

ISABEL MARIA MOREIRA MAXIMIANO LOPES

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NAS
UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS EM TEMPO DE PANDEMIA**

**Estudo Realizado nas ULDM da Comunidade
Intermunicipal do Oeste**

Orientadora: Professora Doutora Hélia Augusta de Magalhães Correia Bracons Carneiro

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Serviço Social**

**Lisboa
2022**

ISABEL MARIA MOREIRA MAXIMIANO LOPES

**A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NAS
UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS EM TEMPO DE PANDEMIA**

**Estudo Realizado nas ULDM da Comunidade
Intermunicipal do Oeste**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção de Grau de Mestre em Serviço Social e Política Social no Curso de Mestrado em Serviço Social e Política Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 07 de janeiro de 2022, perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação nº 316/2021, de 15 de novembro de 2021, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Jacqueline Marques

Arguente: Professora Doutora Inês Espírito Santo

Orientadora: Professora Doutora Hélia Bracons Carneiro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Instituto de Serviço Social

Lisboa

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, que é o meu pilar, a minha força e incentivo, que não se cansa de dizer: “Vai sempre em frente.”

À minha irmã, sempre energética e pronta a ajudar.

Aos meus filhos e marido.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Elsa Norte, por ter-me incentivado e prestado apoio técnico desde o início deste percurso académico. Obrigado pelas horas que me dedicou.

Este trabalho é o resultado de dois anos de muito empenho, dedicação e persistência. Foi um processo solitário, por vezes, acompanhado por momentos de angústia e ansiedade, mas enriquecedor.

Agradeço à Professora Doutora Hélia Bracons Carneiro, minha orientadora, pela partilha de conhecimentos e apoio na realização deste estudo.

À minha amiga de sempre e para sempre, Bé, pela amizade e incentivo.

A todas as Assistentes Sociais que despenderam do seu tempo para participarem nesta investigação.

No mês de março de 2020, foi decretado o estado de emergência em Portugal devido à Covid-19. A todos os profissionais que tiveram de trabalhar arduamente em prol de TODOS, o meu agradecimento, principalmente, aos profissionais de saúde e trabalhadores de Instituições de apoio aos idosos.

RESUMO

Atualmente, a população vive mais tempo e com melhores condições de vida do que num passado recente. O desenvolvimento da proteção social e as políticas de saúde que se têm vindo a verificar criaram condições para um envelhecimento ativo e saudável. Quando se envelhece em situação de dependência, o Estado tenta garantir respostas sociais através de políticas sociais, como forma de dar resposta na continuidade de cuidados. Em resposta a esta necessidade, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), uma política que o Estado regula, mas que, através de acordos e parcerias, coloca a responsabilidade da continuidade de cuidados no terceiro setor e em entidades privadas.

O presente estudo incide sobre a intervenção do Serviço Social nas Unidades de Longa Duração e Manutenção da RNCCI, inseridas na Comunidade Intermunicipal do Oeste, e pretende conhecer o trabalho dos Assistentes Sociais, a envolvência das famílias dos utentes na procura de solução futura para a necessidade específica do utente, assim como os desafios sentidos durante a pandemia provocada pela Covid-19.

O trabalho assenta na metodologia qualitativa com recurso à técnica da entrevista semidiretiva. Foram entrevistadas as sete Assistentes Sociais das Unidades de Longa Duração e Manutenção, pertencentes à Comunidade Intermunicipal do Oeste.

Este estudo mostrou que, dos 180 utentes das ULDM da OesteCIM, 81 são “casos sociais” que, na voz das entrevistadas, são utentes que estão na Rede para resolver a “questão social”, com reduzido suporte familiar e económico, que aguardam vaga protocolada pela Segurança Social em ERPI, vaga esta, que pode demorar anos até ser disponibilizada. Salienta-se a persistência das Assistentes Sociais na tentativa permanente de encontrar uma solução social para estes utentes, bem como na envolvência familiar para manter os vínculos afetivos. Foi relatado que a consequência mais danosa a nível social sentida durante a pandemia foi a ausência de visitas, não só para os utentes como para as famílias.

Palavras-chave: Envelhecimento; Rede Nacional de Cuidados Continuados; Unidades de Longa Duração e Manutenção; Intervenção do Serviço Social, Pandemia.

ABSTRACT

Today, with better living conditions and medical care, the longevity of the population on average is longer than in the recent past. The development of social protection and healthcare policies have created conditions for an ageing healthier and active lifestyle. When you get old in a situation of dependency, the State guarantees social responses through its social policies, to respond to the need for continuity of care. To fulfil this need, the Continued Care National Network (RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) was created. It's a system the State regulates, but which, through agreements and partnerships, places the responsibility for the continuity of care in the third sector and private entities.

This study focuses on the intervention of Social Work in the Long-Term and Care Units (ULDM - Unidades de Longa Duração e Manutenção) of the RNCCI, inserted in the Intermunicipal Community of the West of Portugal (OesteCIM), and aims to explain the work of Social Workers, and the involvement of patients' families in the search for future solution to the specific needs of the patients, as well as the challenges experienced during the COVID-19 pandemic.

The work is based on a qualitative methodology using a semi-directive interview technique applied to the seven Social Workers of the ULDM, which belong to OesteCIM.

The study demonstrates that, of the 180 ULDM patients, 81 are considered "social cases" which, in the words of the interviewees, are patients with a reduced family and economic support, that are in the RNCCI to solve their "social issue", while waiting for a vacancy filed by Social Security in Residential Structure for the Elderly (ERPI- Estrutura Residencial para Idosos), which may take years to become available. The persistence of Social Workers and their permanent attempt to find a social solution for these patients is highlighted, as well as the family involvement to maintain affective bonds. It was reported that the most harmful social consequence caused by the impact of the pandemic was the absence of visits, which affected not only patients, but also their families.

Keywords: Ageing; Continued Care Nacional Network; Long-Term and Care Units; Intervention of Social Work; Pandemic

ABREVIATURAS

ACSS, IP – Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público

APSS – Associação dos Profissionais de Serviço Social

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD – Atividades da Vida Diária

CCI – Cuidados Continuados Integrados

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipas Coordenadoras Locais

ECR – Equipa Coordenadora Regional

EGA – Equipa de Gestão de Alta

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

OesteCIM – Comunidade Intermunicipal do Oeste

OMS – Organização Mundial de Saúde

PII – Plano Individual de Intervenção

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SARS-CoV2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade de Convalescença

UCCI – Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UE – União Europeia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE GERAL	8
INTRODUÇÃO	12
Parte I – Enquadramento Teórico	14
Capítulo I - O Envelhecimento, Família e o Suporte Relacional, as Políticas Sociais e a Pandemia.....	14
1.1 – Envelhecimento	15
1.1.2 - Envelhecimento em Situação de Dependência Física	16
1.2 – Família e Suporte Relacional	18
1.3 – Políticas Sociais	21
1.3.1 – Cuidados Continuados Integrados	25
1.3.1.1 – As Unidades de Longa Duração e Manutenção	30
1.4 – A Pandemia e o Confinamento	32
1.5 – A Intervenção do Serviço Social	35
1.5.1. - Na Saúde.....	35
1.5.2 – Em Cuidados Continuados Integrados.....	39
1.5.3 – Em Situação de Pandemia.....	41
1.6 - A Comunidade Intermunicipal do Oeste	42
Parte II - Enquadramento Metodológico	45
Capítulo II – Metodologia, Objetivos e Participantes.....	45
2.1 – Abordagem Metodológica	46
2.2 – Objetivos Gerais e Específicos	47
2.3 – Questões Éticas afetas à Investigação	49
2.4– Guião de Entrevista.....	49
2.5 – Participantes no Estudo.....	50
Parte III – Estudo Empírico	51

Capítulo III - Apresentação, Análise e Discussão dos dados.....	51
3.1 – Categorias e subcategorias de Análise	53
3.2. - Fatores de risco e vulnerabilidades sociais dos utentes	54
3.2.1 – Fatores de risco dos utentes das ULDM	54
3.2.1.1 – Idade.....	55
3.2.1.2 – Patologias que levaram ao ingresso na Rede	56
3.2.1.3 – Vulnerabilidades Sociais.....	57
3.2.1.4 – Rede de suporte informal de apoio dos utentes das ULDM	57
3.2.1.5 – O poder de decisão no processo de alta	59
3.2.2 – A intervenção do Assistente Social nas ULDM	61
3.2.2.1 – A intervenção do Assistente Social com as famílias e/ou cuidadores	62
3.2.2.2 – O Envolvimento das Famílias e/ou Cuidadores no Plano Individual de Intervenção.....	64
3.2.2.3 – O envolvimento das famílias e/ou cuidadores na procura de solução futura ou resposta social	65
3.2.3 – Objetivos do PII, tempo de permanência e destino pós alta	66
3.2.3.1 – Cumprimento dos objetivos do PII	66
3.2.3.2 – Média de tempo de permanência na ULDM.....	67
3.2.3.3 – Tempo de permanência do utente mais antigo.....	68
3.2.3.4 – Mobilidade na Rede Findo o Tempo de Permanência	69
3.2.3.5 – Dificuldade na concretização de altas.....	69
3.2.3.6 – Destino pós-alta	70
3.2.3.7 – Número de utentes recebidos no âmbito do descanso do cuidador nos últimos dois anos	71
3.2.4 – Desafios do Assistente Social em situação de Pandemia	72
3.2.4.1 – Regime de trabalho adotado durante a pandemia	74
3.2.5 – O impacto da pandemia e confinamento nas relações sociais dos utentes	75

3.2.5.1 – Alterações psicológicas verificadas no âmbito do isolamento	76
3.2.5.2 – Que mudaria se fosse possível voltar atrás?	77
3.2.5.3 – Número de óbitos por Covid-19 na ULDM.....	78
3.2.5.4– Reação das famílias ao surto e ao óbito	79
4. SINTESE REFLEXIVA DOS RESULTADOS	81
CONCLUSÃO	83
BIBLIOGRAFIA.....	88
APÊNDICES.....	94
ANEXOS	xx

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de Utentes por Unidade	53
Gráfico 2- Utente mais novo Vs Utente mais idoso	55
Gráfico 3 – Número de Respostas por Unidade Vs Número de Casos Sociais.....	58
Gráfico 4- Total do Nº de Camas Vs Número de Casos Sociais	59
Gráfico 5 - Tempo de Permanência do Utente mais antigo.....	68
Gráfico 6 - Utentes recebidos nos últimos dois anos para descanso do cuidador	71
Gráfico 7- Número de óbitos por Covid 19 nas ULDM.....	78

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Dimensões, Categorias e Subcategorias.....	54
--	----

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndices 1- Consentimento Informado	i
Apêndices 2- Guião de Entrevista Semidiretiva.....	ii
Apêndices 3 - Grelhas de Análise de Conteúdo	iii
Apêndices 4 - Guião de Entrevista Exploratória	xiv
Apêndices 5 - Entrevista Exploratória.....	xv
Apêndices 6 - Mail enviado aos Assistentes Sociais das ULDM.....	xix

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1- Pedido de Colaboração para Investigação	xxi
--	-----

INTRODUÇÃO

Exercendo a atividade profissional num Hospital onde os doentes com alta, mas com necessidade de continuação de prestação de cuidados de saúde, permanecem demasiado tempo a aguardar uma vaga da RNCCI, causando entupimento nos diversos serviços, a mestranda decidiu-se por este tema, para tentar compreender o motivo da demora. Este tempo de espera varia consoante a tipologia a ingressar, sendo a ULDM a que maior tempo de espera apresenta, não existindo estudos que expliquem esta questão.

A RNCCI foi criada para fazer face à necessidade de continuidade de cuidados após alta hospitalar e tem como objetivos a reabilitação, a readaptação e a reinserção familiar e social, promovendo a funcionalidade e prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades dos utentes. Após um episódio de internamento prolongado, isto é, o tempo que decorre entre a admissão e a alta do doente, mediante as comorbilidades e a sua idade, o doente poderá agravar a sua capacidade funcional, aumentando o risco de dependência física. Consequentemente, cada dia de atraso na admissão aos cuidados de reabilitação poderá contribuir para o agravamento do seu grau de dependência. Estes doentes necessitam de forte suporte familiar ou institucional para fazer face à sua reabilitação, e muitas vezes essas respostas demoram a chegar, protelando a alta hospitalar. Esta realidade é experienciada na atividade laboral da mestranda.

Conjugando a atividade laboral com o percurso académico, e sendo a presente dissertação resultante do mestrado de Serviço Social e Política Social, no intuito de compreender a problemática da continuidade de cuidados integrados, a mestranda optou por incidir a sua investigação nas ULDM da Comunidade Intermunicipal do Oeste, por ser a área integrante da sua residência e de trabalho.

O presente estudo encontra-se organizado em três capítulos.

No primeiro capítulo, o enquadramento teórico principia com os temas: *O Envelhecimento, Família e Suporte Relacional, As Políticas Sociais e a Pandemia*.

De acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI – 2019, ao caracterizar a população dos utentes assistidos na Rede, este indicava que 84.4% tinha idade superior a 65 anos e que mais de metade destes, 51.1%, tinha idade superior a 80 anos, sendo os principais motivos de referenciação para a RNCCI a “Dependência de AVD” e o “Ensino utente/Cuidador Informal”, em cerca de 90% dos utentes referenciados. Face a estes dados, entende-se ser pertinente abordar a questão do envelhecimento e o envelhecimento em situação de dependência, assim como o tema da família, como principal cuidador informal e de suporte

relacional. A RNCCI nasce de uma medida de Política Social, que o Estado promove com parceiros sociais, criando uma resposta social. Este capítulo também irá abordar o tema das Políticas Sociais, encontrando-se os Cuidados Continuados Integrados inseridos neste item.

Em março de 2020, surge, em Portugal, a maior pandemia do século causada pelo vírus SARS-Cov2, elevando os índices de mortalidade no mundo, particularmente nos idosos. Ainda no primeiro capítulo, ficará registado o impacto da pandemia e do confinamento nas relações sociais dos utentes das Unidades estudadas.

É reconhecida a importância do serviço social na saúde, como complemento na conceção e prestação de cuidados de saúde. Os Assistentes Sociais possuem conhecimentos e técnicas capazes de dar respostas a determinados problemas sociais, assumindo-se como elementos facilitadores no acompanhamento e encaminhamento dos utentes internados. A presente dissertação irá dar relevo à intervenção do Assistente Social na saúde e nas ULDM, bem como às estratégias de intervenção face ao surto pandémico. O último item deste capítulo caracteriza a Comunidade Intermunicipal do Oeste – OesteCIM.

De todas as tipologias de internamento na RNCCI, as ULDM são as que possuem maior número de lugares e, no entanto, são as que têm maior tempo de espera para admissão. Este é o problema sobre o qual nos pretendemos debruçar. Concomitantemente, pretende-se conhecer os fatores de risco e as vulnerabilidades sociais dos utentes das ULDM estudadas, assim como a intervenção do Assistente Social e a importância da envolvência da família no planeamento da alta.

O capítulo dois, intitulado de *enquadramento metodológico*, descreve a metodologia usada nesta investigação. Foi adotada a metodologia qualitativa, com recurso à técnica de entrevista semidiretiva, aplicada às Assistentes Sociais das ULDM da OesteCIM, como forma de responder às questões atrás descritas e indo ao encontro dos objetivos gerais e específicos traçados para o estudo.

O capítulo três demonstra a apresentação, análise e discussão dos dados, e é feita a síntese reflexiva dos resultados obtidos. Por fim, é apresentada a conclusão do estudo.

A finalidade desta dissertação é oferecer uma visão das vulnerabilidades económicas e sociais dos utentes das ULDM da OesteCIM, que poderão ser um espelho das ULDM de todo o país, bem como conhecer a intervenção e os desafios dos Assistentes Sociais nestas Unidades no contexto da pandemia. A mestranda, através deste estudo, deu voz a estes profissionais para que se reconheça e divulgue a dificuldade existente na reinserção social dos utentes das ULDM.

Parte I – Enquadramento Teórico

O enquadramento teórico contém os capítulos a abordar e que definem o contexto do estudo. O Relatório de Monitorização da RNCCI de 2019 indicava, referindo-se à caracterização da população que integra a Rede, que 84.4% tinham idade superior a 65 anos e que 51.1% do total desta população tem idade superior a 80 anos. Nesta primeira parte será exposto o tema do envelhecimento, a intervenção das famílias e as Políticas Sociais, como forma de contextualização do objeto de estudo.

Capítulo I - O Envelhecimento, Família e Suporte Relacional, as Políticas Sociais e a Pandemia

Neste capítulo, serão abordados os temas pertinentes para compreender a problemática da presente investigação.

Primeiramente, será tratado o tema do envelhecimento como principal fator do aumento da dependência e incapacidades dos indivíduos.

Seguidamente, abordar-se-á a alteração da intervenção das famílias que outrora desempenhavam o papel de cuidadores e que, atualmente, devidos às grandes transformações sociais, veem essa função mais dificultada. Surgem, então, as políticas sociais para fazer face a esta carência e é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados, aspetos que também irão ser descritos neste capítulo. Esta rede surge como uma resposta incluída no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de Segurança Social com vista à reabilitação, readaptação e reinserção social. Para esta reinserção social, é fundamental o desempenho do Assistente Social, pelo que será também abordada a intervenção do Serviço Social na saúde e em Cuidados Continuados Integrados. O estudo irá ser focalizado nas ULDM da Comunidade Intermunicipal do Oeste (OesteCIM). Pretende-se conhecer os fatores de risco e as vulnerabilidades sociais destes utentes, a intervenção dos Assistentes Sociais com o utente e as famílias e/ou cuidador e a envolvência das famílias no planeamento da alta. Nesta tipologia, é dada a possibilidade de internamento para descanso do cuidador, o que também será referido no presente estudo.

Em março de 2020, surge o primeiro confinamento devido à situação pandémica vivida. Face à pertinência do tema, será abordado na penúltima parte deste capítulo, a relevância do Assistente Social nas ULDM, as suas estratégias de intervenção face ao confinamento, os maiores desafios enfrentados em contexto de pandemia bem como o seu impacto nos utentes e nas suas relações sociais.

O último tema será dedicado à caracterização da OesteCIM e às ULDM pertencentes a esta comunidade.

1.1 – Envelhecimento

A idade biológica e a perda de funcionalidade estão associadas ao ciclo da vida e ao processo de envelhecimento. É progressivo e inevitável. As mudanças que vão ocorrendo implicam a adaptação do indivíduo às limitações e à perda.

Há fatores que são determinantes para um envelhecimento ativo e aumento da qualidade de vida. Estes fatores podem ser, de acordo com Carvalho (2012), de ordem pessoal - biológicos, genéticos e psicológicos -; de ordem comportamental - estilo de vida saudável e um cuidado da própria saúde -; de ordem económica - a proteção social, rendimentos, trabalho -; e fatores sociais e de saúde - apoio social, educação, alfabetização, prevenção de violência, abusos e prevenção de doenças. São de salientar os progressos médicos e científicos, uma melhor nutrição, saneamento e higiene que se têm verificado nos últimos anos como fatores de aumento da longevidade humana, bem como a garantia, dada por cada país pertencente à Organização Mundial de Saúde (OMS), da proteção à saúde dos seus cidadãos como um direito a cumprir.

A OMS tem lançado orientações estratégicas referentes aos novos planos de saúde, reforçando a importância da responsabilidade individual pelo seu estado de saúde e pela adoção de comportamentos e atitudes saudáveis. “Ser detentor de maior ou menor potencial de saúde depende da capacidade do indivíduo em adotar preceitos conducentes a uma vida saudável” (Guerra, 2016, p.187). Um envelhecimento saudável e ativo poderá proporcionar um nível de inclusão e participação social durante um longo tempo e representa ganhos diretos na economia. Ser idoso é ser portador de vivências, projetos de vida e experiências acumuladas ao longo da vida. Nunca foi possível viver-se tanto tempo com boa qualidade física e mental. É possível envelhecer saudável até uma idade avançada. “Esta evolução biológica cria verdadeiras bibliotecas humanas à disposição dos mais jovens que, com elas, queiram aprender a viver e a aproveitar aquele *corpus* de sabedoria profunda que só os anos permitem acumular” (Carneiro *et al*, 2012, p. 26).

Carvalho (2012) refere que, com o aumento da esperança de vida, se evidencia uma melhoria dos serviços de saúde e das condições de vida da população, mas que isso se vai traduzir num envelhecimento demográfico com repercussões a nível da saúde e da segurança

social. Será necessária a constituição de uma estrutura de oportunidades que reconheça que ser idoso é continuar a ser pessoa com direitos e deveres de cidadania. Garantir os direitos humanos dos idosos como está estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (resolução 217ª III da Assembleia Geral) é um caminho para reduzir os riscos de maus-tratos, discriminação e de os tornar mais autónomos.

É essencial promover a participação e a contribuição dos idosos na sociedade, ajudando a preservar a qualidade de vida, a autonomia, as relações sociais e a independência.

Em Portugal, o número de idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar anualmente em resultado da baixa natalidade e do aumento da longevidade. De acordo com o INE - Estatísticas Demográficas de 2019, a esperança média de vida à nascença, em 2019, era de 80.8 anos e a relação entre o número de idosos e os jovens traduziu-se num índice de envelhecimento de 163.2 idosos por cada 100 jovens, em que 22.1% da população residente em Portugal tem 65 e mais anos de idade, sendo que o Alentejo é a região com o maior número de população idosa, seguida da região centro. A maior proporção de óbitos ocorre em idades cada vez mais avançadas. Ainda de acordo com as projeções do INE, em 2080, a população idosa em Portugal passará de 2.1 para 2.8 milhões, o índice de envelhecimento será de 317 idosos para cada 100 jovens, prevendo-se que mais pessoas atingirão idades avançadas, aumentando também o índice de dependência, o que causa impacto nos cuidados de saúde¹.

Como refere Rosa (2012), “Portugal é, atualmente, um dos países mais envelhecido do espaço europeu e, como tal, do mundo” (p. 27).

Num futuro próximo, a população irá continuar a envelhecer e, como argumentou Rosa, “o problema da sociedade portuguesa não é o do envelhecimento da sua população, mas antes o da incapacidade de pensarmos de modo diferente perante uma estrutura populacional que tem outros contornos, porque envelhece” (2012, p. 81). Estamos perante um fenómeno inevitável que merece uma reflexão cuidada.

1.1.2 - Envelhecimento em Situação de Dependência Física

O prolongamento da vida é acompanhado pelo aumento da dependência física e/ou psíquica que, por sua vez, vai ser responsável pela perda de mobilidade e de autonomia, pela incidência de doenças crónicas e degenerativas de evolução prolongada, fazendo diminuir a

¹ INE – Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto – Consultado em 12.12.2020.

capacidade funcional (Rodrigues T. , 2018). Gradualmente, há um aumento da dependência, da morbilidade e da diminuição da funcionalidade que vai afetar o idoso não só a nível psicológico, social, mas também na capacidade de decisão, controlo da sua vida e também da sua família.

A passagem do tempo leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, aumentando o risco de contrair diversas doenças, assim como o declínio das capacidades. A falta de recursos, quer económicos quer habitacionais, as mudanças sociais que se fazem sentir ao longo do ciclo de vida com as perdas de relações próximas importantes levam tendencialmente ao isolamento, assumindo uma situação de dependência. A solidão, a falta de rendimentos e a inatividade são fatores de risco. O principal motivo para os idosos optarem pela institucionalização diz respeito à incapacidade em assegurar as Atividades de Vida Diária (AVD) e à impossibilidade de a família prestar cuidados (Carneiro *et al*, 2012).

Em situação de dependência, as famílias fazem um esforço para articular quer com as redes de apoio informal, como vizinhança e família, quer com as redes de apoio formal disponíveis através das políticas sociais de apoio à velhice, com custos associados, na área da saúde e na proteção social.

Monteiro *et al* refere que “a dependência pode ser um estado provisório ou definitivo que, por razões associadas à falta ou perda de autonomia, seja esta de origem física, psíquica ou/e intelectual, em que indivíduos necessitam de ajuda de terceiros para realizar as atividades básicas quotidianas” (2013, p. 165). Nos idosos, a situação de dependência pode resultar de fatores externos como a “fragilidade económica, resultado de baixos rendimentos, isolamento social, dependência de familiares, escassez de redes de suporte e apoio social” (*ibidem*).

Nos dados do Eurostat, Portugal surge como o segundo país da União Europeia com as mais altas taxas de população idosa com limitações nas AVD's, devendo aumentar com o envelhecimento da população. Estes indicadores reportam que, em 2019, o índice de dependência dos idosos em Portugal apresentava um valor de 34.5%, estando na região do Alentejo o maior número, seguida da região Centro.

De acordo com Rodrigues, “Em Portugal as principais causas de morbilidade e mortalidade devem-se a doenças crónicas e degenerativas, neoplasias e doenças do aparelho circulatório que afetam particularmente os mais velhos” (2018, p. 21). Assim, temos um país envelhecido e com um alto índice de dependência dos mais idosos.

Carneiro *et al*, indicam que 2 a 4% dos idosos com mais de 65 anos têm necessidade de apoio para a realização das atividades quotidianas, sendo os familiares os principais cuidadores

e que “o suporte e o apoio da família são um fator protetor de risco de mortalidade” (2012, p. 44).

Conforme é referido pela Direção-Geral da Saúde, na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2050, as doenças crónicas são responsáveis por 88% das incapacidades em Portugal, destacando-se as perturbações musculoesqueléticas, as perturbações mentais e do comportamento.

É fundamental promover a autonomia nos idosos como forma de minorar as suas incapacidades.

O Conselho Económico e Social (2013), realça o aumento de doenças associadas ao envelhecimento como as doenças crónicas e a demência. Esta última atinge 2% das pessoas com mais de 65 anos, 30% das pessoas com mais de 80 anos e 45% das pessoas com mais de 90 anos. Salienta a insuficiência e incapacidade das respostas sociais e de saúde para fazer face a este problema, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, na articulação entre o setor da saúde e o setor social, a falta de mão de obra qualificada para trabalhar com esta população com necessidades específicas. O aumento deste número de doenças e de pessoas com incapacidades físicas e mentais exigirá novas competências por parte dos profissionais de saúde e dos cuidadores. Existe dificuldade em encontrar respostas que preservem a dignidade dos idosos, permitindo-lhes permanecer num ambiente adequado à sua situação. A atuação ideal seria a prestação de cuidados de saúde domiciliários, preservando o seu ambiente familiar, mas a estrutura familiar tradicional está em transformação, e o papel da mulher, que na maioria dos casos é quem presta cuidados aos familiares idosos, está em mudança, tornando-se difícil depender da sua ajuda.

Cada vez mais os idosos vivem sozinhos, e, quando já não têm condições físicas e psíquicas para se manterem autonomamente, são integrados em lares ou residências, que, por sua vez, desempenham o papel da família e prestam o apoio necessário.

Rodrigues refere que “Nos próximos anos Portugal terá de se adaptar a uma população mais escassa, mais envelhecida, menos dinâmica e mais dependente.” (2018, p. 36)

Urge o investimento em equipamentos e meios humanos diferenciados para fazer face a esta nova realidade.

1.2 – Família e Suporte Relacional

Num passado recente, em que Portugal vivia uma economia predominantemente rural, o papel da mulher era o de cuidar da casa e da família, habitualmente com um grande número

de filhos. Os livros de instrução das escolas primárias, até aos anos 70, reforçavam que às mulheres competiam sobretudo, “os arranjos domésticos, manter o asseio, a ordem e a alegria no lar” (Livro de Moral e Educação Cívica, 1967). Os idosos mantinham-se no seio familiar num sistema de interajuda. A longevidade, relativamente aos dias de hoje, era mais reduzida. Em 1970, a esperança média de vida era de 67 anos (PORDATA, 2019).

No entanto, a ideologia patriarcal tradicional instituída pelo Estado Novo, em que a apologia da mulher doméstica era voltada exclusivamente para a maternidade e cuidados da família, foi sendo derrubada a favor de novos ideais de igualdade. Com a Constituição da República Portuguesa de 1976, foi reconhecido o direito à igualdade entre homens e mulheres. Nos anos subsequentes, dá-se a entrada maciça das mulheres no mercado de emprego. As políticas governamentais foram sendo progressivamente orientadas para a conciliação da vida profissional e familiar. Atualmente, há uma percentagem muito elevada de mulheres com filhos menores que trabalham a tempo inteiro.

Carneiro *et al* afirmam que a industrialização trouxe uma modificação nas famílias portuguesas, caracterizada pela urbanização, pela mobilidade geográfica, pela nuclearização das famílias, rompendo com a convenção da família tradicional que cuidava e tratava, “chegando ao caso de os filhos não terem tempo ou vontade para estar com os seus pais” (2012, p. 44).

Assim, a ideia de família tem sido alterada ao longo dos anos, devido essencialmente às transformações que a estrutura familiar tem sofrido.

Segundo Amaro, “uma das características da sociedade contemporânea é a pluralidade das formas de família” (2014, p. 8), verificando-se um aumento das pessoas solteiras, homens e mulheres, que vivem sozinhos. A grande maioria das famílias unipessoais é constituída por idosos e, de acordo com Torres e Baptista, há um aumento dos núcleos de famílias unipessoais, famílias formadas por uma só pessoa, podendo este facto ser por opção pessoal assumida, ou surgir como consequência de “um prolongamento do envelhecimento e da situação de viuvez, com particular destaque para as mulheres” (2008, p. 136). Estes autores defendem que as famílias portuguesas se refletem ao longo das transformações políticas, económicas, sociais, culturais e religiosas que se têm verificado, tendo o Estado por maior interventor nas suas vidas, através das políticas e dos seus agentes.

A família está em mudança, impulsionada pela globalização. A figura da mulher doméstica que fica em casa a cuidar exclusivamente da família, atualmente, é escassa. A mulher *empoderou-se* e foi conquistando a sua independência, investiu na sua carreira profissional, está

mais livre, assume o controlo da natalidade. Os relacionamentos matrimoniais são mais abertos e menos estáveis, e as relações familiares são afetadas pelas ruturas matrimoniais, colocando novos desafios em termos de necessidades sociais no processo de envelhecimento. Os casais não esperam que os filhos lhes garantam a sobrevivência na velhice. Segundo Beck, o processo de modernização desencadeado fez desmoronar o sistema intrassocial, conduzindo a uma “destraditionalização das formas de vida da sociedade industrial” (2005, p. 112). No entanto, de acordo com Carneiro *et al*, “a família é uma célula fundamental, enquanto lugar privilegiado de trocas intergeracionais, onde [as pessoas] se encontram, se interajudam e complementam” (2012, p. 33).

As redes de apoio informal são compostas pela família, amigos, vizinhos e grupos sociais que conseguem apoiar e dar resposta às necessidades diárias dos indivíduos. A existência deste tipo de rede permite resolver muitos dos problemas de saúde sem a intervenção das instituições oficiais. Como é descrito por Hespanha (1994), esta rede baseia-se mais na família nuclear, mas envolve outros núcleos de parentesco, como amigos e vizinhos.

Para Payne, “os parentes, e especialmente os esposos, são aqueles em quem se confia a maioria da assistência pessoal, embora o apoio social possa vir de vizinhos e amigos” (2002, p. 213).

Do ponto de vista emocional, a família com um bom suporte relacional desempenha um papel fundamental no apoio ao idoso, sobretudo na última etapa da vida, pois, quando as capacidades diminuem e a autonomia escasseia, é junto da família que se sente mais protegido e amado.

Pimentel *in* Maia & Fernandes refere que “as gerações mais jovens assumem a responsabilidade de cuidar dos mais velhos. O modo como cuidam é tão diverso quanto as dinâmicas e estruturas das famílias (...)” (2015, p. 175), procurando por vezes apoios externos e organizando-se para desempenhar a sua função. “Nunca as famílias tiveram tantos dos seus elementos idosos a necessitar de cuidados e jamais por períodos tão longos” (*ibidem*).

Carvalho (2015) crê que a principal razão para a prestação de apoio familiar às pessoas idosas é o tipo de relacionamento existente, baseado num compromisso afetivo constituído ao longo dos anos, fundamentado no amor e no afeto, sobrepondo-se aos princípios e valores morais implícitos no dever de cuidar enquanto obrigação.

Em famílias com pessoas idosas a cargo, a conciliação entre vida profissional, familiar e pessoal passa essencialmente a ser da responsabilidade da mulher, não sendo um “contrato” imposto, mas sendo essas as regras que a própria família define, verificando-se também a

existência de homens com o papel de cuidadores informais, prestando cuidados à esposa em situação de dependência.

Em Portugal, grande parte das famílias assume o cuidado dos seus familiares idosos como um processo natural, cultural e social, recorrendo, em caso de necessidade, aos elementos da rede familiar e/ou amigos e dependendo da proximidade residencial. Cuidar implica uma dedicação de responsabilidade social envolvente e humana, compromisso esse que, por vezes, se pode tornar exaustivo.

O tipo de apoio que as famílias prestam varia consoante a classe social. A classe popular solicita suporte formal no âmbito da solidariedade social, ao nível de cuidados domiciliários, institucionais de dia ou de noite. Quando não existe ou é inacessível ou insuficiente, a família define estratégias de partilha de tarefas para cuidar, seja na própria casa ou deslocando-se à habitação do idoso. Estas situações têm repercussões na dinâmica familiar, trazendo alterações de rotinas e modificações de comportamentos. As famílias com rendimentos suficientes adquirem cuidados no mercado, através da contratação de empregadas domésticas ou de serviços organizados por empresas privadas com profissionais qualificados.

Os cuidadores podem sofrer de *stress* físico e psíquico relacionado com a atividade de cuidar de um idoso dependente, o que poderá ter efeitos para o cuidador e para o idoso a cuidar, podendo resultar em atos de violência de ambas as partes.

Apesar da exaustão que o cuidar implica e das mudanças que se têm vindo a verificar com as famílias profissionalmente ativas, das dificuldades e indisponibilidades, a família continua a ser o principal apoio no cuidado ao idoso, cabendo esse papel essencialmente à mulher.

1.3 – Políticas Sociais

As transformações sociais que originaram entre outros problemas, o empobrecimento de grande parte da classe média, devido ao desemprego de muitos trabalhadores, que causou insegurança e a queda do número de nascimentos, fizeram com que no século XIX se levasse à discussão a ordem social e pela primeira vez se utilizasse a expressão “questão social”. A solução para este problema passaria pela intervenção do Estado como forma de garantir a proteção dos mais desfavorecidos com as políticas distributivas e a prestação de serviços. As políticas sociais foram criadas para dar resposta às necessidades sociais.

A questão social é referenciada desde a Idade Média, sendo assegurada sobretudo pelas ordens religiosas como forma de assistencialismo aos mais necessitados. Na Grã-Bretanha, em 1834, são criadas as “Poor Laws”, leis para auxiliar os pobres na procura de trabalho, por vezes “obrigados a vender a sua força de trabalho, mesmo a baixo preço para sobreviver” (Rosanvallon, 1984, p. 113). Estas leis foram, no entanto, a primeira legislação a favor dos mais desfavorecidos. Em Portugal, o Conselho Geral de Beneficência, mais preocupado com a manutenção da ordem pública do que propriamente com os pobres, cria, em 1835, uma lei para extinguir a mendicidade. É precisamente devido à preocupação pela ordem social existente que o Estado intervém.

O nascimento do Estado Providência acontece em 1883 na Alemanha com o plano do Chanceler Otto Bismarck, que cria os primeiros seguros de saúde para assistência em caso de acidente de trabalho, doença ou invalidez e a grande maioria dos países europeus adere, cada um à sua maneira. Em Portugal, só em 1916 é criado o Ministério do Trabalho e da Previdência Social e, em 1919, o Instituto de Segurança Social. Foram então criados os primeiros seguros sociais obrigatórios, na doença, nos acidentes de trabalho, nas pensões de invalidez, velhice e sobrevivência. É o primeiro marco na formação do Estado Providência em Portugal. Com a instauração do Estado Novo (1933-1974), este regime autoritário instaura diferentes sistemas de proteção aos trabalhadores: não só cria a Caixa Geral de Aposentações - orientada para a proteção aos funcionários públicos, para os trabalhadores da indústria, comércio e serviços -, como também os seguros sociais obrigatórios baseados em caixas e instituições de previdência, financiados por um modelo de capitalização com o propósito de cobrir eventualidades de doença, velhice e invalidez (Silva, 2013).

Maia (1990) refere que o Professor Marshall, no final do século XIX, utiliza a expressão “Política Social” para fazer referência às políticas emanadas pelos governos respeitantes às atuações que têm impacto direto no bem-estar dos cidadãos, proporcionando-lhes serviços, rendimentos, segurança social, assistência pública (ou nacional), serviços de saúde e de bem-estar e política de habitação. De acordo com o autor, esta não foi a primeira definição de “Política Social”, mas a que melhor se justifica quer no papel da garantia das necessidades sociais, como serviços de saúde, de habitação, ação social, quer no de prestações pecuniárias como a atribuição de abonos de família, pensões e outras prestações dos sistemas de segurança social.

Na XVI Conferência Internacional da Ação Social, foi definida “Política Social” como o “conjunto de programas e medidas que têm por finalidade assegurar o bem-estar social, tal

como é definido por determinada sociedade, e que reflete certas prioridades e valores julgados importantes por essa sociedade” (Maia, 1990, p.7).

Para Costa (1998), a política social lança mão de todas as áreas científicas relevantes para a compreensão das questões e dos problemas e integra os diversos contributos científicos no contexto de uma determinada realidade social complexa.

Luz (2016) considera que o bem-estar público adquire o sentido de bem-estar social, pela articulação das políticas sociais com o conceito de bem-estar, tendo o estado por interventor na economia e na sociedade. Estado Providencia ou Estado de bem-estar social é um tipo de organização política e económica no qual o estado tem a função de agente da promoção social, proteção da população, organizador da economia e garantia de serviços públicos.

Como declara Santos, “o direito à saúde e as políticas de saúde são parte integrante dos direitos sociais e das políticas sociais” (1990, p. 193), sendo uma das dimensões básicas do Estado Providência ou Estado de bem-estar e que resulta de um compromisso entre o Estado, o capital e o trabalho. O Estado para cumprir com as suas funções sociais deve ter recursos financeiros. Estes recursos são obtidos através da tributação (impostos) das pessoas e empresas. Assim, o Estado transforma os recursos financeiros obtidos em capital social que vai servir de investimento social e consumo social, com o objetivo de promover segurança e bem-estar social, nomeadamente aos mais desfavorecidos, vulneráveis e em caso de doença, desemprego ou aquando da reforma (Silva F. C., 2013).

O Estado Providência assume um carácter prestativo e onnipresente, alicerçado em órgãos sociais institucionalizados de acesso a bens sociais básicos, como a educação, a saúde, a segurança, a habitação, o bem-estar e a qualidade de vida.

A Organização das Nações Unidas (ONU) criou, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de garantir a proteção à saúde a todos os cidadãos e incentiva todos os países a desenvolver os seus padrões de saúde, passando aquela a ser um direito básico e fundamental para o ser humano. Passa a ser do governo a responsabilidade pela saúde da sua população (Guerra, 2016).

O direito à saúde em Portugal só viria a ser constitucionalizado com a Lei Nº 56/79 de 15 de setembro. O Artigo Nº 1 decreta a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde nos termos da Constituição. O Artigo 2º refere que “visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população” e o Artigo 4º alínea 1) assume que “o acesso ao SNS é garantido

a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social”. São, assim, instituídos um conjunto de medidas, instituições e serviços prestadores de saúde a toda a população, como os hospitais gerais, hospitais especializados e centros comunitários de saúde gratuitos. Esta foi uma das legislações mais marcantes da história de Portugal, passando de serviços de saúde centrados no “setor privado para um Estado mais presente, que assumia o papel principal na prestação direta de cuidados, remetendo para o setor privado uma participação complementar” (Rodrigues, 2018, p.163). Deste modo, o Estado passa a ser responsável pela política de saúde em Portugal. O SNS é considerado o pilar de sustentação do estado de bem-estar e a sua proteção abrange o desemprego, a doença e vulnerabilidade, a maternidade, a velhice, a invalidez, a viuvez, a orfandade e os desalojados.

De acordo com Silva, 1975 é o ano que marca quase um século de desenvolvimento do Estado-Providência na Europa, e em que se questiona a sua “manutenção” ou “desmantelamento”. No entanto, em Portugal “é a altura em que se redige e aprova a nova Constituição, por sinal a mais generosa do mundo no que diz respeito a direitos sociais” (2013, p. 24).

“As políticas de saúde são uma pedra angular na definição e reconhecimento da boa governação e traduzem as aspirações do projeto coletivo de uma nação no campo dos direitos humanos e do desenvolvimento social e económico” (Guerra, *in* Albuquerque, 2016, p. 178).

Com o investimento nos cuidados de saúde primários e com a criação de programas de vigilância, apostando nas áreas da Obstetrícia e Neonatologia, verificou-se uma redução significativa nas taxas de mortalidade infantil, perinatal e materna (Guerra, 2016).

Com a aprovação da Lei de Bases da Saúde, Lei Nº 48/90, a proteção à saúde passa “pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados” (1990, p.1). Esta lei estabeleceu o pagamento de taxas moderadoras, a aplicação de um preçário sobre os cuidados de saúde e apoiou o desenvolvimento do setor privado da saúde, especialmente as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). O Estado declinou o princípio da gratuitidade e deixou de ser a única entidade prestadora de cuidados de saúde.

Como relata Rodrigues, os direitos sociais e económicos fazem parte do modelo de cidadania social, baseados na ideia de justiça social, e enquadram-se na distribuição de rendimentos como consequência da “proteção aos mais vulneráveis, aos pobres e aos trabalhadores, sob a lógica de princípios como os da solidariedade e da igualdade” (2010, p. 191).

Portugal dispõe de uma considerável quantidade de instituições de solidariedade social, privadas, públicas, associativas e fundacionais, a que se deve grande parte da cobertura das necessidades sociais. Carneiro, *et al* acreditam que “estas instituições multiseculares, independentemente da sua natureza, estão hoje muito vulneráveis pela dependência excessiva das transferências do Estado” (2012, p. 27).

Atualmente, verifica-se a minimização dos direitos sociais através da erosão do Estado Social, outrora conquistados, passando a ter novos limites e significados para as políticas sociais.

A orientação das políticas sociais é alterada. Assiste-se, gradualmente, à “retirada” das funções do Estado, passando a proteção social a ser maioritariamente do domínio da sociedade civil (IPSS, ONGs, Igrejas e família). O Estado assume uma posição reguladora da ação social, promovendo, financiando e fiscalizando os recursos sociais e de saúde. “Delega assim as suas funções em organizações privadas, lucrativas e não lucrativas, a função pública de prestação de serviços sociais” (Carvalho, Paoletti, & Rego, 2011, p. 116). O setor social privado dá o seu contributo, mas não oferece as mesmas vantagens.

Monteiro *et al* salienta que “o surgimento de novas políticas sociais, apostando nos cuidados continuados, favorece o desenvolvimento de cuidados especializados e diferenciados, possibilitando as altas hospitalares de situações que apenas necessitam de reabilitação e tratamento continuado” (Monteiro *et al*, 2013, p.169). Assim surgem os Cuidados Continuados Integrados, uma continuação de cuidados prestados, em que o Estado entra em acordo com os parceiros sociais, maioritariamente com IPSS mas também com entidades privadas, para satisfazer as necessidades de resposta.

1.3.1 – Cuidados Continuados Integrados

Denominam-se Cuidados Continuados Integrados os cuidados de convalescença, reabilitação e manutenção de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência, visando a sua recuperação numa abordagem de intervenções de saúde e de apoio social, melhorando a sua funcionalidade através da reabilitação, da readaptação e reinserção familiar e social. Incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social (Artigo 5º do DL 101/2006 de 6 de junho de 2006). Através desta política social, foi possível desenvolver e investir nos cuidados continuados, promover a distribuição de respostas, potenciar os recursos

existentes e criar respostas adequadas às alterações da funcionalidade dos indivíduos em situação de dependência.

Até 1990, as respostas sociais que prevaleciam para idosos eram os lares, as residências e os apoios domiciliários e, em casos de necessidade de continuidade de cuidados, existiam clínicas de retaguarda contratualizadas com alguns hospitais. Com a entrada de Portugal na União Europeia (UE), houve uma mudança social e política nas respostas sociais para idosos.

Face à carência de respostas para pessoas idosas com dependência funcional, doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, foi criado o Programa do XVII Governo Constitucional, que definiu, através do Decreto-Lei N. 101/2006, a RNCCI, uma resposta em articulação com o setor da saúde e da Segurança Social, destinando-se a pessoas que, independentemente da idade, estejam em situação de dependência funcional e necessitem de cuidados continuados de saúde e de apoio social. Esta política social determinada por este Programa criou respostas adequadas com base em parcerias públicas, sociais e privadas para colmatar as necessidades existentes, tendo o Estado por principal incentivador. Esta lei não se dirige explicitamente a pessoas idosas, mas é maioritariamente esta população que beneficia dela.

A integração dos cuidados de saúde “pode ser vista como uma etapa no processo de tornar os sistemas de saúde e a atenção à saúde mais completos e integrais” (Kodner & Spreeuwenberg, 2002, p. 2).

A RNCCI tem uma Coordenação Nacional, cinco Equipas de Coordenação Regional (ECR) – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve - constituídas por representantes de cada administração regional de saúde e várias Equipas de Coordenação Local (ECL), asseguradas pelos concelhos que podem coincidir com uma freguesia ou agrupamento de freguesias. As ECR e ECL devem incluir um médico, um enfermeiro, um assistente técnico da área social e outros profissionais sempre que se justifique. As ECR articulam com as ECL e a Coordenação Nacional de modo a efetuarem o planeamento, a avaliação, a gestão e o controlo da Rede (Instituto da Segurança Social, 2019).

Os objetivos da RNCCI são:

- a) “A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;

- c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.” (D.L. 101/2006, p. 3858)

A prestação de cuidados visa a recuperação global e a manutenção, de um processo ativo e contínuo para tratamento da fase aguda da doença ou prevenção que compreende a sua “reabilitação, readaptação e reintegração social”, conforme o Artigo 5º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 06 de junho. A Portaria nº 50/2017 de 02 de fevereiro altera o disposto anterior e refere “...reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a pessoas que se encontrem em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar”, dando ênfase sempre que possível à reintegração no seio familiar.

Relativamente aos princípios em que se baseia a Rede destacam-se os seguintes:

“a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados; h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção...; i) Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação de cuidados;”

O processo de referenciação dos doentes à RNCCI pode ser efetuado pelos hospitais ou pelos Cuidados de Saúde Primários. Caso o doente esteja internado num Hospital do SNS, a referenciação pode ser efetuada pela EGA desse Hospital por profissionais de saúde, designadamente Médicos, Enfermeiros e Assistentes Sociais, mediante critério clínico, desde o início do internamento hospitalar e até quatro dias antes da data prevista da alta. Caso esteja no domicílio, o contacto deve ser feito através da equipa da Unidade de Saúde Familiar da área de residência, Médico de família, Enfermeiro ou Assistente Social que, depois de avaliar, e caso exista critério, irá fazer a proposta à ECL. A referenciação decorrente de um internamento deve ser feita o mais atempadamente possível, para não comprometer o nível de rotatividade dos doentes, o que se refletiria no aumento de dias de internamento e na ineficácia da prestação de cuidados hospitalares aos doentes agudos (Martins & Melo, 2008).

O Relatório de Monitorização da RNCCI de 2019 indica que 79.6% dos doentes referenciados por hospitais foram para unidades de internamento, sendo a maior percentagem para Unidades de Convalescença.

Têm direito ao acesso à RNCCI todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou dependência prolongada, idosos em situação de fragilidade, incapacidade grave, com impacto psicossocial, doença em fase terminal ou avançada e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social, pessoas com doença mental grave e crianças e jovens que necessitem de cuidados de internamento.

Os cuidados são conferidos por equipas multidisciplinares, especialmente nas áreas de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e serviço social, devendo o utente ser analisado como um todo, conjugando-se estes diferentes profissionais numa intervenção eficaz. Esta equipa multidisciplinar converge o parecer de cada elemento, executando um plano individual de intervenção (PII), sendo essencial que a equipa construa uma boa relação entre si, focalizada no utente e promovendo o seu bem-estar.

É possível a mobilidade por transferência dentro da Rede desde que devidamente fundamentada e em conformidade com o critério de proximidade ao domicílio ou, quando esgotados os prazos de internamento e os objetivos terapêuticos não tiverem sido atingidos, pode ser efetuado um pedido de prorrogação do internamento ou a mobilidade para outra unidade mais adequada à sua situação e recuperação.

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

- Unidade de ambulatório (Unidade de dia e promoção de autonomia);
- Equipas Hospitalares (Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos);
- Equipas domiciliárias (Equipa de cuidados continuados integrados; Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos);
- Unidades de internamento: (Convalescença até 30 dias, Média Duração e Reabilitação até 90 dias, Longa Duração e Manutenção mais de 90 dias e Cuidados Paliativos).

Estão definidas unidades de internamento e equipas de CCI de saúde mental para pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial para adultos, e Cuidados Continuados Integrados Pediátricos destinados à infância e adolescência.

Na área da saúde mental, as respostas incluem residências de apoio máximo a adultos, residências de apoio moderado, residências autónomas, residências de treino de autonomia e residências de treino de autonomia para a infância e adolescência.

O valor a pagar pelo utente diz respeito à prestação de cuidados de apoio social nas UMDR e ULDM e depende do rendimento do agregado familiar, sendo calculado pela ECL.

O Relatório de Monitorização da RNCCI – 2019, ao caracterizar a população dos utentes assistidos na Rede, indica que 84.4% dos utentes tinha idade superior a 65 anos e destes mais de metade, 51.1%, tinha idade superior a 80 anos. Refere ainda que 69.7% dos utentes antes de ingressar na Rede coabitava com a família natural e 25.1% viviam sós, necessitando de vários tipos de apoio (alimentação, higiene e medicamentos) que na grande maioria era prestada pelos familiares. Os principais diagnósticos que levaram os utentes à admissão na Rede dizem respeito a doenças do foro cerebral (AVC, hemorragia intracerebral entre outras) com 22.5%, fraturas de colo do fémur - 11.8% - e úlceras crónicas da pele - 6.6%.

O referido relatório, menciona que o número de lugares de internamento era 8.884, sendo 1.078 em Unidades de Convalescença, 2.873 em Unidades de Média Duração e Reabilitação, 4.916 em Unidades de Longa Duração e Manutenção e 17 lugares em Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos. A taxa de ocupação é muito elevada: na tipologia de ULDM com 98% de ocupação, UMDR 95% e UC 89%. A nível nacional, a tipologia que recebeu mais utentes referenciados foi ECCI com 29.5%, seguida de UMDR com 27% e de ULDM com 24.1%.

A alta deve ser preparada antecipadamente com vista a encontrar a solução mais apropriada à necessidade do utente. Entre os diversos direitos do utente, destaca-se o direito à sua participação e dos seus familiares ou cuidadores informais, no Plano Individual de Intervenção (PII), desde que contribua para o seu bem-estar e equilíbrio psicoafectivo. O Relatório de Monitorização da RNCCI – 2019, ao mencionar o “motivo alta”, indica que 82.2% dos utentes atingiram os objetivos propostos no PII, 77% foram para o domicílio, dos quais 75.5% necessitava de apoio e 11.6% foram encaminhados para outras respostas sociais.

Das respostas de internamento no âmbito das IPSS, 51.6% são Santas Casas da Misericórdia distribuídas por todo o país. Os principais motivos de referenciação para internamento na RNCCI são: “Dependência de AVD, 90%; “Ensino utente/Cuidador Informal”, 89.5%, e “Tratamento de feridas/úlceras de pressão”, 32%, esta última referencia referenciada para ECCI.

A projeção da RNCCI em 2009 expectava ganhos de saúde, nomeadamente o aumento da cobertura nacional de prestadores de serviços de CCI, o reforço na articulação do apoio social e os serviços de saúde, a manutenção no domicílio das pessoas com dependência sempre que possível, a redução da procura dos recursos hospitalares das pessoas em situação de dependência bem como a melhoria das condições de vida das mesmas, (Integrados U. d., 2009). Ao longo dos últimos dez anos, o número de lugares de internamento mais que duplicou: em 2009 existiam 3.938 lugares e, em final de 2019, existiam 9.158, incluindo Saúde Mental e Cuidados Pediátricos Integrados. Hoje a RNCCI cobre quase todo o país.

1.3.1.1 – As Unidades de Longa Duração e Manutenção

As ULDM são unidades de internamento em espaço físico próprio e destinam-se a utentes com doença ou processo crónico, apresentando níveis de dependência e que não reúnem condições para serem cuidados no domicílio ou beneficiarem de outro tipo de resposta. Conferem cuidados de saúde e apoio social com o objetivo de prevenir ou retardar o agravamento da situação de dependência, melhorando o estado de saúde e oferecendo conforto e qualidade de vida, num período superior a 90 dias consecutivos (Integrados U. d., 2009).

Têm por finalidade a reabilitação, manutenção e estimulação funcional do utente, e asseguram cuidados médicos, cuidados de manutenção e estimulação de enfermagem, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional, animação sociocultural, alimentação cuidada, higiene, conforto, apoio nas AVD's e apoio nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

De acordo com o Decreto-Lei N° 101/2006 de 06 de junho, Secção III, Artigo 17º, as Unidades de Longa Duração e Manutenção são

1 – “... unidades de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio.

E têm por finalidade

2 – “... proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. (...) pode ainda proporcionar internamento para descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano” (p.3860).

A Portaria Nº 50/2017 de 02 de fevereiro veio alterar o disposto no Nº 2. Para além do referido, estipulou critérios de referenciação para estas unidades, indicando:

“as situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser asseguradas no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram: a) Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes; b) Reabilitação funcional de manutenção; c) Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano” (p. 610).

O número 8 do Artigo 19º desta Portaria refere: “Consideram-se critérios de não admissão em unidades e equipas, as pessoas: a) Com episódio de doença em fase aguda; b) Com necessidade exclusiva de apoio social.” (p. 610). Após a publicação desta Portaria os utentes com necessidade exclusiva de apoio social deixaram de ter critério de admissão na RNCCI.

Na RNCCI, o utente comparticipa nos custos referentes à prestação de cuidados de apoio social nas UMDR e nas ULDM. O valor da comparticipação depende do rendimento do utente.

De acordo com Monteiro *et al* (2013), estas unidades pretendem maximizar a manutenção de aptidões para as atividades da vida diária, facilitando a gestão das altas dos hospitais, e promover a autonomia dos doentes de modo que os indivíduos, sempre que possível, retornem aos seus lares.

Em relação ao tempo de espera, até o doente ser admitido na RNCCI, é na tipologia de ULDM que existe mais tempo de espera, com uma demora média a nível nacional de 193 dias.

O Relatório de Monitorização da RNCCI -2019 reporta que, a 31 de dezembro, o número de utentes que aguardavam vaga para a tipologia de ULDM eram: 294 na zona de LVT e 243 na zona Centro, sendo que existiam 1237 e 1304 lugares em cada uma das zonas referidas, respetivamente. A zona Norte era a que detinha maior número de lugares com 1623. O número total de lugares a nível nacional em ULDM era de 4916. De todas as tipologias de internamento é a que possui maior número de lugares, no entanto é a que tem maior tempo de espera para admissão.

De acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI – 2019, no motivo “atingidos objetivos” da intervenção planeada pelo PII, efetuado pela equipa multidisciplinar de acompanhamento ao utente, 64.3% dos utentes das ULDM atingiram os objetivos propostos de “motivo alta”. Relativamente à taxa de mortalidade nos utentes assistidos, verificou-se 8.7% de óbitos na RNCCI a nível nacional, sendo que 41.3% dos óbitos ocorreram na tipologia de

ULDM, sendo esta a que registou maior número de óbitos. Do número de óbitos totais na RNCCI, 63.3% tinham idade superior a 80 anos.

Esta tipologia de internamento também permite a admissão para descanso do principal cuidador até 90 dias por ano. De acordo com o referido Relatório, 11.3 % dos motivos de referenciação para as ULDM foram no âmbito de “descanso do cuidador”.

1.4 – A Pandemia e o Confinamento

Em dezembro de 2019, surgem as primeiras notícias de um surto de doença respiratória na cidade de Wuhan na China. Foi identificado um novo coronavírus como agente etiológico e dadas recomendações básicas aos viajantes para aquela região. A catorze de janeiro de 2020, a DGS faz o primeiro comunicado a dar conta do surto e, a 25 de janeiro, fazia referência ao registo de diversos casos nos países da Ásia, como o Japão, Coréia do Sul, Singapura, Vietname, Malásia, Austrália, Estados Unidos da América (EUA) e três casos registados na Europa, mais precisamente em França. A Direção Geral da Saúde (DGS) passa a fazer relatórios diários dando informação sobre a evolução do surto. No início de fevereiro, registam-se casos em vários países da Europa, mantendo-se a atenção focada nas pessoas que regressassem da China, uma vez que o risco de infeção por coronavírus na Europa era baixo. A OMS atribui ao novo coronavírus Sars-CoV2 a denominação de COVID-19 (*Coronavirus Disease 19*, porque surgiu em 2019), que é o nome da doença causada por este vírus. Os sintomas da doença iniciam-se como uma gripe, febre, tosse e pelo menos um sintoma respiratório e pode evoluir para uma infeção respiratória grave desencadeando pneumonia, falência de órgãos e eventual morte. Foi proposta por este organismo a avaliação dos índices de gravidade através de indicadores que reflitam a transmissibilidade, a gravidade clínica dos pacientes e o impacto como forma de monitorização². Nos primeiros dias do mês de março de 2020, Portugal regista o primeiro caso positivo para este vírus e, poucos dias depois, registam-se 23 casos positivos maioritariamente no Norte de Portugal. No dia 15 de março, o número de positivos era de 245 e, no dia 18, o número subiu para 642 casos. Era urgente controlar o surto e possíveis cadeias de transmissão. Esta situação levou a que fosse decretado pelo Presidente da República o estado de emergência como forma de contingência para a pandemia de coronavírus. Foram tomadas medidas de “restrição de direitos e liberdades” (D.L. Nº 14-A 2020) no que respeita à circulação

² Covid-19. Informação disponível em <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19> - acedido em junho 2021.

de pessoas e foi feito o apelo ao confinamento. Concomitantemente, foram proibidas as visitas a doentes internados em Hospitais e Lares, isto porque quem não assegurasse as devidas precauções poderia ser um potencial vetor de transmissão para os mais vulneráveis. Os Centros de Dia deixaram de funcionar e os utentes internados em hospitais ou outras Instituições, nomeadamente ERPI e Unidades de Cuidados Continuados Integrados, ficaram privados de visitas, incluindo de familiares mais próximos, o que suscitou sentimentos de incerteza, stress e abandono.

Este vírus transmite-se por disseminação das gotículas respiratórias através do contacto direto com indivíduos infetados ou por contato indireto com as mãos através de superfícies contaminadas e que depois contactam com os olhos, nariz ou boca. Por isso foi decretado o uso obrigatório de máscara e aconselhada a lavagem e desinfecção regular das mãos, como medida preventiva para reduzir o risco de transmissão individual e a propagação a toda a população. Ao detetar-se um caso positivo de Covid-19 num indivíduo, este fica em isolamento para evitar que propague a doença e é monitorizado pelos profissionais da linha de Saúde 24 através de telefonemas, como forma de vigilância e sempre que possível no domicílio.

A pandemia surgiu de surpresa e nenhum país estava preparado para lidar com ela. Quando surge a notícia de possível propagação, os stocks de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) como máscaras, óculos, roupas descartáveis, viseiras e desinfetantes entraram em rutura, fazendo com que muitas Instituições não tivessem acesso aos equipamentos ou tivessem que os comprar com um preço demasiado inflacionado.

Todas as Instituições de saúde alteraram o modo de funcionamento, reorganizando-se para dar resposta à Covid-19.

O confinamento que todos os cidadãos foram obrigados a efetuar, com o objetivo de impedir eventuais cadeias de transmissão e atrasar a disseminação comunitária, potenciou o isolamento social, a vulnerabilidade das situações de saúde, desemprego, sentimentos de incerteza, ansiedade, insegurança, agravamento dos problemas sociais, dificuldades económicas, violência e agravamento da saúde mental das pessoas. Todos os cidadãos tiveram de se adaptar a um novo contexto em termos de trabalho, escola, relações familiares e sociais em que as novas tecnologias digitais tiveram o seu expoente máximo de utilização e importância. Foi recomendado pelo governo, sempre que possível, o desenvolvimento da atividade laboral em regime de teletrabalho no domicílio como forma de salvaguardar a saúde dos trabalhadores. Mas e os mais vulneráveis que não têm acesso a estas tecnologias? Viveram momentos de extrema dificuldade não só os mais idosos, por completo desconhecimento e não

terem a destreza de saber lidar com esta nova realidade, mas também os jovens em idade escolar que se viram impossibilitados de assistir a aulas por não terem os meios técnicos necessários ao seu desempenho.

De acordo com os dados da DGS, viveu-se a primeira vaga da pandemia, que teve o pico a 10 de abril de 2020 com 1516 casos de Covid-19 confirmados, iniciando, nos dias seguintes, a descida do número de contágios. A 30 de abril, o governo aprovou o plano de transição do estado de emergência para uma situação de calamidade, aliviando um pouco as medidas de contenção. Os números de contágio foram reduzindo durante o período de verão.

Em setembro, inicia-se uma nova subida no número de contágios. A 10 de outubro, registam-se 1646 casos confirmados de Covid-19, o maior número de casos até então registados em Portugal. Vive-se a segunda vaga da pandemia e, a 9 de novembro, o Estado decreta novo estado de emergência.

Após o dia 26 de dezembro, devido sobretudo às celebrações natalícias, e apesar das recomendações e advertências da DGS para as medidas de distanciamento, que aconselhava sobre o limite de pessoas reunidas, entra-se na terceira vaga da pandemia. A pior de sempre em termos de mortes, registando-se o maior número de vítimas mortais causadas pela pandemia e um aumento severo do número de infetados e de internamentos hospitalares. Portugal regista um número recorde de infetados e mortes a nível da EU e mesmo do mundo. Este aumento do número de internamentos hospitalares tornou-se preocupante perante a iminência da escassez de camas nos cuidados intensivos, tendo-se atingido um elevado índice de ocupação, o que desencadeou a necessidade de critérios para ocupação das mesmas, critérios estes que tinham como fator principal a idade e as comorbidades associadas ao indivíduo. Esta terceira vaga esteve sempre em situação ascendente até 28 de janeiro de 2021, atingindo um máximo de 16432 casos positivos e o registo de 303 óbitos, o maior número de óbitos ocorridos num só dia provocado pela Covid-19 em Portugal.

Como forma de resposta a esta pandemia, a RNCCI priorizou e agilizou a integração de doentes provenientes dos internamentos hospitalares, como forma de libertar camas hospitalares mais rapidamente.

De acordo com a DGS, o maior número de óbitos regista-se em indivíduos com mais de 80 anos de idade, predominando o sexo feminino.

Segundo a DGS no Relatório Situação Nº 456 de 01 de junho de 2021, os mais idosos foram sem dúvida os mais dizimados. Registaram-se, até ao dia 31 de maio de 2021, um total

de 17.025 óbitos, incidindo a maior percentagem na faixa etária acima dos 80 anos. De acordo com a mesma fonte, o número de casos confirmados de Covid-19 à data referida era de 849.538.

1.5 – A Intervenção do Serviço Social

1.5.1. - Na Saúde

Conforme relata Masfret *in* Carvalho (2012), em 1903 foi a primeira vez que uma trabalhadora social integrou uma equipa hospitalar, admitindo a importância das condições sociais dos doentes como fatores essenciais para a evolução e recuperação da saúde. Em 1905, foi oficialmente implementado o Trabalho Médico-Social no Massachussets General Hospital, em Boston. Reconhece-se, assim, que a vertente social tem um valor fundamental na conceção e prestação dos cuidados de saúde.

Em Portugal, o primeiro hospital a ter Serviço Social foram os Hospitais Universitários de Coimbra em 1941, seguidos do Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos, de Lisboa, em 1942. Em 1968, são publicados o Decretos-Lei 48357 e 48358 que vêm especificar o Serviço Social na Saúde. Caracteriza o hospital como “serviço de ação médico-social da comunidade, dando primado à pessoa doente como razão de ser e objetivo final da instituição”. Este decreto legitima que o Serviço Social da Saúde estabelece “as relações entre necessidades pessoais e familiares e os casos de doença”. Com a reforma da saúde em 1971, é criada a rede de Centros de Saúde e também é reconhecida nestes serviços a necessidade do Serviço Social.

“Qualquer indivíduo que passe por um processo de doença tem subjacente alterações, sejam elas familiares, pessoais, profissionais, económicas ou outras” (Santo, 2019, p. 1). Estas alterações trazem novos desafios e questões, não só ao indivíduo, mas também às dinâmicas familiares. O Assistente Social deve conhecer os efeitos da doença na vida do utente e da sua família, com o propósito de apoiar e orientar nos problemas do seu funcionamento social, sejam de ordem económica, social, cultural e espiritual, bem como de “ordem psicológica que influenciam a situação de saúde e/ou interferem na doença e no processo de cura (...)” (Carvalho M. I., 2012, p. 35). Deve igualmente perceber como a família está organizada, que tipo de relações mantém com os cuidadores, se existem fatores socioeconómicos de risco e qual a dinâmica familiar. A intervenção social deve ser direcionada para que as expetativas do doente sejam atingidas. O diagnóstico social é obtido através da recolha de dados efetuada na avaliação social, perante a vivência de cada doente ou através da articulação com os serviços sociais da

comunidade, com o “objetivo de transformar realidades e modificar perceções e gestão do seu meio” (Santo, 2019, p. 2).

Como aponta Masfret *in* Carvalho, o diagnóstico social de saúde é a etapa principal de “qualquer procedimento ou protocolo, a base que articula a fase de estudo, primeiro, com a fase de intervenção e tratamento e, posteriormente, para a reconstrução, reinserção ou reabilitação da pessoa” (2012, p.56). O plano de trabalho será limitado pelo prognóstico médico e adaptado à sua necessidade sempre na perspetiva de uma melhoria da qualidade de vida.

Guadalupe *et al*, fazendo menção à OMS, consideram “que os assistentes sociais constituem recursos humanos da área da saúde que contribuem de forma vital para a área das populações” (2020, p. 4). Foi reconhecida a sua importância na intervenção social junto das populações, uma vez que a qualidade de vida dos indivíduos passa pelo usufruto de certos recursos sociais.

Os profissionais de serviço social na saúde fazem parte das equipas multidisciplinares e interdisciplinares, promovendo a interação entre os diversos saberes, analisando o doente numa perspetiva biopsicossocial, como fator essencial de qualidade na prestação e prevenção de cuidados de saúde, pois “nenhum profissional consegue isoladamente captar a dimensão total da doença” (Saúde M. d., 1998, p. 13). Também procede ao acompanhamento e apoio psicossocial dos doentes, das respetivas famílias ou outros elementos da sua rede de pertença, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social e, sempre que necessário, faz a mediação entre o doente, a equipa terapêutica, a família e as entidades. Nesta mediação, a palavra desempenha um papel fundamental, pois as pessoas fazem parte da solução, quer como doentes ou familiares, quer como parte integrante de programas preventivos (Carvalho, 2012).

Em 16 de Maio de 2002, foi elaborada a Circular Normativa N°8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde, que estabelece e agrupa funções dos Assistentes Sociais nos serviços e estabelecimentos de saúde, mencionando, além das funções já referidas, que também cabe ao Assistente Social participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respetivos serviços ou estabelecimentos, definir, elaborar, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária na área de influência dos respetivos serviços e estabelecimentos. Compete-lhe, ainda, analisar, selecionar, elaborar e registar informação no âmbito da intervenção profissional e relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes vítimas de crimes ou de exclusão social.

No momento da admissão hospitalar e no decurso da estadia, os procedimentos da equipa interdisciplinar que acompanha o doente e a sua família são fundamentais na preparação da alta. É nesta equipa, de acordo com Masfret *in* Carvalho (2012), que reside a força e a eficácia, assumindo “três perspetivas essenciais: a médica, a de enfermagem e a de Serviço Social de Saúde” (Carvalho M. I., 2012, p. 68).

Se o doente não tiver suporte familiar, se tiver dificuldades económicas, falta de condições de higiene e segurança, isso será um fator de risco e irá agravar a situação de doença. “A ausência de suporte social e o isolamento social têm sido associados às taxas de mortalidade entre indivíduos (...)” (Santo, 2019, p. 1).

Em 2017, Guerra elaborou um artigo científico, referindo a dimensão do serviço social em contexto hospitalar, onde indica que o primeiro contacto com o doente é realizado por médicos e enfermeiros. Estes profissionais sinalizam os utentes como “casos sociais”, fazendo o encaminhamento para o Serviço Social. Este conceito não foi construído pelo Serviço Social. De acordo com a autora, “foi muitas vezes rejeitado pelos Assistentes Sociais por considerarem que rotula pessoas e problemas” (2017, p.74), pois assume uma intervenção no âmbito de situações de crise e limite, não refletindo sobre essa ação de forma complexa e abrangente inerente ao Serviço Social, mas passou a ser utilizado por aquele grupo de profissionais para enquadrar pessoas em situação de crise com falta de apoio de redes de suporte e que aguardam resolução da sua situação social, quer pelas políticas sociais públicas, quer por parte da comunidade. No entender da autora, em contexto hospitalar, o “caso social” existe “quando as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais colocam em risco a dignidade humana e a integridade da pessoa, estando em causa a continuidade dos tratamentos e a possibilidade de se repor o seu estado de saúde (...)” (2017, p. 75). Ao deparar-se com um doente que esteja em situação de vulnerabilidade social, apresentando indicadores de risco tais como a falta de sistemas de suporte, principalmente familiar, e isolamento social, o Assistente Social verifica a necessidade de intervenção. A resolução do “caso social” vai depender dos recursos sociais existentes na comunidade para responder às necessidades da pessoa, e “cabe ao assistente social ter a habilidade para mediar relações entre redes primárias, secundárias e terciárias e mobilizar respostas em tempo útil” (Guerra I. , 2017, p. 76).

Carvalho (2012) reconhece que, em termos gerais, o regresso a casa é um feliz acontecimento, mas em alguns casos pode ser recebido como uma má notícia. Muitos dos doentes não conseguem retomar as atividades da vida diária e, quando é dada a informação de alta ao doente e/ou à família, deparam-se com uma nova realidade e expõem dificuldades

personais que levam à não aceitação da alta por questões sociais. Estas questões prendem-se, na sua maioria, com situações de isolamento, carência económica, falta de apoio, dependência para as AVD's e falta de capacidades para cumprir as indicações terapêuticas. Nestas situações, é fundamental apoiar a família como fonte primária de suporte informal, para que esta consiga desempenhar o seu papel de cuidadora. É essencial satisfazer as necessidades do doente e suas famílias mediante as opções existentes na perspetiva da criação de bem-estar. Quando é necessário mobilizar os recursos da rede formal, como respostas sociais existentes na comunidade adequadas ao doente, o Serviço Social coloca à disposição todo o seu saber, articulando com estas redes para resolução do problema e respeitando as decisões tomadas. São processos complexos e demorados que podem ficar condicionados por falta de recursos e/ou respostas, dificultando o planeamento da alta. Não sendo uma situação sinalizada com tempo suficiente para a articulação, será necessário o doente permanecer mais tempo na Instituição até à solução do problema, sendo classificado muitas vezes pela equipa clínica, médicos e enfermeiros como “caso social” ficando a aguardar resolução da sua situação social pelos Assistentes Sociais.

Silva (2001) refere que a realidade social em que se vive exige dos profissionais de Serviço Social uma luta contra os problemas sociais. Torna-se necessário que estes profissionais estejam armados com conhecimentos e técnicas para dar respostas a determinados problemas sociais. As limitações com que estes profissionais se deparam são, essencialmente, a carência de profissionais, a “sobrecarga de trabalho, a insuficiência de meios e recursos e da própria organização” (Saúde, 1998, p. 19). Consequentemente, a sobrecarga de trabalho e a falta de espaços adequados podem limitar a intervenção social.

Ao longo do seu percurso, todos os Assistentes Sociais na Saúde se irão deparar com situações de fim de vida e de luto. No que diz respeito a estas questões, é importante o profissional saber lidar com as fragilidades inerentes ao processo, mantendo o equilíbrio e apoiando as pessoas na tomada de decisões.

Um estudo levado a cabo por Guadalupe *et al* mostrou que em Portugal existia “1 assistente social na área da saúde por cada 10 mil habitantes” (2020, p. 11), limitando a sua participação na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação na saúde. O mesmo estudo alerta para a estagnação do número de Assistentes Sociais e consequente falta de renovação destes recursos humanos, condicionadas pelas “medidas de restrição à função pública nas últimas décadas” (2020, p. 12), que limitam a progressão nas carreiras, a contratação e vinculação à função pública.

A atuação dos profissionais de Serviço Social na Saúde rege-se de acordo com o Código de Ética profissional, respeitando os valores éticos e morais nos métodos de atuação perante as diversas situações que vão surgindo no dia a dia, promovendo, sempre que possível, a mudança social e a promoção do bem-estar fundamentado nos princípios dos direitos humanos e da justiça social.

1.5.2 – Em Cuidados Continuados Integrados

O Serviço Social vem referenciado e moldado pelas ciências sociais e humanas, conferindo especial atenção aos fatores sociais e económicos da população e respeitando sempre a justiça social, a promoção da igualdade, o bem-estar e o respeito pelo direito à autodeterminação (Carvalho M. I., 2014).

“O Serviço Social é uma profissão de intervenção que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o *empowerment* e a promoção da Pessoa” (APSS, 2018, p. 5).

A RNCCI inclui Assistentes Sociais como recursos humanos obrigatórios, conforme estipulado na Portaria 174/2014 de 10 de setembro. Os profissionais de serviço social que se encontram integrados na RNCCI fazem parte da equipa multidisciplinar que acompanham o utente. Esta equipa multidisciplinar partilha um objetivo comum e converge o parecer de cada elemento, executando um plano individual de intervenção, focalizado no utente e promovendo o seu bem-estar. Um plano de intervenção bem definido facilita a apreciação dos vários níveis de cuidados, como reconhece Carvalho ao afirmar que “Esta fase envolve a transformação dos problemas, necessidades e capacidades diagnosticadas em objetivos e, consequentemente, em ações a desenvolver” (2012, p. 93). Acarreta a responsabilização da execução das ações e a avaliação dos procedimentos. Ao Assistente Social cabe o papel de consultar, mediar e gerir o plano de intervenção, garantindo a proteção do utente, apoio psicossocial e a promoção do seu bem-estar.

Também de acordo com Carvalho (2014), a DGS, em 2006, decidiu adotar o modelo de intervenção psicossocial individualizada no sistema de saúde e em cuidados continuados integrados pelos profissionais de Serviço Social. Este modelo centra-se na pessoa e assume que o comportamento é o resultado das interações que se produzem entre o pensamento e o seu ambiente.

O Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados refere que estes atuam aos seguintes níveis, baseando-se de acordo com

o Código de Ética profissional: na avaliação dos fatores psicossociais individuais, familiares e grupais que interferem na saúde e envolvidos no tratamento da doença, reabilitação, readaptação e reintegração do indivíduo num ambiente social mais adequado, na intervenção e aconselhamento em situações de crise por motivos clínicos e/ou sociais, na promoção da prestação de serviços adequados ao doente e baseados na cooperação entre o doente, a família e cuidadores informais, na advocacia social em favor do doente e sua família, na apreciação e criação de recursos sociais nas comunidades locais, na realização de programas de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária, na educação, informação e divulgação em saúde (Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2007).

Ainda de acordo com o referido Manual, dependendo da evolução da doença, o tipo de cuidados prestados, serviços e os tempos de internamento, o desempenho dos assistentes sociais abordará quatro fases essenciais: o acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, a avaliação e acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados.

O Assistente Social deve garantir os cuidados e tratamentos previstos e elucidar sobre os direitos e deveres dos utentes, famílias e/ou cuidadores. Estes profissionais evidenciam-se na rede de cuidados continuados integrados nas unidades de internamento pelo seu papel no planeamento da alta ou na preparação da Continuidade dos Cuidados. Isso implica estabelecer um processo de relação com a equipa, o doente e/ou familiar cuidador. Este processo é realizado com o doente e/ou familiar cuidador para apurar e decidir a transferência para outra unidade ou o regresso ao domicílio, garantindo, sempre que possível, os seus desejos e necessidades. Dada a complexidade muito frequente da alta, esta deve ser preparada e planeada o mais atempadamente possível. Um dos maiores desafios que o Assistente Social irá frequentar é a procura de cuidados diferenciados de saúde adequados à situação de cada doente. Existe um grande consumo de cuidados específicos de saúde na área da dependência e pouca oferta. O trabalho em rede implica a ligação com outras respostas sociais, com o objetivo de orientar e envolver a pessoa ou a família na procura de soluções para a sua necessidade.

Os Assistentes Sociais nos CCI devem prestar apoio emocional ao utente e/ou família pelos receios da doença e/ou da morte, encorajando as suas capacidades para conseguirem a realização de objetivos. Devem reger-se pelos princípios dos direitos humanos, justiça social e promoção do bem-estar, coadunando sempre com as questões éticas e de acordo com o código deontológico da profissão e respeitando o princípio de igualdade no acesso aos serviços prestados. Existe uma necessidade constante de adaptação às mudanças que se fazem sentir não

só nas relações sociais como nas políticas sociais que regulam os equipamentos e as dinâmicas da atividade social.

1.5.3 – Em Situação de Pandemia

De acordo com as indicações emanadas pela Associação dos Profissionais de Serviço Social (APSS) de 25 de março de 2020, em situação de pandemia, tornou-se imperativo focalizar a atividade profissional nas ações fundamentais e emergentes, articular com outras organizações na procura de respostas às necessidades dos utentes e da rede de suporte informal, incutir o distanciamento social e o uso de equipamentos de proteção individual, nomeadamente a máscara, como forma de redução do risco de infeção e proteção dos Assistentes Sociais, dos utentes e de todos os profissionais das Instituições e/ou Organizações. Além disso, foi recomendado o trabalho do Assistente Social em regime de teletrabalho, adaptando os métodos de trabalho a esta nova realidade, conforme o contexto de cada organização, para garantir, sempre que possível, o seu normal funcionamento, devendo ter como princípios fundamentais a promoção da saúde pública.

É ponto assente que, os profissionais de Serviço Social não renequem os direitos dos cidadãos no acesso a respostas e serviços de âmbito social, bem como o direito à proteção dos dados e ao princípio da confidencialidade. Neste sentido, os Assistentes Sociais devem identificar os perigos do uso da tecnologia digital e dos meios de comunicação social, para não porem em risco os princípios éticos e deontológicos no que respeita à privacidade e confidencialidade dos utentes.

Com base no Regulamento Geral de Proteção de Dados, a DGS emitiu informação técnica orientadora sobre a modalidade de teletrabalho enquanto a situação de emergência durasse, dando orientações sobre a confidencialidade, segurança da informação, procedimentos e meios de trabalho, salientando as obrigações a que os profissionais ficavam sujeitos, no tratamento e manipulação de informação em dispositivos digitais fornecidos, não devendo aqueles aceder a redes públicas de comunicações eletrónicas para fins que não fossem relacionados com o trabalho, e dando preferência ao contacto telefónico ou meios de videoconferência como forma de articulação com as equipas, famílias e/ou reuniões.

Note-se que os Assistentes Sociais que estejam integrados em equipas de saúde, em caso de intervenção direta com os utentes e em situações que o justifiquem, passaram a ter acesso a EPI, como medida de proteção.

No âmbito da Covid-19, a segurança social disponibilizou medidas excecionais de apoio, cabendo ao Assistente Social articular os serviços de saúde pública com as estruturas disponibilizadas, informar os utentes e familiares sobre estes recursos decorrentes do plano de contingência, esclarecer, aconselhar e prestar apoio emocional sobre os procedimentos em situação de isolamento profilático.

Os Assistentes Sociais que trabalham na área da saúde estão na linha da frente, junto com os outros profissionais, como os médicos, enfermeiros e psicólogos, no combate à propagação da pandemia, acompanhando, tratando e orientando as pessoas portadoras da doença Covid-19 bem como as famílias, sendo essencial focar o seu ponto de atuação na divulgação de informação para a doença. De acordo com Reigada, alguns dos problemas que poderão advir da pandemia são: “a escassez de recursos, o isolamento social e os quadros de ansiedade” (Reigada, 2020, p. 2). Ainda de acordo com a autora, é importante manter os recursos humanos disponíveis através das respostas da Segurança Social, como as ERPI e os Serviços de Apoio Domiciliários (SAD), como forma de dar continuidade ao apoio prestado a pessoas dependentes e vulneráveis, devendo, para o efeito, ser asseguradas as medidas de proteção nomeadamente com equipamentos e materiais.

Foram muitos os profissionais de serviço social que lidaram diariamente com situações de contágio devido à Covid-19 nas Intuições em que trabalhavam, vivendo situações de medo, ansiedade, incertezas e falta de recursos para fazerem frente à situação pandémica vivida.

1.6 - A Comunidade Intermunicipal do Oeste

De acordo com o disposto no número dois do artigo 80º da Lei 75/2013 de 12 de setembro, os estatutos de cada comunidade intermunicipal estabelecem obrigatoriamente a referência à unidade territorial que integra, a sede e a composição da comunidade intermunicipal. O artigo 81º da mesma Lei, fazendo referência às atribuições das comunidades intermunicipais, menciona na alínea a) a promoção do planeamento e da gestão da estratégia de desenvolvimento económico, social e ambiental do território abrangido. Por isso, entendeu a mestranda que as vulnerabilidades sociais inerentes aos habitantes da comunidade intermunicipal, da qual faz parte integrante Caldas da Rainha, sua cidade natal e sede da Comunidade Intermunicipal do Oeste, devem também ser da responsabilidade dos municípios e estes têm o dever de promover o desenvolvimento, não só dos projetos ligados à economia

mas também ao desenvolvimento social, nomeadamente no incentivo à criação de maior número de respostas ligadas ao envelhecimento e à dependência.

Ao estudar as ULDM da OesteCIM, pretende-se conhecer as vulnerabilidades sociais dos utentes destas Unidades e assim chamar atenção para esta problemática inerente a cada um dos municípios.

Como forma de contextualização, a figura 1 ilustra os municípios integrantes da OesteCIM.



Figura 1- Mapa da Comunidade Intermunicipal do Oeste - OesteCim

Fonte: OesteCIM³

A comunidade intermunicipal do Oeste é constituída por 12 municípios: Alcobaça, Alenquer, Arruda dos Vinhos, Bombarral, Cadaval, Caldas da Rainha, Lourinhã, Nazaré, Óbidos, Peniche, Sobral de Monte Agraço e Torres Vedras e adota a designação abreviada de OesteCIM.

A base desta união remonta a 1987, ano em que os municípios do Oeste se juntaram e constituíram a Associação de Municípios do Oeste (AMO), conjugando esforços para os desafios globais das economias de escala. Em 2008, com a entrada em vigor do Regime Jurídico do Associativismo Municipal, a Associação de Municípios do Oeste transformou-se em Comunidade Intermunicipal (OesteCIM). Estes municípios trabalham em conjunto no

³Fonte: <http://www.oestecim.pt/>

desenvolvimento da qualidade de vida, aceitando-se entre si como parceiros, assegurando a articulação entre os municípios e os serviços da administração central, na promoção do desenvolvimento económico, social e cultural.

A OesteCIM tem como missão contribuir para a promoção do desenvolvimento sustentável e a melhoria da qualidade de vida. A sua visão é orientada para a qualidade, inovação, eficiência e eficácia e aposta nas parcerias e na Gestão das Redes Institucionais, otimizando os recursos e estruturas existentes. Cabe ainda à OesteCIM, entre outras áreas, a rede de equipamentos de saúde e a promoção do desenvolvimento económico, social e cultural.

Nestes municípios, existem sete ULDM da RNCCI: duas no Município de Alenquer e uma em Arruda dos Vinhos, Bombarral, Lourinhã, Nazaré e em Torres Vedras. Estas sete unidades têm 182 respostas contratadas para Longa Duração e Manutenção.

Parte II - Enquadramento Metodológico

Como afirmou Espinoza, citado por Serrano, “o método é o caminho que se escolhe para a obtenção de um fim.” (2008, p. 47) Assim sendo, o método é o desenvolvimento de um conjunto de ações ou procedimentos para obter determinados resultados tendo em conta os objetivos propostos. Ainda de acordo com a autora “implica a definição de tarefas, de normas e de procedimentos para a sua execução” (*ibidem*).

Coutinho refere que “a investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais” (2011, p. 7).

Capítulo II – Metodologia, Objetivos e Participantes

De acordo com Gomilde, citando Trujillo, “método é a forma de proceder ao longo de um caminho. Na ciência os métodos constituem os instrumentos básicos que ordenam de início o pensamento em sistemas, traçam de modo ordenado a forma de proceder do cientista ao longo de um percurso para alcançar um objetivo” (2002, p. 3).

Neste capítulo, é apresentada a metodologia qualitativa, baseada na técnica de recolha de informação através de entrevista semidiretiva e aplicada por um guião aos Assistentes Sociais das ULDM da OesteCIM, indo ao encontro dos objetivos gerais e específicos que estão ligados às perguntas de partida. Também os objetivos gerais e específicos serão abordados neste capítulo, bem como as perguntas de partida.

Os participantes no estudo são as sete Assistentes Sociais das ULDM que integram a OesteCIM. No presente estudo, foi garantida a confidencialidade aos entrevistados.

Neste capítulo, serão abordadas as questões éticas afetas à investigação.

As ULDM são a tipologia que possui o maior número de lugares de internamento com 4916 respostas a nível nacional. No entanto, o acesso a uma vaga pode demorar até 193 dias de acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI – 2019. A pertinência da pesquisa deveu-se à tentativa de compreensão desta demora, partindo do pressuposto de que, se não houver altas, não haverá vagas para admissão de novos utentes. Assim, pretendeu-se conhecer, através desta análise, o tempo de permanência dos utentes nestas Unidades, as vulnerabilidades dos utentes das ULDM da OesteCIM bem como a importância da envolvimento das famílias no processo de planeamento de alta.

2.1 – Abordagem Metodológica

A metodologia é o caminho para atingir os objetivos propostos e consiste na organização e apreciação dos dados recolhidos, articulando com a fundamentação teórica baseada na revisão de literatura.

Este trabalho enquadra-se no tipo de investigação qualitativo. A presente abordagem tenta perceber como se interpretam as diversas situações e que significado têm (Coutinho, 2011). Nela foi usada a técnica de entrevista como método de recolha de informação com o objetivo de responder às perguntas de partida. Esta técnica permite retirar informação “e elementos de reflexão muito ricos e matizados” (Quivy & Campenhoudt, 2013, p. 192). Ainda de acordo com os autores, a técnica de entrevista revela um maior grau de profundidade dos dados obtidos, dado que permite recolher os testemunhos e as interpretações dos entrevistados. Os dados recolhidos constituem uma descrição detalhada dos acontecimentos e o objetivo do investigador é construir conhecimento através destes dados, interagindo com os sujeitos de forma empática, mas não dar opinião sobre determinado assunto, mantendo uma posição neutra face ao conteúdo do que é transmitido. A flexibilidade desta técnica pode conduzir a uma maior espontaneidade do entrevistado.

Como afirma Chizzotti, o termo qualitativo “implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível (...)” (2003, p. 221).

Bogdan & Biklen reportam que, na investigação qualitativa, a fonte direta de dados é o ambiente natural e o investigador, o instrumento principal. Esta investigação caracteriza-se pela maneira como “os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números” (2013, p. 48). Os dados são as transcrições das entrevistas analisadas “em toda a sua riqueza, respeitando, tanto quanto possível, a forma em que estes foram registados ou transcritos” (*ibidem*).

A recolha de dados foi feita através da realização de entrevistas semidiretivas às Assistentes Sociais das sete ULDM da OesteCIM: em Alenquer, na Santa Casa da Misericórdia da Aldeia Galega de Merceana e na Casa de Repouso Quinta da Relva, Olhalvo, Pousoa, também em Alenquer, em Arruda dos Vinhos, na Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos, no Bombarral na Santa Casa da Misericórdia do Bombarral, na Lourinhã, na AMETIC – Apoio Móvel Especial à Terceira Idade e Convalescença, Lda, na Nazaré, na Confraria N^a Sra Da Nazaré, e Torres Vedras no Hospital Soerad.

Como Quivy e Campenhoudt (2013) referem, a recolha de informações como entrevistas semidiretivas são elementos de informação e reflexão muito ricos bem como a observação direta, que tenta captar os comportamentos nos momentos em que se produzem. Assim, os principais métodos de recolha de informações para este trabalho foram as entrevistas semidiretivas, apoiadas por guião aos Assistentes Sociais das ULDM da OesteCIM, havendo a possibilidade de colocar algumas questões adicionais e pertinentes como forma de esclarecer determinadas questões.

Com as entrevistas aplicadas, interessa conhecer a intervenção social dos Assistentes Sociais das ULDM, a envolvência da família no plano de cuidados, o tempo de permanência nas ULDM e o destino pós alta, perceber a sua evolução funcional, os desafios e as estratégias de intervenção dos Assistentes Sociais para fazer face à pandemia e o impacto da pandemia nas relações sociais dos utentes da ULDM.

Após a realização das entrevistas, pretendeu-se fazer uma análise dos conteúdos das entrevistas recolhidas. De acordo com os autores Quivy e Campenhoudt (2013), “o método da entrevista, seguida de uma análise de conteúdo, é seguramente o que mais se utiliza em paralelo com os métodos de observação” (2013, p. 200). Estes autores referem ainda que “é frequente o trabalho de um investigador necessitar de dados macrossociais, que apenas organismos oficiais poderosos, como os institutos nacionais de estatísticas, têm condições para recolher” (2013, p. 201).

Para complementar este estudo, foi fundamental estudar os dados referenciados nos relatórios de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados, toda a legislação emanada referente à RNCCI e proceder à análise estatística dos dados mais relevantes para a presente pesquisa.

2.2 – Objetivos Gerais e Específicos

Os objetivos são as intenções que pretendemos alcançar ao executar determinada ação e “constituem o ponto central de referência, são eles que definem a sua natureza mais específica e dão coerência ao plano de ação” (Serrano, 2008, p. 44).

Os objetivos estão ligados às perguntas de partida. Trata-se de indicar o objetivo do estudo com os efeitos que se pretendem alcançar com a sua elaboração, tentando responder às questões de partida. Nesta pesquisa foram definidas as seguintes perguntas:

- Qual a característica e que tipo de vulnerabilidade levou à admissão dos utentes das ULDM?

- Qual a intervenção do Assistente Social nas ULDM?

- Qual a importância e a envolvimento das famílias no planeamento da alta dos utentes das ULDM?

- Os objetivos do Plano de Intervenção Individual são alcançados?

- Qual o principal destino dos utentes após o término do tempo proposto?

- Quais os maiores desafios que os Assistentes Sociais das ULDM sentiram no contexto da pandemia e quais as estratégias de intervenção encontradas para fazer face à mesma?

“Nenhum projeto adquire o seu significado pleno se não se definir e explicitar claramente os objetivos a alcançar” (Ander-Egg, 1999, p. 38). A presente investigação incide sobre a intervenção do Serviço Social nas ULDM da Comunidade intermunicipal do Oeste em tempo de pandemia.

Para este trabalho foram formulados cinco objetivos gerais, definindo-se, para cada um deles, objetivos específicos:

1. Conhecer os fatores de risco e as vulnerabilidades sociais dos utentes das ULDM.

a) Caracterizar os utentes do ponto de vista etário e as patologias que levaram ao ingresso nas ULDM;

b) Conhecer a situação social e as redes de suporte informal dos utentes;

c) Comprovar a envolvimento e o respeito pela decisão do utente no planeamento da alta.

2. Conhecer a intervenção do Assistente Social numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

a) Conhecer como é feita a Intervenção Social nas ULDM;

b) Compreender a importância da Intervenção Social e a envolvimento da família no planeamento das altas da ULDM.

3. Percecionar se os objetivos do PII são alcançados, o tempo de permanência na ULDM, o destino pós alta dos utentes e os utentes admitidos no âmbito do descanso do cuidador.

a) Conhecer se os objetivos do PII das ULDM são atingidos;

b) Analisar o tempo de permanência dos utentes nas ULDM;

- c) Conhecer o destino dos utentes pós alta;
- d) Conhecer a quantidade de utentes admitidos no âmbito do descanso do cuidador.
- 4. Conhecer os novos desafios dos Assistentes Sociais em contexto de pandemia.
- a) Conhecer a relevância do Assistente Social nas ULDM e as suas estratégias de intervenção social face à situação de Pandemia.
- 5. Conhecer o impacto do confinamento e da pandemia nas relações sociais dos utentes das ULDM.
- a) Avaliar o impacto da pandemia nas ULDM e nas relações sociais dos utentes;
- b) Percecionar as consequências do isolamento social nos utentes das ULDM.

2.3 – Questões Éticas afetas à Investigação

O investigador, para além da sua preocupação em produzir resultados úteis e fiáveis, deve proteger os direitos das pessoas. O Código de Nuremberga, criado em 1949, foi o primeiro documento oficial a introduzir um dos princípios essenciais relacionado com pesquisas de seres humanos, o *princípio do consentimento informado*. Este documento reitera que “nenhum ser humano pode ser usado em experiências terapêuticas ou outras sem que antes tenha sido informado, com verdade e de modo compreensível (...)” (Carvalho M. I., 2016, p. 155). O consentimento informado, livre e esclarecido, pode ser expresso de forma verbal oral ou escrita. De acordo com este princípio, todos os entrevistados declararam conceder a entrevista de forma livre e esclarecida. (cf. Apêndice 1).

2.4– Guião de Entrevista

Como forma de conhecer as vulnerabilidades sociais dos utentes das ULDM da OestecCIM, foi desenvolvido um conjunto de perguntas que fosse ao encontro dos objetivos gerais e específicos propostos. Estas questões foram suportadas por um guião (cf. Apêndice 2), dando origem às entrevistas semidiretivas, havendo, ainda, a possibilidade de adicionar determinadas questões como forma de clarificar alguns pontos.

2.5 – Participantes no Estudo

O estudo foi realizado com as sete Assistentes Sociais das ULDM que compõem a Comunidade Intermunicipal do Oeste (OesteCIM).

Para facilitar o tratamento de dados às Unidades, foram atribuídos números por ordem de entrevista. Assim, no Bombarral, a Santa Casa da Misericórdia do Bombarral (Hospital Casimiro da Silva Marques) foi designada por ULDM 1; em Alenquer, a Santa Casa da Misericórdia da Aldeia Galega da Merceana, designada por ULDM 2; também em Alenquer, a Casa de Repouso Quinta da Relva, designada de ULDM 3; em Arruda dos Vinhos, a Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos, designada de ULDM 4; em Torres Vedras, o Hospital Soerad, designado ULDM 5; na Nazaré, a Confraria Nossa Senhora da Nazaré, designada ULDM 6; e na Lourinhã, Apoio Móvel Especial à Terceira Idade e Convalescentes, Lda (AMETIC), designado de ULDM 7. Não são mencionados os nomes dos Assistentes Sociais respetivos como forma de proteger o anonimato. Foi dada a garantia de confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo.

Realizaram-se quatro entrevistas on-line, através da plataforma digital “Zoom”, e uma entrevista presencial no Hospital Soerad, com apoio de guião. Duas entrevistadas optaram por responder ao guião por escrito através de email. No entanto, pontualmente, foram colocadas perguntas adicionais como forma de clarificar determinados assuntos.

Depois da recolha das entrevistas, foi necessário organizar e tratar todo o material empírico recolhido, transcrevendo as entrevistas para serem objeto de interpretação e análise sucinta. Em conformidade com o método de análise de conteúdo, foi elaborada uma grelha com excertos das entrevistas, focando os pontos mais essenciais às respostas pretendidas (cf. apêndice 3). Este método permite “satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, que nem sempre são facilmente conciliáveis.” (Quivy & Campenhoudt, 2013, p. 227). Através da narrativa da análise de conteúdo, é possível interpretar o objeto de estudo dando voz aos entrevistados.

Parte III – Estudo Empírico

A análise de dados é a “procura sistemática e reflexiva da informação obtida ao longo do projeto” (Serrano, 2008, p. 49). A análise qualitativa dos dados recolhidos “permite[m] comprovar o grau de consecução dos objetivos” (Serrano, 2008, p. 165). À medida que vamos organizando os dados recolhidos, encontramos os resultados significativos do estudo.

Capítulo III - Apresentação, Análise e Discussão dos dados

De acordo com Quivy & Campenhoudt, as entrevistas exploratórias pretendem “tomar consciência das dimensões e dos aspetos de um dado problema, nos quais o investigador não teria decerto pensado espontaneamente” (2013, p. 79). Na fase embrionária da presente investigação, foi realizada uma entrevista exploratória semidiretiva, no Hospital Casimiro da Silva Marques da Santa Casa da Misericórdia do Bombarral, que está integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados desde dezembro de 2007, à Assistente Social daquela Unidade. A entrevista foi suportada por um guião (cf. Apêndice 4) e não só ajudou a complementar a ideia já pré-concebida de estudar uma Unidade de internamento da RNCCI como também a perceber algumas das vulnerabilidades dos utentes desta ULDM (cf. Apêndice 5).

A entrevista foi realizada a 04 de novembro de 2019. Nesse mesmo dia, houve a oportunidade de fazer uma visita guiada para conhecer as instalações e observar os utentes das três tipologias existentes, bem como as suas atividades.

Na entrevista exploratória, à questão colocada, se *“quando finda o tempo proposto de permanência os utentes regressam ao seu meio natural de vida”*, a resposta obtida foi *“alguns sim, mas a maioria não. Não têm suporte, as casas não estão adaptadas, têm barreiras arquitetónicas, as famílias não têm capacidade nem disponibilidade... há muitas questões!”* Como forma de exemplificar, a Assistente Social consulta no computador a plataforma de acesso à RNCCI e verifica que foi atribuído um doente para uma vaga existente e lê em voz alta *“no dia da alta a família não veio buscar”* e refere *“mais um caso social, não tem suporte familiar, a Longa Duração está entupida com casos sociais.”* Foi questionado a que se deveria esse entupimento. Como resposta, a Assistente Social disse que *“a Longa Duração deveria ser para doentes muito dependentes, que não se alimentam por si próprios, doentes com sonda,*

PEG, acamados, traqueostomizados e depois os casos que implicam prestação de cuidados e apoio social, e são estes últimos que entopem a Rede. A Longa Duração está entupida com casos sociais e a segurança social não dá resposta.”

Estas declarações foram o ponto de partida para dar início ao presente estudo e tentar perceber se nas restantes ULDM da OesteCIM também existiam utentes nas mesmas condições, isto é, a aguardar resposta social adequada à sua situação.

Para dar início ao estudo empírico da presente dissertação, foi realizado um primeiro contacto telefónico, durante o mês de março de 2021, para as sete ULDM da Comunidade Intermunicipal do Oeste para identificar o Assistente Social responsável pela Unidade e, posteriormente, enviado mail (cf. Apêndice 6) a pedir entrevista, com anexo de declaração comprovativa do âmbito académico da investigação emitida pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias a solicitar colaboração no presente estudo (cf. Anexo 1).

A recolha das entrevistas ocorreu entre os dias 31 de março e 25 de maio de 2021. Quatro das entrevistas foram realizadas através da plataforma digital Zoom, porque o acesso às Unidades estava condicionado devido à situação pandémica vivida, uma foi realizada presencialmente com o devido distanciamento e duas entrevistadas optaram por responder ao guião por escrito através de email.

As ULDM do OesteCIM possuem entre 13 e 38 respostas de internamento neste regime, perfazendo um total de 180 respostas contratadas. A Unidade com o número mais reduzido é a Unidade da Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos designada de ULDM 4, que inicialmente tinha 15 respostas, mas, devido à pandemia, reduziu duas camas para possíveis isolamentos. A Unidade com o maior número de respostas é a Unidade da Casa de Repouso da Quinta da Relva em Olhalvo, designada de ULDM 3, concelho de Alenquer, com 38 respostas contratadas em regime de Longa Duração e Manutenção. As restantes respostas encontram-se distribuídas pela Santa Casa da Misericórdia do Bombarral, ULDM 1 com 16 respostas, a Santa Casa da Misericórdia da Aldeia Galega da Merceana ULDM 2, com 30 respostas, o hospital Soerad em Torres Vedras ULDM 5, com 37 respostas, a Confraria Nossa Senhora da Nazaré, na Nazaré, ULDM 6, com 18 respostas e a Unidade de Apoio Móvel à Terceira Idade e Convalescença, na Lourinhã ULDM 7 com 28 respostas. (Ver gráfico 1).

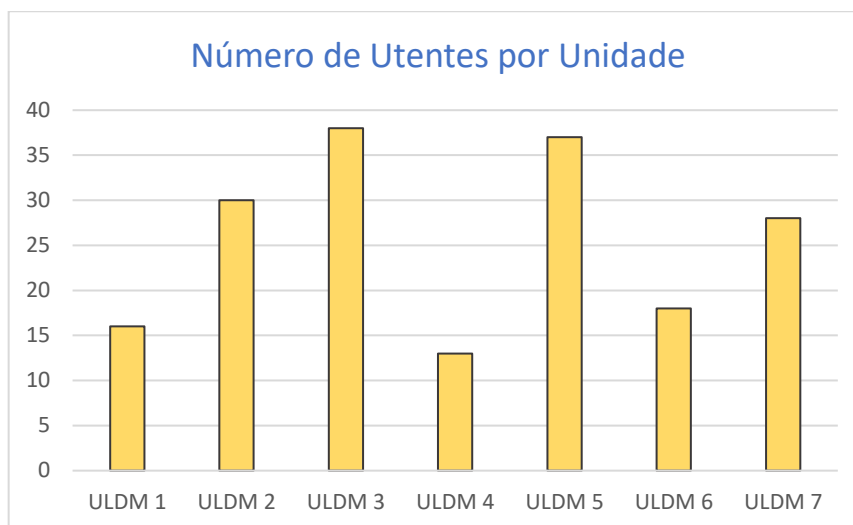


Gráfico 1 – Número de Utentes por Unidade

Elaboração Própria

3.1 – Categorias e subcategorias de Análise

Categorizar as mensagens recolhidas, a disposição, a sua frequência, “a construção do “discurso” e o seu desenvolvimento são fontes de informações a partir das quais o investigador tenta construir um conhecimento” (Quivy & Campenhoudt, 2013, p. 226). Tendo em conta os objetivos definidos para a investigação, as análises dos conteúdos recolhidos foram classificadas em categorias e subcategorias para permitir evidenciar as características mais frequentes e mais relevantes. (Ver quadro 1)

DIMENSÕES	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
FATORES DE RISCO E VULNERABILIDADES SOCIAIS DOS UTENTES DAS ULDM	Fatores de risco dos utentes das ULDM	Idade Patologias que levaram ao ingresso na ULDM
	Vulnerabilidades Sociais	Redes de Suporte informal de apoio dos utentes das ULDM Utentes sem Rede de suporte informal e sem Suporte financeiro "casos sociais" O poder de decisão do utente no processo de alta
A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS ULDM	A intervenção do Assistente Social nas ULDM	Com as famílias e/ou cuidadores O envolvimento das famílias e/ou cuidadores no Plano Individual de Intervenção O envolvimento das famílias na procura de solução futura
OBJETIVOS DO PII, TEMPO DE PERMANÊNCIA E DESTINO PÓS ALTA	Cumprimento dos objetivos do Plano Individual de Intervenção	Média de tempo de permanência na ULDM Tempo de permanência do utente mais antigo na ULDM Mobilidade na Rede findo o tempo previsto de permanência Dificuldade na concretização de altas Destino pós alta dos últimos utentes Internamento para descanso do cuidador nos últimos 2 anos
DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL NA PANDEMIA	Dificuldades sentidas no contexto da pandemia	Adaptação e estratégias face à situação pandémica Regime de trabalho adotado durante a pandemia
O IMPACTO DA PANDEMIA E CONFINAMENTO NAS RELAÇÕES SOCIAIS DOS UTENTES	O impacto da pandemia e as consequências nos utentes	A nível social A nível psicológico Erros e reforços positivos da situação pandémica vivida Número de óbitos por Covid 19 Reação das famílias ao surto e/ou óbito

Quadro 1- Dimensões, Categorias e Subcategorias

Fonte: Elaboração Própria

3.2. - Fatores de risco e vulnerabilidades sociais dos utentes

3.2.1 – Fatores de risco dos utentes das ULDM

Foram consideradas em categoria os fatores de risco que levaram ao ingresso dos utentes na ULDM e consideradas em subcategorias a idade e a patologia.

3.2.1.1 – Idade

A RNCCI tem como objetivo a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, independentemente da sua idade. Os resultados apresentados no Relatório de Monitorização da RNCCI de 2019 indicavam, referindo-se à caracterização da população que integra a Rede, que 84.4% tinham idade superior a 65 anos e que 51.1% do total da população da Rede tem idade superior a 80 anos.

A entrevistada da ULDM 3 revelou que *“a nossa população é maioritariamente idosa”* e a entrevistada da ULDM 4 disse: *“a média onde tenho maior número de utentes é entre os 75 e os 90 anos”*. A entrevistada da ULDM 5 referiu que *“a faixa etária ronda os 75 anos”*.

Do resultado das entrevistas efetuadas às ULDM, na dimensão da faixa etária dos utentes, conclui-se que o utente mais jovem tinha 26 anos e o mais idoso 97, referindo as entrevistadas que maioritariamente são utentes idosos com idade superior a 65 anos. Desta forma, a idade pode ser considerada fator de risco. (Ver Gráfico 2)

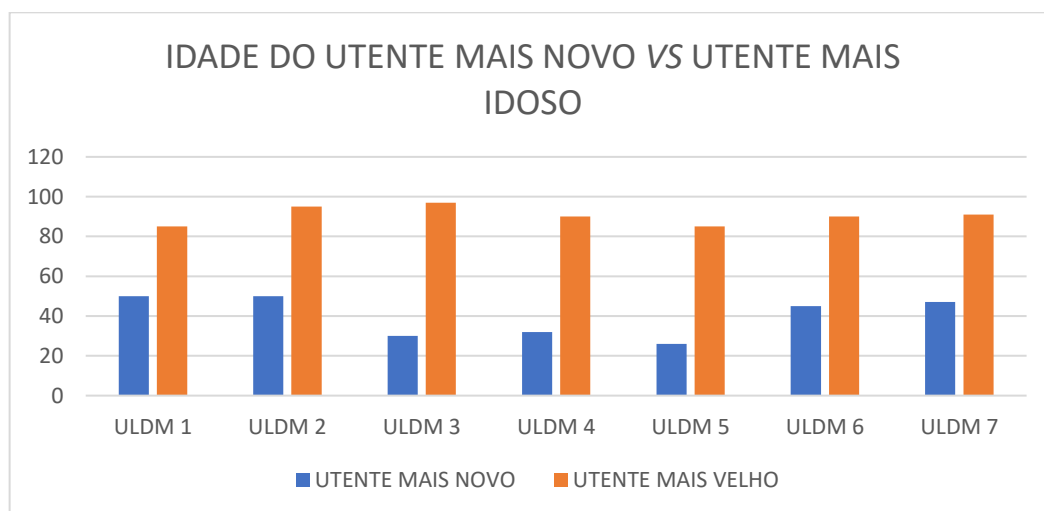


Gráfico 2- Utente mais novo Vs Utente mais idoso

Fonte: Elaboração própria

O gráfico 2 mostra que, na ULDM 1, o utente mais novo tem 50 anos de idade e o mais idoso 85 anos; na ULDM 2, também o utente mais novo tem 50 anos e o mais idoso 95 anos; na ULDM 3, o utente mais novo tem 30 anos e o mais idoso 97; na ULDM 4, o utente mais novo tem 32 anos e o mais idoso 89 anos; a ULDM 5, tem o utente mais jovem com 26 anos e

o mais idoso com 85 anos; na ULDM 6, o utente mais novo tem 45 anos e o mais idoso tem 90 e, por ultimo, a ULDM 7 tem o utente mais novo com 47 e o mais idoso com 91 anos de idade.

3.2.1.2 – Patologias que levaram ao ingresso na Rede

Todas as entrevistadas referiram maioritariamente o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como a patologia mais frequente que levou ao ingresso dos utentes nas ULDM, seguida de Demências. A entrevistada da ULDM 1 relata: *“Temos doentes que tiveram AVC’s extensos e ficaram muito dependentes, temos doentes que fizeram infeções respiratórias, doentes com sondas, doentes traquiostomizados, e depois os casos sociais.”* A entrevistada da ULDM 3 considera que as demências e as úlceras de pressão são as patologias mais frequentes. A entrevistada da ULDM 4 menciona que o *“que se repete mais é o AVC. Claro que há várias patologias: oligofrenias, politraumatismos... As últimas admissões foram pneumonias com critério de cura, mas o que mais se repete é o AVC”*. A entrevistada da ULDM 5 refere: *“São mais doenças cérebro vasculares, doenças cardíacas, doenças oncológicas. Também temos doenças ortopédicas em resolução a aguardar cirurgia e temos de facto pedido de transferência para Longa Duração para resolução social.”* A entrevistada da ULDM 7 identifica, igualmente, que *“a patologia mais frequente é sem dúvida status pós AVC e doenças cardíacas. Os doentes de ULDM que têm sido referenciados têm sido maioritariamente doentes totalmente dependentes, desorientados no tempo e no espaço e acamados”*. A entrevistada da ULDM 2 referiu: *“Face à pandemia, também temos utentes com sequelas de Covid-19”*. As entrevistadas das ULDM 1, 3 e 5 referiram que, por vezes, o ingresso é para resolução da situação social.

O Relatório de Monitorização da RNCCI de 2019, fazendo referência aos principais diagnósticos, relata que 12.7% dizem respeito a “doença vascular cerebral aguda, mal definida (AVC), mas considerando outras patologias associadas a esta doença, como “efeitos tardios de doença vascular cerebral”, oclusão de artérias cerebrais e hemorragias intracranianas. Estas representam 22.5% das referências dos utentes. De acordo com o disposto, conclui-se que o AVC é um fator de risco.

3.2.1.3 – Vulnerabilidades Sociais

Como refere Guadalupe *in* Carvalho “as redes sociais são sistemas relacionais” (2012, p. 198). Estas redes sociais de suporte prestam apoio ao indivíduo de forma informal, associadas, normalmente, a vínculos informais entre familiares, amigos, colegas de trabalho e vizinhança. Ainda de acordo com a autora, a doença poderá trazer incapacidade temporária ou permanente, que poderá criar um afastamento da sua rede social pessoal. Os familiares, que na grande maioria dos casos são a principal rede de suporte, com a situação de doença, vivem dificuldades na adaptação da vida familiar com a atividade profissional, o que pode originar instabilidades. De acordo com o referido na entrevista exploratória pela Assistente Social da ULDM 1, a maioria dos utentes das ULDM “*não têm suporte, as famílias não têm capacidade nem disponibilidade*”. Este item tem como intuito perceber se os utentes das ULDM da OesteCIM têm rede de suporte informal de apoio.

3.2.1.4 – Rede de suporte informal de apoio dos utentes das ULDM

Na subcategoria de redes de suporte informal de apoio dos utentes, a entrevistada da ULDM 1 refere que a “*maioria dos utentes da Longa são utentes sem rede de suporte, sem família ou com más relações familiares*”. A entrevistada da ULDM 3 disse: “*Cerca de metade dos nossos utentes estão cá por critério social. Têm poucos rendimentos e a maioria não tem suporte familiar, ou seja, têm família, existem filhos e sobrinhos, mas não têm ligação*”. A entrevistada da ULDM 6 considera que os utentes têm “*um fraco ou mesmo inexistente suporte social*”. Já a entrevistada da ULDM 5 relata que “*62% das camas ocupadas são situações sociais*.” As entrevistadas das ULDM 2, 4 e 7 consideram que, apesar de terem família de suporte, não conseguem prestar os cuidados. A entrevistada da ULDM 4 reforça que “*Essa rede de apoio não é eficaz nem eficiente que preste cuidados de forma segura e eficiente que permita uma alta. (...) Têm uma rede de apoio muito reduzida*.” Adianta ainda que “*em Longa, as vertentes clínicas e sociais pesam muito, quer para um lado, quer para o outro, e quando a vertente é só social, são casos sociais mesmo!*”. Referindo-se ao que considera casos sociais, argumenta que “*são utentes que não têm suporte financeiro, familiar e que não apresentam critério para prestação de cuidados, que tenham, obrigatoriamente, de ser realizados aqui na Unidade (...) Quando pesa mais a questão financeira ou o suporte familiar para poder prestar cuidados àquele doente, então aí trata-se mais de um caso social que um caso clínico*.” A

entrevistada da ULDM 7 salienta “*que os utentes têm algum suporte informal de apoio, contudo é insuficiente. É constituída pela família, habitualmente filhos, nora, genros e/ou sobrinhos, contudo, apoiam pontualmente, como por exemplo acompanhar a consultas ou tratar de alguma documentação necessária ao utente*”.

Foi referido por todas as entrevistadas a existência de “casos sociais” que unanimemente consideraram serem os utentes/doentes sem suporte financeiro e familiar. A entrevistada da ULDM 1 considera que “*são doentes que estão a aguardar ingresso em respostas sociais, alguns até já recuperados*”. A entrevistada da ULDM 5 reconhece que, embora aguardem resolução social, “*o doente traz em si diagnósticos clínicos crónicos que precisam de medicação diária, necessitam de vigilância e acompanhamento clínico, mas clinicamente estão estáveis e poderiam estar em casa se não fosse para resolver a parte social (...). São situações que poderiam ser resolvidas num contexto de internamento de um Lar, ou seja, em ERPI, e que, ou porque não têm vaga, porque são situações para vagas cativas, ou porque as ERPI’s que têm vaga protocoladas têm um valor muito acima do rendimento disponível do utente (...) as vagas cativas são insuficientes, são um refúgio social que tem de ser refletido, esse número faz com que, depois, as morosidades de colocação de novas situações levem a este atraso.*”

Conforme é relatado pelas entrevistadas, muitos dos utentes das ULDM não têm rede de suporte informal de apoio, e/ou a que têm não é eficaz para cuidar e vão permanecendo nas Unidades até resolução da sua situação social.

Considerando o número de respostas por Unidade, foi feita a comparação com o número de casos sociais. (Ver gráfico 3)

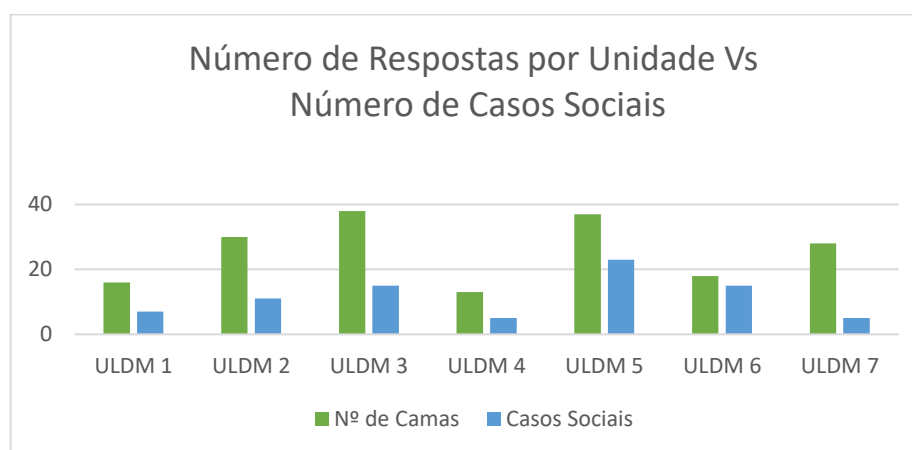


Gráfico 3 – Número de Respostas por Unidade Vs Número de Casos Sociais

Fonte: Elaboração Própria

Da leitura do gráfico 3, regista-se que a ULDM 1 tem 16 respostas e sete casos sociais, a ULDM 2 tem 30 respostas e 11 casos sociais, a ULDM 3 tem 38 respostas e 15 casos sociais, a ULDM 4 tem 13 respostas e 5 casos sociais, a ULDM 5 tem 37 respostas e 23 casos sociais, a ULDM 6 tem 18 respostas e 15 casos sociais e a ULDM 7 tem 28 respostas e cinco casos sociais. Comparativamente ao número de respostas com o número de casos sociais, é de referir que as ULDM 5 e 6, relativamente às respostas têm um número elevado de casos sociais.

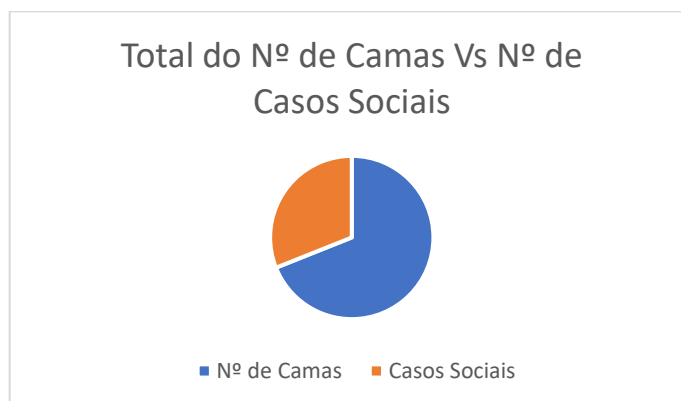


Gráfico 4- Total do Nº de Camas Vs Número de Casos Sociais

Fonte: Elaboração Própria

Não havendo um limite de tempo de internamento estipulado, os utentes vão permanecendo até que seja encontrada a resposta social adequada.

Os dados obtidos permitiram verificar que o número de respostas sociais são 180 e os casos sociais são 81, o que em termos percentuais significa que 45% dos utentes das ULDM são “casos sociais”, utentes que, pela voz das entrevistadas, se apresentam “*sem suporte financeiro e familiar e que ficam a aguardar ingresso em resposta social*”.

Conclui-se que os utentes das ULDM da OesteCIM têm uma fraca rede de suporte informal de apoio.

3.2.1.5 – O poder de decisão no processo de alta

Um dos valores nucleares e essenciais na intervenção em Serviço Social é o respeito e promoção do direito à autodeterminação do indivíduo.

No âmbito da saúde, as autoras Carvalho & Pinto referem que “o respeito pela autodeterminação articula-se diretamente com o direito de participação do doente e sua família

no processo de diagnóstico e tratamento (...)” (2014, p. 451). Quando é imposta uma decisão que diz respeito à vida de uma pessoa e com a qual essa pessoa não concorda, esta decisão pode criar contrariedades que vão inibir a sua felicidade.

Na subcategoria do poder de decisão do utente no processo de alta, pretende-se conhecer o princípio da autodeterminação do utente. Todas as entrevistadas foram unânimes em responder que o utente, estando consciente e orientado, tem o poder de decisão no processo de alta, até porque, conforme afirma a Entrevistada da ULDM 1, *“Ele mesmo tem que assinar. Sempre que está orientado, é ele que assina. As colegas da Segurança Social não aceitam se o próprio não assinar. Ele tem de dar o consentimento para ir para o Lar. Nem se pode fazer de outra maneira. Tem que fazer parte da decisão”*. No entanto, refere que as famílias tentam *“demitir-se das suas funções enquanto família. O utente, muitas vezes, quer voltar ao seu domicílio, quer voltar ao seu espaço.”* A entrevistada da ULDM 2 menciona: *“(…) se for consciente e orientado sim, o utente é sempre ouvido. Quando fazemos uma reunião familiar incluímos o utente. Se for muito desorientado essa parte já não conta, mas quando é consciente e orientado, fazemos questão de fazer a reunião com a família e o utente para sabermos qual a perspetiva da família e do próprio utente. Às vezes a vontade do utente não é bem a vontade da família, e os utentes às vezes têm umas perspetivas irreais, o objetivo deles é sempre regressar ao domicílio, mas nós sabemos que isso nem sempre é possível porque eles necessitam de cuidados e a própria família não pode prestar esses cuidados”*. A entrevistada da ULDM 4 diz que o utente é sempre envolvido em todo o processo, *“mas, contudo, às vezes, sozinhos não conseguem, seja por questões financeiras, seja por questões de logística. (...) qualquer projeto de alta que esteja definido para aquele doente, ele é sempre ouvido. Pode é não ser sempre a sua vontade (...). Por vezes não existem condições para regressar a casa, ou não existem condições para que os filhos lhe consigam dar apoio, porque não estão disponíveis para tal”*. A entrevistada da ULDM 5 fundamenta: *“Qualquer doente tem direito a autodeterminar o que quer para a sua finitude e por isso é sempre auscultado e, se for avaliado, estando orientado na pessoa, no espaço e no tempo e não havendo compromisso cognitivo que o afete ao ponto de comprometer a sua decisão de vida, tem todo o direito a decidir. Se quer ir para casa, vai para casa, mas muitas vezes é aí o grande problema, porque não temos a família (...) para assumir a vontade do utente. Não é fácil chegar a um projeto de vida em que haja consenso entre a família e o utente (...). Há um desencontro na autodeterminação do utente perante a decisão da família”*. A entrevistada da ULDM 7 declara que *“o utente que está orientado no tempo e no espaço tem total poder de decisão no processo de alta, a alta é*

negociada com o utente e com a família. Já aconteceu o próprio solicitar a alta para o domicílio mesmo sendo informado que a equipa não estava de acordo, devido aos riscos elevados e à falta de condições clínicas e sociais para o seu regresso. Contudo, se o utente exige a alta, assina o termo de responsabilidade e a unidade prepara a mesma, independentemente de estar de acordo com a mesma”.

A ilação que se pode tirar é a de que o utente é sempre ouvido e envolvido no processo de decisão de alta. No entanto, o princípio da autodeterminação nem sempre é aplicado, a sua vontade nem sempre é considerada por falta de recursos humanos e/ou materiais para satisfazer as suas vontades e/ou por indisponibilidade das famílias no processo de cuidar.

Na dimensão de fatores de risco e vulnerabilidades sociais dos utentes das ULDM da OesteCIM, a análise dos dados recolhidos mostra que a população que compõe as ULDM é maioritariamente idosa, apesar de existirem alguns utentes com idade inferior a 65 anos, e que a principal patologia que leva ao ingresso na ULDM são AVC's. Na voz da entrevistada da ULDM 4, os utentes *“têm uma rede de apoio muito reduzida”*, opinião partilhada pela quase totalidade das Assistentes Sociais entrevistadas, e cerca de 45% dos utentes destas Unidades são casos sociais que são entendidos unanimemente como utentes sem suporte familiar e económico como refere a mesma Assistente Social: *“(..) são utentes que não têm suporte financeiro, familiar e que não apresentam critério para prestação de cuidados, que tenham obrigatoriamente, de serem realizados aqui na Unidade”*. No processo de alta, o utente, se for consciente e orientado, é sempre ouvido. No entanto, nem sempre a sua vontade é satisfeita, o que lhe pode provocar contrariedades e trazer a sua infelicidade.

3.2.2 – A intervenção do Assistente Social nas ULDM

O Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI de maio de 2007 recomenda que os quatro momentos metodológicos na intervenção do Assistente Social sejam:” O acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados” (2007, p. 26).

Na categoria da intervenção do Assistente Social nas ULDM, pretende-se ficar a conhecer que tipo de intervenção é feita pelo assistente social numa ULDM. Assim, exceto a entrevistada da ULDM 6, todas referiram que intervinham socialmente desde a fase do

acolhimento até à preparação da alta, dando ênfase à intervenção social com as famílias dos utentes e à articulação entre estas famílias e a comunidade.

As entrevistadas das ULDM 2, 3 e 6 salientam o empenho na procura da resposta social adequada ao utente, articulando com as famílias e na ajuda para o preenchimento de impressos para inscrição em respostas sociais. A Entrevistada da ULDM 4, além de referir a intervenção já mencionada, reforça que faz *“a apresentação de todo o modelo organizacional e toda a logística da RNCCI. É feito o esclarecimento de dúvidas, (...) Quando as pessoas chegam, vêm com informações incorretas e não estão devidamente esclarecidas”*. Acrescenta: *“(…) temos de definir que a Unidade não é eterna, as pessoas, quando vêm para nós, o seu internamento tem carácter temporário...”*. Também faz parte das suas funções *“a elaboração do Plano Individual de Cuidados com a equipa multidisciplinar (...)”*. A Entrevistada da ULDM 5 vincou a importância da intervenção social desde a *“fase do diagnóstico social à fase da gestão das necessidades do utente e da família, a gestão da própria doença entre a equipa multidisciplinar e a família. Tudo isto faz com se tenha que gerir expectativas. (...) Nós, Assistentes Sociais temos de ter uma capacidade mais sistémica para avaliar a pessoa: não é um órgão doente, mas sim o Ser Humano que está numa fase de reestruturação, está todo ele a reorganizar-se perante múltiplas doenças”*. A entrevistada da ULDM 7 referiu que, além do mencionado pelas outras Assistentes Sociais, nomeadamente o acolhimento dos doentes e familiares, a preparação da alta, a articulação com os parceiros da comunidade para assegurar e facilitar a continuidade dos cuidados, fazer o PII, aquelas também têm de *“apoiar na adaptação de doença e/ou dependência do doente, disponibilizando informação sobre direitos sociais, atualizar as informações na plataforma da RNCCI, preparar e organizar o relatório de satisfação anual dos colaboradores, utentes e famílias por tipologia de internamento”*.

Considera-se que todas as Assistentes Sociais fazem intervenção social desde a fase do acolhimento até à preparação da alta, dando especial enfoque na intervenção social com as famílias dos utentes e na articulação entre estas famílias e a comunidade.

Todas as entrevistadas salientaram a importância da envolvimento das famílias, ficando a cargo destas o esclarecimento do funcionamento da RNCCI.

3.2.2.1 – A intervenção do Assistente Social com as famílias e/ou cuidadores

Na subcategoria da intervenção social realizada junto das famílias e/ou cuidadores, a autora Carvalho reconhece a importância da articulação com redes de familiares com vista ao

aprofundamento do diagnóstico social, para tal “é fundamental estabelecer uma relação de confiança privilegiada com a família” (2014, p. 266). Esta subcategoria tem o intuito de dar a conhecer a intervenção do assistente social com as famílias e/ou cuidadores.

As entrevistadas das ULDM 1, 2 e 4 consideraram que a pandemia veio dificultar a relação de proximidade anteriormente existente entre o Assistente Social da Unidade e as famílias dos utentes. Antes de aparecer a Covid-19, era feita reunião de acolhimento com as famílias e a equipa multidisciplinar e dado a conhecer às famílias o Plano Individual de Intervenção presencialmente. A entrevistada da ULDM 1 refere que essas reuniões eram estendidas, com alguma regularidade, durante todo o internamento para dar a conhecer a evolução do doente e saber a *“expetativa do utente, quando este está consciente e quando a família é presente, no fundo a expetativa de todos. Às vezes acontece que as expetativas não são muito comuns. (...) é muito difícil meter na cabeça das famílias que o doente já não vai melhorar mais e, com os cuidados de conforto e qualidade no domicílio, com o apoio das equipas domiciliárias ou ECCI consoante as necessidades, os doentes estariam sempre melhor em casa. Mas não é muito fácil, porque acham que a entrada nos Cuidados Continuados, quase todos acham, que é uma situação mais definitiva do que efetivamente é, (...) ou não explicam bem, ou as famílias ouvem o que querem (...)”*. A entrevistada da ULDM 4 menciona que, com a pandemia, tudo é feito via telefone, sendo ela a primeira pessoa a estabelecer o contacto com a família: *“acaba por ser criada logo uma relação e que é mantida durante todo o internamento. (...) Antes da pandemia era mais fácil, porque permitíamos as visitas das onze da manhã até às oito da noite, havia grande circulação e volume de famílias - quando existem, não é? - Havendo mais facilidade pela proximidade dos outros elementos da equipa para esclarecer dúvidas ou colocar questões (...). Sou o elemento do acolhimento, de acompanhamento psicossocial em todo o processo, havendo uma relação de confiança, permitindo que as famílias me procurem com facilidade (...). A minha intervenção (...) em primeira instância, é acolhê-las, informá-las, explicar ao que vêm, em que modos vamos trabalhar, qual será o nosso objetivo (...), depois vai-se construindo esta relação e trabalhando em conjunto com a família, tentando ao máximo estimular a presença das mesmas e o envolvimento, seja através de visitas, que agora são realizadas por videochamadas, seja através da presença e acompanhamento do familiar às consultas.”* A entrevistada da ULDM 5 considera que *“muitas vezes a família também está em sofrimento e o psicólogo também é chamado para ter uma reunião com a família e dá algumas orientações para minimizar o sofrimento.”* A entrevistada da ULDM 7 explica uma outra abordagem: *“Optamos sempre por*

efetuar reuniões e conferências familiares durante as visitas, procuramos estar presentes para melhorar o nosso relacionamento com a família, esclarecer algumas dúvidas e criar proximidade com a mesma. (...) Toda a intervenção com o utente/família é realizada com base numa boa comunicação promovendo a relação empática.”

Neste item, é verificado que todas as Assistentes Sociais entrevistadas tentam manter uma boa relação com as famílias dos utentes e, apesar do confinamento ter dificultado este processo, essa relação vinga através de telefonemas, mantendo-se uma relação de confiança, empatia e envolvimento no processo de recuperação do utente.

3.2.2.2 – O Envolvimento das Famílias e/ou Cuidadores no Plano Individual de Intervenção

As famílias são parte integrante do processo de recuperação do doente e, como aponta Carvalho, “poderão constituir-se como recursos para os seus membros. Neste nível são essenciais ações de formação para cuidadores, a integração dos familiares em grupos de autoajuda (...)” (2014, p. 267). O Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI considera que “a participação e a coresponsabilização dos cuidadores informais no planeamento, execução e avaliação dos cuidados, para se efetivar e ter sucesso, necessita que esteja assegurada a sua formação, (...)” (2007, p. 35).

O funcionamento das unidades e equipas da RNCCI baseia-se no respeito pelos direitos do utente e, de acordo com a alínea e) do artigo 4º da Portaria nº 50/2’17 de 02 de fevereiro, na “participação do próprio, e dos seus familiares ou dos cuidadores informais, na elaboração do plano individual de intervenção.”

Nesta subcategoria, pretende-se saber como é feito o envolvimento das famílias no Plano Individual de Intervenção.

Todas as entrevistadas expuseram de forma consensual que, quando há interesse da parte das famílias, estas são sempre envolvidas, através de reuniões ou de formação e/ou ensino, caso o utente tenha a perspetiva de ir para o domicílio. A entrevistada da ULDM 2 considera que, ao apresentar o Plano Individual de Intervenção às famílias, ia logo explorando “o planeamento da alta (...)”. E esclarece: “*Queremos sempre dizer à família que não é uma resposta fixa, não é uma ERPI, é sim uma continuidade de um percurso de reabilitação, ou seja, o utente ingressou num hospital, somos a continuidade e haverá uma resposta final que não é a nossa.*” A entrevistada da ULDM 4 também refere que trabalha muito com as famílias o internamento

e a alta: *“Quando há a possibilidade de alta para o domicílio, temos na equipa um curso que é Ajudar a Cuidar e que ensina a cuidar. Trazemos até ao nosso espaço os familiares ou cuidadores e ensinamos às famílias as estratégias que habitualmente usamos para cuidar daquela pessoa e que possa facilitar o doente e a família”*. Igualmente, a entrevistada da ULDM 5 disse que *“quando é possível a alta para o domicílio ou para acolhimento de um familiar, a família é chamada para receber formação, como por exemplo ministrar alimentação pela PEG ou por sonda Nasogástrica, fazer um treino do utente entre superfícies.”*

Desta subcategoria depreende-se que, desde que as famílias estejam predispostas, as Assistentes Sociais tentam sempre envolvê-las no Plano Individual de Intervenção e no planeamento da alta, dando formação para a continuidade de cuidados, caso a alta se verifique para o domicílio.

3.2.2.3 – O envolvimento das famílias e/ou cuidadores na procura de solução futura ou resposta social

As ULDM prestam “cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos” de acordo com o número 5 do Artigo 19º da Portaria nº 50/2017 de 02 de fevereiro.

Na presente subcategoria, pretende-se entender qual a envolvimento das famílias na procura de solução e/ou resposta futura. As respostas das entrevistadas foram unânimes: quando existe família, esta é sempre envolvida na procura de solução. A entrevistada da ULDM 4 informou que solicita o comprovativo de inscrição em resposta social, pois *“não se trata de confiar ou não nas famílias, mas pode não ser suficiente a verbalização de que estamos à procura de solução (...). São disponibilizados mecanismos, como a carta social e outras estratégias, que podem facilitar essa procura”*. E apontou: *“Nós, enquanto Unidade, também fazemos essa procura com as famílias (...)”*. As entrevistadas das ULDM 1, 3 e 7 referiram que, por vezes, são elas mesmas que fazem os primeiros contactos com as respostas sociais para saber as disponibilidades, *“mas depois tem de ser a família a fazer os restantes contactos”*, acrescentou a Entrevistada da ULDM 1. Já a entrevistada da ULDM 2 esclareceu: *“Faço a lista e entrego às famílias com as respostas que achamos adequadas e que têm vaga para a família articular. Quase sempre temos de dar esse tipo de apoio, porque as famílias, infelizmente, não*

tomam essa iniciativa. (...) Responsabilizamos as famílias nas procuras”. A entrevistada da ULDM 7 alega que “as famílias são muito reticentes à alta e esperam sempre que os utentes fiquem permanentemente na Unidade (...). A entrevistada, da ULDM 5 a referir-se aos utentes, afirma: “Normalmente vêm do hospital, e quase sempre, mal eu sei que o utente entrou na plataforma, vejo os contactos privilegiados e o Termo de Aceitação e consigo ver quem assinou a documentação, no fundo o representante familiar que deu o consentimento no hospital com o apoio da Assistente Social. Falo telefonicamente e tento logo auscultar o que esteve na base da referência para Longa, e consigo logo perceber a fragilidade através do discurso. (...) É muito importante como o Assistente Social envolve o próprio futuro cuidador. Fazer sentir ao cuidador que ele é uma peça tão importante ou mais que o próprio doente (...).”

Na envolvência das famílias na procura de solução ou resposta futura para os utentes das ULDM, as Assistentes Sociais envolvem-nas, desde que estas estejam predispostas nessa procura. No entanto, as iniciativas partem quase sempre da parte destes profissionais, que forçam a movimentação da família com estratégias de procura ativa.

Na dimensão da intervenção do Assistentes Social nas ULDM, ficamos a saber que a intervenção é feita desde o acolhimento, passando pela elaboração do PII, até à preparação da alta e envolvendo, sempre que possível, as famílias na procura de resposta futura.

3.2.3 – Objetivos do PII, tempo de permanência e destino pós alta

3.2.3.1 – Cumprimento dos objetivos do PII

De acordo com Glossário da RNCCI de abril de 2009, o Plano Individual de Intervenção (PII) é o “conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades identificadas e intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspetos clínicos como sociais.”

Esta categoria tem como finalidade aferir se os principais objetivos do PII são alcançados. As entrevistadas das ULDM 1, 2, 4 e 7 consideram que os principais objetivos propostos são concretizados. A entrevistada da ULDM 1 refere: *“As equipas não vão definir objetivos que não vamos concretizar, vamos tentar definir objetivos o mais realistas possíveis. Já aconteceu utentes virem para Longa para a parte social (...). Nós, basicamente, temos um PII mais ou menos pré-definido por área (...). A entrevistada da ULDM 2 também considera*

que os objetivos no geral são alcançados. Mas comenta: *“Muitas vezes o difícil é as famílias aceitarem que nós já fizemos a nossa intervenção. Nós explicamos e delineamos objetivos e as famílias, muitas vezes, não querem aceitar que os utentes têm de ter alta. Aqui é o grande problema. Infelizmente, não há nada na Rede que nos dê força e que os responsabilize. A entrevistada da ULDM 4 também considera que os principais objetivos propostos são alcançados, mas que “talvez o mais difícil seja o projeto pós alta que é a meta final. (...) Mas, se em última instância no Plano Individual de Intervenção estiver a integração em ERPI, este é efetivamente mais difícil, (...) trata-se de conjugar a parte financeira com a parte da necessidade de integração.”* A entrevistada da ULDM 6 diz que *“a maior parte dos utentes aguarda uma resposta social adequada (...)”*. A entrevistada da ULDM 3 argumenta outra opinião, alegando que nem sempre os principais objetivos são alcançados: *“Em Longa é raro haver casos de pleno sucesso, vamos tendo um ou outro, mas é difícil termos casos de sucesso em que conseguimos cumprir todos os objetivos.”* Já a entrevistada da ULDM 5 considera que *“os objetivos nunca se esgotam. Se o objetivo for para resolver a questão social, o objetivo só é alcançado quando tem alta”*. E adianta, ainda: *“O que fazemos é uma insistência constante no pedido de vaga de Lar.”*

Nesta categoria, as Assistentes Sociais, na sua maioria consideram que os principais objetivos do Plano Individual de Intervenção são alcançados. No entanto, se como objetivo final estiver a integração em resposta social, nomeadamente em ERPI em vaga protocolada com a Segurança Social, este último objetivo poderá ser mais difícil de concretizar.

3.2.3.2 – Média de tempo de permanência na ULDM

A RNCCI, quando foi criada através do Decreto-Lei N° 101/2006, não estipulava o tempo limite de internamento das ULDM, referindo, no número 1 do artigo 17º, que *“é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção (...)”* e o número 2 do mesmo artigo indica que a ULDM *“tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos”* (2006, p. 3860).

Nesta subcategoria, pretende-se saber qual a média de tempo de permanência na ULDM.

Obtivemos respostas divergentes: a entrevistada da ULDM 7 referiu que a média de internamento é de um a dois anos, no entanto assegura que o utente mais antigo está na Unidade

há 12 anos; a entrevistada da ULDM 5 atribuiu uma média de dois anos; a entrevistada da ULDM 2 indicou que a média seria entre dois e três anos; a entrevistada da ULDM 3 refere a média entre três e quatro anos; e a entrevistada da ULDM 4 atribui uma média de seis a sete anos de permanência.

Não havendo tempo limite estipulado, os utentes vão permanecendo na RNCCI até encontrar resposta social adequada, e nesta dimensão ficamos com a perceção de que a média de tempo de permanência poderá ir de um ano a sete anos.

3.2.3.3 – Tempo de permanência do utente mais antigo

Nesta subcategoria, é possível avaliar o tempo de permanência na ULDM do utente mais antigo. Essa informação é constante do Gráfico 5, de acordo com o relatado pelas Assistentes Sociais. (Ver Gráfico 5)

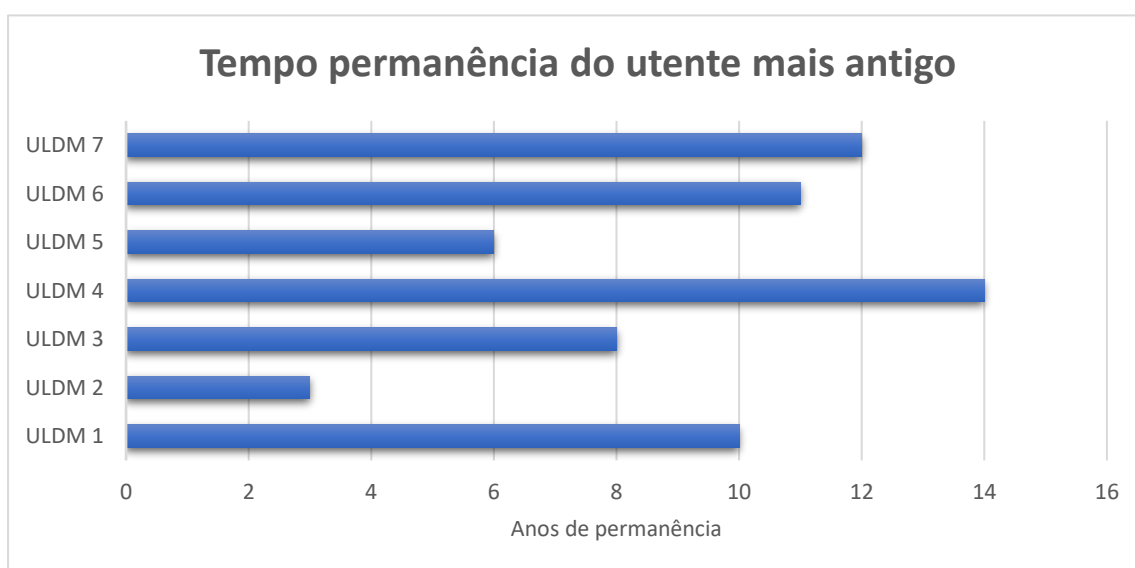


Gráfico 5 - Tempo de Permanência do Utente mais antigo

Fonte: Elaboração Própria

Pela análise dos resultados obtidos, verifica-se a existência de utentes com tempos de permanência que podem variar entre três e catorze anos. A Unidade que tem o utente mais antigo com menor número de anos de permanência é a ULDM 2 com três anos de internamento, segue-se a ULDM 5, que tem o utente mais antigo com seis anos de internamento, na ULDM 3, o utente mais antigo tem oito anos de internamento, a ULDM 1 tem o utente mais antigo com

dez anos de internamento, na ULDM 6, o utente mais antigo está na Unidade há onze anos, na ULDM 7, o utente mais antigo está na Unidade há 12 anos e, na ULDM 4, o utente mais antigo tem 14 anos de internamento.

3.2.3.4 – Mobilidade na Rede Findo o Tempo de Permanência

Existe a possibilidade de mobilidade na Rede quando o prazo de internamento previamente fixado foi esgotado ou quando os objetivos terapêuticos não foram atingidos, podendo a pessoa ingressar na unidade ou em equipa da Rede mais adequada de acordo com o número 1 do artigo 33º do Decreto-Lei nº 101/2006.

A subcategoria de mobilidade na rede, permite perceber se o utente se desvincula da Rede findo o prazo previamente estipulado. Ficámos a saber que as entrevistadas das ULDM 1, 2 e 7 asseguram que, na maioria das vezes, o utente permanece na Rede a aguardar resposta social. A entrevistada da ULDM 1 refere que *“já há utentes que vêm de outra Unidade, já com processos de espera (...)”*. Também as entrevistadas das ULDM 2, 3 e 5 referem que, se o utente for para domicílio, é sempre referenciado para ECCI, que é a Equipa de Cuidados Continuados Integrados pertencente à Rede. No entanto, a entrevistada da ULDM 2 indica que, sendo os utentes integrados em ERPI, ou Centro de Dia ou Apoio Domiciliário, estes desvinculam-se da Rede.

Neste ponto, poderemos concluir que, se um utente sair da ULDM para integrar uma resposta social, este desvincular-se-á da Rede, mas, se for para o domicílio, será referenciado para a ECCI que pertence à RNCCI.

3.2.3.5 – Dificuldade na concretização de altas

Carvalho (2014) salientou que “o planeamento da alta representa as transições de níveis de prestação de cuidados da rede nacional de cuidados continuados integrados para os recursos informais e formais da comunidade” (p. 265).

A intenção deste item é saber se existe dificuldade na concretização de altas nas ULDM.

Todas as entrevistadas consideraram existir muita dificuldade na concretização de altas nas ULDM. A entrevistada da ULDM 1 refere que *“desde 2011 que estou aqui, conta-se pelos dedos de uma mão os doentes que foram de Longa para Lar, normalmente falecem antes de vir*

as vagas ou pioram o estado de saúde e temos de recusar a vaga em Lar (...)”. A entrevistada da ULDM 2 reforça que é muito difícil concretizar as altas porque *“é para internamentos superiores a 90 dias e não há nada que diga uma data fixa e a família o que diz é que são internamentos superiores a 90 dias (...)*. Salienta ainda que *“a maior parte das famílias não tem capacidade económica para integração em ERPI (...)*. Há famílias que não conseguem suportar o valor e há pessoas que são sozinhas.” A entrevistada da ULDM 3 considera que é difícil concretizar as altas, *“ou o utente tem um bom suporte familiar ou um bom suporte financeiro, mas, hoje em dia, tendo alguns rendimentos, também é muito difícil encontrar vaga em Lar. Mesmo que a família consiga custear, é difícil encontrar vaga em Lar.”* A entrevistada informa que *“se a concretização da alta estiver unicamente dependente de uma integração em ERPI, aí é complicado. (...) É difícil quando são situações meramente financeiras. As reformas são muito baixas, as condições financeiras dos agregados familiares que nos chegam são muito frágeis, portanto quem não tiver um equipamento que permita uma vaga protocolada, é muito complicado.”* A entrevistada da ULDM 7 aponta como dificuldade na concretização de altas *“a não colaboração das famílias e a falta de respostas na comunidade participadas, são os principais obstáculos (...)”*

Da análise deste quesito, observamos que todas as respostas convergiram para a grande dificuldade de concretizar altas nas ULDM por falta de respostas protocoladas com a segurança social na comunidade que satisfaçam as necessidades dos utentes.

3.2.3.6 – Destino pós-alta

Qualquer admissão tem como objetivo final a alta, quer seja para respostas sociais da comunidade, quer seja o mais desejável, que é o domicílio. Pretende-se conhecer qual o destino dos últimos utentes que tiveram alta. Nesta subcategoria, as entrevistadas das ULDM 1 e 5 afirmaram que o destino dos últimos utentes que tiveram alta foi por falecimento, sendo de referir que esta última entrevistada também mencionou que *“alguns para ERPI e a maioria por falecimento”*, bem como a entrevistada da ULDM 6 que, além de referir alta por óbito, também indicou alta por transferência. As entrevistadas das ULDM 2, 3 e 4 disseram que o destino das últimas altas foram para ERPI. A entrevistada da ULDM 2 reforçou: *“temos um trabalho ingrato, porque não há respostas e as respostas que há são muito limitadas”*.

Do exposto, considera-se que a maioria referiu, como principal destino pós-alta, a ERPI, seguido de alta por falecimento. O Relatório de Monitorização da RNCCI – 2019 declara que,

a nível nacional na Rede Geral, 77% do destino dos utentes pós-alta foram para domicílio, no entanto não discrimina o destino pós-alta por tipologia.

3.2.3.7 – Número de utentes recebidos no âmbito do descanso do cuidador nos últimos dois anos

Conforme estipulado no número 3 do artigo 17º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 06 de junho, a ULDM pode proporcionar um período de internamento inferior aos 90 dias, “em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano” (2006, p. 3860).

Na subcategoria de descanso do cuidador, pretende-se saber quantos utentes receberam as ULDM neste âmbito.

O gráfico 6 revela os números dos utentes recebidos no internamento para descanso do cuidador de acordo com a informação recolhida através das entrevistadas.

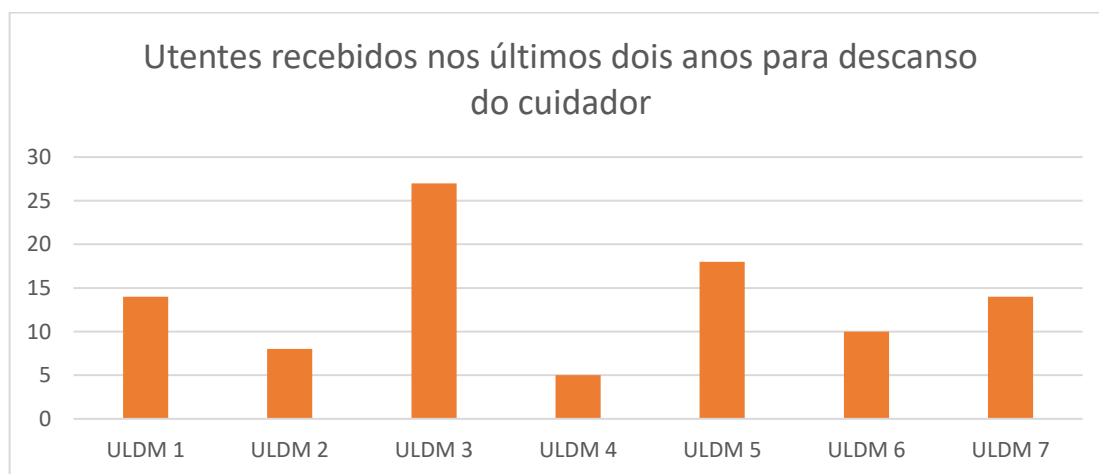


Gráfico 6 - Utentes recebidos nos últimos dois anos para descanso do cuidador

Fonte: Elaboração Própria

Todas as Unidades receberam utentes no âmbito do descanso do cuidador nos últimos dois anos. A Unidade que recebeu mais utentes foi a ULDM 3, com um total de 27 utentes, no entanto é a Unidade que possui o maior número de respostas (38), seguida da ULDM 5, que recebeu 18 utentes. As ULDM 1 e ULDM 7 receberam 14 utentes, a ULDM 6 recebeu dez, a ULDM 2 recebeu oito e a ULDM 4 recebeu cinco, mas é a que tem o menor número de respostas (13).

A entrevistada da ULDM 5 declarou: *“Em dois anos, tivemos dezoito utentes, uma média de nove utentes por ano. Face às 37 camas de que dispomos, só 24% é que foram ocupadas para essa finalidade. De referir que apenas usufruíram de 30 dias, quando podem voltar a requerer e solicitar até 90 dias, por períodos alternados (...). As famílias e os cidadãos em geral desconhecem a existência da RNCCI e do descanso do cuidador. Os que conhecem, nem sempre estão informados de como acionarem o recurso. A agravar, os médicos de família deveriam informar e não o fazem. O descanso do cuidador é sempre pela EGA dos Cuidados de Saúde Primários. (...) Por vezes não informam, por saberem que a espera é longa e nem sempre são chamados, e o processo de candidatura é trabalhoso”*.

O reduzido número de utentes referenciados para descanso do cuidador poderá estar relacionado com o desconhecimento desta possibilidade de internamento, como afirma a assistente social da ULDM 5.

Na dimensão de cumprimento dos objetivos do PII, tempo de permanência na Unidade do utente mais antigo e destino pós alta, ficamos a saber que, no geral, os objetivos são ajustados aos utentes e por norma são cumpridos. Em relação à média de tempo de permanência na Rede, apenas uma Unidade tem o utente mais antigo há menos de cinco anos, sendo que todas as outras têm na Unidade utentes com mais de cinco anos de internamento. Todas as entrevistadas reportaram dificuldade na concretização de altas, referindo que, sempre que o destino pós alta do utente é o domicílio, este é referenciado para ECCI, permanecendo com vínculo à Rede. No entanto, a grande maioria dos utentes tem como destino de alta ERPI ou por falecimento. A possibilidade de internamento para descanso do cuidador, na opinião da entrevistada da ULDM 5, ainda é desconhecida pela população em geral, daí haver Unidades que receberam poucos utentes nesta modalidade de internamento nas ULDM.

3.2.4 – Desafios do Assistente Social em situação de Pandemia

Em dezembro de 2019, o mundo ficou a saber de um vírus que surgiu na China e que iria espalhar-se por todo o mundo, causando a maior pandemia do século, o novo coronavírus SARS-COV-2. À doença causada por este vírus foi atribuído o nome de Covid-19. Foram adotadas medidas para evitar a propagação, como o uso de máscaras e material de proteção, o distanciamento social e o confinamento. Face a este novo contexto, pretendeu-se saber quais os maiores desafios que o Assistente Social da ULDM entrevistado sentiu.

A quase totalidade das entrevistadas das ULDM 1, 2, 3, 4 e 5 reconhecem que o principal desafio sentido durante o contexto da pandemia foi o cancelamento das visitas das famílias aos utentes internados nas ULDM. A entrevistada da ULDM 5 salientou: *“O maior desafio foi não quebrar o vínculo familiar. Não conseguimos manter as visitas presenciais por cumprimento das orientações da DGS, mas conseguimos reforçar videochamadas, tivemos que reestruturar o plano de trabalhos (...)”*. A entrevistada da ULDM 3 reforça a dificuldade sentida na questão das visitas: *“Foi muito difícil para as famílias e muito difícil para os utentes! Mas mais para as famílias, porque a maioria dos nossos utentes não estão orientados (...).”* A entrevistada da ULDM 2 refere: *“Os utentes deixaram de ter contacto direto com os familiares, ainda hoje manifestam essa vontade e essa falta, estão fechados e não conseguem compreender o que se passa cá fora (...).”* A entrevistada da ULDM 4 lembrou: *“Temos algumas famílias muito presentes, é verdade, outras nem tanto, e de um momento para o outro acabámos, não direta, mas indiretamente, por pedir algum distanciamento a todas elas, quer àquelas que já por si não fazia muita diferença, quer às outras que eram muito envolvidas no processo. (...) Hoje, temos visitas, mas visitas com marcação, à porta e com vidro. Portanto isto desvirtuou a relação que existia. (...) Agora só poderão vir ver uma ou duas vezes por semana, não há um contacto direto, não há um toque (...).”*

Para fazer face a esta lacuna, quase todas estas profissionais afirmaram que recorreram à videochamada para que utentes e familiares se sentissem mais próximos. A entrevistada da ULDM 3 reforça: *“(...) tentámos colmatar com videochamadas, com visitas à janela, mas não é a mesma coisa.”* A entrevistada da ULDM 4 lembra: *“(...) tentámos, internamente, fazer algumas estratégias para manter estas famílias próximas, fazendo videochamadas, tentando envolvê-las ao máximo. Por exemplo, no Natal, fizemos uma foto de cada um dos doentes e enviamos às famílias como postal de Natal e pedimos às famílias para fazerem um pequeno vídeo para lhes mostrarmos individualmente.”*

Outro grande desafio enfrentado por estas profissionais durante a pandemia, além da adaptação a toda a situação vivida inerente, aos materiais de proteção individual, da consciencialização de que têm *“um dever acrescido de proteção”* para com aqueles que cuidam, mencionada pela entrevistada da ULDM 4, e os testes à Covid, foi a gestão dos recursos humanos. A entrevistada da ULDM 1 disse: *“Tivemos trinta utentes contagiados e vinte e tal profissionais também contagiados, depois repor o pessoal em todas as áreas (...) essa foi a parte mais complicada.”* A entrevistada da ULDM 2, face a esta questão, afirma: *“(...) foi sentida dificuldade na gestão dos recursos humanos, obviamente que tivemos pessoas que*

tiveram necessidade de ficar em isolamento e essa gestão de recursos humanos foi muito complicada.” A entrevistada da ULDM 7 relatou: *“O maior desafio de todos foi durante o surto na unidade, em que tínhamos a equipa reduzida e conseguirmos garantir a prestação de todos os cuidados aos utentes.”* Outra dificuldade sentida prende-se com as inscrições em equipamentos sociais, como relata a entrevistada da ULDM 4: *“Hoje é com mais dificuldade que se consegue fazer inscrição, nem todas as famílias têm conhecimentos tecnológicos que lhes permite aceder a uma inscrição on-line. Tudo isto acabou por dificultar o trabalho e nós que somos o elo de ligação acabou por aumentar o nosso volume de trabalho.”* A entrevistada da ULDM 3 também partilha da mesma opinião: *“A nível de serviços também houve mais demoras, o que nos dificultou imenso, a nível dos centros de saúde, das pensões, os atestados de incapacidades para posterior atribuição de PSI. Temos utentes à espera há um ano, sem rendimento e sem resposta.”*

Também a questão do isolamento profilático foi indicada como um dos grandes desafios sentidos. Neste contexto, a entrevistada da ULDM 1 lembra a situação a que todos ficaram sujeitos: *“(…) o início da pandemia, com todas as mudanças, de fazer testes quando vêm dos hospitais, quando vão às consultas, fazer isolamentos, que são péssimos para os doentes. Há doentes, por exemplo, que fazem diálise, nunca veem os familiares, (...) estão em constante isolamento, não se pode cessar o isolamento porque estão sempre a sair da Unidade. Cada vez que um doente sai, se ainda não teve Covid, tem que fazer isolamento no quarto 15 dias e isso tem sido muito complicado”.*

Neste item, a unanimidade das entrevistadas salienta a cessação de visitas aos utentes, medida normativa de proteção implementada pela DGS, como a provação mais difícil sentida pelos próprios e pelos familiares. São de salientar as estratégias usadas por estas profissionais que tentaram colmatar esta falta recorrendo a videochamadas. A gestão de recursos humanos em situação de surto, com a redução dos elementos das equipas cuidadoras para garantir a prestação de cuidados aos utentes e os isolamentos profiláticos a que os utentes ficam sujeitos cada vez que saem da Unidade, foi uma questão referida como desafiante.

3.2.4.1 – Regime de trabalho adotado durante a pandemia

A 24 de março de 2020, a APSS envia normas com diretrizes de teletrabalho para as Assistentes Sociais. Estas normas definiam que, face à situação vivida causada pela pandemia de Covid-19, se deveria cumprir o pressuposto no “Despacho nº 2836-/A/2020 de 2 de março,

nº 3, [onde] recomenda e determina, sempre que possível, o recurso ao mecanismo do teletrabalho” ((APSS), 2020, p. 2).

À pergunta sobre qual o regime de trabalho adotado, se presencial ou teletrabalho, as entrevistadas das ULDM 2, 4, 6 e 7 disseram que trabalharam sempre em regime presencial. As entrevistadas da ULDM 1, 3 e 5 esclareceram que tiveram de trabalhar durante um breve período de tempo em regime de teletrabalho. A entrevistada da ULDM 1 fê-lo, porque teve contacto com doente positivo. A entrevistada de ULDM 2 referiu: *“Trabalhei em regime de teletrabalho durante o período de um mês e meio, mas não sou nada adepta desse regime.”* A entrevistada da ULDM 5 esclarece: *“Eu fui obrigada a estar em regime de teletrabalho durante um mês, em abril 2020, e eu própria desisti, porque o Assistente Social faz-se com uma relação humana, com uma relação com o doente e com os colegas profissionais, não faz qualquer sentido estar em teletrabalho. Até consigo entender numa misericórdia ou numa Segurança Social, mas na Saúde não faz qualquer sentido estar em teletrabalho.”*

Conclui-se que, das sete entrevistadas, quatro estiveram a trabalhar sempre em regime presencial e três em regime de teletrabalho. As profissionais que estiveram em regime de teletrabalho desabafaram que, sendo o Serviço Social uma profissão baseada nas relações humanas, o regime de teletrabalho não se coaduna.

Na dimensão de desafios do Assistente Social na pandemia, o maior desafio sentido foi a cessação das visitas e o esforço efetuado para manter os laços familiares presentes através de estratégias como as videochamadas. A maioria das Assistentes Sociais adotou o tipo de trabalho presencial.

3.2.5 – O impacto da pandemia e confinamento nas relações sociais dos utentes

O confinamento a que todos ficaram sujeitos obrigou ao isolamento social e, em caso de contacto com indivíduo positivo, a DGS obriga a um isolamento profilático.

Na categoria do impacto da pandemia e as consequências que teve para os utentes a nível social, as entrevistadas falaram unanimemente na falta das visitas como a pior perda em termos de laços afetivos que os utentes sentiram. A entrevistada da ULDM 3 salienta que *“os utentes tiveram tanto tempo sem o contacto físico com os familiares que alguns já não se lembram da família. É muito difícil.”* A entrevistada da ULDM 4 partilha a mesma opinião, referindo: *“O maior impacto, pela negativa, foi para os doentes, porque não tiveram as suas famílias perto e houve falta da proximidade física e do envolvimento no processo do doente e*

na vida do doente. (...) Há doentes que precisam de uma estimulação mais direta e que indiretamente até a conseguiam quando fazíamos este género de atividades com eles, isso acabou por se perder (...) Só o facto de falarem uns com os outros acabou por ser estimulados e agora não é assim, isso perdeu-se e corremos atrás do prejuízo”. A entrevistada da ULDM 5, ao falar do impacto e nas consequências da pandemia, reforça o *“afastamento familiar, a quebra de laços afetivos, o sentimento de abandono. Há utentes que, se não veem nem ouvem, sentem falta.”* A entrevistada da ULDM 2, além de mencionar a falta de contacto direto com as famílias como impacto da pandemia, argumenta que também a gestão das emoções dos utentes foi uma situação difícil e *“complicada”*.

A falta das visitas e a falta do toque direto dos familiares como forma de carinho desencadearam o sentimento de abandono, o que foi, sem dúvida, para os utentes, a consequência mais danosa do impacto da pandemia a nível social.

3.2.5.1 – Alterações psicológicas verificadas no âmbito do isolamento

Como já descrito previamente, a gestão das emoções dos utentes foi considerada um desafio sentido no contexto da pandemia. Na questão colocada, se no contexto de isolamento social os utentes desenvolveram perturbações psicológicas como ansiedade e/ou medo, seis das sete entrevistadas afirmaram que sim. A entrevistada da ULDM 1 descreve: *“De repente, a verem-se fechados num único espaço de isolamento, houve doentes que descompensaram. Outros era o medo, começaram a ver os colegas a serem contagiados e provocou stress.”* A entrevistada da ULDM 2 diz: *“Tínhamos algumas pessoas que estavam mais orientadas e sinto que acabaram por ficar mais desorientadas, sem terem o convívio e sem poderem sair... levou a que muitos deles ficassem mais apelativos, com as emoções à flor da pele, com necessidade de mais cuidados e atenção. Levou a que houvesse um avançar da demência em muitos deles.”* A entrevistada da ULDM 3 refere que os utentes *“vivem muito ansiosos porque têm uma tosse, uns espirros e ficam assustados porque já acham que têm qualquer coisa.”* A entrevistada da ULDM 4 refere: *“À exceção de uma outra pessoa já com antecedentes clínicos psicológicos e com acompanhamento a outro nível, numa forma geral todos eles lidaram muito bem com a situação (...) Falámos de forma muito franca e muito aberta sem qualquer alarido para que o assunto fosse aceite com alguma tranquilidade (...).”* No entanto, adianta ainda: *“Tivemos uma ou outra situação, mas com famílias que não eram tão próximas e ficaram ainda mais distantes*

e os doentes não conseguem lidar com isto com tanta facilidade e não conseguem perceber o porquê de a família não vir, apesar de tentarmos que a visita seja feita com vidro e distanciamento, eles não conseguem perceber o porquê daquele familiar não se deslocar até aqui, isto traz mazelas (...)” A entrevistada da ULDM 4 disse que esta questão seria mais do foro clínico, no entanto menciona: *“Creio que até se teve que aumentar a farmacologia a nível depressivo. Eu creio que sim, houve uma relação direta entre a medicação mais para a ansiedade e acho que também agravou as desorientações dos utentes, o lado cognitivo sofreu. Perderam-se muitas referências.”* A entrevistada da ULDM 7 corrobora a opinião de algumas entrevistadas, referindo que *“alguns utentes ficaram com humor triste e sintomatologia depressiva, necessitando de apoio (...)”*.

Ouvidas as entrevistadas, conclui-se que a maioria dos utentes das ULDM demonstrou sentimentos de ansiedade, medo, stress, agravamento de síndrome demencial, sentimentos de abandono e depressão, sintomas decorrentes do processo de isolamento social na sequência da pandemia.

3.2.5.2 – Que mudaria se fosse possível voltar atrás?

Esta questão foi colocada para percebermos que erros ou que aspetos positivos foram retirados da situação pandémica vivida para que, no futuro, e em caso de novos registos de pandemia, se retirem ensinamentos. A entrevistada da ULDM 1 esclareceu: *“Nós tínhamos tudo preparado, o isolamento, os doentes com máscara, sempre que iam e viam dos hospitais controlávamos se havia teste (...). Por isso não mudávamos nada (...). Não houve nada que conseguíssemos fazer para evitar, tivemos todos os cuidados e o material de proteção individual nunca nos faltou (...), foi inevitável. Foi um contágio, provavelmente de um funcionário, não por falta de máscara nem nada, mas aconteceu.”* A entrevistada da ULDM 2 também disse: *“Não mudaria nada. (...) nós temos a equipa ECL que nos vai coordenando (...), temos uma lista com os parâmetros que deveríamos ter, já tínhamos a lista completa, não havia nada em falta na nossa Unidade.”* A entrevistada da ULDM 4 tem a mesma opinião: *“Passado praticamente um ano e meio e nós não termos tido nenhuma situação interna, nem surto, nem casos que justificassem uma maior apreensão da nossa parte, eu penso que não mudava nada. Tivemos todos os cuidados e passamos a ser um pouco polícias uns dos outros. (...) Felizmente, nada aconteceu, digo felizmente, porque é cinquenta por cento de trabalho e cinquenta por cento de sorte.”* A entrevistada da ULDM 5 explicou: *“A nossa Unidade sempre trabalhou com muitos critérios de higiene, educação e segurança. Aumentou o rigor com a*

higienização das mãos e trabalhamos esse tipo de comportamento e vamos manter as videochamadas.” A entrevistada da ULDM 3 referiu: “Sou muito de contacto com os utentes e nessa altura deixou de haver contacto e afastei-me deles para os resguardar, mas isso foi um pau de dois bicos. Por um lado, eles necessitam de carinho, uma vez que não há visitas e, por outro lado se houver situações [de contágio], somos nós a transmitir (...). O que mudaria era isso, talvez não me afastasse tanto deles.”

A generalidade das entrevistadas referiu que não mudaria nada, porque cumpriram todas as normas emanadas pela DGS como forma de prevenção. Um aspeto positivo explanado foi as videochamadas, uma técnica de comunicação que a totalidade das entrevistadas mencionou usar durante a pandemia e que veio para ficar. Um reconhecimento percecionado foi o distanciamento dos utentes, não só da parte das famílias, pois as visitas estavam interditas, mas dos próprios profissionais, incluindo os Assistentes Sociais, como forma de os proteger. Na voz da Assistente Social da ULDM 3, no momento em que os utentes mais precisaram de carinho, deixou de haver contacto e talvez no futuro essa fosse uma situação a mudar.

3.2.5.3 – Número de óbitos por Covid-19 na ULDM

Esta questão foi colocada para perceber a quantidade de óbitos por Covid-19 ocorridos nas ULDM da OesteCIM. À data da entrevista nas sete Unidades, só duas não tinham tido surto, cinco referiram terem tido surto de Covid-19 e, das cinco, apenas uma não registou óbitos por Covid-19. Das Unidades estudadas, faleceram um total de 14 utentes, cinco utentes nas ULDM 1 e ULDM 6, três utentes na ULDM 3 e um utente na ULDM 7. Num universo de 180 utentes, faleceram 14 utentes. (Ver Gráfico 7)

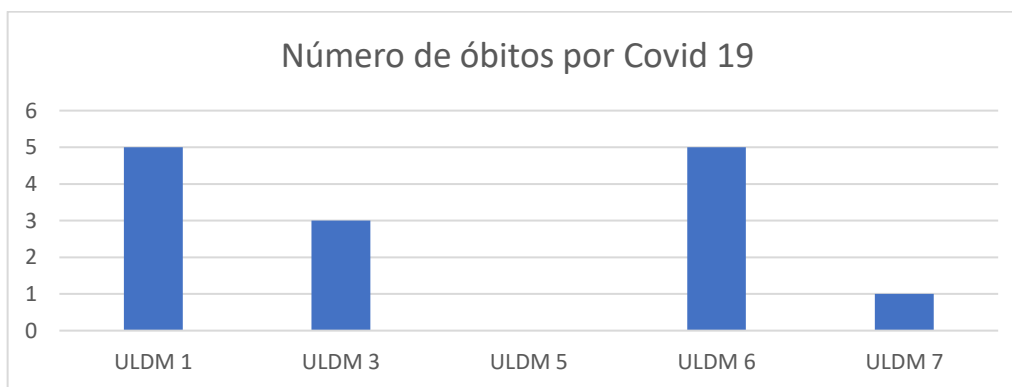


Gráfico 7- Número de óbitos por Covid 19 nas ULDM

Fonte: Elaboração Própria

3.2.5.4– Reação das famílias ao surto e ao óbito

Nenhuma família deve receber com agrado a notícia de que o utente foi infetado ou que faleceu. Dado que essa informação é comunicada, na maioria das vezes, pelo Assistente Social da ULDM, isso pode gerar sentimentos de culpabilização para com a Unidade. O presente estudo também percecionou de que forma as famílias reagiram à notícia de contágio e à notícia de falecimento.

A entrevistada da ULDM 1 salientou que o *“que preocupou as famílias foi a paragem da fisioterapia durante 15 dias. (...) Os utentes entravam com o objetivo de reabilitar e, de repente, mandaram parar todos os serviços não essenciais aos doentes (...) só da parte da fisioterapia é que houve reclamações (...). Acrescentou que a Unidade iria “prolongar mais o tempo de internamento para compensar essas duas semanas.”* A entrevistada da ULDM 3 lembrou que *“as famílias dos doentes que faleceram compreenderam e não houve culpabilização. Dos utentes infetados, (...) as famílias não presentes, aquelas que nunca vieram a uma visita, mesmo antes da pandemia, que nunca fizeram um telefonema para saber do familiar, as piores reações foram deles”.* Esclareceu, ainda: *“Nós fizemos um telefonema a todas as famílias dos utentes infetados a explicar a situação e estas famílias, que nunca foram presentes, tiveram más reações, porque todas aquelas famílias que vêm às dinâmicas da Unidade e mesmo após o Covid vinham fazer visita à janela, essas famílias perceberam e tivemos o apoio e reagiram bem (...)”.* A entrevistada da ULDM 5 mencionou: *“Tivemos apenas duas situações de Covid na ULDM, só dois utentes ficaram positivos e nenhum deles faleceu. As famílias, claro, colocaram várias questões, se não havia visitas presenciais, como aconteceram os contágios? Tivemos que explicar que muitas vezes os “clusters” podem vir dos próprios profissionais de saúde (...). As famílias foram avisadas e reagiram bem.”* A entrevistada da ULDM 7 indicou que *“infelizmente faleceu uma doente (...) a família foi tranquila, compreendeu a situação e não culpabilizou a Unidade.”*

Do item relatado, conclui-se que, no geral, as famílias compreenderam a situação vivida e não culpabilizaram as Unidades pelas consequências dos contágios nos utentes, nomeadamente as famílias mais presentes que estavam cientes dos cuidados existentes como forma de evitar os contágios.

Na dimensão do impacto da pandemia e confinamento nas relações sociais dos utentes, ficámos a conhecer o impacto mais danoso da pandemia que foi, sem dúvida, a privação de

visitas aos utentes, o que desencadeou sentimentos de medo, ansiedade, stress, abandono e agravamento de síndrome demencial. Como estratégia para tentar colmatar esta perda, foram implementadas as videochamadas nas ULDM. Das sete ULDM estudadas, cinco tiveram surto de Covid-19 e faleceram um total de catorze utentes, o que, na generalidade dos casos, foi compreendido pelas famílias mais presentes.

4. SÍNTESE REFLEXIVA DOS RESULTADOS

Neste capítulo, será apresentada uma síntese dos resultados apresentados anteriormente, indo de encontro aos objetivos gerais e específicos traçados.

A RNCCI foi criada para permitir a prestação de cuidados de saúde e ou de apoio social a indivíduos que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

O primeiro objetivo geral pretendia conhecer os fatores de risco e as vulnerabilidades sociais dos utentes das ULDM da OesteCIM, tendo como objetivo específico caracterizar os utentes do ponto de vista etário e as patologias que levaram ao ingresso na ULDM. A partir dos resultados obtidos, ficámos a conhecer que os utentes são maioritariamente idosos, existindo também utentes jovens em situação de internamento nas ULDM, mas em menor número. A principal patologia que levou à admissão foi o AVC.

Outro objetivo específico era conhecer a situação social e as redes de suporte informal dos utentes. Neste ponto, verificámos que, na opinião dos Assistentes Sociais entrevistados, cerca de 45% dos utentes não têm suporte financeiro nem familiar, e que estes aguardam ingresso em resposta social protocolada com a segurança social.

Pretendia-se também conhecer a envolvimento e o respeito pela decisão do utente no planeamento da alta. Relativamente a este aspeto, soubemos que o utente é sempre ouvido e envolvido no processo de decisão de alta, desde que esteja consciente e orientado, embora nem sempre a sua decisão prevaleça.

O segundo objetivo geral traçado era conhecer a intervenção do Assistente Social numa Unidade de Cuidados Continuados, e o objetivo específico, conhecer como é feita essa intervenção e compreender a sua importância na envolvimento da família para o planeamento da alta. As participantes referiram, que a intervenção social é feita desde a fase do acolhimento até ao planeamento da alta, envolvendo o utente e, sempre que possível, as famílias ou cuidadores para o planeamento das altas, mantendo uma relação de confiança e empatia, quer fazendo os ensinamentos ou formação para o processo de cuidar, caso o utente regresse ao domicílio quer na procura de outra resposta social.

O terceiro objetivo geral definido foi perceber se os objetivos do PII são alcançados, e os objetivos específicos, saber o tempo de duração do internamento, conhecer o destino pós alta dos utentes e conhecer a quantidade de utentes admitidos nos últimos dois anos no âmbito de internamento para descanso do cuidador. Percebemos que os principais objetivos propostos são conseguidos, no entanto se como objetivo final estiver a integração em resposta social

protocolada com a segurança social, este será mais difícil de concretizar, o que irá resultar num aumento do tempo de permanência na Unidade. Ficámos a saber, que há utentes que permanecem durante muitos anos nas Unidades, como o caso da ULDM 4 que tem o utente mais antigo há 14 anos. O principal destino dos últimos utentes que tiveram alta das ULDM foram para ERPI e por falecimento. No âmbito de internamento para descanso do cuidador, todas as Unidades receberam utentes nesta modalidade.

O quarto objetivo geral pretendia perceber os novos desafios dos Assistentes Sociais em contexto de pandemia, e como objetivo específico, conhecer a relevância destes profissionais e as estratégias de intervenção social face à situação de pandemia. Uma das estratégias de trabalho adotada foi o teletrabalho. Verificámos que das sete Assistentes Sociais entrevistadas, três trabalharam em sistema de teletrabalho, tendo duas referido que não se adaptaram a esse regime. O isolamento profilático dos utentes foi referido como um dos grandes desafios sentidos, bem como a gestão de recursos humanos em caso de surto na Unidade.

O quinto e último objetivo geral era conhecer o impacto da pandemia e confinamento nas relações sociais dos utentes, e como objetivos específicos, avaliar o impacto da pandemia nas suas relações sociais, bem como as consequências do isolamento social. A falta de visitas e do toque dos familiares diretos aos utentes e o isolamento social foram as realidades identificadas com o “*maior impacto pela negativa*” nas relações sociais dos utentes, causando sentimentos de abandono, ansiedade, medo, stress, depressão e agravamento de síndrome demencial. Como estratégia para minorar as situações de isolamento e falta de visitas foram implementadas as videochamadas.

A mestranda considera que face às perguntas de partida, o presente estudo revela as respostas às questões, indo ao encontro dos objetivos propostos.

CONCLUSÃO

O aumento da esperança média de vida permite que hoje se viva mais anos e com melhor qualidade. Esta longevidade, associada a um comportamento saudável, pode permitir um envelhecimento ativo e participativo na sociedade. No entanto, o envelhecimento está associado ao aparecimento de doenças crónicas que podem trazer situações de dependência física, o que vai afetar não só o indivíduo dependente, mas também a sua família. Como forma de intervenção na potencialização da capacidade funcional dos utentes, foi criada, em 2006 a RNCCI, uma política social no âmbito da saúde e da segurança social, assente num modelo integrado que visa a reabilitação, readaptação, reinserção familiar e social do utente em situação de dependência, em que o Estado é o principal incentivador, e envolve os parceiros sociais na forma de resposta.

Conforme descrito nos Relatório de Monitorização da RNCCI, a população que compõe as ULDM tem, maioritariamente, idade superior a 65 anos. O presente estudo revela, igualmente, que a população das ULDM da OesteCIM é idosa, no entanto, todas as entrevistadas referem ter, pontualmente, utentes mais jovens, chegando mesmo uma das Unidades a ter uma utente com 26 anos de idade. Estas situações pontuais enquadram-se com os princípios que fundamentam a RNCCI, dado que as ULDM são para utentes que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. O estudo confirma também a prevalência de utentes admitidos no seguimento de AVC's, tal como mencionado no Relatório de Monitorização da RNCCI de 2019.

A presente investigação revela que uma parte significativa dos utentes das ULDM que compõem a OesteCIM têm uma rede de suporte informal reduzido ou fraca, isto é, sem família ou com más relações familiares. Verifica-se, também, que, ainda que alguns tenham família de suporte, esta não é eficaz para o processo de cuidar, ou não tem condições económicas para suportar o custo de uma mensalidade numa ERPI. Esta realidade dá origem aos chamados “casos sociais”, que, na voz das entrevistadas, “*são utentes sem suporte familiar e económico*”. Assim, podemos concluir que 45% da população que ocupa as ULDM da OesteCIM, são idosos com baixos recursos económicos e sem rede informal de apoio que vão permanecendo na Rede, uma vez que a Lei não estipula limite de tempo, até que seja resolvido o “problema social”. Esta situação poderá demorar anos a ser resolvida, causando demora no acesso a vaga de novos utentes.

Quisemos, ainda, perceber o poder de decisão do utente no processo de alta. O estudo revelou que o utente, desde que esteja consciente e orientado, é sempre ouvido, no entanto nem

sempre a sua vontade é satisfeita. Uma grande parte dos utentes revela vontade de voltar ao domicílio, mas nem sempre a sua vontade é anuída, ou porque não estão reunidas condições para o regresso ao domicílio, ou *“porque eles necessitam de cuidados e a própria família não pode prestar esses cuidados”*, como revelou a entrevistada da ULDM 2. O princípio da autodeterminação, por vezes, não é respeitado, porque *“há um desencontro na autodeterminação do utente perante a decisão da família”* (ULDM 5).

Um dos objetivos propostos neste estudo era conhecer a intervenção do Assistente Social numa ULDM e a envolvimento da família no PII e na procura de solução futura. O estudo demonstra que o Assistente Social faz intervenção social desde a fase do acolhimento do utente até à preparação da alta, passando pela elaboração do PII com a equipa multidisciplinar, envolvendo, sempre que possível, a família e/ou cuidador informal e as respostas da comunidade para encontrar a melhor solução social para o utente. É estabelecida uma relação de empatia e confiança com as famílias e/ou cuidadores, estando ao encargo dos Assistentes Sociais, quase sempre, a iniciativa da procura ativa de solução. Para isso, usam estratégias de incentivo à família para a busca de respostas externas e eficazes. As famílias, sempre que demonstrem interesse, são envolvidas no processo de reintegração social, seja através de ensino ou formação, caso o utente tenha como destino o domicílio, seja na procura de resposta social. A situação pandémica vivida veio dificultar este processo. Os contactos com as famílias, que eram presenciais, são feitos, atualmente, por via telefónica, e toda a questão burocrática inerente à inscrição em respostas sociais e/ou pedidos de apoios sociais à segurança social ficaram muito mais demorados.

Quando o utente ingressa nas ULDM, é elaborado o PII, que é o conjunto de objetivos a atingir face às necessidades verificadas e tendo sempre em consideração a recuperação ou a manutenção nos aspetos clínicos e sociais.

Foi pretensão da mestrandia conhecer se os objetivos definidos no PII são atingidos, a média de tempo de permanência nas ULDM, a dificuldade em concretizar altas, o destino dos utentes pós alta e o número de utentes que chegam às ULDM no âmbito do descanso do cuidador.

Como resultado da pesquisa, ficámos a saber que os principais objetivos do PII são alcançados, mas, se o objetivo final for a integração em resposta social, este vai demorar muito tempo até ser concretizado. A média de tempo de permanência nas ULDM, de acordo com as entrevistadas, varia entre um e sete anos. Na questão do tempo de permanência do utente mais antigo, tivemos respostas de oito, dez, doze e catorze anos de permanência nas ULDM. Existe

muita dificuldade em concretizar altas, porque há falta de respostas sociais na comunidade, nomeadamente vagas protocoladas com a segurança social. A grande maioria dos últimos utentes que tiveram alta foi para ERPI ou por falecimento. Raramente retornam ao domicílio, mas, caso essa possibilidade se concretize, são referenciados para ECCI que é a equipa pertencente à RNCCI. Todas as ULDM nos últimos dois anos receberam utentes no âmbito do descanso do cuidador, no entanto foi em reduzido número, ou por falta de vaga ou por desconhecimento por parte dos cuidadores desta possibilidade, conforme relatado por uma entrevistada. De acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI-2019, a nível nacional, só 11.3% dos utentes referenciados para as ULDM foram por motivo de descanso do cuidador.

Em dezembro de 2019, foi identificado um novo coronavírus, SARS-COV2, e a OMS atribuiu o nome Covid-19 à doença causada pelo mesmo. Como forma de prevenção, foi recomendado o reforço à higienização, o uso de material de proteção, imposto o distanciamento social e o confinamento. Face a esta nova realidade, quisemos perceber quais os maiores desafios que o Assistente Social sentiu neste contexto e que regime de trabalho adotou. O estudo confirmou que a cessação das visitas aos utentes foi, sem dúvida, a questão mais maleficiente vivida por parte dos utentes e das famílias. Para tentar atenuar esta falta, recorreu-se às videochamadas, uma opção que irá permanecer. Nas Unidades que experienciaram a situação de surto ativo, a gestão de recursos humanos foi outro grande desafio: as equipas ficaram reduzidas e os utentes continuavam a necessitar de prestação de cuidados. Das sete Assistentes Sociais entrevistadas, quatro estiveram a trabalhar em regime presencial e três trabalharam em regime de teletrabalho durante um período de tempo, por força das circunstâncias vividas, manifestando não terem ficado adeptas desta solução, porque na voz da entrevistada da ULDM 2: *“O Assistente Social faz-se com uma relação humana com o doente e com os colegas profissionais.”*

No que diz respeito ao impacto da pandemia e confinamento nas relações sociais dos utentes, concluímos que as consequências mais danosas a nível social para os utentes foram a falta de visitas e a ausência do contacto físico com os familiares, desencadeando sentimentos de ansiedade, medo, stress, abandono e depressão. A generalidade das ULDM estudadas cumpriu todas as orientações emanadas pela DGS, como forma de prevenção e proteção.

Cabe ao Assistente Social comunicar às famílias as ocorrências verificadas durante o internamento na ULDM, e contágio do utente por Covid-19 não é exceção. À data das entrevistas, das sete Unidades estudadas, cinco tiveram surto, tendo ocorrido um total de 14 óbitos por Covid-19. Na generalidade, as famílias foram compreensivas com a situação.

Em suma, ao longo dos últimos anos, o Estado tem-se demitido das suas funções sociais, colocando a responsabilidade da proteção e apoio social nas organizações não lucrativas e instituições privadas. Apesar desta estratégia, há uma grande escassez de equipamentos sociais, que aceitem, principalmente, os mais vulneráveis a nível económico, que não conseguem custear uma mensalidade numa ERPI.

Um dos princípios basilares da RNCCI, tem como pressuposto a reinserção familiar, propondo a participação dos familiares e/ou cuidadores dos utentes na elaboração do PII, bem como a co-responsabilização dos mesmos na prestação dos cuidados (alíneas h) e i) do artigo 6º do Decreto-Lei nº 101/2006). Apesar disso, na fase final do internamento, muitas das famílias sentem a pressão do desafio e evidenciam uma certa resistência ao retorno do utente ao seio familiar e social.

Quando o utente ingressa na Rede, o Assistente Social faz o esclarecimento às famílias sobre o funcionamento da RNCCI. Explica que a ULDM garante a continuidade de um percurso de reabilitação e não constitui uma resposta final, pois, uma vez recuperado, o utente deverá reinserir-se no seu seio familiar ou, em caso de necessidade, ser orientado para outro tipo de resposta social. O Assistente Social colabora na procura de uma solução condigna e adequada ao utente, advogando os direitos sociais possíveis. A RNCCI deverá ser entendida como um recurso de prestação de cuidados continuados de saúde e não uma resposta social. Enquanto não houver limite de tempo estipulado legalmente nas ULDM, os utentes permanecem *ad aeternum*.

Sempre que possível, são privilegiados os cuidados em ambiente familiar, de preferência na casa da pessoa a cuidar, no seu contexto de vida e ambiente familiar. O Estado deveria formar uma “parceria” com os familiares e/ou cuidadores, reforçando os apoios, não só financeiramente como a nível de formação, capacitando-os para o processo de cuidar e divulgando o internamento temporário nas ULDM como forma de descanso do cuidador, possibilidade esta ainda desconhecida de grande parte dos cuidadores. A OesteCIM, tem o dever de ajudar os idosos em situação económica vulnerável e de ajudar a criar infraestruturas no domicílio, para que estes possam permanecer o mais tempo possível no seu meio social, quer eliminando barreiras arquitetónicas, quer através de políticas da habitação social para prover uma habitação condigna à condição física do indivíduo.

A pandemia direcionou as consequências mais nefastas para os idosos: não só os devastou, com milhões de óbitos verificados em todo o mundo, como os privou do calor de um abraço de um ente querido, um prejuízo muito elevado de quem vive dias à espera de um afeto.

Face aos resultados da presente investigação, averiguar se as vulnerabilidades económicas e sociais dos utentes das ULDM da OesteCIM se replicam a nível nacional seria uma proposta bastante pertinente, relevante e útil para um estudo futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, S. G. (2002). *Serviço Social na Saúde – Centro de Recursos para os Assistentes Sociais da Área da Saúde*. Acedido a 10 de dezembro de 2020 em <https://servicosociaisauade.wordpress.com/funcoes>.
- Albuquerque, C., & Luz, H. A. (2016). *Políticas Sociais em Tempos de Crise*. Lisboa: Pactor.
- Amaro, F. (2014). *Sociologia da Família*. Lisboa: Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Ander-Egg, E. (1999). *Como Elaborar um Projeto*. Lisboa: Fomento Gráfico - Artes Gráficas.
- Associação dos Profissionais de Serviço Social [APSS]. (2018). *Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal*. Acedido a 20 de Outubro de 2020 em https://www.apss.pt/wp-content/uploads/2018/12/CD_AS_APSS_Final_APSS_AssembGeral25-10-2018_aprovado_RevFinal.doc-1-converted-1-C%C3%B3pia.pdf.
- Associação dos Profissionais de Serviço Social [APSS]. (2020). *Diretrizes de Teletrabalho para Assistentes Sociais*. Acedido em 11 de janeiro de 2021 em <https://www.eas.pt/diretrizes-de-teletrabalho-para-assistentes-sociais>.
- Beck, U. (2005). *A Sociedade de risco mundial em busca da segurança perdida*. Lisboa: Edições 70.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação - Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Lisboa: Porto Editora.
- Cardoso, J., Vilar, D., & Casquilho-Martins, I. (2020). *Desafios ao Serviço Social no Contexto da COVID-19*. Centro Lusitana de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social. Acedido a 10 de fevereiro de 2021 em <https://www.afid.pt/wp-content/uploads/Relat%C3%B3rio-do-estudo-Desafios-ao-Servi%C3%A7o-Social-no-contexto-da-COVID-19>.

- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A., & Sacadura, M. J. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Acedido em 10 de novembro de 2020 em: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.
- Carvalho, M. I. (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor
- Carvalho, M. I. (2014). *Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta e Serviço Social*, (F. R. Katál., Ed.) 17(2), 261-271.
- Carvalho, M. I. (2015). *Serviço Social com Famílias*. Lisboa: Pactor.
- Carvalho, M. I. (2016). *Ética Aplicada ao Serviço Social - Dilemas e Práticas Profissionais*. Lisboa: Pactor.
- Carvalho, M. I. & Pinto, C. (2014). *Serviço Social Teorias e Práticas*. Lisboa: Pactor.
- Carvalho, M. I., Paoletti, I., & Rego, R. (2011). *Para a melhoria dos serviços sociais a idosos pobres em Portugal*. *Intervenção Social*. Lusíada, 111-115.
- Centro de Estudos Sociais [CES].(2007). *Envelhecimento da população mundial*. Acedido a 12 de outubro de 2019 em <https://www.ces.uc.pt/ces/misc/wess.pdf>.
- Centro de Estudos Sociais [CES].(2013). *Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*. Acedido a 14 de outubro de 2019 em <https://www.eapn.pt/documento/353/parecer-de-iniciativa-sobre-as-consequencias-economicas-sociais-e-organizacionais-decorrentes-do-envelhecimento-da-populacao>
- Chizzotti, A. (2003). *A Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: Evolução e Desafios*. *Revista Portuguesa de Educação*. Universidade do Minho, 221-236.
- Comunidade Intermunicipal do Oeste. Acedido a 7 de janeiro de 2021 em <http://www.oestecim.pt/>
- Conselho Económico e Social (2013). *Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*. Lisboa: CES. Acedido a 7 de outubro 2020 em <https://www.eapn.pt/documento/353/parecer-de-iniciativa-sobre-as-consequencias-economicas-sociais-e-organizacionais-decorrentes-do-envelhecimento-da-populacao>.

- Costa, A. B. (1998). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Direção-Geral da Saúde. Covid-19. Acedido a 6 de março de 2021 em https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-de-15_02_2020_19_26.pdf.
- Diário da República – Série A (2006). Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho. Acedido a 3 de outubro de 2019 em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>.
- Diário da República – Série I (1990). Lei n.º 48/1990, de 24 de Agosto. Acedido em 10 de outubro de 2019 em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/574127/details/normal?l=1>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Acedido a 10 de dezembro 2019 em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Gomides, J. E. (2002). *A Definição do Problema de Pesquisa a Chave para o Sucesso do Projeto de Pesquisa*. pp. 1-11. Acedido em 12 de outubro de 2020 em <http://www.wp.fc.unesp.br/~verinha/ADEFINICAODOPROBLEMA>.
- Guadalupe, S. (2012). A intervenção do Serviço Social na Saúde com Famílias e em Redes de Suporte Social. In: Carvalho, M. I. (Coord). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor.
- Guadalupe, S., Gonçalves, M. J., Fonseca, P., Silva, A. M., & Ávila, O. (2020). *Assistentes sociais no sistema de saúde em Portugal: uma análise dos rácios*. P. G. Emancipação, Ed. 1-22. Acedido a 7 de fevereiro de 2021 em <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>.
- Guerra, I. (2017). *O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar*. Ciências e Políticas Públicas - Public Sciences & Policies, III(Nº 1), 57-79.
- Guerra, J. V. (2016). *Políticas de Saúde em Tempo de Crise*. Lisboa: Pactor.

- Hespana, M. J. (1994). *Os Sistemas Informais de Apoio aos Idosos: Um estudo de caso*. Actas do Congresso da Semana do Idoso, Envelhecer: Os desafios do Século XXI.
- Instituto da Segurança Social. (2019). *Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados*. pp. 1-21. Acedido em 20 de janeiro de 2021 em http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integra_dos_rncci/.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Acedido em 3 de fevereiro de 2021 em Downloads/31ProjPop2018-2080%20(1).pdf.
- Integrados, U. d. (2009). *Guia da RNCCI*. Acedido em 21 de janeiro de 2021 em <https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>.
- Integrados, U. M. (2009). *Glossário da Rede Nacional de Cuidados Continuados*. Acedido a 2 de março de 2021 em http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Glossario_RNCCI.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper*. International Journal of Integrated Care, V. 2, 1-6.
- Legislação Compilada Covid-19. (2021). Diário da República Eletrónico. Acedido em 20 de abril de 2021 em: dre.pt/legislacao-covid-19-upo.
- Luz, H. A., & Albuquerque, C. (2016). *Políticas Sociais em Tempos de Crise: Perspetivas, Tendências e Questões Críticas*. Lisboa: Prator.
- Maia, C., & Fernandes, O. (2015). *A Família Portuguesa no Século XXI*. Lisboa: Parsifal.
- Maia, F. (1990). *Conceitos e Modelos de Política Social*. Apontamentos da licenciatura em Política Social do ISCP. Lisboa.
- Martins, M. C., & Melo, J. M. (2008). *Cuidados Continuados...Uma aposta para o futuro!* Millenium Spectrum, 103-106. Acedido em 20 de janeiro de 2021 em <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8359>.

- Martins, R. M. (2006). *Envelhecimento e Políticas Sociais*. Millenium, Journal of Education, Technologies, and Health, 126-140.
- Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde (1998). *Serviço Social da Saúde*. Divisão de Estudos e Planeamento. 1-37.
- Ministério da Saúde. (2007). *Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido a 21 de Janeiro de 2021 em http://www.seg-social.pt/documents/10152/146439/rncci_boas_praticas_assistentes_sociais_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555
- Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]. (2019). Acedido em 4 de dezembro 2020 em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf.
- Monteiro, M. C, et al. (2013). *Unidades de Cuidados Continuados Integrados: Uma resposta ao envelhecimento e à dependência em Portugal*. Jornal de Investigação Biomédica e Biofarmacêutica. Saúde e Sociedade, 163-178.
- Organização Mundial da Saúde, [OMS]. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Acedido a 10 de dezembro de 2019 em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf.
- Payne, M. (2002). *Teorias do Trabalho Social Moderno*. Coimbra: Quarteto.
- Pordata, (2020). *Índice de dependência de idosos*. Acedido em 10 de janeiro de 2021 em <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%Aancia+de+idosos>
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2013). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Reigada, C. (2020). *Boas Práticas do Assistente Social COVID-19*, V2, 1-8. Acedido a 9 de fevereiro de 2021 em https://www.apcp.com.pt/uploads/boas-praticas-servico-social-covid19_p.

- Rodrigues, E. V. (2010). *O Estado e as Políticas Sociais em Portugal*. Revista do Departamento de Sociologia da FLUP, Vol XX, 191-230.
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosanvallon, P. (1984). *A Crise do Estado Providência*. Lisboa: Inquérito.
- Santo, M. I. (2019). *A Intervenção do Serviço Social na Saúde: "Um fator preponderante."*. (JustNews, Ed.) Lisboa. Acedido a 2 de fevereiro de 2021 em <https://justnews.pt/artigos/a-intervencao-do-assistente-social-na-saude-um-fator-preponderante>.
- Santo, I., Guadalupe, S.(2020). *Diretrizes de Teletrabalho para Assistentes Sociais em Situação de Emergência de Saúde Pública*. Associação dos Profissionais de Serviço Social. Acedido em 11 de novembro de 2020 em <https://www.eas.pt/diretrizes-de-teletrabalho-para-assistentes-sociais/>
- Santos, B. S. (1990). *O estado e a sociedade em Portugal (1974-1988)*. Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, C. C. (2008). *Retratos de uma Profissão*. Coimbra: Quarteto.
- Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de Projetos Sociais*. Porto: Porto Editora.
- Silva, F. C. (2013). *O Futuro do Estado Social*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Silva, L. F. (2001). *Intervenção Psico-Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Torres, A., & Baptista, L. (2008). *Sociedades Contemporâneas - Reflexividade e Acção*. Porto: Edições Afrontamento.

APÊNDICES

Apêndices 1- Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta entrevista é feita no âmbito de uma investigação de Mestrado de Serviço Social e Política Social do Instituto do Serviço Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, tendo como objetivos conhecer a intervenção social do Assistente Social nessa Unidade de Longa Duração de Manutenção e conhecer as vulnerabilidades sociais dos utentes dessa Unidade.

De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados, os dados recolhidos serão confidenciais e apenas usados na presente investigação.

Assim, venho solicitar o seu consentimento para a presente investigação e para a gravação da entrevista para posterior tratamento dos dados, mantendo sempre o anonimato.

(lido e consentido oralmente)

Apêndices 2- Guião de Entrevista Semidiretiva

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIDIRETIVA

- 1 – Quantas camas convencionadas para Longa Duração têm e qual a faixa etária dos utentes desta ULDM?
- 2 – Que tipo de patologia mais frequente levou o utente ao ingresso nesta Unidade?
- 3 – Como descreve a maioria dos utentes desta ULDM do ponto de vista social? Têm uma rede de suporte informal de apoio?
- 4 – Quantos utentes não têm suporte informal de apoio / família ou o têm muito reduzido?
- 5 – O utente tem o poder de decisão no processo de alta?
- 6 - Qual a intervenção do AS nesta ULDM?
- 7 – Como é realizada essa intervenção junto das famílias e/ou cuidadores?
- 8 – Como é feito este envolvimento das famílias no Plano Individual de Intervenção? Há formação e capacitação?
- 9 – Sendo a ULDM uma resposta temporária, a AS envolve as famílias na procura de solução futura ou resposta social?
- 10 – Os principais objetivos dos Plano Individual de Intervenção são alcançados?
- 11 – Qual a média de tempo de internamento dos utentes nesta ULDM? Há quanto tempo está cá o utente mais antigo?
- 12 – Findo o tempo previsto de permanência na ULDM na grande maioria das vezes o utente desvincula-se da Rede?
- 13 – É difícil concretizar altas nesta ULDM?
- 14 – Qual o destino dos últimos utentes que tiveram alta?
- 15 - Tendo as ULDM a possibilidade de internamento para descanso do cuidador, nos últimos dois anos, quantos utentes receberam neste âmbito?
- 16 – No contexto da pandemia quais os maiores desafios que enfrentou?
- 17 – Trabalhou em regime de teletrabalho ou sempre presencial?
- 18 - Qual foi o maior impacto da pandemia nesta ULDM e que consequências teve para os utentes a nível social?
- 19 – No contexto de isolamento social, os utentes desencadearam algumas alterações psicológicas?
- 20 – Se fosse possível voltar atrás (antes da pandemia), o que mudaria?
- 21 – Esta ULDM teve surto de Covid-19? Se sim, qual o número de utentes desta ULDM que faleceram com Covid-19? E como reagiram as famílias? Houve culpabilização?

Apêndices 3 - Grelhas de Análise de Conteúdo

GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO – Excertos das Entrevistas 1 e 2

	PERGUNTAS	ENTREVISTA A.S. 1	ENTREVISTA A.S. 2
Fatores de risco e vulnerabilidades sociais dos utentes das ULDM da Oestecim	Quantas camas convencionadas para Longa Duração têm e qual a faixa etária dos utentes desta ULDM?	16 camas e idade entre os 50 e 85 anos	30 camas e idade entre os 50 e os 95 anos
	Que tipo de patologia mais frequente que levou ao ingresso nesta Unidade?	AVC, doentes portadores de sondas, traquiostomizados e casos sociais	AVC's
	Como descreve a maioria dos utentes do ponto de vista social? Têm rede de suporte informal de apoio?	A maioria são doentes sem suporte informal ou com más relações familiares.	A maioria são “casos sociais”, têm alguma família de suporte que não consegue prestar cuidados nem têm capacidade /“suporte económico” para ingressar em resposta social
	Quantos utentes não têm suporte informal de apoio / família ou têm muito reduzido?	Sete “casos sociais”	10 a 12 utentes sem suporte familiar
	O utente tem o poder de decisão no processo de alta?	O utente se for consciente e orientado tem poder de decisão	“Se for consciente e orientado sim”. “Às vezes a vontade do doente não é a vontade da família”
A intervenção do Assistente Social nas ULDM	Qual a intervenção do AS nesta ULDM?	Intervenção com o utente e famílias no acolhimento e durante todo o internamento	A intervenção inicia-se na admissão do doente, é traçado o PII e consoante os objetivos vão sendo cumpridos vai-se planeando a alta.
	Como é realizada essa intervenção junto das famílias e/ou cuidadores?	Antes da pandemia era através de reunião com a equipa multidisciplinar, doente e família é feito o PII e esclarecidos objetivos	Antes da pandemia era realizada uma reunião com a família e informamos que somos uma continuidade de tratamento e haverá resposta final que não é a nossa. Damos apoio na procura.
	Como é feito este envolvimento das famílias no Plano Individual de Intervenção? Há formação e capacitação?	É dado a conhecer às famílias o PII e é feito o ensino dos cuidados aos familiares.	Há formação e ensinamento “se a família tiver vontade”, tenta-se sempre que a família esteja o mais presente possível.
	Sendo a ULDM uma resposta temporária, a AS envolve as famílias na	As famílias são envolvidas na procura de soluções.	“Responsabilizamos as famílias nas procuras”, as famílias devem trazer o comprovativo das inscrições.

	procura de solução futura ou resposta social?		
Objetivos do PII, tempo de permanência e destino pós alta	Os principais objetivos dos Plano Individual de Intervenção são alcançados?	Os objetivos são definidos consoante o potencial do utente, logo são alcançados.	Sim. “Explicamos e delineamos objetivos e as famílias muitas vezes não querem aceitar.”
	Qual a média de tempo de internamento dos utentes nesta ULDM? Há quanto tempo está cá o utente mais antigo?	O doente mais antigo está cá há 10 anos.	Entre 2 a 3 anos
	Findo o tempo previsto de permanência na ULDM na grande maioria das vezes o utente desvincula-se da Rede?	Não. Há utentes que vêm de outras tipologias e vão ficando na Longa.	Sim. A maioria sim. “ou então fazemos encaminhamento para ECCI”.
	É difícil concretizar altas nesta ULDM?	“A entrada nos Cuidados Continuados quase todos acham que é uma situação definitiva”. É difícil concretizar altas.	Sim é difícil.
	Qual o destino dos últimos utentes que tiveram alta?	Por falecimento.	ERPI e poucos para domicílio.
	Tendo as ULDM a possibilidade de internamento para descanso do cuidador, nos últimos dois anos quantos utentes receberam neste âmbito?	14 utentes	Em 2019 recebemos 5 e 2020 3 utentes.
Desafios do Assistente social na pandemia	No contexto da pandemia quais os maiores desafios que enfrentou?	A adaptação, a falta de visitas e contacto com o exterior, o isolamento social, o uso de material de proteção individual que envolveu custos adicionais, utentes positivos em situação de isolamento.	Gestão de recursos humanos, escassez de material de proteção. Os utentes deixaram de ter contacto com as famílias. A gestão emocional por parte das famílias, utentes e trabalhadores.
	Trabalhou em regime de teletrabalho ou sempre presencial?	Estive dois meses com períodos mistos. Metade do tempo em teletrabalho e outra metade presencial.	Sempre em regime presencial.
O impacto da pandemia	Qual foi o maior impacto da pandemia nesta ULDM e que consequências teve para os utentes a nível social?	O isolamento social. “Cancelou-se visitas e acompanhamentos”.	A gestão emocional

	No contexto de isolamento social os utentes desencadearam algumas alterações psicológicas?	Sim. Os doentes deixaram de poder “circular”, viram-se fechados e isolados alguns descompensaram, outros tinham medo e situações de stress.	Sim. Alguns ficaram mais desorientados, mais apelativos, “com emoções à flor da pele” e registou-se um avanço da demência em alguns.
	Se fosse possível voltar atrás (antes da pandemia) o que mudaria?	“Aconteceu o surto, mas não foi falta de cuidado”. “Não houve nada que se pudesse fazer para evitar”.	Não mudaria nada. A equipa ECL vai coordenando e monitorizando que permite que tudo bem definido.
	Esta ULDM teve surto de Covid 19? Se sim, qual o número de utentes desta ULDM que faleceram com Covid 19? E como reagiram as famílias, houve culpabilização?	Faleceram 7 doentes da ULDM. “Nenhum familiar nos culpabilizou porque sabiam os cuidados que tivemos.” Só preocupou mais as famílias a paragem da fisioterapia.	Não houve surto de Covid na nossa Unidade até à presente data.

GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO – Excertos das Entrevistas 3 e 4

Fatores de risco e vulnerabilidades sociais dos utentes das ULDM da Oestecim	PERGUNTAS	ENTREVISTA A.S. 3	ENTREVISTA A.S. 4
	Quantas camas convencionadas para Longa Duração têm e qual a faixa etária dos utentes desta ULDM?	38 camas e idades entre os 18 e 97 anos	15 camas, mas neste momento 13 camas e idade entre os 32 e 89 anos
	Que tipo de patologia mais frequente que levou ao ingresso nesta Unidade?	Demência e úlceras de pressão	AVC
	Como descreve a maioria dos utentes do ponto de vista social? Têm rede de suporte informal de apoio?	A grande maioria não tem suporte social. “Estão cá por critério social”, sem suporte económico e familiar.	Rede de suporte informal muito reduzida. É um apoio mais a nível emocional que instrumental, não é eficaz nem eficiente que preste cuidados de forma segura e eficiente.
	Quanto utentes não têm suporte informal de apoio / família ou têm muito reduzido?	Metade (entre 15 e 19 utentes).	5 utentes em nenhum apoio e oito com apoio muito reduzido.
	O utente tem o poder de decisão no processo de alta?	Sempre que é consciente e orientado é ouvido primeiro.	Sendo consciente e orientado é envolvido em todo o processo, mas tendo o poder de decisão às vezes pode não ser suficiente a sua intenção ou vontade.
A intervenção do Assistente Social nas ULDM	Qual a intervenção do AS nesta ULDM?	Antes do Covid era feita com o utente e família. Agora o apoio às famílias é mais nos processos burocráticos.	Antes do Covid fazia o acolhimento ao doente e família em conjunto, agora falamos com as famílias por telefone e é feito esclarecimento do funcionamento da RNCCI. É elaborado PII com equipa, é o acompanhamento psicossocial, elo de ligação com a comunidade, elaboração do projeto pós alta.
	Como é realizada essa intervenção junto das famílias e/ou cuidadores?	Reuniões com a família na admissão e sempre que necessário. O que acontece às vezes é não haver disponibilidade ou falta de vontade por parte da família.	Relação de partilha de informação família/equipa, elo de ligação. Acolhimento, informar, explicar objetivos, envolvê-las, estimular a sua presença e no acompanhamento do doente às consultas.
	Como é feito este envolvimento das famílias no Plano Individual de Intervenção? Há formação e capacitação?	É feito ensino dos cuidados à família. Se o utente vai para o domicílio a família vem cá para ser ensinada.	Quando há possibilidade de alta temos um curso “Ajudar a cuidar” que ensina a cuidar daquela pessoa para facilitar o doente e a família.
	Sendo a ULDM uma resposta temporária, a AS envolve as famílias na procura de solução futura ou resposta social?	Sim, sempre. É entregue uma lista às famílias com as respostas adequadas para as famílias selecionarem.	Trabalhamos em conjunto na procura de equipamento, a família tem que trazer os comprovativos de inscrição.

Objetivos do PII, tempo de permanência e destino pós alta	Os principais objetivos dos Plano Individual de Intervenção são alcançados?	Nem sempre. Os utentes já chegam muito debilitados, estiveram muito tempo a espera.	Sim. O mais difícil é o projeto pós alta. Quando a vertente é só social, são casos sociais mesmo! Uteses sem suporte financeiro e familiar que não apresentam critérios para prestação de cuidados, que tenham de ser realizados na Unidade.
	Qual a média de tempo de internamento dos utentes nesta ULDM? Há quanto tempo está cá o utente mais antigo?	O mais antigo está cá há 8 anos, a média é de três a quatro anos.	O mais antigo está há 14 anos. A média ronda 6 a 7 anos.
	Findo o tempo previsto de permanência na ULDM na grande maioria das vezes o utente desvincula-se da Rede?	Se for para domicílio é referenciado para ECCI.	A maioria permanece na Rede.
	É difícil concretizar altas nesta ULDM?	Sim.	É difícil quando são situações meramente financeiras.
	Qual o destino dos últimos utentes que tiveram alta?	A maioria para ERPI	ERPI
	Tendo as ULDM a possibilidade de internamento para descanso do cuidador, nos últimos dois anos quantos utentes receberam neste âmbito?	Entre 25 e 30 doentes na maioria em 2019. Foram referenciados poucos em 2020 devido à pandemia muitos recusaram	Recebemos 5 doentes.
Desafios do Assistente social na pandemia	No contexto da pandemia quais os maiores desafios que enfrentou?	Foi muito difícil para os utentes e famílias a falta das visitas . Fez-se videochamadas mas não é a mesma coisa. As demoras na atribuição de PSI, pensões, atestados de incapacidade	Consciencialização da equipa para cumprimento das regras e procedimentos e a maior dificuldade foi a questão das visitas, o afastamento presencial, a falta do toque. Fizemos videochamadas para manter as famílias mais próximas e envolvê-las.
	Trabalhou em regime de teletrabalho ou sempre presencial?	Trabalhei em regime de teletrabalho durante um mês, mas não sou adepta desse regime.	Sempre em trabalho presencial.
O impacto da pandemia e confinamento nas relações sociais dos utentes	Qual foi o maior impacto da pandemia nesta ULDM e que consequências teve para os utentes a nível social?	A falta das visitas e do contacto físico com os familiares.	A falta da presença das famílias, a falta de estímulo.
	No contexto de isolamento social os utentes desencadearam algumas alterações psicológicas?	Sim, vivem mais ansiosos e assustados.	Talvez. A psicóloga da equipa acabou por ter um trabalho com maior cadencia. Não foi mostrada nenhuma evidência de alteração psicológica que carecesse de maior cuidado.
	Se fosse possível voltar atrás (antes da pandemia) o que mudaria?	Deixou de haver contacto com os utentes, afastei-me para os resguardar e eles necessitavam de carinho por não haver visitas. Hoje mudava isso, não me teria afastado.	Não mudava nada. Tivemos todos os cuidados. Criámos estratégias de maior proteção.

	Esta ULDM teve surto de Covid 19? Se sim, qual o número de utentes desta ULDM que faleceram com Covid 19? E como reagiram as famílias, houve culpabilização?	Tivemos surto de Covid e faleceram 3 utentes e mais de metade ficaram infetados. Dos doentes que faleceram não houve culpabilização, dos doentes infetados as famílias mais ausentes foram as que reagiram pior.	Não tivemos nenhum surto, fomos vacinados no início do ano (janeiro de 2021), já temos a segunda dose, deduzo que irá correr bem.
--	--	--	---

ANÁLISE DE CONTEÚDO – Excertos das Entrevistas 5 e 6

Fatores de risco e vulnerabilidades sociais dos utentes das ULDM da Oestecim	PERGUNTAS	ENTREVISTA A.S. 5	ENTREVISTA A.S. 6
	Quantas camas convencionadas para Longa Duração têm e qual a faixa etária dos utentes desta ULDM?	37 camas e a média de idades 75 anos. O mais novo 26 anos.	18 camas e a faixa etária é entre 45 e 90 anos
	Que tipo de patologia mais frequente que levou ao ingresso nesta Unidade?	AVC, doenças cardíacas, doença oncológica e para resolução social.	AVC e demências
	Como descreve a maioria dos utentes do ponto de vista social? Têm rede de suporte informal de apoio?	62% dos utentes são situações sociais, baixos rendimentos, fraca rede de suporte informal	A rede de suporte informal é fraca ou inexistente.
	Quantos utentes não têm suporte informal de apoio / família ou têm muito reduzido?	23 utentes são situações sociais. Situações de abandono, negligência familiar	15 utentes
	O utente tem o poder de decisão no processo de alta?	Estando consciente e orientado e não havendo compromisso cognitivo tem todo o direito de decidir se quer ir para casa, mas a família deve estar disponível para assumir a vontade do utente.	Se estiver cognitivamente orientado tem sempre poder de decisão.
A intervenção do Assistente Social nas ULDM	Qual a intervenção do AS nesta ULDM?	Faz o acolhimento, admissão, diagnóstico social, gestão de necessidades do utente e família, gestão da própria doença entre equipa multidisciplinar e a família, mediação.	A principal intervenção é encontrar a resposta adequada à situação social do utente.
	Como é realizada essa intervenção junto das famílias e/ou cuidadores?	Há uma intervenção desde a equipa de enfermagem, terapia ocupacional à fisioterapia, psicólogo e é feita reunião familiar para dar orientações para minimizar o sofrimento.	Através de várias abordagens
	Como é feito este envolvimento das famílias no Plano Individual de Intervenção? Há formação e capacitação?	Quando é possível a alta para domicílio ou para acolhimento familiar a família é chamada para receber formação na alimentação, posicionamento, treino do utente entre superfícies	As famílias são envolvidas quando há interesse por parte das mesmas, o que raramente acontece.
	Sendo a ULDM uma resposta temporária, a AS envolve as famílias na procura de solução futura ou resposta social?	As famílias são sempre envolvidas e antes mesmo do utente entrar, falo	Sempre.

		telefonicamente para auscultar o que teve na base da referenciação e perceber fragilidades.	
Objetivos do PII, tempo de permanência e destino pós alta	Os principais objetivos dos Plano Individual de Intervenção são alcançados?	Os objetivos nunca se esgotam. Se o objetivo for a resolver a questão social, o objetivo só é alcançado quando tem alta.	A maior parte dos utentes aguarda uma resposta social adequada, situação para as quais a segurança social não tem respostas, por isso os utentes permanecem na ULDM
	Qual a média de tempo de internamento dos utentes nesta ULDM? Há quanto tempo está cá o utente mais antigo?	O mais antigo está cá há 6 anos, a média é de cerca 900 dias (3 anos)	O mais antigo está cá há 11 anos
	Findo o tempo previsto de permanência na ULDM na grande maioria das vezes o utente desvincula-se da Rede?	As altas são maioritariamente para ERPI ou por falecimento, por isso normalmente desvinculam-se da rede. Se for para ECCI não deixa a Rede.	Sim
	É difícil concretizar altas nesta ULDM?	É difícil concretizar altas em qualquer ULDM	Sim
	Qual o destino dos últimos utentes que tiveram alta?	Alguns para ERPI a maioria por falecimento. Ficam tanto tempo há espera de vaga cativa que acabam por falecer.	Transferências por proximidade para outras unidades e por óbitos.
	Tendo as ULDM a possibilidade de internamento para descanso do cuidador, nos últimos dois anos quantos utentes receberam neste âmbito?	Em dois anos tivemos 18 utentes, uma média de 9 por ano, face às 37 camas que dispomos só 24% é ocupada para essa finalidade.	Nos últimos 2 anos recebeu 10 utentes.
Desafios do Assistente social na pandemia	No contexto da pandemia quais os maiores desafios que enfrentou?	Manter o vínculo familiar. Não tivemos visitas presenciais, mas conseguimos reforçar as videochamadas.	(Não respondeu)
	Trabalhou em regime de teletrabalho ou sempre presencial?	Fui obrigada a estar em regime de teletrabalho durante 1 mês, mas desisti, a AS faz-se com uma relação humana, na Saúde não faz sentido teletrabalho.	Sempre presencial
O impacto da pandemia e da crise económica	Qual foi o maior impacto da pandemia nesta ULDM e que consequências teve para os utentes a nível social?	Afastamento familiar, a quebra de laços afetivos, o sentimento de abandono. Há utentes que não vêm nem ouvem e sentem muita falta.	A ausência das famílias.

	No contexto de isolamento social os utentes desencadearam algumas alterações psicológicas?	Sim causou muitas. O lado cognitivo sofreu, perderam-se referencias. Mais ansiedade.	Não
	Se fosse possível voltar atrás (antes da pandemia) o que mudaria?	Vamos manter as videochamadas e antes da pandemia se calhar já deveríamos ter iniciado, porque há famílias colaborantes e muito interessadas.	Não respondeu
	Esta ULDM teve surto de Covid 19? Se sim, qual o número de utentes desta ULDM que faleceram com Covid 19? E como reagiram as famílias, houve culpabilização?	A ULDM teve dois utentes que ficaram positivos e nenhum deles faleceu, as famílias colocaram várias questões “senão havia visitas presenciais como aconteceram os contágios?”, mas reagiram bem e já estamos todos vacinados.	Sim houve surto nesta ULDM, faleceram 5 utentes que estavam em estado muito critico. As famílias não culpabilizaram porque já aguardavam esse desfecho há algum tempo.

ANÁLISE DE CONTEÚDO Excertos da Entrevista 7

Fatores de risco e vulnerabilidades sociais dos utentes das ULDM da Oestecim	PERGUNTAS	ENTREVISTA A.S. 7
	Quantas camas convencionadas para Longa Duração têm e qual a faixa etária dos utentes desta ULDM?	28 camas e idade entre 47 e 91 anos
	Que tipo de patologia mais frequente que levou ao ingresso nesta Unidade?	AVC e doenças cardíacas
	Como descreve a maioria dos utentes do ponto de vista social? Têm rede de suporte informal de apoio?	A maioria tem algum suporte informal de apoio, mas é insuficiente. Acompanham pontualmente às consultas e ajudam a tratar de documentação necessária.
	Quantos utentes não têm suporte informal de apoio / família ou têm muito reduzido?	5 utentes com suporte informal de apoio muito reduzido (raramente contactam para saber do seu familiar) e 2 sem qualquer família ou apoio.
	O utente tem o poder de decisão no processo de alta?	Se está orientado no tempo e no espaço tem total poder de decisão. No processo de alta é negociada a alta com o utente e a família. Já aconteceu o doente solicitar alta para o domicílio mesmo sem ter as condições clínicas necessárias. Assina o termo de responsabilidade.
A intervenção do Assistente Social nas ULDM	Qual a intervenção do AS nesta ULDM?	Organizar e acompanhar a admissão/entrada do doente na ULDM, garantir o adequado acolhimento e integração dos doentes e famílias, preparar o processo do doente, informar sobre as regras e normas de funcionamento da ULDM, preparar a alta social juntamente com o doente e família, informar, articular e orientar com a comunidade, prestar apoio psicossocial ao utente e família, providenciar os transportes e acompanhamento dos utentes para consultas, articular com a equipa multidisciplinar, realizar o PII, atualizar as informações na plataforma da RNCCI, preparar e organizar o plano de formação dos colaboradores.
	Como é realizada essa intervenção junto das famílias e/ou cuidadores?	A intervenção é baseada numa boa comunicação promovendo a relação empática, optando por reuniões familiares. Durante as visitas procuramos estar presentes para esclarecer dúvidas e criar proximidade.
	Como é feito este envolvimento das famílias no Plano Individual de Intervenção? Há formação e capacitação?	Devido ao Covid houve um período que o envolvimento era feito telefonicamente, agora já é possível deslocarem-se à unidade para receberem orientações.
	Sendo a ULDM uma resposta temporária, a AS envolve as famílias na procura de solução futura ou resposta social?	Sim, desde o acolhimento que preparamos as famílias para a alta, mas no geral são pouco colaborantes e temos que ser nós a efetuar os contactos com as respostas sociais para futuras inscrições. As famílias esperam sempre que os

		utentes fiquem permanentemente na Unidade, uma vez que é comparticipada e em Lar tem custos mais elevados que as famílias não querem ou não conseguem assumir e ficam a aguardar vaga protocolada durante anos.
Objetivos do PII, tempo de permanência e destino pós alta	Os principais objetivos dos Plano Individual de Intervenção são alcançados?	Sim. Os principais objetivos são alcançados.
	Qual a média de tempo de internamento dos utentes nesta ULDM? Há quanto tempo está cá o utente mais antigo?	Média de internamento 1 a 2 anos. O utente mais antigo está há 12 anos
	Findo o tempo previsto de permanência na ULDM na grande maioria das vezes o utente desvincula-se da Rede?	Não.
	É difícil concretizar altas nesta ULDM?	Sim, é muito difícil. A não colaboração das famílias e a falta de respostas na comunidade comparticipadas são os principais obstáculos.
	Qual o destino dos últimos utentes que tiveram alta?	...
	Tendo as ULDM a possibilidade de internamento para descanso do cuidador, nos últimos dois anos quantos utentes receberam neste âmbito?	Nos últimos 2 anos tivemos 14 internamentos para descanso do cuidador.
Desafios do Assistente social na pandemia	No contexto da pandemia quais os maiores desafios que enfrentou?	O maior desafio foi conseguir manter a prestação de cuidados aos utentes porque tivemos a equipa muito reduzida devido ao surto, vários elementos ficaram no domicílio infetados e/ou em isolamento. Foi um período de grande desgaste, mas graças à união conseguimos superar.
	Trabalhou em regime de teletrabalho ou sempre presencial?	Trabalhamos sempre em regime presencial,
O impacto da pandemia e confinamento nas relações sociais dos utentes	Qual foi o maior impacto da pandemia nesta ULDM e que consequências teve para os utentes a nível social?	A suspensão das visitas foi difícil para os utentes e para as famílias.
	No contexto de isolamento social os utentes desencadearam algumas alterações psicológicas?	Foi difícil gerir ansiedade/medo, alguns utentes ficaram com humor triste e sintomatologia depressiva, necessitando de apoio psicossocial.
	Se fosse possível voltar atrás (antes da pandemia) o que mudaria?	(Não respondeu)
	Esta ULDM teve surto de Covid 19? Se sim, qual o número de utentes desta ULDM que faleceram com Covid 19? E como reagiram as famílias, houve culpabilização?	Tivemos surto de Covid na Unidade, faleceu uma utente, a família não culpabilizou a Unidade.

Apêndices 4 - Guião de Entrevista Exploratória

GUIÃO DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

1. Qual a média de idades dos utentes dos Cuidados Continuados?
2. Quais as tipologias que existem nesta Unidade de Cuidados Continuados e quantas camas estão atribuídas a cada uma delas?
3. Acha que os utentes, quando chegam, vêm para a tipologia adequada?
4. É frequente os utentes mudarem de tipologia quando se encontram nesta Unidade?
5. É feito um projeto de vida para cada utente?
6. Há quanto tempo está cá o utente mais antigo?
7. Na maioria dos casos, quando finda o tempo proposto de permanência os utentes voltam para o seu meio natural de vida?
8. Quantos doentes estão neste momento nesta Unidade de Cuidados Continuados? Há vaga?

Apêndices 5 - Entrevista Exploratória

1. Qual a média de idade dos utentes dos Cuidados Continuados?

Neste momento, a média é de 80 anos para cima, mas há alturas que temos utentes mais novos, podemos ter doentes com 40, 50, depende... por exemplo os doentes com fratura de colo de fémur têm em média 70 anos para cima e podem ir até aos 90 aninhos, depois os AVC's já podem ser pessoas mais novas, AVC's e TCE's! Já tivemos utentes com 40 anos, já tivemos um doente com um TCE com 19 anos... vai variando muito, mas neste momento a média é de mais de 80 anos.

2. Quais as tipologias que existem nesta Unidade de Cuidados Continuados e quantas camas estão atribuídas a cada uma delas?

Convalescença temos 10 camas, Média Duração e Reabilitação temos 14 camas e Longa Duração e Manutenção temos 16 camas. Total de 40 camas.

3. Acha que os utentes quando chegam vêm para a tipologia adequada?

Não! A maioria não. Depende das situações! O que acontece é que, se as famílias têm apoio de retaguarda, porque há um período de espera... Mesmo para convalescença, que são os tais 30 dias, está entre três a quatro semanas de espera. Há famílias que se conseguem enquadrar e por isso até há muitas desistências... Porque, por exemplo, o Hospital de Torres Vedras faz muitas referenciações... As colegas são muito ativas e preparam logo a referenciação, mas depois o tempo que demora por vezes o doente recupera... O que acontece muitas vezes! O mau das referenciações muito rápidas, ou os doentes vêm ainda muito mal e não são para convalescença e por isso temos que pedir para mudar para outras tipologias e a continuidade na rede ou quando os doentes vêm para Média Duração ou já vêm a andar pelo pé deles! Demorou tanto, pois houve um tempo de espera de dois a três meses, e conseguiu fazer a recuperação com a família com fisioterapia, porque a família tinha recursos, ou vêm muito piores... Porque estiveram muito tempo em casa sem cuidados e acamados! Temos de tudo...

4. É frequente os utentes mudarem de tipologia nesta Unidade? Se sim, Porquê?

Sim, é muito frequente! O doente é reavaliado pela equipa, principalmente o nosso diretor clínico, que é uma pessoa muito preocupada, se acha que o tempo não é suficiente, por vezes, até só prorrogamos. Por exemplo, vir para convalescença um doente que vem praticamente acamado, com feridas e em péssimas condições, para recuperar de um AVC que, por vezes, nem sequer recuperação tem, é claro que os 30 dias não chegam!! Mas os pedidos são sempre devidamente justificados e são sempre aprovados! Se vier um caso social... Não há resposta dos lares, as famílias não têm capacidade de o receber, então têm que permanecer! E depois há ainda o problema da falta de pagamento. Há alguns doentes com falta de pagamento e se não pagam não podem ser transferidos para outras unidades. Têm que ficar!

Os que não pagam têm que permanecer aqui. Porquê?

Sim! Os que não pagam não podem ser transferidos para outra unidade! Para não irem criar dívida noutra unidade, é uma regra! Apesar de assinarem o Termo de Aceitação que no fundo é um compromisso de pagamento, alguns não pagam!

5. É feito um projeto de vida para cada utente?

É! Aliás é obrigatório. O doente, quando chega, é feito o acolhimento, é feita uma reunião onde são levantadas as questões, são reunidos todos os documentos que a família traz, notas de alta, convocatórias para consultas, medicação.... Enfim, tudo isso é recolhido para a equipa avaliar. Depois dessa avaliação, todos nós temos de fazer os nossos objetivos mediante os problemas para o PII (Plano Individual de Intervenção), em todas as áreas. O PII abrange todas as áreas, médica, enfermagem, nutrição, fisioterapia, social, psicologia e animação sociocultural.

6. Há quanto tempo está cá o utente mais antigo?

Temos cá uma doente desde 2007, 12 anos, que foi quando iniciamos e tínhamos outros que, entretanto, já faleceram! Passou por duas tipologias! Veio para Média e depois foi para Longa Duração! Iniciámos como projeto piloto em dezembro de 2007. Por isso os nossos quartos são diferentes. Os quartos que são mais recentes têm casa de banho porque a Lei agora obriga, podem ser quartos partilhados, mas com casa de banho.

7. Na maioria dos casos, quando finda o tempo proposto de permanência os utentes voltam para o seu meio natural de vida?

Alguns sim! Apesar das dificuldades, alguns sim, mas a maioria não! Não têm suporte, as casas não estão adaptadas, têm barreiras arquitetónicas, as famílias não têm capacidade nem disponibilidade. Há muitas questões...

8. Quantos utentes estão neste momento nesta Unidade nos Cuidados Continuados? Há vagas?

Neste momento temos 3 vagas! Uma vaga de Longa e duas de Média. Conseguimos dar duas altas sociais... com muito esforço, mas conseguimos! Foram altas da última semana..., mas rapidamente nos é atribuído utente, 24 horas no máximo. Rapidamente nos é atribuído utente. É a ECR de Lisboa que nos coloca os doentes, depois envio o mail para o Diretor clínico para ele aprovar e depois é agendar! Por exemplo.... Vou agora à Rede e vejo que já tenho uma utente atribuída! (Abre o programa de acesso à RNCCI) Pois... vem para a Longa Duração, esteve em Média Duração... (lê o relatório Social) “no dia da alta a família não veio buscar!” Mais um caso social, não tem suporte familiar... A Longa Duração está “entupida” com casos sociais...

9 - Na sua opinião a que se deve esse “entupimento”?

É assim, a Unidade de Convalescença são trinta dias. Habitualmente, são utentes com fraturas do colo do fémur, AVC's não muito extensos e pessoas que antes destas situações tinham alguma autonomia. Se, quando chegam, ainda não podem iniciar fisioterapia, porque há um período de pausa até poderem fazer “carga”, tem que ser logo referenciados para Média Duração para ter tempo de fazer recuperação. Por isso, os utentes de Média Duração e Reabilitação alguns iniciaram a reabilitação na tipologia de Convalescença. Outros utentes chegam, também com fraturas, mas que já tinham alguma dependência, idade muito avançada e precisam de mais tempo para reabilitar. A Longa Duração que deveria ser para doentes muito dependentes, que não se alimentam por si próprios, doentes com sonda, PEG, acamados, traqueostomias e depois os casos que implicam prestação de cuidados e apoio social! São estes últimos que entopem a rede. A Longa Duração está entupida com casos sociais e a segurança social não dá resposta. No início não era assim... O utente ficava na tipologia onde estava referenciado e aguardava enquadramento em ERPI para as vagas da Segurança Social. Depois

houve uma portaria que saiu onde nós tínhamos de transferir todos os doentes que fossem casos sociais para Longa Duração para ficarem a aguardar! Foi a partir daí que se iniciou o entupimento da rede. A segurança social também não abriu mais vagas para estes doentes! Dizem não serem prioritários, os utentes não estão na rua, não estão desemparados e acabam por ficar. A segurança social tem vagas cativas, mas acabam por preencher com os casos urgentes. E estes doentes vão ficando. Vamos insistindo, para tentar arranjar uma solução para estes utentes, mas a resposta é sempre a mesma.... Tem que continuar a aguardar!

Praticamente a Longa Duração é só casos sociais. Temos três que estão nesta tipologia mesmo por necessidade, mas a maioria é mesmo casos sociais. Utes que usufruem da Rede como último recurso.

Apêndices 6 - Mail enviado aos Assistentes Sociais das ULDM

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a) Técnico(a)

No âmbito do Mestrado em Serviço Social e Política Social, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, estou a realizar uma dissertação sobre a intervenção do serviço social nas Unidades de Longa Duração e Manutenção da Comunidade Intermunicipal do Oeste. O meu nome é Isabel Maximiano Lopes e estou a ser orientada pela Professora Doutora Hélia Bracons.

O estudo insere-se numa investigação científica que tem como objetivo compreender as relações sociais destes utentes e o papel do assistente social nestas Unidades sendo dirigido aos assistentes sociais.

Assim, venho solicitar uma entrevista presencial ou via zoom com o/a Assistente Social da V/ Instituição, em data e hora a combinar, assumindo desde já a confidencialidade do técnico inquirido e respeitando todas as questões éticas, inclusive a proteção dos dados de acordo com o Regulamento Europeu 2016/679 de 27 de abril de 2016.

Agradeço desde já a atenção e disponibilidade, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Isabel Maximiano Lopes

Aluna do Mestrado de Serviço Social e Política Social da Universidade Lusófona

ANEXOS



Anexo 1- Pedido de Colaboração para Investigação

Pedido de Colaboração para Investigação

Para os devidos efeitos solicita-se o apoio para a aluna Isabel Maria Maximiano Lopes, do Mestrado em Serviço Social e Política Social desenvolver na vossa Instituição uma entrevista semiestruturada ao assistente social para a sua dissertação.

A dissertação é orientada pela Senhora Professora Doutora Hélia Bracons, que poderá ser contactada para qualquer esclarecimento adicional pelo email: helia-bracons@gmail.com ou para a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Instituto de Serviço Social, através do mail: servico.social@ulusofona.pt.

Segue em anexo carta da mestranda explicando os objetivos e a natureza da investigação.

Os meus melhores agradecimentos e cumprimentos,

Professor Doutor Carlos Diogo Moreira

Diretor do Instituto de Serviço Social

