elaborar um Projeto", Lisboa, Fomento Gráfico - Artes Gráficas;
- Andrade, Fernanda, (2009), "O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal", Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde, Universidade do Minho;
- Baldwin, N. & Linda W., 2005, "Assessment", in Carvalho, Maira Irene, 2012, "Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social", Lisboa, Coisas de Ler;
- Berger, Louise Mailloux – Poirier & Danielle (1994), "Pessoa Idosa: uma Abordagem Global", São Paulo, Brasiliense;
- Boutique, Nanci e Santos, Rosa L. A. dos, (2002), "Aspectos Sócio-Económicos do Envelhecimento", in Netto, Matheus Papaléo, "Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada", São Paulo, Atheneu;
- Brandão, L. M., (2000), "Psicologia Hospitalar: uma abordagem holística e fenomenológica - existencial", Livro Pleno, Campinas;
- Carvalho, Maira Irene, (2012), "Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social", Lisboa, Coisas de Ler;
- Colom, D., (2000), "La Planificación del Alta Hospitalaria", Colección Sociedad e Salud Hoy, Saragoça, Mira Editores;
- Correia, J. Martins, (2003), "Introdução à Gerontologia", Lisboa, Universidade Aberta;
- Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro - Cria a Rede de Cuidados Continuados de Saúde;
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho - Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Despacho Conjunto, nº166/1994, de 20 de Julho – Cria o Programa de Apoio Integrado a Idosos;
- DGS, Direção-Geral da Saúde, (2006), Manual de Boas Práticas dos Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Lisboa, Ministério da Saúde;
- Fernandes, Purificação, (2002), "A Depressão no Idoso", Coimbra, Editora Quarteto;
- Fragoeiro, I. M. R. A, (2004), "Saúde no Idoso - Compreender as diversidades da pessoa, Nursing, Ano 15, N. 193, Lisboa, pp. 112-14;

- Freitas, Elizabete Viana, et al, (2006), "Tratado de Geriatria e Gerontologia", (2ªed.), Rio de Janeiro, Guanabara Koogan;
- Gatto, Izilda, (2002), "Aspetos Psicológicos do Envelhecimento", in Netto, Matheus Papaléo, "Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada", São Paulo, Atheneu;
- Gigglione, R. e B. Matalon, (2001), "Inquérito – teoria e prática", Oeiras, Celta;
- Jacob, Luís, (2001), "Os Serviços para Idosos em Portugal – Dissertação de Mestrado", Lisboa, ISCTE;
- Keneddy, L, Neidlinger, S. e Scroggins, K., (1987), "Effective Comprehensive Discharge Planning for Hospitalized Elderly, The Gerontologist. In, Teixeira, Maria Inês, 2012, "Planeamento Integrado de Alta Hospitalar nos Idosos, Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento, Universidade Nova de Lisboa;
- Kisnerman, Natálio, (1983), "Ética para o Serviço Social", Brazil, Vozes;
- Leme, Luíz e Silva, Paulo C. P. da, (2002), "O Idosos e a Família", in Netto, Matheus Papaléo, "Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada", São Paulo, Atheneu;
- Levet, Maximilienne, (1998), "Viver Depois dos 60 anos", Lisboa, Instituto Piaget;
- Levin, J., (1987), "Estatística Aplicada a Ciências Humanas", (2. Ed.) São Paulo, Harbra;
- Lurdes, Selenita e Storani, Maria (2002), "Demência: Impacto para a Família e a Sociedade", in Netto, Matheus Papaléo, "Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada", São Paulo, Atheneu;
- Maldonado, M. T., Canella, P., (2009), "Recursos de Relacionamento para Profissionais de Saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais", Editora Novo Conceito, Ribeirão Preto - São Paulo;
- Manual de Acolhimento, (s.d), ULDM – Naturidade Rio Maior;
- Masfret, Dolores, (2012), "Serviço Social na Saúde", Lisboa, Pactor;
- Marconil, M. D. A.; Lakatos, E. M., (1996), "Técnicas de Pesquisa: Planejamento e Execução de Pesquisas, Amostras e Técnicas de Pesquisas, Elaboração, Análise e Interpretação de Dados", (3. ed.) São Paulo, Atlas;
- Martins, J, (2003), "Programação da Alta Hospitalar do Idoso, um Contributo para a Continuidade de Cuidados - Dissertação de Mestrado", Porto, Universidade do Porto;
- Motta, Luciana Branco, (2005), "Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idosos: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento",

- Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro;
- Morín, Edgar, (2003), "Textos sobre Envelhecimento: Gerontologia e os Pressupostos de Edgar Morín", Lisboa, Instituto Piaget;
- Naylor, M, (et al.), (1994), "Comprehensive Discharge Planning for the Hospitalized elderly, American College of Physicians;
- Netto, Matheus Papaléo e Ponte, José Ribeiro (2002), "Envelhecimento: Desafio na Transição do Século", in Netto, Matheus Papaléo, "Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada", São Paulo, Atheneu.
- Payne, M., (2005), "Social Work Process", In Carvalho, Maira Irene, 2012, "Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social", Lisboa, Coisas de Ler;
- Paúl, Constança & Fonseca, António M, (2005), "Envelhecer em Portugal", Lisboa, Climepsi Editores;
- Phipps, W. J, (1995), "Doença Crónica". In "Enfermagem Médico – Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica", Trad. H. S. Azevedo, Vol. I, 2.^a ed, Lisboa, Lusodidacta;
- PNAI, Plano Nacional de Ação para a Inclusão, (2006), Relatório de Atualização PNAI 2005 – 2006, Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Quaresma, Maria de Lourdes, (1999), "Envelhecimento e Acção Social", Lisboa, IEFP;
- Quivy Raymond & Campenhoudt, Luc Van, (2003), "Manual de Investigação em Ciências Sociais", Lisboa, Gradiva;
- Rafart, J. V (2001), "Epidemiologia general de las enfermedades crónicas, Estratégias de prevención";
- Regulamento Interno, (s.d), ULDM - Naturidade Rio Maior;
- Ribeiro, Oscar & Paúl, Constança, (2011), "Manual de Envelhecimento Activo", Lisboa – Porto, Lidel;
- Robertis, Cristina, (2011), "Méthodologie de L' intervention en Travail Social", Paris, Centurion;
- Rosa, M. J. Valente, (2012), "O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa", Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Saint - Georges Pierre de, (1997), "Pesquisa e Critica das Fontes de Documentação nos Domínios Económicos, Social e Político". In Albarello, Luc et al., 1997, "Praticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais", Lisboa, Gradiva Publicações Lda;
- Silva, Luísa Ferreira da, (2003), "Acção Social na Área da Família", Lisboa, Universidade Aberta;

- Silva, Luísa Ferreira da, (2001), "Intervenção psico-social", Lisboa, Universidade Aberta;
- Teixeira, Maria Inês, (2012), "Planeamento Integrado de Alta Hospitalar dos Idosos", Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento, Universidade Nova de Lisboa;
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, (2011), Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua, Lisboa;
- Vaz, Ester, (2001), "O Quotidiano do Idoso: Esperança ou Desesperança?", in "Intervenção Social, nº. 23/24, ISSS - Departamento Editorial, pp.193-216;
- Veras, Renato, (2002), "Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde", Rio de Janeiro, Relume - Dumara / UNATI.

Suporte eletrónico

- Almeida, Mariana, F., (2007), "Envelhecimento: Activo? Bem Sucedido? Saudável? Possíveis Coordenadas de Análise...". <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/FS17-Art.2.pdf>. Acedido em 02 de Fevereiro, 2013 em <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt>;
- Barreto, João, (s.d), "Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual". <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf>. Acedido em 04 de Fevereiro, 2013; <http://ler.letras.up.pt>;
- Borges, H., Teodora, J., & Valente, R., (2006), "Planeamento da Alta Hospitalar do Idoso em Ortotraumatologia". <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/397>. Acedido em 02 de Março, 2012 em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt>;
- Código de Ética no Serviço Social – Declaração de Princípios, (2007), <http://www.apross.pt/etica.php>, acedido em 05 de Maio de 2013, <http://www.apross.pt>;
- Diogo, Maria José D'Elboux, (2000), "O Papel da Enfermeira na Reabilitação do Idoso", <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12437.pdf>, acedido a 13 de Abril, 2011 em <http://www.scielo.br>;
- Leão, C., Ataíde, Â., Revés, M., Marques, M. Ponte, S., (2011), "Globalização do envelhecimento – o caso português". http://www.cepese.pt/portal/investigacao/working-papers/populacao-e-prospectiva/globalizacao-do-envelhecimento-2013-o-caso-portugues/glob-envelhecimento-portugal_publicaassapso-cepese. Acedido a 10 de Dezembro, 2012, <http://www.cepese.pt>;

- Paúl, Constança, (s.d), "Envelhecimento activo e redes de suporte social", <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>, acedido em 05 de Março de 2013;
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, (2010), Unidades de Longa Duração e Manutenção, <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/constituicao/internamento/Paginas/UnidadesdeLongaDuracaoeManutencao.aspx>, acedido em 15 de Maio de 2013, <http://www.rncci.min-saude.pt>;
- Segurança Social, (2013), Complemento por Dependência, <http://www4.seg-social.pt/complemento-por-dependencia>. Acedido em 22 de Maio, 2013, <http://www4.seg-social.pt>.
- Tomasini, Sérgio, L. V., & Alves, Simone, (2007), "Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência", <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/119/94>, acedido em 11 de Fevereiro de 2013; <http://www.upf.br>;
- Unidade de Cuidados Continuados – Naturidade Rio Maior, (2012), http://www.naturidade-riomaior.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=100&Itemid=206. Acedido em 15 de Dezembro, 2012, <http://www.naturidade-riomaior.pt>.
- Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, (2005), "Qualidade de Vida na Terceira Idade: um conceito subjectivo", <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>. Acedido em 11 de Fevereiro, 2013; <http://www.scielo.org>.

Apêndices

Índice de Apêndices

Apêndice I - Guião de Entrevista aos Profissionais

Apêndice II - Declaração para Autorizar a Gravar a Entrevista

Apêndice III - Grelha de Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Profissionais

Apêndice IV - Organograma

Apêndice V - Quadro n.º 42 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Naturalidade

Apêndice VI - Quadro n.º 43 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Local de Residência

Apêndice VII - Quadro n.º 44 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Cuidador Informal

Apêndice VIII - Quadro n.º 45 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Diagnóstico Principal de Saúde

Apêndice IX - Quadro n.º 46 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Diagnóstico Secundário de Saúde

Apêndice X - Quadro n.º 47 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Intervenção Social - Dimensão Ações Desenvolvidas - Utentes com Alta

Apêndice XI - Quadro n.º 48 Frequência e Valores Percentuais da Categoria Intervenção Social - Dimensão Ações Desenvolvidas - Utentes Internados