

**JANINE LÚCIA RIJO DE ALMEIDA**

**A intervenção do Serviço Social no protelamento da  
alta do idoso no serviço de urgência**

**O caso do Serviço de Urgência Polivalente do CHULC-  
Hospital de São José**

**Orientadora: Doutora Paula Ferreira**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Instituto de Serviço Social**

**Lisboa**

**2020**

**JANINE LÚCIA RIJO DE ALMEIDA**

**A intervenção do Serviço Social no protelamento da  
alta do idoso no serviço de urgência**

**O caso do Serviço de Urgência Polivalente do CHULC-  
Hospital de São José**

Dissertação defendida em provas públicas para  
obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia  
Social conferido pela Universidade Lusófona de  
Humanidades e Tecnologias, no dia 14 de Maio  
de 2020, com o Despacho de Nomeação de Júri  
Nº 55/2020, perante o júri, com a seguinte  
composição:

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutor Pedro Machado dos  
Santos

Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Inês Espírito  
Santo

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Isabel  
Marques Ferreira

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Instituto de Serviço Social**

**Lisboa**

**2020**

## **Agradecimentos**

À equipa de Serviço Social de Serviço de Urgência do Hospital de São José que são a equipa da minha vida...

A ti “Chefão”, fostes tu que me motivaste todos os dias...

Às minhas irmãs que fazem parte de mim...

A ti Rui...

Aos meus pais, pelo apoio permanente e que sempre me ensinaram a não desistir...

À minha filha que me dará sempre força para continuar, apesar de não saber...

Do fundo do meu coração, muito obrigado!

## **Resumo**

A presente investigação teve como objectivo proceder e analisar a gestão do protelamento de alta do idoso, no SUP do HSJ, através da caracterização do perfil, identificação das dificuldades na equipa multidisciplinar na gestão do protelamento, identificação dos motivos de protelamento e na compreensão do planeamento de alta, desenvolvido pela equipa multidisciplinar, com relevância para o papel do Serviço Social.

O protelamento no Serviço de Urgência Polivalente é consequente da multiplicidade de factores que se revelam fundamentais na análise desta temática, tais como: grau de dependência e redes de suporte.

Assim, foi utilizada a estratégia do estudo de caso, através da triangulação metodológica presente na discussão dos resultados obtidos. As técnicas e fontes de dados utilizadas foram: consulta e análise dos processos sociais, entrevistas á equipa multidisciplinar e análise documental.

Conclui-se, através dos resultados, que a gestão do protelamento de alta do idoso é efectuada pela equipa multidisciplinar, contudo o Assistente Social destaca-se como mediador do processo, tendo dois eixos centrais na intervenção: a resposta ao idoso, gestão eficaz e eficiente dos recursos do serviço.

.....

**Palavras-chave:** Idoso, Urgência hospitalar, Serviço Social, Protelamento de alta, Motivos, Dificuldades

## **Abstract**

The aim of this research was to perform and analyze the management of discharge protection of the elderly in the “Hospital São José” – Emergency Polyvalent, through the characterization of the profile, identification of difficulties in the multidisciplinary team in the management of delaying, identification of the delay reason and in understanding discharge planning, developed by the multidisciplinary team, with relevance to the role of Social Work.

The delay in the Emergency Polyvalent is consequent from the multiplicity of factors that are fundamental in the analysis of this theme, such as: degree of dependency and support networks.

It is concluded, through the results, that the management of discharge protection of the elderly in the Emergency Polyvalent is carried out by the multidisciplinary team, however, the Social Workers stand out as a mediator of the process, with two central axes in the intervention: the response to the elderly, and the effective and efficient management of the resources of the service.

.....

**Keywords:** Elderly, Hospital Emergency, Social Work, Delay of the hospital discharge, Reasons, Difficulties

## **Siglas**

AS – Assistente Social

ACES – Agrupamento Central de Estabelecimentos de Saúde

AAS – Área de Apoio Social

AVD – Actividades de Vida Diária

CHULC, EPE – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGS – Direcção Geral de Saúde

DUDH – Declaração Universal de Direitos Humanos

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GNR – Guarda Nacional Republicana

HSJ – Hospital de São José

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISS, IP – Instituto de Segurança Social, Instituto Público

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LNES – Linha Nacional de Emergência Social

PSP – Polícia de Segurança Pública

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SS – Serviço Social

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SAAS – Sistema de Apoio ao Assistente Social

SCMLX – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

OMS – Organização Mundial Saúde

## Índice geral

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introdução .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>Capítulo I – O processo de envelhecimento: situações, condições e reflexões de enquadramento .....</b>              | <b>8</b>  |
| 1.1. O Envelhecimento demográfico .....  | 8         |
| 1.2. O Envelhecimento Biológico, Social e Psicológico .....  | 11        |
| 1.3. Envelhecimento e as redes de suporte .....  | 13        |
| 1.4. Envelhecimento, autonomia e dependência.....  | 16        |
| 1.5. As políticas sociais e de saúde no envelhecimento .....   | 20        |
| <b>Capítulo II – Serviço social no Serviço de Urgência e o planeamento de alta.....</b>                                | <b>25</b> |
| 2.1. Serviço Social Hospitalar .....   | 25        |
| 2.2. Serviço de Urgência e o Serviço Social .....  | 29        |
| 2.3. A intervenção do Serviço Social- do planeamento de alta ao protelamento social ...                                | 33        |
| <b>Capitulo III - Metodologia de investigação .....</b>  | <b>37</b> |
| 3.1. A definição do objecto de estudo (modelo de análise) .....  | 37        |
| 3.2. Os objectivos de investigação.....  | 39        |
| 3.3. Delimitação do campo empírico.....  | 40        |
| 3.4. Métodos e técnicas utilizadas .....   | 41        |
| <b>Capítulo IV – O protelamento de alta do idoso no SUP do Hospital de São José.....</b>                               | <b>48</b> |
| 4.1. O perfil do utente em protelamento de alta no SUP .....   | 48        |
| 4.2. Os motivos de protelamentos, destino pós-alta e a dependência do utente idoso no SUP .....                        | 54        |
| 4.3. Os dias de protelamentos de alta e os seus factores .....   | 59        |
| 4.4. A Intervenção do Serviço Social e a equipa multidisciplinar no protelamento de alta do utente idoso, no SUP ..... | 65        |
| <b>Conclusão .....</b>   | <b>71</b> |
| <b>Bibliografia.....</b>   | <b>78</b> |
| <b>Apêndices .....</b>   | <b>i</b>  |

## **Índice de Quadros**

|   |    |
|---|----|
| Quadro nº1 – Síntese das tendências demográficas .....                        | 10 |
| Quadro nº 2 – Projecções da população residente – 2015-2020 .....             | 10 |
| Quadro nº3 – Perfil do utente .....   | 50 |
| Quadro nº4 – Alteração do grau de dependência – admissão vs alta .....        | 52 |
| Quadro nº 5 – Relação entre o grau de dependência e a situação familiar ..... | 56 |
| Quadro nº 6 – Média de dias .....   | 59 |
| Quadro nº 7 – Nrº de dias de protelamentos e a situação familiar .....        | 60 |
| Quadro nº8 – Nrº de dias de protelamento e obstáculos .....                   | 61 |
| Quadro nº9 – Nrº de dias vs destino pós-alta .....                            | 62 |
| Quadro nº10 – Nrº de dias vs resposta social .....                            | 62 |

## **Índice de Gráficos e Figuras**

|   |    |
|---|----|
| Figura nº 1 – Modelo de análise .....   | 38 |
| Gráfico nº 1 – Distribuição de idades .....                                   | 48 |
| Gráfico nº2 – Redes de suporte .....  | 51 |
| Gráfico nº 3 – Grau de dependência na admissão e na alta.....                 | 53 |
| Gráfico nº 4 – Situação familiar .....  | 54 |
| Gráfico nº5 – Obstáculos à alta .....   | 55 |
| Gráfico nº 6 – Resposta Social na alta .....                                  | 57 |
| Gráfico nº7 – Destino Pós-alta .....  | 57 |
| Gráfico nº 8 – Situação familiar vs destino.....                              | 58 |
| Gráfico nº 9 – Grau de dependência vs destino pós-alta.....                   | 58 |
| Gráfico nº 10 – Nrº de dias vs utente .....                                   | 59 |
| Gráfico nº 11 – Síntese de acções pelo SS no SU – protelamentos de alta ..... | 67 |

## **Introdução**

A nomenclatura de idoso está associada a grupos de idades específicos, por exemplo, pessoas com 60 e mais anos, dependendo de factores culturais e individuais. (OMS, 1999). Não existe no entanto, consenso quanto aos limites de idade dos grandes grupos que devem sustentar a análise do envelhecimento (INE, 2002). Porém, de uma forma geral a literatura menciona o idoso como a pessoa com 65 ou mais anos.

O envelhecimento é um processo contínuo, caracterizado pela exteriorização gradual e irreversível da estrutura e funcionamento dos sistemas, órgãos e tecidos, inerente a qualquer ser vivo. Após análise de diferentes autores, é possível identificar que o conceito de envelhecimento, enquadra perspectivas que se complementam, sendo ao mesmo tempo uma construção e um processo dinâmico, conforme Lima afirma “(...) o envelhecimento é um processo complexo, dinâmico, que ocorre ao longo de toda a vida, desde a concepção até à morte” (Lima, 2010, p. 15).

O envelhecimento da população é uma realidade, em Portugal, por diversos factores, nomeadamente: económicos, políticos, sociais, familiares, culturais, entre outros. Com desenvolvimento da medicina e com o aumento da esperança média de vida, surgiu um novo paradoxo para os sistemas de saúde – o desenvolvimento de doenças crónicas (Moura, 2006). O SNS é reflexo da realidade do envelhecimento da população, encontrando-se, muitas vezes, em sobrecarga, na sua capacidade de resposta às necessidades da população, tendo os serviços de internamento, mais especificamente os serviços de medicina, registo de percentagens elevadas de população com 65 ou mais anos (Cabete, 2005, p.2). Pois, o processo de envelhecimento envolve e surge com novos desafios para a área da saúde, tais como: a evolução das doenças crónicas, pessoas com multimorbilidades e situações de incapacidade.

A análise das redes de suporte da pessoa idosa, é uma forma de conhecer a sua integração social, sendo estas constituídas por redes informais e formais (Berger & Mailloux – Poirer, 1995). A rede de suporte informal, como a família, tem vindo a sofrer alterações nas suas estruturas, o que influencia os papéis desenvolvidos por cada membro. Embora hoje a família ainda tenha um papel importante no cuidar, estas transformações levam à necessidade de respostas complementares, além da rede de suporte familiar. (Fernandes, 2001; Delgado, Wall, 2014, p.23-24). Porém, as situações de incapacidade não são exclusivas de um grupo etário, contudo as pessoas idosas predominam com

características de dependência funcional, muitas vezes, associado à perda gradual das capacidades físicas do organismo humano, ao mesmo tempo da transformação dos processos cognitivos e sensoriais, sendo estas enquadradas num contexto (MGEP, 2009, p. 9; Imaginário, 2008).

O SS na saúde, especificamente, em contexto hospitalar tem vindo a desenvolver um percurso progressivo nas equipas multidisciplinares, tendo um papel fundamental na identificação de factores que correlacionam a saúde/doença e todo o contexto em que o indivíduo se insere (Guerra, 2017; Espirito Santo, 2018). O desenvolvimento da intervenção pelo SS destaca-se na identificação e referenciação de situações de risco e problemas sociais, realizando o encaminhamento e orientação dos doentes e familiares. Assume, igualmente, relevo no desenvolvimento e interligação das relações existentes com instituição hospitalar, comunidade, recursos da comunidade, redes de vizinhança e família, entre outros, sendo o AS mediador e facilitador entre todos estes intervenientes (Pires, 2000). No que respeita à intervenção do SS no SU, os autores Bywaters e Mcleod, (2003) abordam os motivos pelos quais o SS integra o SU, sendo centralizado nas questões do aumento da eficiência hospitalar; Já Silva *et al* (2016), abordam a problemática do abandono do idoso, destacando competências e acções do SS, na mediação do processo no SU.

A presente dissertação, apresentada no âmbito do mestrado de Gerontologia Social, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Instituto de Serviço Social, intitulada “A intervenção do Serviço Social no protelamento de alta do idoso no serviço de urgência - O caso do Serviço de Urgência Polivalente do CHULC - Hospital de São José”, pretende analisar a gestão do protelamento de alta, dos doentes Idosos, no SUP do HSJ. Dado que o tema da presente dissertação não está desenvolvido no âmbito da intervenção em contexto de urgência, considerou-se relevante: a caracterização do perfil do idoso em protelamento de alta no SUP; a identificação de dificuldades da equipa multidisciplinar na gestão do protelamento de alta; a identificação dos motivos de protelamento de alta; compreender o planeamento de alta do doente idoso, em protelamento no SUP, desenvolvido pela equipa multidisciplinar, com relevância para o papel do SS.

A escolha do presente tema enquadrou-se no interesse pessoal e profissional em analisar os diferentes factores inerentes à actividade desenvolvida pelo SS, em contexto de SUP, no âmbito de intervenção com a população idosa, procurando desenvolver e

identificar os papéis desempenhados pelos profissionais envolvidos na alta hospitalar. O tema, em causa, suscita importância social, actualmente, quer pela comunicação social, quer pela população de um modo geral, no senso comum é, muitas vezes, abordado e relacionado com o “*abandono de idosos nos Serviços de Urgência*”.

Deste modo, foi definido a concretização da presente dissertação, tendo em conta a escassez de conhecimento nesta matéria, através da estratégia do estudo de caso, encontrando-se presente a triangulação metodológica na discussão dos resultados obtidos. As técnicas e fontes de dados utilizadas foram: consulta e análise dos processos sociais, entrevistas à equipa multidisciplinar e análise documental.

Assim, a presente dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos. No primeiro e segundo capítulo, apresenta-se o enquadramento teórico, sendo efectuada uma abordagem teórica acerca do conceito de envelhecimento e as suas diferentes abordagens, integrando as dimensões da dependência e das redes de suporte.

No segundo capítulo, integrado ainda no quadro teórico, pretende-se abordar a intervenção do SS hospitalar, com as especificidades da intervenção em contexto de SUP, associado à gestão do protelamento de alta.

No terceiro capítulo é desenvolvida a metodologia da investigação, onde é definido o objecto de estudo, objectivos, métodos, técnicas e é delimitado o campo empírico.

Por último, o quarto capítulo é apresentado a discussão dos resultados obtidos, conseqüente do plano definido para a investigação. Por fim, na conclusão pretende-se a conjugação e análise dos resultados obtidos com os objectivos e quadro teórico previamente analisado.

## **Capítulo I – O processo de envelhecimento: situações, condições e reflexões de enquadramento**

### **1.1. O Envelhecimento demográfico**

Conforme é afirmado pela Organização Mundial de Saúde [OMS] “(...) a maioria das pessoas pode esperar viver até aos 60 e mais anos.” (OMS, 2015, p.5), sendo esta uma realidade nas populações de todo o mundo. O envelhecimento da população está presente à escala global, não sendo uma nova realidade, contudo e perante os avanços da medicina e saúde pública, verifica-se que é um fenómeno cada vez mais acentuado, fazendo decrescer os níveis de mortalidade. Durante muito tempo, considerou-se que a causa do envelhecimento residia exclusivamente na baixa mortalidade. No entanto, reconhece-se hoje que o declínio da fecundidade e os fluxos migratórios, internos e externos, têm um papel mais preponderante no processo do envelhecimento (OMS, 2015).

Segundo diferentes autores (Malmberg, 2006, Nazareth, 2007, Fernandes 2008, Rosa, 2012) salientam-se três dinâmicas fundamentais que influenciam o envelhecimento demográfico: baixos níveis de fecundidade, baixo níveis de mortalidade e elevada esperança média de vida (INE, 2017c). A conjugação destes factores nos países desenvolvidos, fará com que a sociedade do futuro seja cada vez mais envelhecida. Sendo assim, o envelhecimento demográfico traduz-se num dos principais desafios das sociedades modernas, com consequências a vários níveis, tais como: social (relativo declínio da população activa e envelhecimento da mão de obra; inactividade abrupta que cria sentimentos de inutilidade, rejeição e afastamento); económico (pressão sobre os regimes de pensão e as finanças públicas, provocada pelo número crescente de reformados e pela diminuição da população em idade activa); político (diversidade dos recursos e das necessidades dos idosos; necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência a pessoas idosas; necessidade de criação de medidas enquadradas nas necessidades das populações).

Apesar do aumento generalizado da população na Europa, de um modo geral a população está em decréscimo, sendo os ritmos deste crescimento nos grupos etários díspares. O Eurostat refere que “(...) enquanto a população de 65 e mais anos cresceu substancialmente, a população com menos de 15 anos de idade sofreu, em igual período, um decréscimo, tendo existido, portanto um fenómeno de duplo envelhecimento

demográfico.” (INE, 2017c, p. 44). Sendo citado em várias publicações de que Europa será, a médio prazo um continente de “velhos” (Comissão Europeia, 2014, p.9). Entre 2010 – 2016, no conjunto dos 28 países da União Europeia, verificou-se um decréscimo da proporção de jovens de 15,7% para 15,6%, conciliado com um decréscimo da população em idade activa de 66,7% para 65,0%, com um efectivo aumento da proporção de idosos de 17,6% para 19,4% (Comissão Europeia, 2014).

Simultaneamente, em Portugal, segundo o INE, os dados demográficos da população são reflexo, também, do envelhecimento global, verificando-se um gradual envelhecimento da população portuguesa, ao longo de quatro décadas, conjuntamente marcado pela redução dos níveis médios de fecundidade e os níveis médios de mortalidade e o aumento, em simultâneo, da esperança média de vida (INE, 2017c, p. 43). Do mesmo modo, em Portugal, entre 1994-2004, já se evidenciava determinante na dinâmica demográfica portuguesa: a queda da fecundidade, o aumento da esperança de vida, alterações nos fluxos migratórios<sup>1</sup> (Moura, 2006).

Segundo o POR DATA (2016) citado pela DGS “Em 2015, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente em Portugal. Neste mesmo ano a esperança média de vida atingiu os 77,4 anos para os homens e 83,2 anos para as mulheres” (Direcção Geral de Saúde, 2017, p. 6). Mais recentemente, a tendência em Portugal mantém-se, entre 2011 e 2016, a população jovem (pessoas dos 0 aos 14 anos de idade) diminuiu de 14,9% para 14,0%, as pessoas em idade activa (dos 15 aos 64 anos de idade) de 66,0% para 64,9 % e ao mesmo tempo reflecte-se um aumento do número de pessoas idosas (pessoas com 65 e mais anos de idade) de 19,0% para 21,1%. Portugal, mantém assim a tendência de envelhecimento demográfico, em resultado da queda da natalidade, do aumento da longevidade e de saldos migratórios negativos (INE, 2017a).

Considera-se pertinente, neste contexto, a análise das tendências demográficas através da análise de três índices: envelhecimento<sup>2</sup>, longevidade<sup>3</sup> e dependência<sup>4</sup>. Em 2017,

---

<sup>1</sup> aumentando a importância da imigração em detrimento da emigração

<sup>2</sup> Índice de Envelhecimento - segundo POR DATA (consultado a 25/10/2018: O índice de envelhecimento é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens)

<sup>3</sup> Índice de longevidade - segundo POR DATA (consultado a 25/10/2018: é a relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos.)

<sup>4</sup> Índice de Dependência - segundo POR DATA (consultado a 25/10/2018: é a relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como quociente entre o numero de pessoas com 65 ou mais anos e o numero de pessoas compreendidas entre os 15 e os 64 anos)

verificaram-se 153,2 idosos por cada 100 jovens, comparativamente ao ano de 2001 onde se verificaram 101,6 idosos por cada 100 jovens (Quadro nº 1). Igualmente, o índice de longevidade da população, entre 2001 e 2017, apresenta um aumento significativo, ou seja, verificaram-se 54,4 pessoas mais idosas por cada 100 idosos, comparativamente ao ano de 2001 onde se verificaram 48,5 pessoas mais idosas por cada 100 idosos, existindo um aumento cerca de 5 pessoas mais idosas por cada 100 idosos. Contudo, este indicador é um reflexo do investimento e desenvolvimento na saúde e qualidade de vida da população. Ao mesmo tempo, o Índice de Dependência reflecte igualmente o mesmo contexto, verificando-se que, cada vez mais, existem pessoas dependentes em Portugal, o que não equilibra a pirâmide entre as pessoas activas e as dependentes, revelado-se um desafio ao sistema económico-social (POR DATA, 2018).

**Quadro nº 1 – Síntese das tendências demográficas**

|                 | Índice de Envelhecimento | Índice de Longevidade | Índice de dependência de Idosos |
|-----------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| <b>Portugal</b> |                          |                       |                                 |
| <b>2001</b>     | 101,6                    | 48,5                  | 24,4                            |
| <b>2017</b>     | 153,2                    | 54,4                  | 32,9                            |

Fonte: POR DATA (2018)

As projecções da população residente para 2015-2080, indicam a continuidade do fenómeno e da tendência demográfica apresentada (Quadro nº1), ou seja, perspectiva-se a continuidade do aumento do índice de envelhecimento (Quadro nº2).

Entre 2015 e 2080 (Quadro nº2) haverá uma queda acentuada da população activa de 6,7 milhões para 3,8 milhões e paralelamente um aumento da população idosa de 2,1 milhões para 2,8 milhões. Deste modo, prevê-se que em 2080 comparativamente a 2015, haja um aumento cerca de 170 idosos por cada 100 jovens com menos de 15 anos. Estamos assim perante a continuidade do fenómeno do duplo envelhecimento (INE, 2017b).

**Quadro nº2 – Projecções da População Residente – 2015 - 2080**

|             | População com + 65 anos | População Activa | Índice de Envelhecimento                            |
|-------------|-------------------------|------------------|---|
| <b>2015</b> | 2,1 Milhões             | 6,7 Milhões      | 147 Idosos por cada 100 jovens com menos de 15 anos |
| <b>2080</b> | 2,8 Milhões             | 3,8 Milhões      | 317 Idosos por cada 100 jovens com menos de 15 anos |

Fonte: INE(2017b)

A relação entre a população com mais de 65 anos e a população activa, revela-se um desafio para as várias áreas políticas e económicas. Perante um aumento da população idosa, naturalmente, irá surtir um maior impacto nas finanças públicas e nos cuidados de saúde. Assim sendo, estas transformações demográficas, levam a que as sociedades modernas tenham de desenvolver e desencadear mecanismos para resolução da mesma, a uma escala global. A transformação constante na pirâmide etária com tendência ao aumento no seu topo, levanta um problema social nas estruturas das sociedades actuais a vários níveis. Segundo Moura:

“Favorecendo, mudanças na estrutura etária, designadamente repercussões a nível familiar e social, que não devem ser olivadas, nomeadamente a urbanização, migração de jovens para as cidades à procura de emprego, famílias reduzidas, e a emancipação da mulher, que conduz à diminuição da prestação de cuidados aos familiares mais velhos.” (Moura, 2006, p.42).

Deste modo, para além dos problemas de ordem quantitativa que, naturalmente, o envelhecimento demográfico evidencia, este é um conceito que requiere uma análise nas suas diferentes dimensões, dado o nível de complexidade relevante.

## **1.2. O Envelhecimento Biológico, Social e Psicológico**

As tendências estatísticas são o reflexo e consequência de diferentes factores influenciadores do processo de envelhecimento, conforme foi anteriormente abordado. As pessoas envelhecem de formas muito diversas e, existindo assim diferentes conceitos, na literatura: idade biológica/envelhecimento biológico, envelhecimento fisiológico, idade social, idade psicológica, entre outras denominações. Deste modo, o envelhecimento tem de ser analisado como um processo multifactorial.

No processo de envelhecimento, o nível biológico, influencia directamente o nível social e psicológico, e vice-versa, contudo a saúde é um elemento fundamental para o seu equilíbrio, tal como Imaginário refere que “A saúde surge sistematicamente como o aspecto mais importante na vida das pessoas e, nomeadamente dos idosos, é uma das variáveis determinantes da satisfação da vida.” (Imaginário, 2008, p. 49).

Assim Cacela (2007) denomina idade biológica, social e psicológica. Idade biológica - está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de auto-regulação torna-se também menos eficaz. Idade social - refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da

pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história do país. Idade psicológica – relaciona-se com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente; inclui a inteligência, memória e motivação (Cancela, 2007, p.2). Envelhecer pressupõe “(...) um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo que é difícil encontrar uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas como sendo “velhas” (Sequeira, 2010).

Os autores Kane, Ouslander e Abrass (2005) desenvolvem uma descrição de envelhecimento associada a factores biológicos e fisiológicos. As alterações associadas ao envelhecimento fisiológico resultam do processo de envelhecimento com perdas que são graduais. Ao nível biológico os autores fazem uma descrição da importância genética para a regulação do envelhecimento biológico, existindo diferentes teorias a este nível, sendo que são agrupadas em duas categorias gerais: lesões cumulativas nas moléculas responsáveis pela transmissão de informações ou regulação dos genes específicos. Assim, as teorias referidas são: teoria com base na genética (para esse grupo de teorias, o processo do envelhecimento seria, do nascimento até a morte, geneticamente programado. O tempo de vida, de acordo com essa programação, deveria conciliar as necessidades da reprodução e o não sobrecarga do meio ambiente com excesso de população, garantindo um quantitativo mínimo de indivíduos para a preservação de cada espécie); teoria do erro catastrófico (é semelhante teoria com base genética, contudo esta indica que o processo de envelhecimento é decorrente de disfunções no código contido nos genes). Deste modo, diferentes conceitos de análise integram a descrição e a definição do fenómeno do envelhecimento, pois este não é simplesmente uma serie de alterações biológicas, estas alterações que se sobressaem no idoso decorrem ao longo da vida, sob a forma de um processo.

Deste modo, “O termo idoso aplica-se às populações que se caracterizam por terem conseguido viver determinado tempo, ou alcançado uma expectativa de vida esperada. Envelhecimento refere-se ao processo de crescimento e senescência que ocorre com o decorrer dos anos, e que é um dos estágios do desenvolvimento.” (Kane, Ouslander e Abrass, 2005, p.3). Contudo, estes autores classificam os problemas geriátricos, mais comuns como: Imobilidade, instabilidade, incontinência, deterioração intelectual, infecção,

redução da visão e da audição, colo irritável, isolamento, inanição, empobrecimento, iatrogenia, insónia, imunodeficiência e impotência.

Todavia, a definição do conceito de envelhecimento acaba por ser bastante subjectiva, pois a sua análise depende de diversos factores quer externos, quer internos, pois cada individuo é influenciado por diferentes factores, sociais, políticos, religiosos, culturais, etc., tal como a autora Mañas Rodriguez (1994) citado por Imaginário refere:

“(...) a questão da idade é um pouco controversa dado a dificuldade de encontrar uma definição abrangente para a interpretação do termo. Isto permite-nos inferir que a delimitação do período em que se considera o ser humano como idoso é difícil de caracterizar.” (Imaginário, 2008, p. 40-41).

A análise do processo de envelhecimento, deverá ser efectuada de uma forma integral, ou seja, todas as abordagens e perspectivas se complementam, onde todos os factores Bio-Psico-Sociais, uns com maior e menor interferência para cada indivíduo, determinam e influenciam o processo de envelhecimento.

### **1.3. Envelhecimento e as redes de suporte**

Do nascimento à velhice, o ser humano, ao longo do seu percurso vai ocupando diferentes papéis em diversas redes sociais, desde a família, que se mostra uma das redes permanentes, à rede de amigos. Estas redes sociais tendem a diminuir com a idade, pelas perdas ao longo da vida ou por questões de saúde (Sequeira, 2010).

A análise das redes de suporte no contexto do envelhecimento é fundamental como Berger & Mailloux – Poirer afirmam “Fazer a análise da rede social de uma pessoa idosa é uma boa forma de conhecer a sua integração social” (Berger & Mailloux – Poirer, 1995, p. 94). Importa assim definir “rede de suporte”, estas são definidas como: formais e informais.

As redes de suporte informais referem-se à rede natural de ajuda, os elementos que compõem esta rede são: família, amigos, vizinhos. As redes de suporte formal são os designados recursos institucionais: Instituições, Organizações, Estado (Berger & Mailloux – Poirer, 1995, p. 95-98). As redes de suporte para o idoso assumem o papel muito relevante:

“(…) porque a diminuição das redes sociais de uma pessoa se associa à diminuição da qualidade de vida, ao incremento do stress no quotidiano, ao aumento do risco de dificuldades funcionais e de incidência de doenças, assim como à ocorrência de morte em períodos mais curtos após uma doença.” (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004, p. 44)

O envelhecimento e a perda das capacidades a vários níveis, associadas a perdas do foro biológico, levam a que o plano das necessidades se alterem, conforme Imaginário refere “(…) o avançar da idade conduz à perda de autonomia e faz com que parte deles (os idosos) necessitem de ajuda de terceiros para satisfazer as necessidades humanas básicas” (Imaginário, 2008, p. 71).

Tradicional e culturalmente, as famílias sempre assumiram o papel do cuidado, porém actualmente vivenciam-se algumas mudanças a este nível que influenciam directamente a rede de suporte do idoso:

“estas mudanças têm a sua origem, em primeiro lugar num movimento de privatização da vida conjugal e familiar, caracterizado por uma progressiva independência residencial dos casais, uma orientação mais virada para o companheirismo, para a igualdade dos papéis numa perspectiva do género e para um forte centramento identitário do(s) filho(s). Um segundo movimento de transformação diz respeito ao individualismo, cada vez mais crescente na sociedade contemporânea (Wall, 2005, p.45-46).

Complementando, Imaginário afirma que “A contribuição da família para com este grupo etário é tão importante que se defende a nível mundial que nenhuma instituição possa substituir a família na prestação de apoio ao idoso” (Imaginário, 2008, p.69). Contudo, as famílias têm sofrido alterações na sua forma, sendo que estas alterações consequentemente acarretam mudanças a vários níveis. Para melhor ilustrar estas alterações Fernandes refere que:

“Em Portugal, segundo os últimos recenseamentos (1981 e 1991) a percentagem de família onde não residem idosos baixou de 71 % para 69%. Por outro lado, a proporção das famílias com uma só pessoa, com idade superior a 65 anos, aumentou 7% para 8%. Também a percentagem do número de casos em que coabitam dois idosos passou de 6 % para 7%. Não são grandes alterações, mas indiciam o sentido da mudança: maior autonomia das pessoas idosas, mas provavelmente, também maior isolamento face à família.” (Fernandes, 2001).

A grande diversidade de famílias e formas de agregados familiares revelou-se característico da actual estrutura social. Ou seja, apesar das instituições do casamento e da família ainda existirem, as suas características alteraram-se. Na última década verifica-se uma tendência de mudança do conceito de conjugalidade, através do aumento das uniões de facto, dos nascimentos fora do casamento, do divórcio e da recomposição familiar. A taxa de fecundidade, atingiu níveis mínimos e a esperança média de vida aumentou. Estas alterações implicaram também uma transformação nas novas formas de viver em família. Deste modo e conforme Delgado e Wall afirmam:

“As famílias são hoje significativamente mais pequenas do que há 50 anos. O casal continua a ser a forma predominante de organização familiar, mas o seu peso estatístico recuou. Em contrapartida, aumentaram as famílias monoparentais, constituídas por pai ou mãe só a viver com os filhos, e as pessoas que vivem sós.” (Delgado, Wall, 2014, p.23-24)

Assim, encontram-se novas formas, novos objectivos, novos valores, tendo em conta todas as transformações vivenciadas, que favorecem as mudanças na estrutura etária, sendo que estas mudanças têm impactos na estrutura familiar social, tais como: a urbanização, migração de jovens para as cidades à procura de emprego, famílias reduzidas, e a emancipação da mulher. A integração da mulher no mercado trabalho e alteração do seu papel e responsabilidades nos membros dos agregados familiares, e ainda, novas prioridades a nível profissional e pessoal dos agregados familiares, alteram conseqüentemente o suporte e posição do idoso nestas estruturas. Com as famílias a decrescer em dimensão e estabilidade, com cada vez mais mulheres a desenvolver actividade profissional fora de casa, com as casas cada vez mais pequenas e mais distantes, quer do local de trabalho, quer do local de residências dos familiares mais velhos, e com um número crescente de pessoas mais velhas a viverem sozinhas, estas são claras evidências das conseqüências da vida moderna. Torna-se, assim, indispensável equacionar a organização e a prestação de cuidados a um grupo etário que, necessariamente, vai ter de defrontar situações de dependência acrescidas, com necessidade de mais apoios, tanto pessoal, como em saúde. Conforme Sousa, Patrão e Vicente referem que:

“a gerontologia tem focado largamente a pessoa idosa e seus problemas de saúde, associando o familiar que assume a responsabilidade pelos cuidados (cuidador principal). Ou seja, o enfoque tem estado no indivíduo idoso e nos cuidados familiares a idosos dependentes. Provavelmente este foi o rumo mais adequado num momento de rápido envelhecimento populacional, que exigia atenção às necessidades das pessoas idosas e em que os cuidados familiares constituíam o principal apoio disponível.” (p. 268)

As transformações do modelo de família alargada, para a actual família nuclear, condicionou as redes familiares de apoio, aumentando e criando situações de risco de isolamento (Nogueira, 2009). Mas, “(...) não se deixou de verificar a coesão e a solidariedade familiar, assumindo esta um papel básico e fundamental nas funções de protecção e de cuidar dos seus membros, observando-se também nas relações familiares, sentimentos de solidariedade e reciprocidade manifestadora de diversas formas” (Imaginário 2008, p.71).

A combinação destes factores levam a dificuldades na prestação de cuidados aos familiares mais velhos, o que altera totalmente o “ciclo” social e cultural, pois todos estes factores tiveram fortes influências na implicação do idoso e da sua integração nestes novos

sistemas (Moura, 2006). Assim, fundamental conhecer aprofundar os modos de solidariedade, as formas e trocas de apoio existentes, pois esta população levantará desafios futuros, visto que terão novos e diferentes problemas sociais, logo toda a estrutura formal e informal, terá de criar novas estratégias, políticas e respostas sociais (Fernandes, 2001).

#### **1.4. Envelhecimento, autonomia e dependência**

Muitas das vezes, os termos de envelhecimento, velhice e idoso, são associados à perda de capacidades físicas e psíquicas, sendo este por vezes um estereótipo de discriminação etária generalizados para as pessoas mais velhas. Porém e conforme Imaginário afirma “A característica mais evidente do envelhecimento é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente” (Imaginário, 2008, p.37). Complementando, Lima afirma “envelhecer não é sinónimo de adoecer mas sim de mudar tal é, de certo modo, a consequência da passagem dos anos” (Lima, 2010, p. 28). Perante as mudanças que o envelhecimento acarreta, surgem novos desafios para a área da saúde, tais como, a evolução das doenças crónicas, pessoas com multi-morbilidades e situações de incapacidade. Deste modo, as situações de dependência não são exclusivas de um determinado grupo etário, existindo pessoas dependentes que não são idosas, contudo prevalecem as pessoas idosas com características de dependência funcional, muitas vezes associado ao processo gradual de envelhecimento humano. Nas faixas etárias mais jovens, está presente, porém na maioria dos casos associada a situações de deficiência congénita ou adquirida (MGEP, 2009).

O impacto do envelhecimento nos seus diferentes níveis, é evidente na área da saúde, verificando-se a perda gradual das capacidades físicas do organismo humano, ao mesmo tempo da transformação dos processos cognitivos e sensoriais, sendo estas enquadradas num contexto. Assim, Imaginário refere que “a dependência nos idosos brota com mais frequência face aos obstáculos que o impossibilitam de satisfazer as suas necessidades (...)” (Imaginário, 2008, p. 43), sendo que estas necessidades podem ser distintas e em diferentes níveis, tais como, físico, psicológico, social ou económico.

A autonomia e independência, são indicadores de saúde e de qualidade de vida para a população idosa, porém distintos e com diferentes interpretações neste contexto. Deste modo, muitos autores abordam estes conceitos na caracterização da população idosa, de

forma a que seja efectuada uma avaliação de forma abrangente, holística e global, sendo assim preponderante abordar estes conceitos. Segundo a OMS, a autonomia, é a capacidade percebida para controlar, lidar, com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferência (OMS, 2002). Complementando Evans<sup>5</sup> afirma que a autonomia é “o estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras” (Freitas et al., 2006, p. 316), enquanto independência é o “estado ou condição de quem ou o que é independente, de quem ou do quem tem liberdade ou autonomia, de quem procura recorrer só aos seus próprios meios, de quem se basta”. (Freitas et al., 2006, p.316). De uma forma mais objectiva a DGS e a OMS (2002) – definem a independência como “a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem”. Deste modo, considera-se pertinente distinguir estas duas noções – autonomia e independência. Pois, autonomia é a capacidade que a pessoa detém para poder escolher e determinar por si própria, bem como decidir os seus actos, tendo consciência dos mesmos e assumi-los. A independência define-se pela capacidade do indivíduo para realizar as AVD sem ajuda, sendo esta mais associada às capacidades funcionais. Neste sentido, terá de ser tido em conta, o pressuposto que uma pessoa incapacitada fisicamente, pode conseguir exercer as suas capacidades de escolha, de direitos e deveres e de controlo sobre o seu meio.

Assim e analisando a definição de dependência, segundo o Decreto-Lei nº101/2006 é:

“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”(p.3857).

Atendendo à definição apresentada verifica-se que a dependência pode definir-se de uma forma mais complexa, não sendo avaliada apenas a condição pessoal e interna, mas é também considerada a componente externa e ambiental. Por este motivo, a dependência nas pessoas idosas assume contornos particulares, pois resulta da relação entre diferentes factores tais como, físicos associados à mobilidade, psicológicos associados aos transtornos cognitivos e os provenientes do contexto. A dependência pressupõe a

---

<sup>5</sup> Evans RL, Hendricks RD (1993) Evaluating hospital discharge planning: a randomised clinical trial. Medical Care 31: 358-70.

existência de diferentes factores, tais como: físicos, psicológicos e os provenientes do contexto. Ou seja, incapacidade para efectuar as Actividades de Vida Diária [AVD] que comprometa determinadas aptidões, a incapacidade para realizar por si as AVD e a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros. Para o Idoso as questões da dependência estão intimamente relacionadas com sentido de saúde e qualidade de vida (Imaginário, 2008).

Por sua vez, o ISS, IP<sup>6</sup> classifica a dependência em 1.º e 2.º grau de acordo com os seguintes critérios: 1.º grau – pessoas que não possam praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: actos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal; 2.º grau – pessoas que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1.º grau e se encontrem acamadas ou apresentem quadros de demência grave. Importa ainda acrescentar que o estado de dependência pode ser temporário ou permanente, o processo pode ser progressivo, regressivo ou estável.

Assim, e relativamente ao conceito de actividades de vida diária (AVD) importa agora analisar este mesmo termo. Segundo a OMS, as AVD:

“ (...) incluem indicadores como a capacidade para efectuar a higiene pessoal, para se vestir, ir à casa de banho, controlar esfíncteres, alimentar-se, mover-se no interior e exterior do domicílio e efectuar escolhas” e as actividades instrumentais da vida diária (AIVD) “incluem indicadores como a capacidade de limpar e lavar a casa, preparar refeições, gerir os medicamentos, manusear o dinheiro, utilizar o telefone, os transportes públicos ou particulares, resolver assuntos administrativos e decidir sobre os assuntos quotidianos e futuros.” (Carvalho, 2012, p.37).

Existem diferentes instrumentos para concretizar a avaliação funcional da pessoa, tais como: o Índice de Katz - avalia a capacidade para executar as actividades básicas de vida diária, consideradas com tarefas de auto-cuidado, centra-se em seis actividades: banho, utilização de sanita, transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama, controlo dos esfíncteres e alimentação. Estas actividades são avaliadas na sequência habitual de deterioração ou recuperação, esta informação pode ser obtida através da observação directa do idoso e/ou do questionário directo. Esta escala pode ser aplicada por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Índice de Lawton – permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as actividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por AVD e as AIVD, estas definem-se pelas

---

<sup>6</sup> Guia prático do Complemento por dependência – ISS. Disponível em: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/15002/7013\\_complemento\\_dependencia/1333cd5e-09f0-4935-9ca4-eae7ace41161](http://www.seg-social.pt/documents/10152/15002/7013_complemento_dependencia/1333cd5e-09f0-4935-9ca4-eae7ace41161)

seguintes: utilização de telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros (Imaginário, 2008).

Imaginário, acrescenta que a autonomia dos idosos pode ser classificada em três grandes grupos: baixa autonomia – manifesta alta dependência para realizar as AVD e com escassas relações sociais; média autonomia – resolvem a maior parte dos problemas quotidianos, mas contam com um importante apoio familiar, quando revelam perdas sensoriais e baixa actividade intelectual; autonomia elevada – boa percepção de qualidade de vida, com atitude activa face à vida. (Imaginário, 2008).

De forma complementar, José *et al* (2002) classifica a dependência do idoso em três grandes grupos: idosos com baixa dependência necessitam apenas de supervisão ou vigilância, na medida que possuem ainda alguma autonomia, quer ao nível da mobilidade, quer ao nível da realização de determinadas actividades da vida diária (ex: higiene pessoal, vestir/ despir, comer...); idosos com média dependência encontram-se numa situação em que necessitam não só de supervisão, mas também de ajuda efectiva de terceiros no desempenho de algumas actividades específicas como, por exemplo, tomar banho, controlar a toma dos medicamentos, entre outras. Idosos com elevada dependência necessitam, diariamente, de ajuda extensiva e intensiva. Isto quer dizer que não têm capacidade para desempenhar um determinado conjunto de tarefas “básicas”: são pessoas que se encontram acamadas ou que têm fortes restrições ao nível da mobilidade, tendo algumas delas outras incapacidades associadas como, por exemplo, a diminuição das aptidões cognitivas e do controlo esfinteriano (José *et al*, 2002).

Analisar a dependência como factor de medição da qualidade de vida é determinante e transversal a todas as dimensões de um idoso. Todavia, o conceito de qualidade de vida é complexo e integra diferentes dimensões da pessoa – saúde física, estado psicológico, independência, relações sociais, crenças, convicções e meio ambiente. Como Lima refere “(...) o desafio, que o envelhecimento da população acarreta, não procede das taxas da população idosa mas das taxas de incapacidade.” (Lima, 2010, p.95), porém não poderemos associar, exclusivamente, o critério da dependência ao idoso, porém este é, sim, um elemento que integra a análise deste conceito no seu todo. Concluindo, a dependência “(...) é um problema urgente e grave de saúde, interferindo na QVD (qualidade de vida) do

individuo e do grupo, pelo que requer a tomada de medidas sociais, governamentais e individuais” (Imaginário, 2008, p. 46).

### **1.5. As políticas sociais e de saúde no envelhecimento**

Antes de identificar políticas sociais e de saúde que são relevantes para análise neste ponto, considera-se igualmente importante referir: A DUDH, e o seu artigo 25º, alínea 1:

“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.”.

Este sentido reflecte igualmente a CRP, artigo 72º:

“1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. 2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.”

O acesso à saúde é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. O SNS deriva da incessante preocupação de proporcionar aos doentes cuidados compreensivos e de elevada qualidade.

Assim, o SNS foi criado pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, onde foi instituída uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à protecção da saúde. Em 1979, é criado o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição. Deste modo o sistema de saúde Português é constituído pelo SNS, pelos subsistemas de saúde, por seguros de saúde voluntários e privados.

Assim sendo, o acesso aos cuidados de saúde com a criação do Serviço Nacional de saúde, também alterou o paradigma na análise e correlação entre a saúde e a protecção social. Conforme evidenciado nos dados estatísticos apresentado no ponto 1, considera-se que o desenvolvimento no âmbito da protecção social e da saúde à população idosa, resultante das medidas de política, instrumentos e legislação, vieram reforçar a segurança e a saúde desta população. As unidades de saúde podem ser divididas em três tipos:

Cuidados de Saúde Primários, Hospitais e Cuidados Continuados Integrados. O SNS complementa a sua oferta de cuidados de saúde adquirindo serviços a privados e ao sector social, com quem estabelece convenções e acordos, em áreas em que não tem capacidade de resposta.

Ao mesmo tempo o envelhecimento vai exercer pressões significativas no que toca às políticas sociais, pois este fenómeno tem subjacente um aumento das despesas públicas, nomeadamente na saúde e nos serviços aos idosos. Havendo riscos de insustentabilidade para as finanças públicas e também comprometer o equilíbrio futuro dos regimes de pensões e de protecção social, sendo este um factor dramático para o crescimento económico.

Antes de mais, importa definir, política social, segundo Carmo<sup>7</sup> citado por António, é “como um sistema de políticas públicas que procura concretizar as funções económicas e sociais do estado, com o objectivo de promover a coesão social e a condução colectiva para melhores patamares de qualidade de vida” (António, 2013, p.85). Neste contexto, considera-se que as funções económicas e sociais do estado integram três vertentes: económica, cultural e social. Especificamente, as políticas sociais de velhice segundo Carvalho, “(...) são um conjunto de medidas e acções, que se estruturam de forma implícita ou explícita, e têm por finalidade colmatar as necessidades da população idosa que decorrem da sua entrada na velhice, tendo como principal interveniente o Estado.” (Carvalho, 2013, p. 87).

Portugal tem vindo a realizar importantes adaptações, dos sistemas de pensões, como resposta às alterações demográficas e aos mercados de trabalho e a criar condições para o envelhecimento activo e saudável. Tem-se desenvolvido oportunidades e desafios relacionados com o envelhecimento da população, através de uma maior e melhor cooperação entre o governo e as instituições de solidariedade social. Os desafios que se colocam a Portugal remetem para reverter o impacto demográfico (apoio à natalidade, conciliação da vida profissional e familiar, melhoria do apoio às situações de envelhecimento e dependência), garantindo a qualidade das políticas e das respostas sociais a todos os cidadãos e a garantia da sua sustentabilidade. Ainda, enquanto resposta às necessidades decorrentes da transição demográfica e consequente transição epidemiológica

---

<sup>7</sup> Carmo, H. (2012) Teoria da Política Social (Um olhar da ciência política). Lisboa: ISCSP/UTL- Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa

que se refletem no aumento das situações de dependência, Portugal tem vindo a prosseguir com a adoção de medidas de políticas dirigidas às pessoas idosas, no âmbito da Segurança Social.

Assim, as medidas de política social dirigidas às pessoas idosas poderão apresentar-se divididas em: programas e medidas, prestações sociais e respostas sociais.

Nos programas e medidas, especificamente, à população idosa, destaca-se: o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES), que tem por finalidade apoiar o desenvolvimento e consolidar a rede de equipamentos sociais no território continental; o Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social (PAIPS) promove o aumento e a melhoria qualitativa e quantitativa dos serviços dirigidos à população idosa, através de diferentes acções como: acréscimo da oferta do número de lugares em lar de idosos; criação de condições para o acolhimento em lar de idosos em situação de dependência; ampliação, melhoria e modernização dos estabelecimentos e qualificação dos serviços prestados; promoção da formação dos recursos humanos, entre outras acções. Destaca-se, também, o Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais (PAIES), que pretende através de Entidades Promotoras com recurso ao crédito, criem novos lugares nas respostas sociais elegíveis tais como, Lar Residencial e Lar de Idosos, através da realização de obras de construção de raiz, de ampliação, remodelação de edifício ou fracção e/ou aquisição. Este incentivo ao investimento privado, pretende ser realizado através de recursos provenientes dos jogos sociais, visando apoiar as entidades promotoras ao nível dos juros, permitindo desta forma que se recorra ao crédito, bem como que parte do financiamento seja suportado com o equipamento social em funcionamento. A RNCCI, foi criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho e constitui-se como o modelo organizativo e funcional destinado a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa. Este apoio é prestado através de unidades de internamento, ambulatório, equipas hospitalares e domiciliárias (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011). Conforme Carvalho afirma “Em Portugal até aos anos noventa, as pessoas que necessitavam de cuidados continuados eram encaminhadas para o domicílio, lares de doentes ou clinicas de retaguarda protocoladas com alguns hospitais para dar resposta a alta clínica deste tipo de doentes.” (Carvalho, 2014b, p. 262). O desenvolvimento da RNCCI, configura-se como uma resposta às

necessidades para diferentes grupos e tem sido efectivamente uma medida política com forte impacto.

O envelhecimento provoca novas necessidades na saúde, para as quais se revela urgente encontrar respostas organizadas. Esta é uma problemática presente na área da saúde e de uma forma proeminente, dado o desafio da sustentabilidade dos serviços de saúde, sendo disso reflexo a criação dos seguintes programas: “Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, da DGS, 2006”; “Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e saudável - 2017-2025” – proposta do grupo e trabalho interministerial (despacho nº12427/20\6); Plano Nacional de Saúde 2012-2020, como um pilar fundamental da reforma do sistema de saúde, orientado para a qualidade clínica, a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis, visando a obtenção de ganhos de saúde da população portuguesa, inclusive, destaca-se que um dos desígnios propostos pelo Plano Nacional de Saúde para 2020 - melhoria da esperança de vida saudável aos 65 anos.

Importa, ainda, referir algumas medidas específicas determinantes na área da saúde, tais como: o acesso a ajudas técnicas (adaptações de casas, cadeiras de rodas, camas articuladas, próteses, etc.), a isenção do pagamento das taxas moderadoras (em contexto de doença, insuficiência económica e outras situações específicas), no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e a bonificação na comparticipação para a aquisição dos medicamentos, mediante avaliação dos recursos económicos.

Assim e no que se refere às prestações sociais<sup>8</sup>, destacam-se: complemento por dependência (em vigor no nosso país desde 1999) sendo este atribuído de acordo com o grau de dependência, destinando-se a pensionistas de invalidez, velhice ou de sobrevivência que necessitem de apoio de terceiros para a realização das suas AVD; complemento solidário para idosos (destinados aos idosos com baixos recursos económicos); rendimento social de inserção (que apesar de ser uma prestação transversal à população, a população idosa, pode igualmente beneficiar em situações concretas).

---

<sup>8</sup> Para mais informação pode ser consultado: <http://www.seg-social.pt/reforma> ; <http://www.seg-social.pt/idosos>

Nas respostas sociais, actualmente, verificam-se: Centros de Dia<sup>9</sup>, Centros de Convívio<sup>10</sup>, Centros de Férias e Lazer<sup>11</sup>, Serviços de Apoio Domiciliário e Serviço de Apoio Domiciliário Integrado<sup>12</sup>, Estruturas Residências Para Idosos<sup>13</sup> e Centros de Noite<sup>14</sup>.

Por fim, face ao enquadramento da presente dissertação, considera-se relevante mencionar que num contexto de intervenção do Serviço de Urgência, decorrem muitas vezes, situações de necessidade de intervenção imediata e inesperada, sendo relevante definir emergência social<sup>15</sup> como “situações de vulnerabilidade e desprotecção sociais, resultantes de não estarem asseguradas as condições mínimas de sobrevivência e que constituam um perigo real, actual ou iminente para a integridade física e psíquica, necessitando de intervenção imediata.” e crise como “situação de vulnerabilidade e desprotecção resultante de não estarem asseguradas, a breve prazo, as condições mínimas de protecção pelo que se impõe uma intervenção urgente e encaminhamento para os serviços”. Deste modo, o Instituto de Segurança social tem como resposta a Linha Nacional de Emergência Social (LNES) sendo este um serviço público gratuito, de âmbito nacional, com funcionamento 24 horas por dia e todos os dias do ano, que tem como objectivo garantir resposta imediata a situações que necessitem de actuação emergente e urgente no âmbito da protecção social.

---

<sup>9</sup> O Centro de Dia é uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento.

<sup>10</sup> Resposta social de apoio a actividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação activa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.

<sup>11</sup> Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.

<sup>12</sup> Resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das actividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

<sup>13</sup> A Estrutura Residencial constitui-se como uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento colectivo, num contexto de “residência assistida”, para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, activo e plenamente integrado.

<sup>14</sup> Resposta social que funciona em equipamento de acolhimento nocturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.

<sup>15</sup> Para mais informações, consultar: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/27217/N38\\_LNES/652c361e-4460-419f-97fd-3dde5ddab962](http://www.seg-social.pt/documents/10152/27217/N38_LNES/652c361e-4460-419f-97fd-3dde5ddab962)

## **Capítulo II – Serviço Social no Serviço de Urgência e o planeamento de alta**

### **2.1. Serviço Social Hospitalar**

O Percurso do SS na Saúde, é paralelo ao percurso desenvolvido pelo SS como disciplina. Em 1905, no Massachusetts General Hospital, em Boston, foi implementado o designado trabalho médico-social. Já em Portugal em 1941, é criado o SS nos Hospitais Universitários de Coimbra, no ano seguinte em Lisboa com o Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos. Em 1948, no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa e só depois foi alargado nos anos subsequentes a outras Instituições de Saúde (Ferreira, 2012; Lopes, Ribeiro, Santo, Ferreira & Frederico, 2012). Perante o desenvolvimento e a relação estreita entre a saúde e a área social, verifica-se em 1968 a publicação da reforma hospitalar – Decretos-Lei n.ºs 48357 e 48358 – onde foram definidas as finalidades e funções do SS e a sua posição estrutural, na Organização hospitalar. Porém, é em 2002 com a Circular Normativa N.º 8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde (16 de Maio de 2002) que se estabelecem as funções definidas na actualidade nos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde:

- *Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respectivo diagnóstico social;*
- *Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respectivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;*
- *Proceder à investigação, estudo e concepção de processos, métodos e técnicas de intervenção social;*
- *Participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respectivos serviços ou estabelecimentos;*
- *Definir, elaborar, executar e avaliar programas e projectos de intervenção comunitária na área de influência dos respectivos serviços e estabelecimentos;*
- *Analisar, seleccionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação;*

- *Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade;*
- *Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no auto conhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades;*
- *Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados;*
- *Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social.*

O SS Hospitalar, tal como Masfret (2012) refere, “tem sempre como ponto de partida a doença que afeta a pessoa, o diagnóstico médico que motiva a consulta ou a entrada hospitalar” (Masfret, 2012, p.64), ou ainda como acrescenta Guerra (2017), “Nesta área de intervenção, o assistente social tem como competência intervir junto do doente e da sua família para melhor compreensão dos fenómenos socioculturais e económicos que afetam os estados de saúde/doença” (Guerra, 2017, p. 62). Complementando, Ferreira (2012) define o SS na saúde como:

“(…) uma disciplina que a partir do estudo, diagnóstico e intervenção psicossocial atende as pessoas doentes e as suas redes sociais mais próximas, de modo a que a doença aguda não seja motivo para a perda da qualidade de vida, discriminação ou marginalização social. Neste âmbito cabe ao assistente social conceber, planear, organizar e prestar cuidados a nível psicossocial, relacional e cultural, nas vertentes da promoção, prevenção, tratamento e recuperação.” (Ferreira, 2012, p. 43)

Deste modo, o SS na saúde e em contexto hospitalar, especificamente, terá um papel fundamental na identificação de factores que correlacionam a saúde/doença e todo o contexto em que o indivíduo está inserido, tendo sempre em conta factores internos, externos, tais como pessoais, familiares, culturais, entre outros (Guerra, 2017).

O desenvolvimento da intervenção pelo SS destaca-se na identificação e referenciação de situações de risco e problemas sociais, realizando o encaminhamento e orientação dos doentes e familiares. Assume, igualmente, relevo no desenvolvimento e interligação das relações existentes entre a própria Instituição, comunidade, recursos da comunidade, redes de vizinhança e família, entre outros, sendo o AS mediador e facilitador entre todos estes intervenientes (Pires, 2000).

De forma a complementar o que foi referido anteriormente, considera-se importante mencionar o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, onde é referido que o A.S. actua em diferentes níveis, sendo estes os seguintes: avaliação de factores psicossociais interferentes na saúde de pessoas, grupos e comunidades com especial atenção a grupos e situações identificadas como de risco e vulnerabilidade; avaliação dos factores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação; intervenção psicossocial a nível individual, familiar e grupal; aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos médicos e/ou sociais; promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no doente e baseados em parcerias com o doente, família e cuidadores informais; advocacia social em favor do doente e família; avaliação e criação de programas de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária; avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades locais; educação e informação em saúde; e por fim, mobilização, organização e coordenação das entidades e actores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais (DGS, 2007).

Segundo Carvalho (2012), o SS Hospitalar configura a sua intervenção em três momentos: acolhimento, elaboração de plano individual de cuidados e o acompanhamento psicossocial. Já Ferreira (2012) menciona que é em quatro fases: o acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade de cuidados.

Estes momentos metodológicos, acima referidos e identificados pelas autoras, têm em consideração as especificidades da sua acção, ou seja, o tipo de instituição, cuidados e serviços que presta, ou como Espírito Santo (2018) refere:

“por se tratar de dimensões irredutivelmente diversas e específicas, a intervenção que pode advir das diferentes combinações são fatores de enorme particularidade, tais como a especialidade, a tipologia, o funcionamento e a complexidade natural do hospital, determinando uma intervenção própria.” (Espírito Santo, 2018, p. 69)

Os AS integram diferentes serviços em contexto hospitalar, tais como internamento, urgência, ambulatório, entre outros, visando a humanização, a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e as suas famílias e ainda, a rentabilização dos recursos de saúde (Lopes, Ribeiro, Santo, Ferreira & Frederico, 2012).

Assim, importa caracterizar cada um dos diferentes momentos acima referidos: o acolhimento - é um primeiro momento de entrevista para recolha de dados com o objectivo

de realizar um pré-diagnóstico social. Existem diferentes tipos de acolhimento, sendo este aplicado de acordo com as necessidades de cada serviço, tais como: acolhimento sistemático - é realizado a todos os doentes; o acolhimento por triagem de indicadores críticos – é realizado quando a situação é encaminhada ao SS tendo em conta critérios pré – definidos que implicam a intervenção do SS; o acolhimento em regime de chamada - é realizado a todas as situações sinalizadas pelos demais profissionais. No momento do acolhimento, o AS irá prestar informações generalistas acerca dos direitos e deveres do utente, centralizando-se na recolha de elementos para a preparação da alta e continuidade de cuidados (Lopes, Ribeiro, Santo, Ferreira & Frederico, 2012; Ferreira, 2012).

Num momento seguinte, procede-se à elaboração do plano individual de cuidados, que é construído com a equipa multidisciplinar, através da partilha de informações relativas ao contexto clínico e social, sendo este definido, tendo sempre em consideração as especificidades dos utentes a vários níveis.

O acompanhamento psicossocial integra o doente e/ou o familiar/cuidador/rede de suporte, definindo-se acções como: suporte emocional; suporte ao doente/família no planeamento e organização da prestação de cuidados, promovendo e protegendo a integridade física, psíquica e emocional; suporte no desenvolvimento da coesão familiar, na gestão de conflitos, na redistribuição de papéis, na selecção de estratégias, na melhoria da comunicação e na prevenção da exclusão do doente do seu sistema familiar/ social; informação, orientação e capacitação dos doentes/famíliares/ cuidadores no âmbito da protecção social na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral; capacitação do doente e/ ou cuidador para uma gestão eficaz da doença, nomeadamente na maximização dos recursos pessoais e comunitários e na integração dos cuidados; exercício de advocacia em favor do doente e família/ cuidador e relativamente ao acesso a prestações sociais e/ ou serviços; incentivo à reinserção profissional ou escolar do doente e / ou à promoção da sua participação em actividades adaptadas ao seu estado de saúde; orientação dos doentes e cuidadores para serviços de apoio especializado, nomeadamente jurídico, outros; preparação para a morte e apoio no luto, quando apropriado (Carvalho, 2012; Ferreira, 2012).

Contudo, Ferreira (2012), conforme acima identificado, define como última fase da intervenção, a preparação da continuidade de cuidados, sendo que esta:

“(…) consiste na identificação em equipa e com o doente e/ou cuidador das necessidades diversas decorrentes da situação de doença, bem como das dimensões psicossociais individuais e familiares presentes (económicas, emocionais, culturais/ religiosas, profissionais e/ou ocupacionais, habitacionais ou outras) decorrentes da situação de doença e/ou dependência e da necessidade da continuidade dos cuidados. Integra igualmente a negociação com o doente e cuidador para a elaboração do plano individual de cuidados e organização da prestação dos mesmos: definição de objectivos e tempos previstos, identificação dos intervenientes profissionais e institucionais da prestação dos cuidados ou serviços.” (Ferreira, 2012, p.46)

É comum designar-se as situações em seguimento pelo SS, como “casos sociais”, ou seja, é muitas vezes “rotulado” o utente em avaliação/seguimento pelo SS como um “caso social”, distinguindo estes dos casos clínicos. Contudo, Guerra (2017) desenvolve a definição de “caso social” no âmbito da actuação do SS hospitalar, definindo que:

“ caso social é uma situação específica, que reúne determinados indicadores (pessoais, clínicos e sociais) que os médicos e enfermeiros consideram ser «sinais de alerta» que põem em causa a dignidade humana e a continuidade dos cuidados, exigindo assim a intervenção do Serviço Social.” (Guerra, 2017, p.74). Assim sendo, a análise e identificação destas situações dependem de diversos factores, bem como da sua correlação, tais como: pessoais, clínicos, da rede de suporte e das condições existenciais na comunidade (Guerra, 2017, p. 57-79).

O AS em contexto hospitalar tem vindo a desenvolver um percurso e, conforme Espírito Santo (2018) refere, “evidências empíricas indicam também que a intervenção nos cuidados de saúde que têm na equipa, assistentes sociais apresentam melhores resultados quanto à prestação de cuidados (...)” (Espírito Santo, 2018, p. 73). Deste modo, AS em contexto hospitalar tem de integrar conhecimentos de transdisciplinaridade, procurando sempre construir instrumentos correspondendo aos utentes, equipas médicas e de enfermagem, como por outros envolvidos nas práticas. Mostra-se ainda como mediador em diferentes planos entre o utente, instituição, equipa médica, rede de suporte e comunidade (Guerra, 2017).

## **2.2. Serviço de Urgência e o Serviço Social**

Os hospitais sempre estiveram associados à doença aguda, contudo a actual evolução demográfica e as novas determinantes do paradigma epidemiológico (elevada prevalência das doenças crónicas; presença de multipatologias; desenvolvimento científico e tecnológico, económico e sociocultural) levou a que os hospitais se adaptem a estas necessidades dentro da sua organização interna, de forma a corresponder às necessidades dos doentes, em tempo útil e ao mais baixo custo. (MS, 2010)

O aumento da longevidade e a tendência de aumento de doenças crónicas traduzem-se numa maior necessidade de cuidados, sobretudo especializados, para os quais os hospitais são os locais preferenciais para dar resposta. Como reflexo, tem-se assistido a um crescimento da afluência desta população (sobretudo idosa) aos Serviços de Urgência e a maiores consumos de recursos nestes contextos, como resultado dos múltiplos problemas de saúde apresentados por estes (Oliveira *et al*, 2017, 11-14; Salvi *et al*, 2007). A título ilustrativo refira-se o estudo realizado por Oliveira, Frutuoso, Veríssimo e Agripino (2017), onde se verifica que 32,4% das pessoas que recorrem ao serviço de urgência são idosas (idade igual ou superior a 65 anos), apresentando maior probabilidade de ficarem internados e com uma mediana de estadia mais longo. Destacam-se assim das conclusões, duas referências importantes: o idoso apresenta maior tempo de permanência no SU e é mais internado do que o utente mais jovem (Oliveira *et al*, 2017).

O SU, distingue-se pelo facto de se tratar de um contexto onde a intervenção se desenrola num curto espaço de tempo, tendo como objectivo proporcionar cuidados de saúde a pessoas em situação de urgência/emergência. Segundo a DGS (2001), urgências “são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (DGS, 2001, p.7). Deste modo, o doente quando recorre ao atendimento em contexto de SU, surge na decorrência de um episódio eminente, súbito e inesperado com necessidade de intervenção e cuidados de saúde diferenciados.

Existem ainda diferentes níveis de Serviços de Urgência, que são de dois tipos: Médico-cirúrgico e Urgência Polivalente. Os Serviços de Urgência Médico-cirúrgica são unidades diferenciadas que devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital (que integram um conjunto de especialidades e serviços específicos). Os Serviços de Urgência Polivalente que acumulam os serviços de urgência médico-cirúrgica, têm ainda um grau de maior diferenciação técnica. Estas devem estar localizadas nos Hospitais Gerais Centrais e poderão ser em determinadas circunstâncias de referência supra-regional ou mesmo nacional. Actualmente, os Hospitais, são espaços de cuidados de saúde com uma grande evolução nas últimas décadas, ultrapassando as suas funções de assistência sob um desígnio caritativo e religioso, até ao espaço actual em que estão disponíveis cuidados altamente medicalizados, especializados e diferenciados (DGS, 2001).

Contudo, o sentido curativo e de tratamento de doentes agudos, ainda é, uma realidade presente nos hospitais, sendo este também um desafio para a gestão hospitalar, conforme o relatório do Ministério da Saúde (2010):

“a cristalização na imputação ao hospital de uma missão exclusivamente tecnológica, distanciada da comunidade, concretizada em episódios de cuidados pontuais, por curtos períodos, dirigido ao “caso” (que não à pessoa doente), num modo de “produção” preferencialmente dedicado a doenças agudas, é um equívoco e um erro responsáveis por grande parcela da ineficiência que é diagnosticada no funcionamento dos hospitais.” (MS, 2010, p.8)

Como Koifman afirma, “a concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica.” (Koifman, 2001, p.54). Nesta perspectiva, verifica-se dentro das Instituições Hospitalares a presença do modelo biomédico, sendo que este modelo vê o corpo humano como uma máquina complexa, dividindo-o por partes que se inter-relacionam, logo partindo do princípio, de que a saúde e a vida saudável associam-se à reestruturação do funcionamento normal do corpo, para interromper processos degenerativos, ou para destruir invasores. Actualmente, menos presente, este modelo leva os profissionais a se concentrarem apenas na máquina corporal e negligenciarem outros aspectos determinantes do processo saúde - doença. As Instituições Hospitalares perante novos paradigmas epidemiológicos, também ao longo do tempo tem vindo a adaptar-se às mesmas.

Quanto ao papel e intervenção do SS neste contexto específico, Masfret (2000) integra a análise da intervenção do SS no SU como parte do circuito do utente do programa de alta do utente. Considerando que o utente tem 3 vias para admissão no Hospital: Serviço de Urgência, Consultas externas e admissões programadas. Neste contexto, é afirmado pela autora que a intervenção social na urgência surge quando é identificado um problema social, podendo causar duas situações: se utente ficar internado, tendo o AS de dar o devido seguimento ao processo no serviço de internamento, tendo em conta os elementos de diagnóstico no momento de avaliação do SU; no caso de alta, articular com os serviços de comunidade, garantindo o registo do processo para prevenir um eventual episódio futuro (Masfret, 2000).

Assim, verifica-se, aquando da realização da pesquisa e no âmbito do enquadramento teórico, a inexistência de referências relativas às práticas de SS no SU, em Portugal. Contudo, foi possível identificar produção de investigação enquadrado, na

temática em análise, desenvolvidos no Brasil e Reino Unido (Silva et al, 2016; Bywaters e Mcleod, 2003). Porém, nas várias publicações consultadas (entre artigos, livros, dissertações) é sempre mencionado que as características de cada especialidade têm de ser tidas em consideração (Ferreira & Espírito Santo, 2018; Ferreira, 2012). De qualquer modo, o SS Hospitalar é caracterizado de um modo geral, não especificando cada área de intervenção. Todavia, verificou-se que a investigação da temática da presente dissertação, está mais desenvolvida pela área de enfermagem ou médica (Graf, *et al*, 2011; Azeredo, 2014; Salvi *et al*, 2007).

Bywaters e Mcleod (2003) abordam os motivos pelos quais o SS integra o SU, sendo centralizado nas questões do aumento da eficiência hospitalar. Neste contexto, é destacada a capacidade do SS para o aumento da eficiência e eficácia hospitalar através de: prevenção de readmissões; programar a alta hospitalar para o domicílio; reduzir os protelamentos de alta por motivos sociais; mediar e melhorar a comunicação e informação entre os doentes e a equipa multidisciplinar, possibilitando “economizar tempo” à equipa clínica. Já Silva et al (2016), aborda as questões do protelamento de alta do idoso em contexto do SU, contudo a realidade dos protelamentos de alta é mencionada pelas autoras como abandonado do idoso<sup>16</sup>. Assim sendo, destaca-se as competências e acções do SS enunciadas neste artigo e que visam mediar a situação de abandono familiar, concretizando princípios como: ampliação da liberdade, emancipação e pleno desenvolvimento dos indivíduos; defesa intransigente dos direitos humanos contra todo o tipo de arbítrio e autoritarismo; defesa da equidade e da justiça social, universalizando o acesso a bens e serviços relativos a programas e políticas sociais e a sua gestão democrática; compromisso com a qualidade na prestação de serviços, competência profissional e articulação com outros profissionais e trabalhadores. Ao mesmo tempo enunciam instrumentos técnico-operativos, como: “(...) entrevistas, relatórios e encaminhamentos, capaz de potenciar as acções nos níveis de negociação, ação direta, estimuladora da participação dos pacientes nas decisões que lhes dizem respeito quando demonstrarem possibilidades, defesa de direitos e no acesso aos meios de exercê-los.” (Silva, Marinho, Delfino, 2016, p. 2447-3406).

Como é possível constatar a partir dos dois estudos, anteriormente referidos, a actuação do SS Hospitalar, integra diferentes contextos nesta área, sendo transversal a todos os profissionais as suas características de intervenção, tendo sempre em conta as

---

<sup>16</sup> As questões do protelamento de alta serão analisadas no ponto 2.3 da dissertação.

especificidades que caracterizam cada doente. Como Masfret (2012) menciona, “ (...) o plano de Serviço Social de saúde de uma pessoa diagnosticada com demência tipo Alzheimer, não pode ser o mesmo de uma pessoa diagnosticada com diabetes ou que tenha sofrido um acidente de trabalho com queimaduras graves.” (Masfret, 2012, p. 64), ou seja, todos os factores que enquadram o utente e a doença definem o plano de intervenção do SS, mas ao mesmo tempo, é sempre tido em consideração o meio e o contexto em que se desenvolve a actuação.

### **2.3. A intervenção do Serviço Social- do planeamento de alta ao protelamento social**

A rentabilização dos recursos de saúde está cada vez mais presente em todas as áreas de intervenção directa com o utente, não passando única e exclusivamente pelas áreas de gestão, mas sim, também, pelos profissionais que estão em contacto directo com o utente. Inclusivamente, a rentabilização de recursos é parte da actividade e funções desenvolvidas pelo Assistente Social, tendo um papel relevante, integrado na equipa multidisciplinar, no âmbito do planeamento da alta (Lopes, Ribeiro, Santo, Ferreira & Frederico, 2013, p.35). Complementarmente Ferreira & Espírito Santo afirmam:

“(...) um plano efectivo de alta, diminui os custos para os serviços de saúde, prevenindo novos eventos hospitalares, promove a educação para a saúde na compreensão quanto a esquemas terapêuticos, e subsequentemente fomenta a satisfação dos doentes e suas famílias.” (Ferreira & Espírito Santo, 2018, p.4).

O planeamento da alta hospitalar, segundo a DGS define-se como “um processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários” (DGS, 2004, p.3).

Adicionalmente, e segundo a American Hospital Association & Social Work Directors Society (1973), citado por Ferreira, a planificação da alta hospitalar pode ser definida como “(...) um processo centralizado, coordenado e interdisciplinar, no qual os membros da equipa de saúde colaboram com os doentes e suas famílias, antecipando as necessidades destes depois da hospitalização, desenvolvendo um plano que os ajudará a ganhar independência e a manter os benefícios ganhos durante a estadia no hospital.” (Ferreira, 2012, p.34).

Deste modo, a avaliação de uma equipa multidisciplinar possibilita analisar o doente nas suas diferentes dimensões, pois de acordo com Pires “o doente como qualquer Humano é um ser bio-psico-social e o seu bem-estar implica obrigatoriamente que estas três dimensões sejam asseguradas.” (Pires, 2000, p. 144). Tal significa que o doente tem de ser visto como uno e indivisível e compreender todas as suas dimensões para uma intervenção completa.

Segundo Masfret “no trabalho em equipa a responsabilidade da alta contempla a alta clínica, alta social e a alta hospitalar como três momentos que algumas vezes acontecem em tempos diferentes.” (Masfret, 2000, p.288), pelo que o momento da alta hospitalar<sup>17</sup> é avaliada por uma equipa multidisciplinar e esta decisão tem de ser construída conjuntamente para garantir a resposta às necessidades do doente.

Contudo, no planeamento e gestão do processo de alta hospitalar, surgem constrangimentos, principalmente quando a população-alvo é idosa, pois esta desafia o conhecimento e a intervenção do SS, considerando esta população mais vulnerável a problemas sociais e de saúde associado ao risco de pobreza, solidão, isolamento, necessidade de cuidados alargados e diferenciados, questões de discriminação pela idade, questões de violência (Ferreira, 2012).

Neste contexto, é fundamental, como Ferreira & Espírito Santo, referem que o AS possa “(...) identificar precocemente os problemas sociais que podem impedir a alta do doente, definindo um plano de intervenção (...) de modo a garantir a inserção deste na comunidade com segurança e com continuidade de cuidados.” (Ferreira & Espírito Santo, 2018, p.4).

O papel do AS assume, assim, primordial importância, sobretudo nos serviços que mais directamente se relacionam com a prestação de cuidados de saúde aos idosos. Deste modo e conforme Ferreira (2012) afirma:

“o desempenho dos assistentes sociais desenvolve-se tanto ao nível do apoio psicossocial ao doente e família, como ao nível da articulação dos serviços, internos externos, assegurando a ligação à rede de suporte ao doente e família/ cuidador, onde se insere o planeamento da alta.” (Ferreira, 2012, p.43)

Ou seja, a construção do plano de intervenção do SS para a alta hospitalar integra uma correlação constante entre a equipa multidisciplinar, doente, família e redes de

---

<sup>17</sup> Segundo Ferreira define-se como “(...) o momento em que o utente abandona fisicamente o hospital.” (Ferreira, 2012, p.33).

suporte, o que implica uma mediação constante entre diferentes elementos. Conforme Ferreira & Espírito Santo afirmam:

“em algumas situações e em determinados casos que apresentam complexos problemas sociais, a alta clínica não supõe a saída do doente do hospital, ou seja, embora o doente não apresente condicionantes do foro clínico para permanecer no hospital, por vezes o contexto social do doente não reúne as condições necessárias/básicas para a sua reinserção na comunidade, e como tal, o doente permanece hospitalizado enquanto a sua situação social não é resolvida.” (Ferreira & Santo, 2018, p.3)

Quando não estão reunidas as condições adequadas para o retorno ao domicílio aquando da alta clínica, verifica-se o protelamento de alta hospitalar, ou seja, o doente pode ter alta clínica e não alta social. Neste contexto, a adequação da intervenção e de modo a garantir a eficácia e a segurança da alta hospitalar, o AS “(...) desempenha a função de mediador entre o utente, família, equipa terapêutica e comunidade promovendo a articulação entre as mesmas.” (Jesus, 2017, p. 79). Os protelamentos de alta hospitalar são efectivamente motivo de investigação por diferentes áreas, sendo possível verificar-se a definição de um perfil de utente, bem como causas para os protelamentos de alta hospitalar por motivos sociais.

Segundo diferentes estudos (Ferreira & Santo, 2018; Jesus, 2017; APAH, 2018; Ramos, 2015), o perfil global do utente em protelamento de alta, traduz-se em: utente do sexo feminino, reformada, com idades entre os 80 e os 89 anos, em situação económica precária, internada num serviço de Medicina, com doença vascular e Neurológica, com grande debilidade física e cognitiva.

De acordo com a recolha de dados do 2º barómetro de internamento social, a demora média de internamentos inapropriados, ou seja, o número de dias em protelamento de alta destes utentes é cerca de 67 dias (APAH, 2018).

Quanto às causas/motivos de protelamento Ferreira & Espírito Santo (2018) referem que existem causas internas e externas. Identificam como causas internas, todas aquelas que se associam ao funcionamento interno da instituição e seus profissionais. Como causas externas identificam como todos os factores externos ao utente e à Instituição, mas que implicam segurança a continuidade de cuidados fora do hospital. No que refere às causas/motivos de protelamento de alta, verifica-se que estas estão relacionadas com a escassez e incapacidade de recursos institucionais na comunidade, de forma a responder em tempo útil e às necessidades dos doentes. Verificando-se que os utentes permanecem em internamento, maioritariamente, a aguardar integração em

estruturas residências para idosos, de seguida a aguardar Serviço de Apoio Domiciliário e outro tipo de respostas. Ao mesmo tempo, as situações configuram-se como situações familiares complexas, com relações conflituosas, indisponibilidade, incapacidade física e psicológica para prestação de cuidados (Ferreira & Espírito Santo, 2018; Jesus, 2018; APAH, 2018).

Importa, ainda, analisar o destino dos utentes em protelamento de alta hospitalar, verificando-se que a maioria dos utentes foram institucionalizados, de seguida surge como destino de alta o retorno ao seu domicílio, tendo em consideração que o utente só teve alta hospitalar após ter sido garantida a resposta às necessidades, face à situação de saúde e dependência. Por último surgem outros destinos, tais como, centros de acolhimento, quartos, instituições de acolhimento a grupos específicos e domicílio de familiares (Ferreira & Espírito Santo, 2018; Jesus, 2018).

Adicionalmente, importa referir que no âmbito da análise da complexidade da intervenção do SS e a relação com o processo de planeamento de alta hospitalar, verificou-se que os utentes com situações sem complexidade ou níveis de menor complexidade são, sobretudo, utentes com apoio familiar e com um maior envolvimento familiar na intervenção social. Já as situações mais complexas estão associadas a situações de incapacidade de apoio familiar. Contudo, também é mencionado que existem situações com apoio familiar consideradas de complexidade alta, estas verificam-se quando a família e/ou o utente colocam obstáculos de diferentes níveis. Neste sentido, na análise entre o nível de complexidade e as causas de protelamento, verifica-se que os níveis mais altos de complexidade têm como principal causa de protelamento a integração institucional (Jesus, 2018). Deste modo, a realidade dos protelamentos de alta por motivos sociais é caracterizada por diferentes áreas na saúde, contudo a análise, avaliação e planeamento de altas dos designados “casos sociais” em contexto hospitalar estão, efectivamente, adstritos à acção do SS. O SS integra as equipas multidisciplinares na saúde, tendo uma presença e importância significativa para a garantia da eficácia e eficiência do funcionamento dos serviços, igualmente na garantia de apoio e prevenção das disfunções com vista à integração social após alta hospitalar (Serafim e Santo, 2013; Guerra, 2017).

## **Capítulo III - Metodologia de investigação**

### **3.1. A definição do objecto de estudo (modelo de análise)**

A definição do objecto de estudo foi construída a partir do aprofundamento de diferentes conceitos, que constituem o tema de investigação, Quivy & Campenhoudt, referem-se ao modelo de análise que “constitui uma charneira entre a problemática fixada pelo investigador, por um lado, e o seu trabalho de elucidação sobre um campo de análise forçosamente restrito e preciso, por outro.” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 109). Deste modo e focalizando no tema da investigação associado a uma Instituição hospitalar - Serviço de Urgência – integrado no SNS e nos seus diferentes níveis de resposta, para além da análise das dimensões do envelhecimento, considerou-se fundamental a análise das determinantes da saúde do idoso, como as redes de suporte e a dependência *vs* autonomia.

O envelhecimento da população é uma realidade em Portugal, por diversos factores, nomeadamente: económicos, políticos, sociais, familiares, culturais, entre outros. Com o desenvolvimento da medicina e o aumento da esperança média de vida, surgiu um novo paradoxo para os sistemas de saúde – o desenvolvimento de doenças crónicas. O Serviço Nacional de Saúde é o reflexo da realidade do envelhecimento da população encontrando-se, muitas vezes, em sobrecarga na sua capacidade de resposta às necessidades da população. Consequentemente, o SS tem um campo de intervenção em crescimento e com diferentes desafios – área de intervenção gerontológica.

O AS em contexto Hospitalar, está integrado em equipas multidisciplinares, sendo a sua presença cada vez mais frequente. Este, é um indicador da investigação produzida, verificando-se que o SS é parte integrante do planeamento e gestão da alta. Neste contexto, o tema do protelamento de alta hospitalar é um tema integrado nas práticas do SS, bem como de outras áreas na saúde.

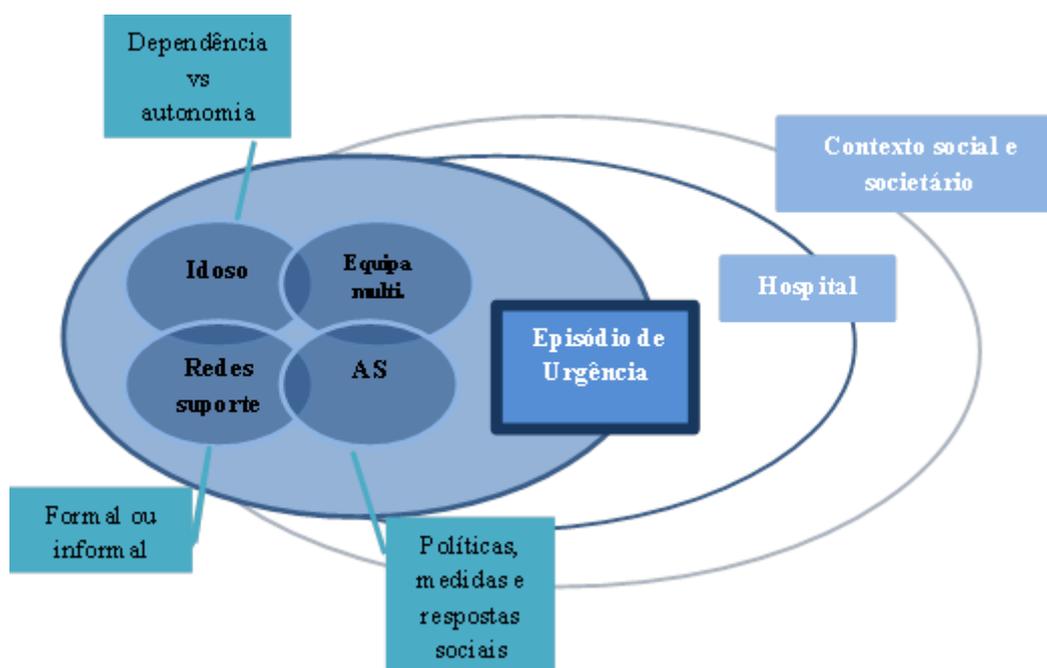
Considera-se, previamente, que a necessidade de intervenção do SS na gestão da alta no SU, poderá associar-se à incompatibilidade entre a situação de saúde do doente e a capacidade de resposta às suas necessidades. Isto é, existem episódios que são determinantes do estado de saúde de cada doente e que influenciam a sua qualidade de vida e dependência, que culminam num episódio de urgência. Desta forma, considera-se que a existência de redes sociais de suporte pode ser determinante para responder às

necessidades do doente, numa situação em que existe uma necessidade eminente, perante uma mudança transitória ou definitiva do seu estado de saúde e/ou dependência.

O protelamento social da alta hospitalar, é motivo de análise por parte dos gestores e outros grupos profissionais nas instituições hospitalares, sendo um problema multidimensional, quer pelo aumento do número de casos, quer pela influência no bem-estar e qualidade de vida dos doentes e suas famílias, entre outros factores, nomeadamente económicos e logísticos (Serafim e Santo, 2013). Os diferentes autores associam este tema à população mais idosa, visto que são vulneráveis ao risco de doença, incapacidade e a carências económicas e financeiras.

Contudo, a posição do AS é fundamental na análise dos diferentes elementos: “o assistente social é o único profissional dentro do hospital que consegue ter uma visão focada na pessoa e no seu problema, colocando o problema em situação e fazendo uma leitura global da situação clínica e social, integrando a pessoa e o problema no seu contexto social e societário” (Guerra, 2017, p.69). A relação constante entre os diferentes sistemas está presente na intervenção do AS, sendo este um foco constante e fundamental para a gestão da alta.

Fig. 1 – Modelo de análise



Fonte: elaboração própria

### **3.2. Os objectivos de investigação**

A pesquisa numa investigação segundo Berger (1998) visa “(...) encetar uma investigação de um modo profundo. Essa investigação é dirigida à busca de dados que nos permitam descobrir algo de novo sobre temáticas de interesse pessoal e global.” (Silvestre.& Silvestre, 2012, p.36). Complementando, Reis refere que “a investigação consiste em alargar o campo dos conhecimentos, permitindo determinar os problemas que necessitam de ser examinados empiricamente” (Reis, 2010, p.3). Neste sentido, a investigação é o desenvolvimento de um processo para análise de problemas ligados aos fenómenos reais e vividos pelas pessoas.

No que respeita aos objectivos de investigação, “os objectivos são entendidos como um enunciado declarativo, que especifica a orientação da investigação, segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio da questão” (Reis,2010, p.42). Para Ander-Egg, definir objectivos é:

“(...) responder à pergunta que se faz. Quer dizer, trata-se de indicar o destino do projeto ou os efeitos que se pretendem alcançar com a sua realização (...). Nenhum projeto adquire o seu significado pleno se não se definir e explicitar claramente os objetivos a alcançar.” (Ander-Egg, 1999, p.38).

Deste modo, é fundamental a definição do objectivo geral que “descreve grandes orientações para as acções e estão coerentes com as finalidades do projecto, descrevendo assim as linhas de trabalho a seguir.” (Guerra, 2002, p. 163) e associado a este objectivo temos os objectivos específicos que “(...) exprimem os resultados que se esperam atingir e que detalham os objectivos gerais, funcionando como a sua operacionalização. São formulados em termos operacionais, quantitativos ou qualitativos, sendo frequentemente considerados como metas.” (Guerra, 2002, p.164).

Assim, a presente investigação teve como objectivo geral – Proceder e analisar a gestão do protelamento de alta, dos doentes Idosos, no SUP do Hospital de São José. Ao nível dos objectivos específicos, Os objectivos específicos definidos foram: 1) caracterizar o perfil do idoso em protelamento de alta no SUP; 2) identificar dificuldades da equipa multidisciplinar na gestão do protelamento de alta do idoso no SUP; 3) identificar os motivos de protelamento de alta no SUP; 4) compreender o planeamento de alta do doente idoso, em protelamento de alta no SUP, desenvolvido pela equipa multidisciplinar, com relevância para o papel do SS.

Neste seguimento, coloca-se a seguinte questão de partida - *Como é efectuada a gestão do protelamento de alta do idoso, no SU?*

As diferentes redes de apoio dos doentes, podem influenciar o processo de gestão de alta desenvolvida pelo SS. Sendo que múltiplos factores poderão contribuir para este processo, tais como a condição de saúde, física e social da pessoa. Deste modo, foram colocadas as seguintes preposições: se o doente idoso tiver uma rede de suporte formal e/ou informal, identificada previamente à alta clínica e com capacidade de resposta, imediata, às suas necessidades, então poderá ser evitado o protelamento de alta social, no SU; se o doente idoso tiver mudanças na sua capacidade funcional/autonomia como consequência de um episódio de urgência, então poderá haver um protelamento de alta social no SU; se houver recusa de apoio por parte da família ao idoso então poderemos estar perante um protelamento de alta social no SU.

### **3.3. Delimitação do campo empírico**

A presente investigação desenrolou-se no SUP – HSJ – CHULC, EPE. Este Centro Hospitalar, é constituído pelos seguintes hospitais: Hospital de São José, Hospital do Curry Cabral, Hospital Santo António dos Capuchos, Hospital de Santa Marta, Maternidade Alfredo da Costa e Hospital Dona Estefânia. Este Centro Hospitalar, integra 3 Serviços de Urgência: Serviço de Urgência Pediátrico no Hospital Dona Estefânia, Serviço de Urgência Obstetrícia /Ginecologia na Maternidade Alfredo da Costa e o Serviço de Urgência Polivalente no Hospital de São José.

Os motivos que levaram à selecção do referido local, estão associados, com a facilidade de acesso ao campo empírico, bem como por factores de relevância social. O CHULC, EPE – HSJ, destaca-se pela sua abrangência demográfica, sendo igualmente um centro de referência nacional na prestação de cuidados de saúde diferenciados, em diferentes especialidades.

Para definição do campo empírico, num primeiro momento a investigadora optou por seleccionar o universo, ou seja, todos os doentes com idade igual ou superior a 65 anos, motivo de intervenção pelo SS, com protelamento de alta no SUP. Porém e de forma a delimitar esta população foi definido o espaço temporal para análise documental do ano de 2018. A definição deste espaço temporal deveu-se ao facto de apenas a partir do ano

2018<sup>18</sup>, existirem registos disponíveis das variáveis necessárias para atingir os objectivos definidos na investigação.

Desta forma, foi possível definir a amostra: os utentes com idade igual ou superior a 65 anos, que no ano de 2018 tiveram em protelamento de alta por motivos sociais, no SUP do HSJ. De acordo com Fortin (2009), uma amostra corresponde a um pequeno grupo, representativo da população estudada, sendo a população um conjunto de indivíduos com características comuns, que a partir de critérios definidos pelo investigador, pode ser considerada a população alvo de investigação.

### **3.4. Métodos e técnicas utilizadas**

Para a pesquisa e a análise dos fenómenos, é necessário recorrer a métodos e técnicas de investigação, a sua definição revela-se através da organização dos dados, sendo estes articulados com a fundamentação teórica, e conseqüentemente a revisão da literatura temática da investigação, para determinar a metodologia. Complementando, é fundamental a análise e reflexão por parte do investigador sobre a realidade em causa, bem como sobre o conhecimento já produzido (Quivy & Campenhoudt, 2005). Segundo Fortin, a escolha da metodologia é influenciada por diferentes factores, tais como: objectivos do estudo, tipo de questões a que pretende responder, fenómeno estudado e as condições em que esse fenómeno decorre (Fortin, 2009). Adicionalmente, Serrano afirma que a metodologia “Expressa o conjunto de actividades a desenvolver, ou seja, as associações e os procedimentos que é necessário realizar para alcançar as metas e os objectivos propostos.” (Serrano, 2008, p. 25). Assim sendo, a articulação entre o enquadramento teórico, os objectivos da presente investigação e a análise do fenómeno em causa, determinaram a metodologia a aplicar.

Todos os métodos têm as suas vantagens e desvantagens e por esse motivo é fundamental a sua análise e ponderar estes face aos objectivos definidos. A metodologia qualitativa tem o seu enfoque no significado das experiências, a quantitativa procura a apresentação de dados numéricos, muitas vezes através de quadros, gráficos, de forma a possibilitar uma análise rápida dos factores em estudo (Fortin, 2009). Assim e no que respeita á metodologia, a evolução e a interligação das metodologias é uma realidade presente na investigação em ciências sociais. Como Duarte refere, o factor positivo da triangulação metodológica é “(...) permitir que os investigadores sejam mais críticos, e até

---

<sup>18</sup> Conforme referido no ponto 3.3.

cépticos face aos dados recolhidos.” (Duarte, 2009, p. 14), complementando Fortin refere que “a triangulação de métodos consiste em utilizar vários métodos de investigação no mesmo estudo; pode-se empregar-la ao nível do desenho ou da colheita de dados.” (Fortin, 2009, p.324). Diferentes autores salientam a “triangulação” nas seguintes perspectivas: uma forma de integrar diferentes perspectivas do fenómeno em estudo; descoberta de paradoxos e contradições; uma forma de desenvolvimento (Duarte, 2009). Deste modo, a triangulação metodológica configura-se através da utilização das técnicas e fontes de dados utilizados para obter os elementos do contexto empírico, presente na discussão dos resultados obtidos na presente investigação, tais como: consulta e análise dos processos sociais, entrevistas à equipa multidisciplinar e análise documental.

Contudo, é assumida a estratégia do estudo de caso, visto que este surge “(...) do desejo de compreender fenómenos sociais complexos (...) permite uma investigação para reter características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real (...)” (Yin, 1994, p.12), complementando Vilelas refere que “os estudos de caso enquadram-se numa abordagem qualitativa e são frequentemente utilizados para a obtenção de dados na área dos estudos organizacionais” (Vilelas, 2009, P. 140). Existem 3 tipos de estudos de caso: explanatório (estabelece a relação causal entre variáveis x e y para explicar o fenómeno); descritivo (descreve o fenómeno estudado. Aplica-se ao descrever uma intervenção e o contexto da vida real qual ela ocorreu); exploratório (estudo de caso de situações em que a intervenção/fenómeno avaliado não possui um único e claro conjunto de resultados. Aplica-se sobretudo a estudos com poucas referencias de literatura e pesquisas anteriores) (Yin, 2005). Meirinhos e Osório (2010) analisam a tipologia dos estudos de caso e complementam a perspectiva Yin (2005) na caracterização da sua tipologia referindo a perspectiva de Stake (1999)<sup>19</sup>, classificando os estudos de caso como: intrínsecos (o interesse da investigação recai sobre o caso particular); instrumentais (compreende uma problemática mais ampla, através da compreensão do caso particular, servindo não apenas para iluminar um problema não apenas do caso em estudo, mas também outros casos); colectivos (investigadores estudam vários casos a fim de fazer uma melhor análise e, conseqüente, melhor compreensão e teorização. Pois, cada caso em si, é um instrumento para compreender o problema que em conjunto representam).

---

<sup>19</sup> Stake, R.E. (1999). Investigación com estudio de casos. Edições Morata, Madrid

Na sua natureza e conforme Meirinho e Osório (2010) referem a opinião de Latorre *et al* “para além do estudo de caso ser visto com mais ênfase nas metodologias qualitativas, isso não significa que não possam contemplar perspectivas mais quantitativas.” (Meirinho e Osório, 2010, p.52). Deste modo, a presente investigação enquadra-se nas características do estudo de caso, tendo em conta a questão de pesquisa do tipo *Como e Porquê*, visto que esta se enquadra em interpretações da realidade do âmbito operacional (Yin, 1994, p.9-20). Assim, pretende-se compreender como é efectuada a gestão do protelamento de alta do idoso, no SUP e o porquê do protelamento, desenvolvendo a perspectiva de actuação do SS e a equipa multidisciplinar. Assim, a pertinência da utilização do estudo de caso associa-se aos objectivos, questão de pesquisa, enquadrando-se nas características de exploração e explicação, bem como o facto da presente investigação se dirigir a uma organização, sendo ainda utilizada a conciliação de diferentes técnicas de pesquisa, integrando-se assim todos os elementos de um estudo de caso (Yin, 1994). Face às características atrás referidas e perante o contexto em causa, a presente investigação enquadra-se num estudo de caso colectivo, visto que foram analisados vários casos de utentes em protelamento de alta no SUP e dado que esta temática neste contexto, não reúne muita informação teórica, terá como consequência uma melhor compreensão desta realidade. Sendo que, cada caso em si, foi um instrumento para compreender o problema que em conjunto todos representam.

A metodologia qualitativa, conforme Silvestre & Silvestre (2012, p. 39) refere “(...) o enfoque qualitativo descobre e refina as questões de pesquisa, normalmente através de descrições e de observações não numéricas (...)”, complementando Reis (2010) refere que “a pesquisa qualitativa não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas, sendo uma pesquisa descritiva.” (Reis, 2010, p.63). Definir a recolha e tratamento de dados é fundamental, pois é através destes instrumentos que o investigador encontrará as ferramentas adequadas para atingir os objectivos que definiu para a sua investigação. Conforme refere Lessard-Hébert *et al*:

“o pólo técnico de um processo de investigação corresponde à instância metodológica segundo o qual o investigador recolhe, ou «obtem», dados sobre o mundo real (...). Para estabelecer uma articulação entre o «mundo empírico» e o «mundo teórico», o investigador, que seja em investigação qualitativa ou não, deve portanto seleccionar um modo de pesquisa, uma ou mais técnicas de recolha dos dados e um ou vários instrumentos de registo dos dados.” (Lessard-Hébert *et al*, 1990, p.141)

Assim, num primeiro momento, foi criada uma grelha para recolha dos dados constantes nos processos sociais de SS do SUP do CHULC, EPE referentes aos utentes em protelamento de alta (Apêndice I). Sendo um instrumento para análise dos dados, foi

dividido em cinco categorias temáticas: A- Caracterização (Género, Idade, Estado Civil, concelho e isenção de taxas moderadoras por insuficiência económica); B- Saúde (Causas de admissão no SU, grau de dependência- previamente e após episódio de urgência, doenças); C- Redes de Suporte (tipo de rede de suporte, tipo de rede de suporte previamente ao episódio de urgência); D- Plano de alta SS (acções desenvolvidas); E- Protelamento de alta (datas – admissão, sinalização ao SS, alta clínica, alta social, número total de dias de protelamento, motivos de protelamento, resposta social pós-alta e destino pós-alta).

Importa referir que, no âmbito da recolha de dados dos processos sociais, a AAS do CHULC, EPE tem um programa informático próprio para registo dos processos sociais, designado por SAAS – Sistema de Apoio ao Assistentes Social – onde constam os actos/diligências/intervenções referentes ao utente, elaborados pelo(a) AS. Adicionalmente, registam em base de dados (Excel) os doentes em protelamento de alta por motivos sociais, em todos os Hospitais que integram o CHULC, EPE. Estes instrumentos são igualmente aplicados à realidade do SS do SUP, porém e por incapacidade da equipa de profissionais os processos não se encontram, na sua totalidade, informatizados. Assim, no que respeita aos registos dos protelamentos de alta por motivos sociais, no SU, foi possível consultar os dados referentes ao ano 2018, visto que foi a partir desta data que a equipa de SS do SU iniciou um registo efectivo da totalidade dos utentes em protelamento de alta. Salienta-se, que este factor foi determinante para a definição do campo empírico.

Posteriormente, após recolha dos dados, foi criada base própria, em Excel, para análise dos dados reunidos, tendo sempre em consideração a confidencialidade de dados pessoais e clínicos dos utentes. A este nível importa referir que, foi efectuado o tratamento das variáveis, previamente definidas e introduzidos esses dados na base construída, sendo que a recolha destas informações dos processos sociais, constituiu um elemento também quantitativo e que é apresentado no capítulo IV.

Após este primeiro momento da análise de dados dos processos sociais, num segundo momento, e como forma complementar às informações reunidas dos processos sociais, foram efectuadas entrevistas à equipa multidisciplinar do SUP, sendo uma amostra não-probabilística intencional, pois os profissionais seleccionados para entrevista, foram escolhidos face ao perfil e posição ocupada na equipa multidisciplinar. Assim, foram

efectuadas entrevistas aos profissionais que compõem as categorias da equipa multidisciplinar central no SUP, com intervenção directa com o doente e de gestão, sendo estes os seguintes: 1 médico chefe de equipa de medicina interna SUP; 1 médico membro da direcção SUP; 1 enfermeiro SUP; 1 enfermeiro da direcção SUP; 1 Assistente Social SUP; 1 Coordenadora da AAS; 1 Administradora Hospitalar SUP.

A aplicação da técnica da entrevista, conforme Ackroyd e Hughes (1992, p. 102) citado por Reis refere que estes autores “salientam as entrevistas, como instrumento de recolha de dados, permitem que um investigador tenha acesso a relatórios verbais fornecidos pelos respondentes, e que contem uma variedade quase infinita de informação que seria impossível recolher de outras formas.” (Reis, 2010, p. 82). Das diferentes configurações de entrevistas e tendo em conta o contexto, objectivos e hipóteses, a investigadora definiu a realização da entrevista semi-estruturada, que segundo Silvestre & Silvestre “(...) neste tipo de entrevista predominam o tipo de perguntas que estimulam o entrevistado a apresentar o seu ponto de vista, exprimir a sua opinião ou e justificar o seu comportamento.”. Contudo importa ainda referir que na entrevista semi-estruturada “(...) o investigador segue, de forma aleatória, um conjunto de questões provenientes de um quadro teórico, de modo a aprofundar a evolução daquela população que está a investigar.” (Silvestre & Silvestre, 2012, p. 151).

Este tipo de entrevista foi a adequada, visto que possibilitou uma maior liberdade, informação e aprofundamento dos conteúdos, não limitando nem o entrevistador, nem o entrevistado. A escolha por este tipo de entrevista associou-se à vantagem da sua flexibilidade, como por exemplo: ordem invariável pela qual podem ser colocadas as questões, possibilidade de introdução de novas questões e ainda pela possibilidade de adaptação ao entrevistado, como afirma Moreira:

“(...) no caso das entrevistas semi-estruturadas, o entrevistador faz sempre certas perguntas principais, mas é livre de alterar a sua sequência ou introduzir novas questões em busca de mais informação. O entrevistador tem, assim, possibilidade de adaptar este instrumento de pesquisa ao nível da compreensão e receptibilidade do entrevistado” (Moreira, 1994, p. 133)

Porém, o entrevistador tem de cumprir regras ao longo da entrevista, executando com os objectivos da mesma. Para estas entrevista, foi construído um guião de entrevista (Apêndice II), de acordo com os objectivos definidos na investigação, de forma a obter as informações mais relevantes possíveis do *corpus*. Assim, é fundamental a definição de um guião por categorias como Vala enuncia:

“a análise de conteúdo seria eminentemente simples se a produção do discurso obedecesse apenas a uma lógica forma (...). Todos estes aspectos são organizados num código a que o analista pretende, pelo menos em parte, aceder através do accionamento de um código outro. As categorias são os elementos chave do código do analista.” (Vala, 2007, p. 110).

Deste modo, o guião foi organizado pelas seguintes categorias: a primeira categoria definida associa-se à intervenção/funções do profissional entrevistado, a segunda à equipa multidisciplinar e, por último, o protelamento de alta no SU.

A construção dos conteúdos derivados das entrevistas, que foram aplicadas e submetidas a uma análise de conteúdo (Apêndice III), como Vala refere “a análise de conteúdo é hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais” (Vala, 2007, p. 101). A análise de conteúdo para Bardin é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1995, p.42). Na opinião de Lessard-Hébert et al, a análise de conteúdo é “(...) o conjunto de material compilado no campo não é, em si mesmo um conjunto de dados (...) mesmo as transcrições das entrevistas não o são.” (Lessard-Hébert et al, 1990, p.107). Aquando da análise de conteúdo, as categorias previamente definidas poderão vir a ser desconstruídas e criadas subcategorias para melhor compreensão do *corpus*, sendo a análise de conteúdo, um processo de construção e criação do investigador no âmbito da sua análise.

Adicionalmente, revelou-se fundamental a análise de documentos internos institucionais relativos ao tema. Segundo Lessard- Hébert *et al* a análise documental é uma “(...) espécie de análise de conteúdo que incide sobre documentos relativos a um local ou uma situação, corresponde, do ponto de vista técnico, a uma observação de artefactos escritos” (Lessard- Hébert et al, 1990, p. 143). Neste contexto, será fundamental o acesso às informações internas da instituição relativas ao planeamento e gestão da alta, pois estas poderão complementar a informação da investigação. Salienta-se, da análise documental a efectuar na instituição, como Vala afirma:

“(…) se os documentos-fonte susceptíveis de permitir o estudo do problema foram produzidos independentemente da pesquisa, o analista procede habitualmente a uma escolha, e dentro do tipo de documentos escolhidos terá ainda muitas vezes que proceder a alguma selecção, com base em critérios que explicitará. Estes critérios podem ser de ordem qualitativa ou quantitativa.” (Vala, 2007, p.109)

Complementando, segundo Albarello, a pesquisa documental é “(...) um método de recolha e de verificação de dados: visa o acesso ás fontes pertinentes, escritas ou não (...)”(Albarello, 2005, p.30), sendo esta transversal a toda a investigação, pois é um instrumento essencial para a aquisição de informação e conhecimento sobre o tema em estudo. Deste modo, e através da conciliação das diferentes técnicas de recolha de informação, proporcionou-se uma análise mais intensiva e descritiva, permitindo responder aos objectivos da presente investigação.

Por fim, dada a relevância e pertinência da protecção de dados, considera-se importante referir que a concretização do presente estudo respeitou os procedimentos previstos pelo CHULC, EPE, tendo o mesmo sido sujeito a uma autorização própria para a sua concretização na Instituição (Apêndice IX). Deste modo, o mesmo foi efectuado de acordo com as normas éticas e deontológicas.

## Capítulo IV – O protelamento de alta do idoso no SUP do Hospital de São José

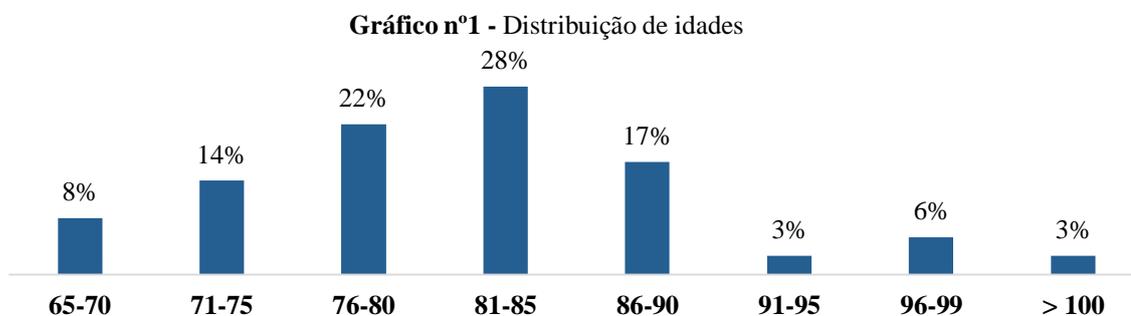
Neste capítulo, pretende-se responder aos objectivos de investigação estabelecidos, encontrando-se estruturado em conformidade com as temáticas englobadas nos mesmos.

Neste sentido, a análise foi distribuída pela seguinte ordem: o perfil do utente em protelamento de alta no SUP; os motivos de protelamento, destino pós-alta e a dependência do utente idoso no SUP; os dias de protelamento no SUP; a intervenção da equipa de SS do SUP e a equipa multidisciplinar no protelamento de alta com o utente idoso.

### 4.1. O perfil do utente em protelamento de alta no SUP

No ano de 2018, verificaram-se no total 42 doentes protelados por motivos sociais no SUP, sendo que, 36 tinham idade igual ou superior a 65 anos. Destes 36 utentes, verificou-se que 75% eram do género feminino e 25% do género masculino.

No que respeita à idade (Gráfico nº1) 57% dos utentes tinham entre os 76-90 anos, ou seja, 22% entre os 76-80 anos, 28% entre os 81-85 anos e 17% entre os 86-90 anos. Este é um indicador da melhoria das condições de vida e dos progressos da medicina têm vindo a permitir o prolongamento da duração média de vida. Verifica-se que os grupos etários a partir dos 70 anos têm maior incidência nos protelamentos de alta, justificado pelo próprio processo de envelhecimento biológico, sendo este constituído por um conjunto de mudanças físicas que, naturalmente, se reflectem nos sistemas orgânicos e funcionais. Assim e perante um declínio significativo e quando é comprometida a capacidade funcional, consequentemente, a autonomia e independência, o idoso é exposto à vulnerabilidade (Ferreira e Espírito Santo, 2018)



Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

No que respeita ao estado civil destaca-se o utente viúvo (61%), bem como casado(a)/união de facto e ou solteiro (a) ambos com 17%. (Quadro nº3). Destaca-se assim os 61% de utentes que se encontravam viúvos, o que coloca o idoso numa situação de vulnerabilidade, o cônjuge integra a rede de suporte informal da pessoa e com o processo de envelhecimento e naturalmente da morte, pode levar a pessoa idosa já com outras perdas na sua rede de suporte informal, a uma situação de isolamento.

Na análise da localidade de residência do utente, importa salientar que o SUP tem uma área de abrangência extensa a nível nacional. Actualmente, a área de influência directa do CHULC, EPE é composta por 13 das 24 freguesias do Concelho de Lisboa (ACES de Lisboa Central - C. S. Alameda, Graça, Lapa, Marvila, Olivais, Penha de França, S. João, S. Mamede/Santa Isabel) e por 2 das 10 freguesias do Concelho de Loures (ACES Loures-Odivelas - Centro de Saúde de Sacavém). Porém, tem uma área de influência mais alargada em algumas especialidades (por exemplo, Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Cardio-Torácica, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Endocrinologia, Genética Médica, Hematologia Clínica, Imunoalergologia, Nefrologia, Neurocirurgia e Pedopsiquiatria). O CHULC, EPE é o Hospital de referência para os Hospitais de Vila Franca de Xira, Médio Tejo e Santarém, sendo de salientar que as diversas redes de referência hospitalar reconhecem o CHULC, EPE como um pilar nuclear de referência da prestação de cuidados hospitalares<sup>20</sup>. Deste modo, verificou-se que 81% dos utentes são de Lisboa e por 2 das 10 freguesias do Concelho de Loures (Quadro nº3).

No que se refere à isenção de Taxas Moderadoras por insuficiência económica<sup>21</sup>, e sendo este um indicador do valor dos rendimentos médios mensais do agregado, verificou-se que 64% dos utentes não estavam isentos de taxas moderadoras por insuficiência económica (Quadro nº3).

Em contexto de urgência, não está parametrizada a existência de um diagnóstico específico, sendo característico do envelhecimento a existência de várias comorbilidades,

---

<sup>20</sup> Relatório e contas – CHULC,EPE - 2018

<sup>21</sup> Consideram-se em situação de insuficiência económica, para efeitos de isenção de pagamento de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde, os utentes que integrem um agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direcção do agregado familiar (sujeitos passivos ao nível da declaração de IRS) seja igual ou inferior a 1,5 vezes o valor do indexante de apoios sociais (IAS), correspondente, em 2014, a € 628,83. O valor do rendimento médio mensal do agregado familiar é apurado mediante a consideração do conjunto dos rendimentos das pessoas que o constituem em função da capitação correspondente ao número de sujeitos passivos a quem incumbe a direcção do agregado familiar, nos termos do artigo 13.º do Código de IRS.

destacando-se este factor nos dados recolhidos, ou seja, 67% dos utentes em protelamento tinha múltiplas patologias. Nesta sequência, verificou-se como principal causa de admissão no SUP - doença (61%). (Quadro nº3). Como Berger e Mailloux – Poirier (1994), referem a saúde vai deteriorando-se ao longo do processo de envelhecimento através de diferentes formas, pois a velhice não é sinónimo de doença ou incapacidade, contudo a presença existe probabilidade de sofrerem doenças ou incapacidades.

| <b>Quadro nº 3 - Perfil do utente</b>                                     |                             | N         | %          |
|---|-----------------------------|-----------|------------|
| <b>Género</b>   | <b>Feminino</b>             | <b>27</b> | <b>75%</b> |
|   | Masculino                   | 9         | 25%        |
| <b>Estado Civil</b>   | Casado (a) / U. Facto       | 6         | 17%        |
|   | <b>Viúvo (a)</b>            | <b>22</b> | <b>61%</b> |
|   | Solteiro (a)                | 6         | 17%        |
|   | Divorciado (a)              | 1         | 3%         |
|   | sem dados                   | 1         | 3%         |
| <b>localidade</b>   | <b>Lisboa</b>               | <b>29</b> | <b>81%</b> |
|   | Loures                      | 6         | 17%        |
|   | outro                       | 1         | 3%         |
| <b>Isenção TM</b>   | Sim                         | 13        | 36%        |
|   | <b>Não</b>                  | <b>23</b> | <b>64%</b> |
| <b>Patologias</b>   | <b>Múltiplas patologias</b> | <b>24</b> | <b>67%</b> |
|   | Cardíaco                    | 1         | 3%         |
|   | Neurológico                 | 1         | 3%         |
|   | Ortopédicas                 | 10        | 28%        |
| <b>Causas de Admissão</b>   | Acidente/queda              | 13        | 36%        |
|   | <b>Doença</b>               | <b>22</b> | <b>61%</b> |
|   | Transferido                 | 1         | 3%         |
| Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36) |                             |           |            |

Efectuada análise das redes de suporte, 58% dos utentes até ao momento de admissão no SUP tinham uma rede de suporte informal, 22% tinham rede de suporte formal e 19% estavam isolados (Gráfico nº2). Dos 19% dos utentes isolados, verificou-se que 8% é que estariam totalmente isolados, ou seja, sem rede de suporte familiar e/ou de vizinhança e sem rede de suporte formal.

Assim, verifica-se que a rede de suporte informal é a mais relevante, caracterizando-se pela família, amigos e vizinhos, conforme Imaginário refere “ A família é, no entanto, o suporte e o lugar privilegiado para o idoso.” (Imaginário, 2008, p. 69). Contudo, as redes sociais, como a família, apesar de ser uma das redes permanentes,

tendem a diminuir com a idade, pelas perdas ao longo da vida ou por questões de saúde, como Sousa Figueiredo e Cerqueira (2004) afirmam:

“(…) porque a diminuição das redes sociais de uma pessoa se associa à diminuição da qualidade de vida, ao incremento do stress no quotidiano, ao aumento do risco de dificuldades funcionais e de incidência de doenças, assim como à ocorrência de morte em períodos mais curtos após uma doença.” (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2004, p. 44)

Na análise das redes de suporte, salienta-se que 50% dos utentes tinha uma conciliação de apoio formal e informal. Esta conciliação de apoio formal e informal, é resultado das mudanças nas estruturas da sociedade, pois esta evolução, também, se reflectiu através da passagem de determinadas funções que eram da família, para serem assumidas pelo estado, tais como: serviços educativos, sanitários, segurança social e assistência (Imaginário, 2018, p.68).



Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

Jesus (2017), efectuou a análise do protelamento de alta hospitalar e da análise de diferentes determinantes associadas ao protelamento, tendo verificado que o protelamento está intrinsecamente relacionado com o contexto de dependência (Jesus, 2017, p.80). No que se refere à variável do grau de dependência, foi efectuada análise da dependência prévia ao episódio de urgência e após episódio de urgência (Gráfico nº 3 e Quadro nº 4). Dado que o registo do sistema informático dos Assistentes Sociais (SAAS) e base de dados de registo dos utente protelados, a avaliação do grau de dependência não é efectuada de acordo com uma escala pre-definida, optou-se pela orientação dada por José *et al* (2002), após consulta dos processos sociais e análise detalhada do conteúdo a este nível. Assim, para caracterização da dependência será tida em consideração as seguintes categorias: baixa dependência, média dependência e elevada dependência.

Dos 33% de utentes que, antes da admissão no SUP tinham uma baixa dependência<sup>22</sup>, verificou-se que nenhum teve alta do SUP com a mesma dependência. Assim, destes 33% de utentes com baixa dependência, previamente ao episódio de urgência - 19% ficaram com média dependência<sup>23</sup> e 14% ficaram com elevada dependência<sup>24</sup>(Gráfico nº3 e Quadro nº4). A maioria dos utentes tiveram alta com média dependência (Gráfico nº3), ou seja, 36% dos utentes estava com média dependência na admissão, tendo esta sido mantida aquando da alta. Concluindo, 19% dos utentes de baixa dependência, ficaram com média dependência; 17% dos utentes com média dependência ficaram totalmente dependentes e 14% dos utentes com baixa dependência ficaram totalmente dependentes. Verificou-se que um episódio de urgência se associa à capacidade funcional do idoso, tendo decorrido uma alteração das circunstâncias de dependência, sendo esta determinante.

| <b>Quadro nº4 - Alteração dos Grau de dependência – admissão vs alta</b> |     |
|--|-----|
| Dep. admissão vs Dep. Alta   |     |
| Baixa dependência -> Média dependência                                   | 19% |
| Média dependência -> Média dependência                                   | 36% |
| Média dependência -> Totalmente Dependente                               | 17% |
| Baixa dependência -> Elevada dependência                                 | 14% |
| Elevada dependência -> Elevada dependência                               | 14% |

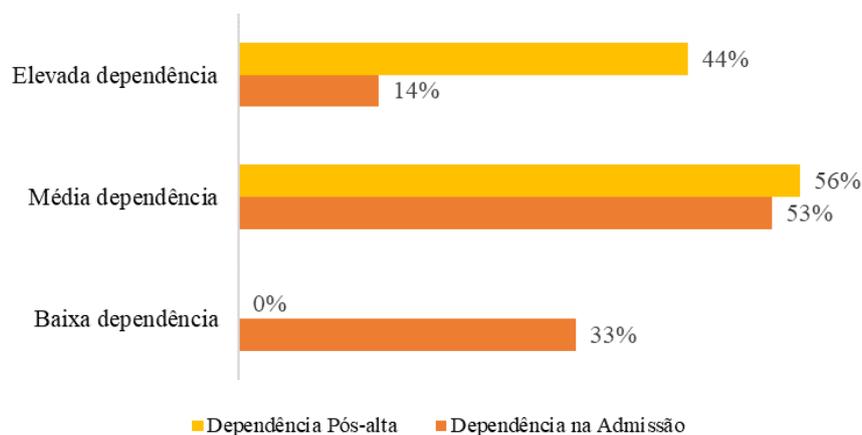
Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

<sup>22</sup> tinham apenas necessidades supervisão ou vigilância, na medida que possuem ainda alguma autonomia, quer ao nível da mobilidade, quer ao nível da realização de determinadas atividades da vida diária- ex: higiene pessoal, vestir/ despir, comer;

<sup>23</sup> necessitam não só de supervisão, mas também de ajuda efetiva de terceiros no desempenho de algumas atividades específicas como, por exemplo, tomar banho, controlar a toma dos medicamentos, entre outras;

<sup>24</sup> necessitam, diariamente, de ajuda extensiva e intensiva;

Gráfico nº 3 - Grau de dependência na admissão e na alta



Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

Neste sentido, a variável da dependência/autonomia consequente de um episódio de urgência é determinante para o idoso, pois “(...) uma parte substancial das incapacidades estão associadas a doenças e outras circunstâncias físicas e ainda às contextuais (...)” (Imaginário, 2008, p. 45). Assim, a capacidade funcional do utente idoso após episódio de urgência é determinante e está enquadrada pelos profissionais do SUP como parte integrante do seu perfil:

“Um utente idoso, sem rede de suporte familiar, autónomo previamente ao episódio de urgência e que após uma queda fica dependente de terceiros para as AVD’s.” [#EAS1];

“Doentes acamados, doentes, com sondas nasogástricas, com secreções, sem força para tossir, são os mais passíveis de se infectar aqui.” [#EM1];

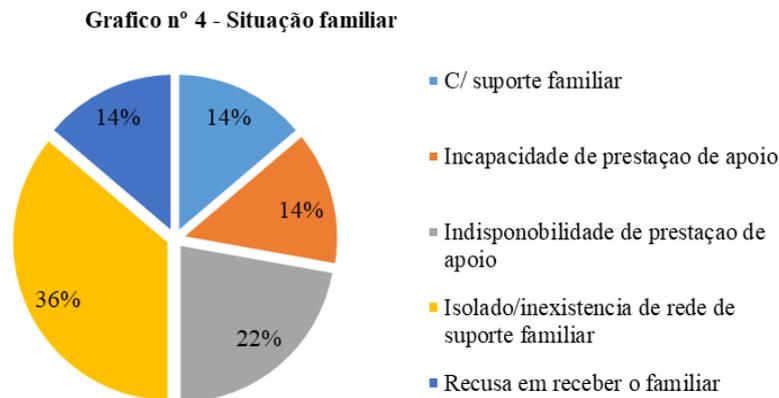
“(...) ficam dependentes de apoio da misericórdia ou de uma instituição (...)” [#EES1].

Importa, assim, referir que o perfil do utente em protelamento de alta, enunciado pelos autores, conforme abordado no capítulo II, ponto 2.3., tem as seguintes características: sexo feminino, reformada, com idade entre os 80 e os 89 anos, em situação económica precária, internada num serviço de medicina, com doença vascular e Neurológica, com grande debilidade física e cognitiva. Porém, verificou-se que o perfil do utente, em protelamento de alta no SUP do HSJ é: do género feminino, residente em Lisboa, com idade entre os 76-90 anos, viúva, com múltiplas patologias, não isento de taxas moderadoras por insuficiência económica, tendo como motivo de admissão doença, tendo uma média dependência. Deste modo, verifica-se que o perfil do utente em protelamento de alta por motivos sociais no SUP do HSJ, tem características comuns e outras diferenciadoras das referências existentes sobre os utentes em protelamento em contexto de internamento.

## 4.2. Os motivos de protelamentos, destino pós-alta e a dependência do utente idoso no SUP

Segundo Ferreira & Espírito Santo (2018) existem causas/motivos de protelamento internas – funcionamento interno da instituição e seus profissionais; e as externas – dificuldades/tempos de espera das respostas da comunidade e/ou situações familiares complexas. Assim, para a análise dos motivos de protelamentos foram analisados factores externos, tendo sido definidas duas variáveis na recolha de dados - a situação familiar e os obstáculos à alta.

No que se refere à situação familiar, destacam-se os utentes isolados e com rede de suporte familiar inexistente (36%), bem como a indisponibilidade de rede de suporte familiar em prestar apoio directo ao utente (22%), sendo relevante, ainda, referir que dos 36 doentes, em 14% houve recusa por parte da família em receber o utente no pós-alta (Gráfico nº 4).



Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

Quando efectuada a análise dos obstáculos à alta no SUP (Gráfico nº5), destaca-se que em 39% das situações houve incapacidade/indisponibilidade da rede de suporte informal, seguida da insuficiência/demora na resposta social forma com 25% das situações.

Complementando, e sendo compatível com a informação obtida nos processos sociais a equipa multidisciplinar relevou os seguintes motivos de protelamento:

“A família, neste momento, não tem capacidade para deixar os seus empregos para assegurar o apoio a um idoso, um familiar.” [#EAS1] “(...) a acção social neste momento não tem capacidade para toda a gente.” [#EAS1];

“(…) as próprias famílias, as respostas sociais, os próprios serviços hospitalares, a própria gestão hospitalar pode provocar pressão nesse sentido, principalmente pelo facto de não haver vaga nas enfermarias.” [#EM1].

Efectivamente, diferentes autores indicam que os motivos/causas dos protelamentos se relacionam com a escassez e incapacidade de recursos institucionais na comunidade, de forma a responder em tempo útil e às necessidades dos doentes (Ferreira & Espírito Santo, 2018; Jesus, 2018; APAH, 2018). Contudo, os dados em análise indicaram que as redes de suporte informais, eram determinantes para a resolução do protelamento. Pois, quando a rede de suporte informal apresenta capacidade e disponibilidade para responder às necessidades do utente, após o episódio de urgência, este apoio acarreta benefícios, nomeadamente, a vários níveis: afectivo, emocional e informativo. Sendo de salientar a função instrumental do apoio social, através da disponibilização de bens e serviços que ajudam a pessoa na execução de tarefas e na resolução de problemas, diminuindo o isolamento e aumentando a participação social (Araújo & Melo, 2011).



Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

Efectuada a análise da situação familiar e grau de dependência (Quadro nº5), verificou-se que dos 44% dos utentes que após episódio de urgência ficaram totalmente dependentes: 14 % das situações a rede de suporte familiar manifestou indisponibilidade na prestação de apoio; 14% dos utentes estavam isolados/inexistência de rede de suporte familiar. Salientando que destes totalmente dependentes, 3% tinham rede de suporte familiar, 3% dos utentes a rede de suporte familiar não tinha capacidade de prestação de apoio e 11% recusou receber o utente. Dos utentes que ficaram com média dependência,

verificou que a situação familiar era a seguinte: 22% eram isolados/inexistência de rede de suporte familiar; 11% com suporte familiar; 11% a situação familiar não tinha capacidade para prestação de apoio; 8% não tinha disponibilidade para prestar apoio e 4% recusa receber o utente. Deste modo, considera-se na presente análise que o estado de dependência do utente estará directamente influenciado com os obstáculos à alta, sendo sempre determinante a situação familiar/ redes de suporte existente previamente (Quadro nº 5).

|  | Quadro nº 5 – Relação entre Grau de dependência e situação familiar |    |                   |     |                     |     |
|--|---|----|-------------------|-----|---------------------|-----|
|  | Grau de dependência   |    |                   |     |                     |     |
|  | Baixa dependência   |    | Média dependência |     | Elevada dependência |     |
| Situação familiar                                | N   | %  | N                 | %   | N                   | %   |
| c/suporte familiar                               | 0   | 0% | 4                 | 11% | 1                   | 3%  |
| Incapacidade de prestação de apoio               | 0   | 0% | 4                 | 11% | 1                   | 3%  |
| Indisponibilidade de prestação de apoio          | 0   | 0% | 3                 | 8%  | 5                   | 14% |
| isolado/inexistência de rede de suporte familiar | 0   | 0% | 8                 | 22% | 5                   | 14% |
| Recusa em receber familiar                       | 0   | 0% | 1                 | 4%  | 4                   | 11% |

Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

Da análise do destino dos utentes pós-alta, verificou-se que apesar da resposta ERPI – estar representada com maior percentagem (31%) (Gráfico nº6), o conjunto de resposta compatíveis com o domicílio estão em maioria, pois 56% dos utentes retornou ao domicílio e/ou domicílio de familiar (Gráfico nº7). Ou seja, o conjunto de respostas sociais - SAD, Cuidadora formal e Apoio Familiar perfaz um total de 57% dos utentes, pelo que estas respostas correspondem com o destino pós-alta - domicílio, sendo este o principal destino dos utentes idosos em protelamento no SUP (Gráfico nº6 e 7). Conforme Imaginário refere “ (...) a maior parte dos idosos manifestam o desejo de serem cuidados no seu domicílio (*ibidem*)” (Imaginário, 2008, p.74).

Ainda, na análise das respostas sociais, importa referir que 31% dos utentes tiveram alta do SUP, para a resposta de ERPI, no caso, vaga de emergência social solicitada pelo SS do à SCMLX ou ao ISS, IP. No que respeita à resposta de ERPI – particular (11%) (gráfico nº6 - decorreu da intervenção do SS após avaliação das situações em que os

utentes e seus familiares mostraram disponibilidade e capacidade económica para integração em ERPI particular (Gráfico nº6).

Gráfico nº 6 - Resposta Social na alta

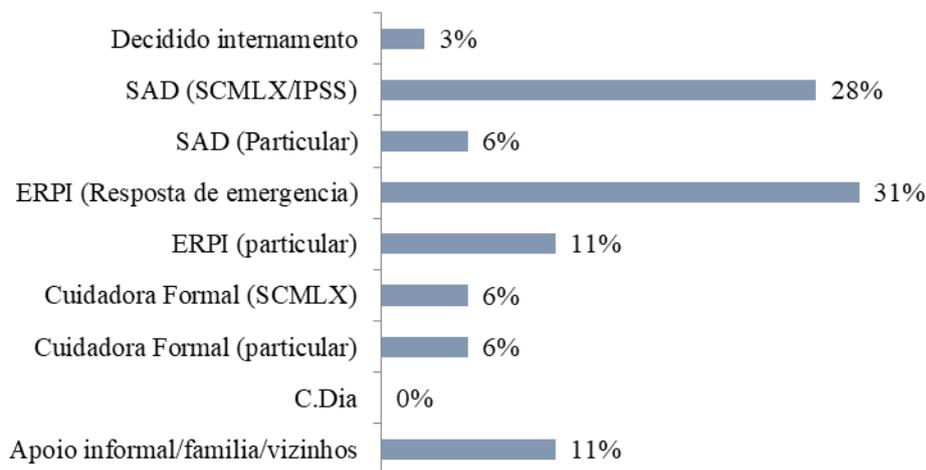
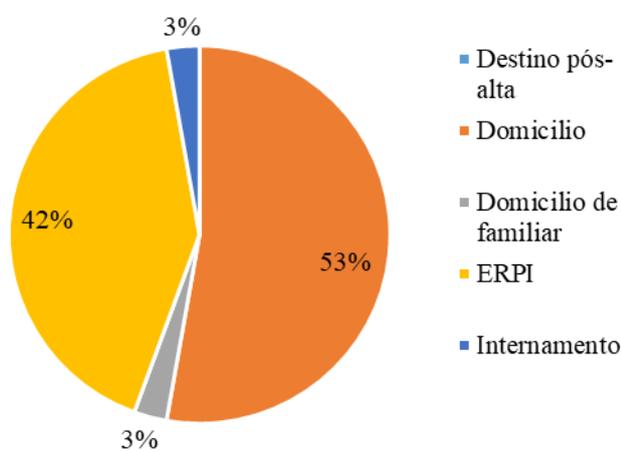


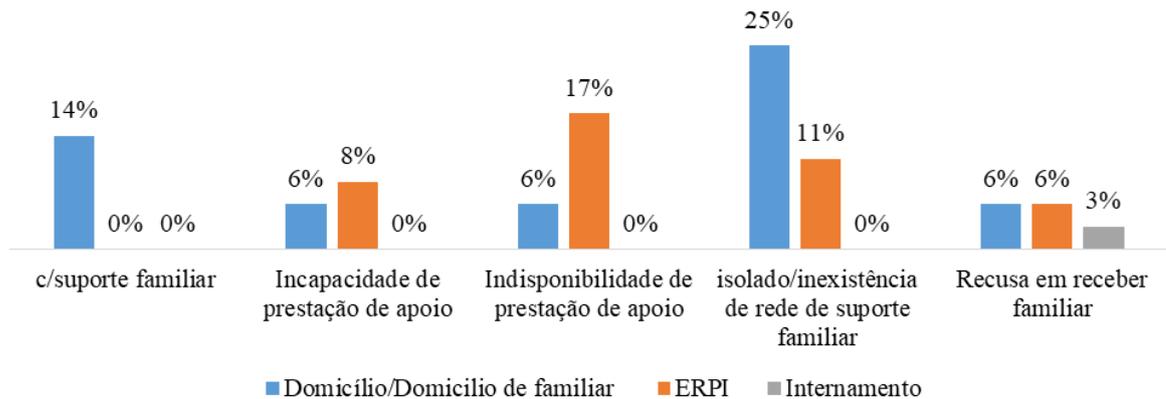
Gráfico nº7 - Destino pós-alta



Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

No que respeita ao destino pós-alta e a situação familiar (Gráfico nº8), verificou-se que 17% dos utentes com situação familiar – indisponibilidade para prestação de apoio-tiveram como destino pós-alta ERPI, bem como os utentes isolados/inexistência de rede de suporte familiar (11%), pois “A ausência de uma rede de apoio familiar têm-se mostrado como um factor preditivo na institucionalização do idoso, dado que os cuidadores informais são assumidos pela família.” (Imaginário, 2008, p.73).

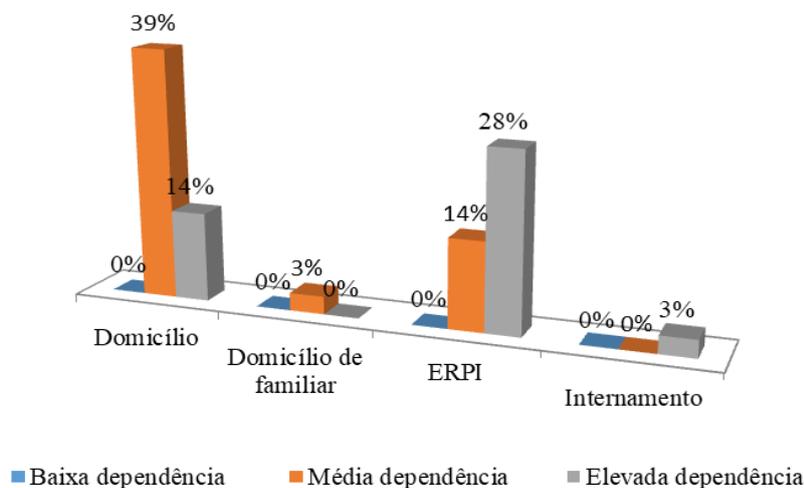
**Gráfico nº 8 - Situação familiar vs destino pós-alta**



Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

Adicionalmente, considera-se relevante efectuar a análise da relação entre grau de dependência na alta e o destino pós-alta, verificando-se que 42% dos doentes com média dependência retornam ao domicílio e/ou domicílio de familiar, sendo que 28% dos doentes com elevada dependência tiveram como destino pós-alta – ERPI - e apenas 14% retornou ao domicílio (Gráfico nº9).

**Gráfico nº 9 - Grau de dependência vs Destino pós-alta**



Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

A relação entre as variáveis: motivos de protelamentos, destino pós alta e grau de dependência, são determinantes e transversais para a análise dos factores que influenciam o contexto de protelamento e a intervenção a ser desenvolvida, que no caso em estudo, são fundamentais para a análise no contexto do SUP.

### 4.3. Os dias de protelamentos de alta e os seus factores

O protelamento de alta define-se quando não estão reunidas as condições adequadas para o retorno ao domicílio aquando da alta clínica, ou seja, o doente pode ter alta clínica e não alta social. Contudo, existem diferentes determinantes que definem o protelamento de alta (Ferreira & Santo, 2018).

A média de dias de protelamento de alta por motivos sociais dos utentes com idade igual ou superior a 65 anos, no SUP, no ano 2018 foi de 3,02 dias.

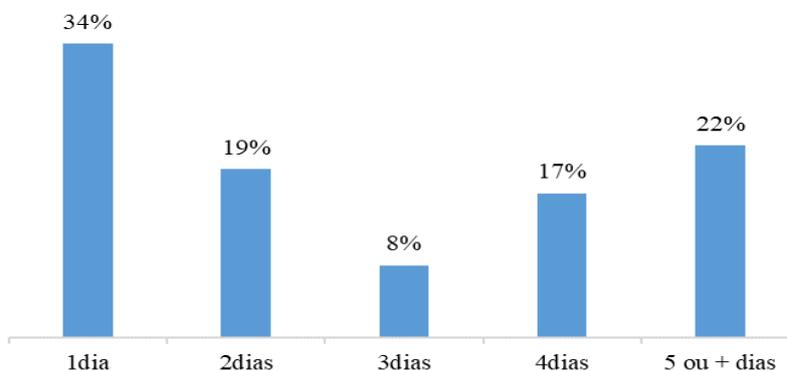
Destaca-se que a média de dias entre a alta e a referenciação ao SS é de 0,31 dias, ou seja, na sua maioria os utentes são referenciados ao SS no momento da decisão de alta. Neste sentido, a média do número de dias entre a admissão e a referenciação ao SS é de 0,3 dias (Quadro nº6).

| Quadro nº 6 – Médias de dias                             |      |
|--|------|
| Média de dias de protelamento no SU dos utente com 65+   | 3,02 |
| Média de dias entre a alta e referenciação ao S.S.       | 0,31 |
| Media de dias entre a admissão e a referenciação ao S.S. | 0,3  |

Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

Efectuada análise do número de dias de protelamento no SUP, verificou-se que dos 36 utentes, maioritariamente (44%) dos doentes ficaram em protelamento SUP entre dois a 4 dias, 34% permaneceu por 1 dia e 22% fica no SU 5 ou mais dias em protelamento de alta. (Gráfico nº 9). Salienta-se que 1 utente permaneceu 10 dias, sendo este o número máximo de dias verificado de protelamento no SUP no ano de 2018.

Gráfico 10 - nº de dias vs utentes



Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

Na análise dos dias de protelamento, considerou-se relevante efectuar relação desta variável com as seguintes: situação de dependência, situação familiar e obstáculos á alta. Esta análise tem como objectivo, compreender e associar as determinantes relativas ao numero de dias.

Assim, relacionando o número de dias de protelamento e a situação familiar do utente (Quadro nº 7), verificou-se que os utentes que ficaram em protelamento de alta no SUP - por um dia (33%), 11% tinham suporte familiar, 8% a situação familiar não tinha disponibilidade para a prestação de apoio, 8% estavam isolados/inexistência de rede de suporte familiar e 6% a situação familiar enquadrava-se num contexto de incapacidade na prestação de apoio. Como é referido por elemento da equipa multidisciplinar:

“(…) se tiveram suporte familiar (…) o protelamento é o protelamento não é muito grande, consegue-se falar sempre com a família, há uma casa, há apoio, há uma estrutura, não me tem parecido que os doentes fiquem na urgência.” [#EES1].

Assim, os utentes que permaneceram no SU dois ou mais dias, em protelamento de alta (66%), 27% eram isolados ou não existia rede suporte informal, 15% a situação familiar estaria em indisponibilidade de prestação de apoio, 9% a situação familiar demonstrava incapacidade de prestação de apoio e 3% tinham suporte familiar. Deste modo, e da análise efectuada dos dados verificou-se que os utentes que permaneceram menos tempo no SU, tinham suporte familiar e os que permaneceram mais tempo estavam isolados ou não tinham rede de suporte informal. É, ainda, relevante mencionar a recusa por parte da família em receber o utente, verificando-se que 15% dos utentes permaneceram no SUP em protelamento entr e 2 a 4 dias, por este motivo (Quadro nº7).

| <b>Quadro nº 7 – Nº de dias de protelamento vs situação familiar</b> |       |        |        |        |                |
|--|-------|--------|--------|--------|----------------|
| <b>Nr. de dias de protelamento</b>                                   |       |        |        |        |                |
| <b>Situação Familiar</b>   | 1 dia | 2 dias | 3 dias | 4 dias | 5 ou mais dias |
| c/suporte familiar   | 11%   | 0%     | 0%     | 0%     | 3%             |
| Incapacidade de prestação de apoio                                   | 6%    | 4%     | 3%     | 0%     | 3%             |
| Indisponibilidade de prestação de apoio                              | 8%    | 3%     | 3%     | 3%     | 5%             |
| isolado  | 8%    | 8%     | 0%     | 8%     | 11%            |
| Recusa em receber familiar   | 0%    | 5%     | 3%     | 6%     | 0%             |

Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

Quanto ao número de dias de protelamento e os obstáculos à alta (Quadro nº8), verificou-se que a rede de suporte informal apresentava incapacidade/indisponibilidade,

sendo este o principal obstáculo, por este motivo 22% dos utentes ficaram dois ou mais dias no SUP em protelamento. De seguida, o obstáculo da insuficiência/demora da rede de suporte formal levou a que 19% dos utentes permanecesse 2 ou mais dias em protelamento (Quadro nº8). Deste modo, o maior número de dias de protelamento associou-se a dois obstáculos à alta: Incapacidade/indisponibilidade da rede de suporte informal e Insuficiência/demora na resposta da rede de suporte formal, sendo coincidente com a análise efectuada como os obstáculos mais relevantes, ou seja, estes também se associam aos obstáculos que levam a um maior nº de dias de protelamento (Quadro nº 8).

| <b>Quadro nº 8– Nº de dias de protelamento e obstáculos à alta</b> |      |                |              |
|--|------|----------------|--------------|
| <b>Obstáculos à alta</b>   | 1dia | 2 ou mais dias | <b>total</b> |
| Incapacidade/indisponibilidade da rede de suporte informal         | 17%  | 22%            | 39%          |
| Inexistência de rede de suporte informal                           | 3%   | 17%            | 20%          |
| Insuficiência/demora na resposta da rede de suporte formal         | 6%   | 19%            | 25%          |
| outro  | 8%   | 8%             | 16%          |

Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

As respostas associadas ao destino de alta – domicílio - SAD, cuidadoras e apoio de familiar/vizinhos/outros, surgem como resposta em maior número (56%), conforme já analisado no ponto 4.2. Assim e analisando o destino de pós alta e o número de dias (Quadros nº 9 e 10), verificou-se que o destino: domicílio - 31% dos utentes aguardou mais de dois dias, no SUP, porém destaca-se que 22% aguardou 1 dia, sendo este um dado relevante. Contudo, o destino de ERPI, é o que pressupõe maior número de dias de protelamento no SUP (33%).

|  |  |  | <b>Quadro nr. 10 - Dias vs resposta social</b> |                  |     |
|--|--|--|--|------------------|-----|
|  |  |  | <b>Nr de dias</b>                              |                  |     |
|  |  |  | <b>1</b>                                       | <b>2 ou mais</b> |     |
|  |  |  | <b>Respostas Sociais na alta</b>               |                  |     |
|  |  |  | Apoio informal/familia/vizinhos                | 6%               | 6%  |
|  |  |  | C.Dia  | 0%               | 0%  |
|  |  |  | Cuidadora Formal (particular)                  | 3%               | 3%  |
|  |  |  | Cuidadora Formal (SCMLX)                       | 3%               | 3%  |
|  |  |  | ERPI (particular)                              | 6%               | 6%  |
|  |  |  | ERPI (Resposta de emergencia)                  | 3%               | 28% |
|  |  |  | SAD (Particular)                               | 3%               | 3%  |
|  |  |  | SAD (SCMLX/IPSS)                               | 11%              | 17% |
|  |  |  | Decidido internamento                          | 0%               | 3%  |

|                         |          |                  | <b>Quadro nr. 9 - Dias vs destino Pós- alta</b> |  |  |
|-------------------------|----------|------------------|---|--|--|
|                         |          |                  | <b>Nr de dias</b>                               |  |  |
|                         |          |                  | <b>Nr de dias</b>                               |  |  |
| <b>Destino pós-alta</b> | <b>1</b> | <b>2 ou mais</b> |   |  |  |
| Domicilio               | 22%      | 31%              |   |  |  |
| Domicílio de familiar   | 3%       | 0%               |   |  |  |
| ERPI                    | 8%       | 33%              |   |  |  |
| Internamento            | 0%       | 3%               |   |  |  |

Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

Comparativamente, em contexto de internamento, os autores, referem que se verifica a permanência dos utentes em internamento, maioritariamente, a aguardar integração em estruturas residências para idosos, de seguida a aguardar Serviço de Apoio Domiciliário e outro tipo de respostas. (Ferreira & Espírito Santo, 2018; Jesus, 2018; APAH, 2018). Salienta-se que no SUP, a resposta de ERPI associada a pedido de vaga de emergência social destaca-se como a resposta em que os utentes permaneceram mais tempo no SUP, em protelamento à aguardar vaga (28%) (Quadro nº 10).

Salienta-se que o nº de protelamentos do SUP do HSJ, no ano de 2018, não foi significativo face ao número de doentes saídos do SUP do HSJ. Apesar de não ter sido possível reunir informação específica dos doentes com idade igual ou superior a 65 anos que recorrem e têm alta deste SUP, verificou-se que no ano de 2018 dos 150,301 doentes saídos apenas 42 doentes ficaram em protelamento de alta por motivos sociais, perfazendo cerca de 0,027%<sup>25</sup> da população que recorre ao SUP do CHULC- HSJ.

Assim e apesar das dificuldades na identificação e caracterização do presente tema enquadrado em contexto de um SU, existem características comuns, sendo uma delas as consequências para um utente que está em protelamento de alta, conforme Jesus (2017) afirma:

“(…) o protelamento da alta hospitalar, numa fase inicial e de forma provisória, pode constituir-se uma resposta alternativa no sentido da manutenção das condições básicas de vida dos utentes. Porém, num internamento prolongado, embora continuem a estar asseguradas as

<sup>25</sup> Relatório Anual de doentes retidos – 2018 - Área de Apoio Social CHULC, EPE

condições básicas, começam a surgir outros problemas que podem ter implicações diretas na garantia dos Direitos Humanos, nomeadamente nas condições de saúde, mas também a nível da privacidade, conforto, autonomia e liberdade. A escassez de recursos e respostas sociais, a indisponibilidade de apoio ou o tempo necessário para a reorganização familiar aliada a carência económica, constituindo-se como os principais motivos do protelamento prolongado da alta hospitalar comprometem a aplicação plena dos Direitos Humanos.” (Jesus, 2017, p.77).

Conforme afirma a Coordenadora da AAS do CHULC:

“(...) sendo ao mesmo tempo, nós SS guardiões do bem-estar, conforto do doente e das suas necessidades, também somos o rosto de uma instituição que os recursos que existem devem ser geridos da melhor forma. (...)” [#EAS2].

No SU, associam-se outras características como factores externos/ambientais, que influenciam o idoso, de uma forma negativa, como Azeredo (2014) refere:

“O serviço de urgência pelas suas características intrínsecas, a intensidade e frequência de emoções vivenciadas (em que há um contacto permanente com situações emergentes e morte), bem como a mobilidade de profissionais, doentes e familiares é por si só indutor de despersonalização e de desumanização dos cuidados prestados, podendo gerar no idoso desconforto e insegurança e confusão, com conseqüente agravamento do seu estado físico e mental já de si fragilizado pela situação clínica” (Azeredo, 2014, p.24).

O ambiente vivenciado num serviço de urgência para um utente idoso pode ainda mais prejudicar-lhe a sua condição:

“(...) este local não proporciona bem-estar e às vezes a saúde do utente pode piorar, porque ele até pode chegar aqui com uma dor no joelho e apenas não consegue andar e pode sair com uma broncopneumonia.” [#EAS1];

“O doente deve sair o mais rápido possível da urgência, sobretudo os mais velhinhos, têm défice imunitário já e são muito mais fáceis de ficar infectados com bactérias, mais seleccionadas, mais agressivas (...)” [#EM1];

“Pois, manter o utente na urgência, é também o risco para ele próprio.” [#EM1];

“(...) A urgência é um espaço curto (...) curto em termos de espaço, curto de espaço e portanto o tempo que se deve permanecer na urgência deve ser limitado e muito rápido (...)” [#EM2];

“Um serviço de urgência tem características muito próprias. É um serviço com muitos rotatividade de profissionais, e de doentes, muitas visitas, familiares, muito barulho (alarmes, telefones, ruído de camas, pessoas a conversar, doentes a falar, ou gemidos/gritos de dor, circuitos de roupas, lixos.), agitação, sem rotinas, luz artificial permanentemente acesa, pouca luz natural, poucos tempos de silêncio para descanso, refeições ligeiras (não ajustadas às necessidades nutricionais individuais), pouca privacidade, faltas de vagas permanentemente, doentes constantemente a entrar e a sair (transferência e admissão ou realização de exames). [#EES2].

Para além dos factores externos e ambientais do SU e que poderão manifestar-se de uma forma negativa do utente, do mesmo modo, o protelamento de um utente no SU também influencia a própria gestão do SU:

“(...) tem conseqüências negativas ao nível da gestão do SU uma vez que implica a utilização de recursos escassos e muito dispendiosos (...)” “(...) sobrecarga de trabalho para as equipas

de recursos humanos e, por esse motivo, aumento do risco para a generalidade dos doentes no serviço.” [#EAH].

Por todos os motivos acima mencionados os profissionais do SUP do HSJ fizeram diferentes referências à permanência do utente idoso no SU:

“(…) este não é o serviço (nem pode ser) onde um idoso deva estar mais de 24 horas, não só pelo risco de ficar confuso e desencadear delírium, como também, pela insegurança (risco de queda por falta de supervisão), por estar mais condicionado a uma cama (com degradação de estado geral), pouca atenção na comunicação, individualidade, privacidade, incapacidade de manter ou recuperar autonomia e até em situações de violência doméstica com restrição de visitas, a incapacidade de controlar algumas visitas.” [#EE2]

“(…) se tivermos um corredor cheio de doentes efectivamente menos bem (os utentes) mais urgentes, por isso é que eu às tantas acho que se calhar ir para o internamento é a resposta certa (…)” [#EE1]

“(…) Para mim o doente não tem de ficar indefinidamente numa urgência (…)” [#EAS2]

Perante a inexistência de resposta e imprevisibilidade de alta social, considera-se que melhor prática é a decisão de internamento:

“(…) portanto, mas a verdade é que nós temos de resolver essas situações e melhor sítio para resolver essas situações e dentro do contexto na minha perspectiva, é numa unidade de internamento, não numa unidade de alta rotação como é um serviço de urgência (…)” [#EM2]

“(…) Para mim o doente não tem de ficar indefinidamente numa urgência. Se a resposta equacionada demorar muito tempo, obviamente que deve subir (…)” [#EAS2]

“(…) o internamento de doentes com situações sociais mas sem critérios clínicos só deverá acontecer em último recurso, quando não é de todo possível encontrar uma solução adequada em tempo útil.” [#EAH1]

Quando é decidido o internamento, por motivos sociais, do utente que se encontra no SUP, em protelamento de alta é sempre necessária a passagem do diagnóstico e plano de intervenção do SS do SUP para as AS do serviço para o qual o doente será transferido. Todavia, esta decisão levanta obstáculos no funcionamento e gestão dos serviços, tais como: gestão das vagas dos serviços de internamento, perante períodos de maior afluência são escassas; assumir a ocupação de uma cama do internamento para um doente não agudo e sem necessidade de cuidados hospitalares, conforme é afirmado pela equipa multidisciplinar:

“(…) eu também entendo que isto é um hospital, vamos lá ver, se um doente não tem uma causa objectiva médica, clínica para internamento e que vai ocupar uma cama que poderá ser necessária para um outro doente (…)” [#EM2];

“Nunca esquecendo que as camas dos serviços de internamento e a assistência prevista neste contexto é para pessoas que estão realmente doentes e não a carecerem única e exclusivamente de resposta social, para isso deixaríamos de ser um Hospital.” [#EAS1]

“Portanto, se o SS da urgência já equacionou resposta, já tem a data prevista e não é uma coisa muito longa, deve continuar na urgência.” [#EAS2].

Deste modo, a equipa de SS em conjunto com a Direcção do SUP, definiu internamente a tomada de medidas perante um protelamento de alta, por motivos sociais

com mais de 48h, no SUP. Assim, está definido que os doentes permanecem no SUP por um período de 48h, em protelamento de alta e perante a inexistência de resolução, imprevisibilidade da data de alta social, é decidido o internamento. Nestas circunstâncias, verificou-se que dos 36 idosos apenas em 3% foi decidido o seu internamento, ou seja, não tendo sido possível a sua resolução no SUP:

“(…) ao fim de 48 horas o doente tem de seguir para internamento, se no caso de estar em protelamento de alta. Eu acho esse procedimento correcto, porque realmente o utente não pode permanecer muito tempo em protelamento.” [#EAS1].

Assim, permanecer desnecessariamente no SU, afecta directamente a qualidade dos cuidados prestados, a individualidade, a privacidade e a satisfação dos doentes, conforme Gonçalves (2018) refere:

“Os SU’s são a principal porta de acesso aos cuidados de saúde, pelo que a sua disponibilidade influencia a capacidade de resposta para quem os procura. O reconhecimento da sobrelotação como um problema fulcral é o primeiro passo para uma discussão que pretende melhorar os cuidados prestados. Entende-se por sobrelotação, a inadequação de recursos disponíveis à procura dos serviços, e que acarreta efeitos negativos para todos os envolvidos – doentes, familiares, profissionais de saúde, instituições.” (Gonçalves, 2018, p.73).

Deste modo, apesar das dificuldades na gestão e capacidade de recursos e respostas sociais, o AS é detentor de um papel fundamental, como parte integrante da equipa multidisciplinar, pois “Os assistentes sociais têm um *modus operandi* que se movimenta interna e externamente e que se torna vital aos outros profissionais na intervenção concretizada a nível hospitalar” (Guerra, 2017, p. 77).

#### **4.4. A Intervenção do Serviço Social e a equipa multidisciplinar no protelamento de alta do utente idoso, no SUP**

O SS no SUP tem uma equipa fixa, composta por três AS que trabalham em regime de turno das 8h às 22h de segunda a sexta-feira e aos sábados das 10h às 17h. Salientando-se o facto de se encontrar fisicamente no espaço do SUP a sua actuação é efectuada em regime de chamada, que pode ser efectuada por: profissionais da equipa multidisciplinar que integram o SUP, serviços da comunidade, utentes, familiares e/ou amigos.

Efectuada a análise das diferentes acções desenvolvidas pelo SS, no âmbito da gestão do protelamento de alta dos utentes idosos no SUP - HSJ, verifica-se que a

articulação e a mediação com a equipa multidisciplinar, foi um processo constante, verificando-se que esta acção decorreu em 100% dos processos:

“A articulação com a equipa é, permanente e sempre que seja necessário da nossa parte ou da parte da equipa médica e de enfermagem.” [#EAS1];

“Nos dias úteis, existe um *briefing* rápido às 9h em que são apresentadas todas as situações com intervenção do SS em curso, e em que são trocadas informações sobre os doentes, de forma a tornar o processo mais célere.” [#EAH1].

Deste modo, o AS no SUP, mostrou ter um papel fundamental como mediador em diferentes planos entre o utente, instituição, equipa médica, rede de suporte e comunidade. Verificou-se que foi efectuado o acolhimento social a todos os utentes (100%), sendo este o momento em que o AS prestou informações generalistas acerca dos direitos e deveres do utente, centralizando-se na recolha de elementos para a preparação da alta e continuidade de cuidados. Pois:

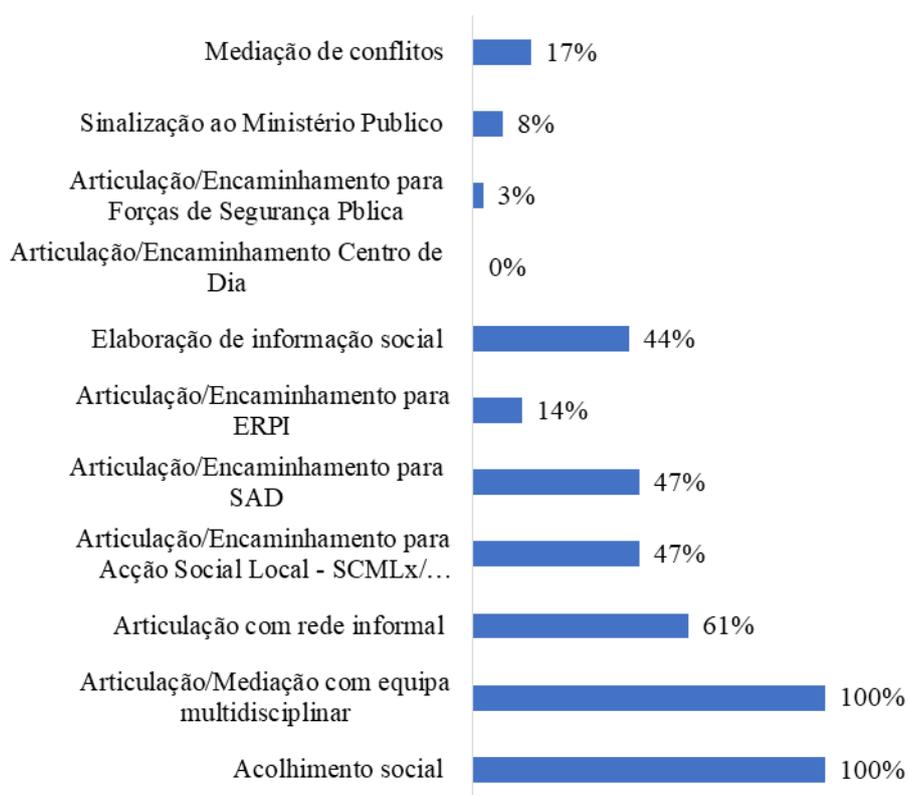
“Maioritariamente, as situações são referenciadas no pós-alta, à uma parcela que, muitas das vezes, a equipa multidisciplinar gosta de saber o contexto social do utente, ainda está em avaliação pedem-nos então essas avaliações, nós fazemos a pesquisa articulamos com eles (equipa) e depois decidem se é um doente para ter alta ou não, mediante o contexto social.” [#EAS1];

“(…) sendo que deram a alta já no própria urgência e resolver a situação na hora, isso é uma grande mais valia (…)” [#EAS2].

Igualmente, relevante no processo de planeamento e acções desenvolvidas pelo SS, é a articulação com a rede de suporte informal, tendo sido esta efectuada em 15%. De seguida, destacam-se os encaminhamentos e articulações efectuadas para as respostas sociais Acção Social (11%), SAD (11%), ERPI (3%).

Salienta-se, ainda, duas acções desenvolvidas pelo SS, no âmbito dos protelamentos de alta, a mediação de conflitos e a sinalização ao Ministério Público (Gráfico nº11). Estas acções enquadram-se nas competências e acções do SS, que visam mediar a situação de abandono familiar, concretizando princípios como: ampliação da liberdade, emancipação e pleno desenvolvimento dos indivíduos; defesa intransigente dos direitos humanos contra todo o tipo de arbítrio e autoritarismo; defesa da equidade e da justiça social, universalizando o acesso a bens e serviços relativos a programas e políticas sociais e a sua gestão democrática; compromisso com a qualidade na prestação de serviços, competência profissional e articulação com outros profissionais e trabalhadores (Silva, Marinho, Delfino, 2016, p. 2447-3406).

**Gráfico nº11 - Síntese de acções desenvolvidas pelo SS no SU - protelamentos de alta**



Fonte: Universo de utentes com idade igual e/ou superior a 65 anos (n=36)

A intervenção e planeamento da alta dos utentes em protelamento, por motivos sociais no SUP, são construídas de uma forma conjunta com a equipa multidisciplinar, procurando sempre obter as visões de cada área de intervenção com o objectivo de colmatar as necessidades dos utentes maximizando a avaliação:

“A intervenção em equipa multidisciplinar é operacionalizada em conjunto, reunindo informação colhida (nas diferentes perspectivas – médica, de enfermagem e contexto social), em conjunto com o doente. O que se pretende, e todo o esforço vai no sentido de otimizar a melhor e, muitas vezes, a possível resposta/suporte para o doente.” [#EE2];

“(…) Aqui, o doente é um doente que supostamente entra e deve sair, eu penso que aquilo que está presente aqui mais na nossa cabeça e ainda se calhar não tanto, pelo menos não para todos (...) é que de acordo com aquilo que nós sabemos logo à partida, nós já sabemos que alguns doentes vão precisar de apoio. Então, o melhor é tentar perceber o que é que se vai passar, para o caso dele precisar. E isto, acho que deve ser um bocadinho a perspectiva. Nós, também, temos isto que é quando o doente entra, nós já estamos a pensar na alta e acho que conseguimos fazer isto.(…)” [#EE1];

“(…) é essencial ao nível da detecção das situações, transmissão/partilha de informação e procura das soluções céleres e adequadas à situação de cada doente.” [#EAH1].

Naturalmente, os processos de construção e planeamento de alta têm os seus constrangimentos, principalmente quando a população-alvo é idosa, pois esta desafia o

conhecimento e a intervenção do SS, sendo esta população mais vulnerável a problemas sociais e de saúde associado ao risco de pobreza, solidão, isolamento, necessidade de cuidados alargados e diferenciados, questões de discriminação pela idade, questões de violência (Ferreira, 2012, p.33-35).

Azeredo (2014) e Oliveira *et al*, referem que os SU têm de sofrer alterações na sua estrutura para melhor responder às necessidades actuais da população idosa que cada vez ocorrem mais aos serviços de urgência, para garantir que estes utentes não sofrem com as consequências do ambiente hostil de um SU. Azeredo complementa, ainda, como factor fundamental, a formação dos profissionais de forma a capacitá-los para uma reposta adequada, tendo em conta que os idosos são portadores de co-morbilidades e multi-morbilidades que interferem num conjunto de factores que influênciam a avaliação clínica. Pois, os idosos são os utentes que mais tempo permanece no SU, requerendo observação pela Medicina Interna, sendo ao mesmo tempo os utentes que são mais internados, reflectindo assim a necessidade de cuidados diferenciados (Oliveira *et al*, 2017).

A rotatividade das equipas de profissionais médicos e de enfermagem, existente no SUP é um factor determinante. Ao mesmo tempo o número elevado de profissionais e de diferentes categorias, também, leva a outro nível de dificuldades:

“(…) isto é uma dificuldade na gestão mesmo de alta, na gestão da uniformização de procedimentos nomeadamente, não é fácil manter esta gente toda que vem de culturas diferentes e de serviços diferentes com hábitos diferentes, portanto a tentativa de criar protocolos para todas as situações, é uma forma de uniformizar, mas mesmo utilizando protocolos não são fáceis(…)” [#EM2].

Salienta-se que existe uma equipa fixa de medicina interna, no SUP do HSJ de segunda a sexta-feira das 8h às 16h, o que revelou como sendo um factor relevante para a identificação de situações de vulnerabilidade, mas ao mesmo tempo possibilita a criação de uma relação e um *modus operandi*, naquele período de tempo, mais linear, porém estas circunstâncias e desenvolvimento das equipas é construído ao longo do tempo:

“Mas é importante referir que as mudanças constantes de equipas, a existência de várias especialidades e diferentes tipos de profissionais, por vezes dificulta o nosso trabalho, sendo que também pode facilitar dependendo da situação. Mas a verdade é que hoje podemos resolver uma situação de uma forma e amanhã uma situação exactamente igual e com outra equipa é totalmente diferente. Isto requer uma adaptação constante também da nossa parte aos profissionais.” [#EAS1];

“(…) agora e a implementação dessas normas tem de ser progressiva porque são 800 médicos aqui dentro, mais 180 enfermeiros, mais não sei quantos que são da patologia clínica e técnicos de análises, mais assistentes sociais (…)” [#EM2].

No que respeita à equipa de SS, conforme já foi mencionado, é fixa com 3 elementos em regime de turnos, porém esta característica para a equipa multidisciplinar é tida como uma potencialidade, proporcionando vantagens na intervenção directa para o utente, bem como para as equipas de profissionais:

“ (...) uma equipa do SS dedicada à Urgência é determinante na rapidez de resolução das situações detetadas;”[#EM2] “(...) mais assistentes sociais ... e que felizmente temos um núcleo fixo e isso é uma das coisas importantes... um dos ganhos importante(...)”[#EM2];

“ (...) detectar precocemente as situações e poder resolver na hora, sem o doente subir para um internamento (...)” [#EAS2] “ (...) sendo que deram a alta já no própria urgência e resolver a situação na hora, isso é uma grande mais valia (...)” [#EAS2].

O SUP, encontra-se aberto 24h durante todo o ano, sendo igualmente o seu acesso possível a todos os que ali acorrem, conforme previsto aquando da criação do SNS. O acesso e universalidade, possibilita que todos os que recorrerem ao SU são atendidos. Perante isto, salienta-se que um dos membros da direcção do SUP considera que o SU tem características fundamentais para que seja efectuada uma identificação precoce de doentes em situação de vulnerabilidade, de forma a possibilitar uma rápida e eficiente intervenção, trabalhando a prevenção e proporcionando uma melhor resposta às necessidades. Porém, a capacidade de resposta dos profissionais, recursos, estrutura, não possibilita esta resposta:

“ (...) o mais precocemente possível para situações de risco e as situações de risco nomeadamente, para doentes que têm alguma gravidade ou alguma necessidade de internamento(...)” “(...)que o doente de risco fosse identificado o mais precocemente possível ... que os colegas meus, ou os enfermeiros ou enfim...mesmo as assistentes sociais que são curtas para fazer esse levantamento e também não vêm os doentes todos também não podem (...)”[#EM2].

Assim sendo, o desenvolvimento de um plano de intervenção em equipa multidisciplinar é fundamental, verificando-se que todos os elementos da equipa multidisciplinar, desde a sua detecção até ao momento da alta social assumem a gestão do protelamento. Conforme Guerra refere, “As evidências mostram uma realidade: o caso social é também construído com a participação dos profissionais de medicina e enfermagem” (Guerra, 2017, p. 66). Contudo, a análise, avaliação das necessidades, articulação e mediação com equipa multidisciplinar, articulação e mediação com serviços da comunidade é desenvolvido pelo AS. Porém, a construção do plano de protelamento é permanente e executado de uma forma conjunta pela equipa, tendo sempre como principal objectivo proporcionar resposta às necessidades do utente, consequentes de um episódio de urgência.

A decisão de internamento de doente idoso em protelamento de alta, é uma medida tomada perante imprevisibilidade de resposta, sendo esta decisão tomada em conjunto,

entre médicos, enfermagem, direcção do serviço e AS. Esta medida, pretende responder a dois níveis, quer pela própria segurança e qualidade de resposta a proporcionar ao idoso, que no SUP não se revelou possível, quer pelas necessidades organizacionais, associadas às dificuldades na gestão destes doentes num ambiente do SUP com causas múltiplas.

Com isto, verificou-se que a gestão do protelamento de alta do idoso no SUP foi construída de uma forma integrada pela equipa multidisciplinar, sendo o AS que assume o papel de gestão e articulação com todos os sistemas.

## **Conclusão**

O envelhecimento da população traduz-se no crescimento da esperança média de vida da população, contudo encontra-se associado ao aumento de doenças crónicas, da incapacidade e da dependência. O processo de envelhecimento é complexo e determinado por vários factores (sociais, psicológicos, culturais), devido à sua natureza individual e heterogénea, subjacente a cada ser humano, é difícil definir, apesar da existência de inúmeras descrições teóricas que o tentam explicar. Assim, o envelhecimento pode ser definido, como um processo dinâmico e progressivo, onde ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que conferem perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, estas levam a uma maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos.

As redes de suporte para o idoso têm um papel determinante, sendo que a rede de suporte informal/familiar é primordial, quer no seu bem-estar, como na continuidade de assumir determinados papéis na família ao longo de vários anos. Com o avanço da idade, surgem incapacidades e perdas na funcionalidade, muitas vezes, associadas a doenças, sendo esta, também, consequência da longevidade. Por este motivo, os idosos apresentam uma maior vulnerabilidade e fragilidade, cuja intervenção de terceiros é cada vez mais premente. Assim, é fundamental que as redes pessoais e sociais de apoio ao idoso tenham capacidade de resposta às necessidades, contribuindo assim para melhorar a sua saúde. Apesar, deste papel ser atribuído, primordialmente, à rede de suporte informal, estas tendem a apresentar incapacidade e indisponibilidade na prestação directa de apoio ao idoso. Assim:

“As pessoas idosas para além das doenças associadas a dependências, necessitam de uma maior extensão de cuidados pessoais, sociais e de saúde num quadro de diminuição de recursos familiares, cuidadores informais e de recursos financeiros para investir em serviços (...) As famílias são as primeiras cuidadoras de idosas e a crescente complexidade dos cuidados requeridos coloca em risco essa prestação.” (Carvalho, 2011, p.54).

O SS integrado no SU está sujeito ao ambiente de emergência médica, sendo muitas vezes o motivo da sua intervenção situações de crise, como Bernardo (2012) refere “(...) crise implica um distress, a percepção individual do evento como a causa da disfunção e incapacidade sentida pelo indivíduo para resolver a situação. Poder-se-á dizer que, nem todas as situações de crise são emergência, mas as situações de emergência implicam quase

sempre, uma situação de crise.” (Bernardo, 2012, p.58). Os processos de envelhecimento estão muitas vezes associados à perda de capacidades físicas e psíquicas, sendo este por vezes um estereótipo de discriminação etária generalizados para as pessoas mais velhas. Porém, e conforme Imaginário afirma “A característica mais evidente do envelhecimento é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente” (Imaginário, 2008, p.37). Associado a este factor, verificou-se que perante a existência de um episódio de urgência, um idoso com alta e sem necessidade de permanecer num Hospital e que tem como consequência a perda da funcionalidade, exige uma avaliação de um conjunto de capacidades e respostas às suas necessidades.

No ano de 2018, verificou-se que os idosos em protelamento de alta no SUP do HSJ caracterizam-se da seguinte forma: género feminino, com idade entre os 81-85 anos, residente em Lisboa, viúvo, com múltiplas patologias, não isento de taxas moderadoras por insuficiência económica, tendo como motivo de admissão doença e uma média dependência após episódio de urgência. Deste modo, o perfil do utente em protelamento de alta por motivos sociais, no SUP do HSJ, tem características comuns aos utentes em contexto de internamento.

A análise dos motivos de protelamentos foi efectuada considerando duas determinantes: obstáculos à alta e situação familiar. Assim, no que se refere aos obstáculos à alta destacaram-se dois: incapacidade/indisponibilidade de rede de suporte informal e a insuficiência/demora da resposta social formal. Quanto à situação familiar, os utentes na sua maioria eram isolados ou a rede de suporte familiar não tinha disponibilidade para a prestação de apoio. Avaliado o factor da dependência à situação familiar, verificou-se que os doentes após episódio de urgência ficaram totalmente dependentes a família manifestou indisponibilidade para prestar apoio e os doentes que ficaram com média dependência eram isolados. Deste modo, considera-se na presente análise que o estado de dependência do utente estará directamente influenciado com os obstáculos à alta, sendo sempre determinante a situação familiar/ redes de suporte existente previamente.

Quanto ao destino pós-alta verificou-se que a maioria dos utentes foi para o domicílio ou para reposta de ERPI- vaga de emergência, porém a definição da resposta social, requiere a análise de múltiplos factores. Ou seja, a situação familiar e a dependência destacam-se como determinantes para a análise do destino pós-alta e resposta social. Assim, verificou-se que os doentes que retornaram ao domicílio, tinham uma média

dependência, sendo que a maioria estava isolado, pelo que nestas situações o apoio foi assumido através da rede formal. Contudo, de seguida surgem os doentes com suporte familiar, na sua maioria, também, retornaram ao domicílio, tendo sido accionada resposta formal de SAD (SCMLX/IPSS). Os utentes que ficaram com dependência total, tiveram como destino ERPI, sendo que nestas situações, destacou-se: a indisponibilidade da família para prestação de apoio e/ou dos doentes isolados. Assim sendo, nesta análise verificou-se que para os doentes isolados, o factor da dependência, foi fundamental para a definição da resposta social, já para doentes com média dependência, a situação familiar foi influenciadora na definição da resposta.

No que se refere aos dias de protelamento, verificou-se que no ano de 2018 a média de dias de protelamento no SUP é 3,02 dias. Salienta-se a característica da intervenção do SS no SUP de sinalização dos doentes, no momento da alta, ou seja, o doente é admitido, avaliado, tem alta no próprio dia e é sinalizado ao SS.

Efectuada a análise do número de dias de protelamento, verificou-se que 66% dos utentes ficou 2 ou mais dias no SUP e 34% ficou 1 dia em protelamento de alta por motivos sociais. Os doentes que permaneceram 1 dia em protelamento, na sua maioria, tinham rede de suporte familiar, contrariamente, aos doentes que permaneceram 2 ou mais dias que eram isolados. Os doentes que permaneceram 2 ou mais dias na sua maioria a rede de suporte informal manifestou incapacidade/indisponibilidade para prestação de apoio, mas também se verificou como obstáculos relevante no maior número de dias, a demora na resposta por parte da rede formal. Relativamente às respostas sociais, verificou-se que os doentes que permaneceram mais tempo no SUP aguardavam resposta de ERPI – vaga de emergência e para o destino domicilio a resposta de SAD – SCMLX/IPSS.

O SUP do HSJ, tem uma área de cobertura populacional correspondente a cerca de 310 mil habitantes, porém as suas características de hospital de destino para referenciação diferenciada alargam o seu âmbito de influência para o nível regional e nacional podendo afirmar-se que a sua capacidade abrange cerca de 1,8 milhões de habitantes. Assim, considera-se que o nr.º de protelamento SUP do HSJ no ano de 2018. Pois, verificou-se que no ano de 2018 dos 150,301 doentes saídos do SUP, apenas 42 doentes ficaram em protelamento de alta por motivos sociais, perfazendo cerca de 0,027% da população que recorre ao SUP do CHULC- HSJ.

O protelamento num SU requer uma resposta imediata, visto que as condições estruturais e as características deste serviço não são compatíveis com a permanência de um idoso que por si só, já acarreta circunstâncias de vulnerabilidade e quando se associa este factor, a um episódio de doença súbita, a sua vulnerabilidade fica exacerbada. Assim, destaca-se os seguintes motivos, pelos quais não se revela compatível a permanência de um idoso em protelamento de alta no SUP: estrutura do serviço, não possibilita a prestação de cuidados de qualidade para resposta às necessidades a longo prazo, visto que este está estruturado para uma resposta de emergência médica de curta duração; não proporciona uma resposta de bem-estar e conforto, tendo em conta a rotatividade dos profissionais, doentes e familiares, o que leva a uma despersonalização e desumanização dos cuidados prestados; o ambiente hostil, provoca desconforto e agravamento do estado clínico do doente; sobrecarga dos recursos existentes no SU, que deverão estar canalizados para uma resposta aos doentes críticos/agudos.

Perante os motivos acima identificados, da impossibilidade de permanência do doente idoso em protelamento no SU, foi definido pelo SS e direcção do serviço que estes doentes teriam um período máximo de 48h, no SU. Assim e perante a imprevisão de data de alta social, é decidido o internamento por motivos sociais, sendo esta uma decisão, sempre, tomada em conjunto entre o SS, equipa multidisciplinar e direcção do serviço. Destaca-se em contexto de intervenção num SU, a capacidade do SS para o aumento da eficiência e eficácia hospitalar através de: prevenção de readmissões; programar a alta hospitalar para o domicílio; reduzir os protelamentos de alta por motivos sociais; mediar e melhorar a comunicação e informação entre os doentes e a equipa multidisciplinar, possibilitando “*economizar tempo*” à equipa clínica. Exemplo destas medidas é a gestão efectuada dos utentes idosos em protelamento de alta, principalmente no momento em que se verifica a inexistência de resposta social, num tempo adequado às necessidades e bem-estar do utente, bem como à capacidade de resposta do SU, sendo decidido o internamento do utente. Conforme Carvalho (2011) afirma “A intervenção do Serviço Social tem como finalidade otimizar as oportunidades e promover as pessoas idosas possibilitando a reconstrução da sua vida tendo em conta as circunstâncias sociais e de saúde em que se encontram.” (Carvalho, 2011, p.59). As instituições hospitalares na actualidade, e especificamente do SS na saúde, integram na sua missão responder às necessidades expostas pelos seus utentes e familiares perspectivando a satisfação destes, conciliando também a gestão eficiente dos recursos institucionais, no caso o SU.

No que respeita às acções desenvolvidas pelo SS no SU, importa destacar as seguintes: acolhimento, articulação/mediação com equipa multidisciplinar, articulação com rede de suporte informal e a articulação com a rede de suporte formal (que é efectuada através da acção social, respostas sociais da comunidade). Sendo que estas acções se associam ao desenvolvimento de plano de alta, onde a articulação é constante com: utente, equipa multidisciplinar, serviços da comunidade e rede de suporte informal.

Contudo, existem dificuldades e potencialidades na intervenção em equipa multidisciplinar em contexto de SU, sendo estes, também, determinantes para o desenvolvimento do plano de intervenção pelo SS. Assim, as dificuldades que se destaca associa-se à rotatividade e número elevado de profissionais. Pois, num SUP existem múltiplas especialidades e profissionais de várias categorias, o que confere uma maior complexidade na intervenção, porque as perspectivas que cada profissional desenvolve sobre um doente são sempre diferentes. Todavia, estas também podem possibilitar o desenvolvimento de uma avaliação integrada e complementar a diferentes níveis, num único local e num curto espaço de tempo. Nestes momentos, o AS tem um papel fundamental na triagem, análise e avaliação das situações sinalizadas, quando ao mesmo tempo desenvolve a integração destas perspectivas no plano de intervenção, em prol do doente, conciliando todas as demais dimensões.

A gestão do protelamento de alta, é assumido pelos elementos que integram a equipa multidisciplinar, que essencialmente são: médico, enfermeiro e assistente social. Pois, a identificação de necessidades parte de um dos elementos da equipa multidisciplinar, maioritariamente, médico e enfermeiro, mas também são referenciadas situações a partir do exterior (PSP/GNR, Bombeiros, Protecção Civil, Acção Social/SCMLX/ISS, entre outros, vizinhos, familiares). Contudo, maioritariamente, os doentes são sinalizados ao SS do SU através dos elementos da equipa multidisciplinar do SU, pelo que a construção do caso social se inicia a partir do momento em que é identificada, uma necessidade por parte dos outros profissionais, ao AS.

O envelhecimento da população está também reflectido nos utentes que recorrem aos serviços de saúde, perante estas estas circunstâncias considera-se que os SU's têm de sofrer alterações na sua estrutura, procedimentos, formação dos recursos humanos para responder adequadamente às necessidades da população idosa. Ao mesmo tempo, também, o SS tem de criar estratégias de intervenção, com a identificação precoce dos doentes

idosos no SU, através da sua presença permanente num horário alargado, proporcionando uma identificação, avaliação e definição de plano de intervenção contínuo e integrado com a equipa multidisciplinar.

O presente estudo, proporcionou obter conhecimento acerca da gestão do protelamento de alta do doente idoso, no SU, possibilitando conhecer o perfil do utente, os motivos de protelamento, destino pós-alta e os dias de protelamento, com a associação de diferentes variáveis. Porém, este estudo revelou-se insuficiente face a esta realidade, pois é necessário aprofundar os conhecimentos na intervenção com o doente idoso em contexto de SU, bem como na área da intervenção do SS no SU, principalmente na definição de uma intervenção precoce. Assim, considera-se importante a realização de estudos futuros sobre as estratégias de intervenção com a população idosa neste contexto. Sendo que deveriam ser tomadas medidas, imediatas, que enquadrem a definição e criação de estratégias, concertadas, na equipa multidisciplinar na actuação com a população idosa. Estratégias que poderiam, eventualmente, ser construídas através da criação de protocolos junto dos serviços da comunidade, mais relevantes, como a SCMLX para obtenção de uma resposta imediata a estas situações.

A realização de acolhimentos sistemáticos nos internamentos é uma medida de prevenção, para uma intervenção e identificação o mais precoce possível, de forma a garantir que o momento da alta clínica é coincidente com a alta social. Todavia, num SU esta estratégia não é possível, pois o SS não tem capacidade para avaliar todos os doentes que são admitidos no SU. Contudo, garantir a identificação de necessidades no SU, mesmo quando o doente é internado e garantir eficazmente a identificação desses casos e articulação imediata com as AS dos serviços de internamento, poderia revelar-se uma oportunidade para o SS. Ao mesmo tempo, o SS do SU com a garantia dos registos diários de todos os doentes atendidos e sinalizados ao SS, seria uma mais valia, para todos os intervenientes. Infelizmente, os recursos da equipa de SS do SU, não possibilitam este nível de resposta, pelo que esta estratégia e investimento, terá sempre de partir dos órgãos de gestão.

Concluindo, o aumento da população idosa é uma realidade, contudo as estratégias dos serviços de saúde, serviços da comunidade, medidas políticas e resposta sociais, têm de ser avaliados continuamente, para que possam ser criadas estratégias adequadas às

necessidades, pois os idosos em protelamento no ano de 2018, serão definitivamente diferentes dos idosos em protelamento no futuro.

## Bibliografia

- Ander-Egg, E. (1999). Como Elaborar um Projeto. Lisboa: Fomento Gráfico - Artes Gráficas.
- António, S. (2013). Das Políticas Sociais da Velhice à política Social de Envelhecimento in Carvalho, M.I. (Coord.) Serviço Social no Envelhecimento, Lisboa: Pactor.
- Araújo, L. & M, S. (2011). Relacione-se com os outros. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coord), Manual de Envelhecimento Activo (pp. 141-167). Lisboa: LIDEL
- Ackroyd, & Hughes, J. (1992). *Data collection in context*. 1st ed. London: Longman.
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (2018). Barómetro de Internamentos Sociais. Acedido em 12 de Fevereiro de 2019. <https://apah.pt/iniciativas-projetos/barometro-de-internamentos-sociais/>
- Berger, L. & Mailloux- Poirier, D. (1995). Pessoas Idosas, uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta
- Bardin, L. (1995). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70
- Bywaters, P; Mcleod, E. (2003) Social Care's impact in emergency medicine: a model to test. *Emerg Med J*.20: 134-137
- Cabete, D. (2005), O Idoso, a Doença e o Hospital - O Impacto do Internamento no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas, Loures, Lusociências editores.
- Lopes, M. A., Ribeiro, A. R., Santo, I. E., Ferreira, F. & Frederico, L. (2013). Serviço Social e Qualidade em contexto Hospitalar (p. 25-53) in Carvalho, M. I. et al. Serviço Social na Saúde. Lisboa: Pactor.
- Carvalho, M. I. (2012).Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social, Lisboa: Coisas de Ler.
- Carvalho, M.I. (2013). Serviço Social no Envelhecimento, Lisboa: Pactor.
- Masfret, D.C. (2000) La planificación del alta hospitalaria – la gestión de lo pequeno para mejorar lo grande, Edições Mira, Zaragoza
- Delgado, A., Wall, K. (2014). Famílias nos censos 2011: diversidade e mudança. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística / Imprensa de Ciências Sociais. Acedido em 1 de outubro de 2019 em: [https://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2015/FamiliasCensos2011\\_a.pdf](https://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2015/FamiliasCensos2011_a.pdf)
- Direcção-Geral da Saúde [DGS].(2001). Rede hospitalar de urgência/emergência. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde,.[versão eletrónica] . Acedido em 22 de Novembro de 2018 em: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>
- Espírito Santo, I. (2018) O processo de acreditação hospitalar, desafios na prática profissional dos Assistentes Sociais. Edições Esgotadas
- Ferreira, F & Espirito Santo, M.I. (2018). Planeamento de alta hospitalar: perspectivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 25, 1-18.

- Ferreira, F. (2012). O Idoso Hospitalizado: responder às necessidades perspectivando a satisfação do utente. Dissertação submetida à Escola de Sociologia e políticas públicas do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa para obtenção de grau de mestre, orientado por Doutor Jorge Ferreira.
- Fortin, M., (2009). O Processo de Investigação: Da concepção à realização, Loures: Lusociências.
- Freitas, Elizabete Viana, et al, (2006). Tratado de Geriatria e Gerontologia (2ªed.), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Guerra, I. (2017) O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar. Public Sciences & Policies, Vol III, nº1, pp. 57-79
- Imaginário, C. (2008). O Idoso Dependente, em contexto familiar. (2º Edição).Coimbra: Formasau.
- José, S. J.; *et al.* (2002). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Jesus, A. C. C. (2017) Alta Hospitalar, Serviço Social e Direitos Humanos. Dissertação submetida à Escola de Sociologia e políticas públicas do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa para obtenção de grau de mestre.
- Kane, L. Robert, Ouslander, G. Joseph, Abrass, B. Itamar (2005) Geriatria Clinica, 5º edição, Rio de Janeiro, Mc Graw Hill
- Koifman, L. (2001). O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense'. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. VIII (1): 48-70. Acedido em 28 de Dezembro de 2018 <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n1/a03v08n1.pdf>
- Lessard- Hébert, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (1990). Investigação Qualitativa: Fundamentos e Praticas, Lisboa: Piaget.
- Lima, M.P. (2010). Envelhecimento(s). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lopes, M.; Ribeiro, A.; Santo, I. E.; Ferreira, M, F; Frederico, L. (2012) Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar in Carvalho, M. (2012) O Serviço Social na Saúde. Pactor: Lisboa.
- Ministério da Saúde [MS] (2010). Organização interna e a governação dos Hospitais, Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais [versão electrónica] Acedido em 29 de Dezembro de 2018 em <https://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>
- Masfret, D. C. (2012) O Serviço Social de saúde e o planeamento da alta para a continuidade dos cuidados na comunidade in Carvalho, M. (2012) O Serviço Social na Saude. Pactor: Lisboa.
- Meirinhos, M., Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. EDUSER: revista de educação Vol.2(2), 49-65
- Moura, C. (2006). Século XXI – Século do Envelhecimento. 1º Edição. Loures: Lusociência.
- Moreira, Carlos Diogo (1994). Planeamento e Estratégias da Investigação Social, Lisboa, ISCSP-UTL.

- Oliveira, P.; Frutoso, B.; Verissimo, R; Agripino, A (2017) O Doente Idoso no Serviço de Urgência. *Galicia Clin*, 78 (1): 11-14
- Pires, M. M. (2000). O Ponto de vista do Assistente Social cap.8, in *Cuidados Paliativos*, coleção: sinais vitais. Coimbra: Edições FORMASAU;
- Ramos, S. A. (2015) A influência do planeamento de alta hospitalar no numero de dias de internamento do doente. Dissertação defendida em provas publicas para obtenção de grau de Mestre em Gestão de Unidade de SAUDE, NA universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, orientado por Professor Doutor Vasco Reis e Coorientador Dr. Manuel Delgado.
- Serafim, M.R.; Santo, M.I.E (2013), Criação e Validação de uma Escala de Complexidade da Intervenção Social com Adultos em Contexto Hospitalar (ECISACH). “CIES e-Working Paper N.º 152/2013”. [http://cies.iscte-iul.pt/np4/?newsId=453&fileName=CIES\\_WP152\\_Serafim\\_e\\_Santo.pdf](http://cies.iscte-iul.pt/np4/?newsId=453&fileName=CIES_WP152_Serafim_e_Santo.pdf)
- Sequeira, C. (2010a) Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referencia*. Mar, 12(2), 9-16 Sousa, L., Patrão, M. e Vicente, H (2012). Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. In Paul, C., Ribeiro, O. *Manual de Gerontologia*, Lisboa, Lidel.
- Salvi, F; Morichi, V.; Grilli A; Giorgi, R; Tommaso, G; Dessí- Fulgheri, P. (2007) The Elderly in the Emergency Department: A critical review of problems and solutions. *Intern Emerg Med*, 2: 292-301.
- Silva, A.K.M.; Marinho, T.P.C; Delfino, M.F.N.S (2016). Abandono familiar de paciente idosos: uma demanda para o assistente social no hospital de Urgência de Goiana. *Rev Cienc Escol Saud Publ Cândido Santiago- RESAP*; 2 (1): 2447-3406.
- Vilelas, José (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Yin, R. (2003). *Estudo de caso – Planejamento e métodos* (2ª ed.), Trad. Daniel Grassi; Portalegre: Bookman.
- Yin, R. K. (1994). *Pesquisa Estudo de Caso - Desenho e Métodos* (2 ed.). Porto Alegre: Bookman.

### **Legislação consultada**

Circular Normativa n.º 8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde (16 de Maio de 2002).

Constituição da República Portuguesa, artigo 64º, 72º

Decreto-Lei n.ºs. 48 357 e 48 358

Decreto- Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro.

Declaração Universal dos Direitos humanos, Artigo 25º, alínea 1

## **Apêndices**

**Apêndice I** – Instrumento de recolha dos dados constantes nos processos sociais;

**Apêndice II** – Guião de entrevista à equipa multidisciplinar;

**Apêndice III** – Síntese da análise de conteúdo das entrevistas;

**Apêndice IV** – Parecer da Comissão de ética do CHULC, EPE para concretização do trabalho ;

**Apêndice I – Instrumento de recolha dos dados constantes nos processos sociais**

**Processo nº**

**A- CARACTERIZAÇÃO**

| <b>1A) Género</b> |  |
|-------------------|--|
| F                 |  |
| M                 |  |

**2A) Idade**

| <b>3A) Estado civil</b> |  |
|-------------------------|--|
| Casado (a) / U. Facto   |  |
| Viúvo (a)               |  |
| Solteiro (a)            |  |
| Divorciado (a)          |  |

**4A) Concelho**

|        |  |
|--------|--|
| Lisboa |  |
| Loures |  |

**5A) Isenção de Taxas Moderadoras por Insuficiência Económica**

|     |  |
|-----|--|
| Sim |  |
| Não |  |

**B -SAÚDE**

**1B) Causa de admissão no SU**

|          |  |
|----------|--|
| Doença   |  |
| Acidente |  |
| Agressão |  |

**3B) Doenças do Foro**

|                      |  |
|----------------------|--|
| Cardíaco             |  |
| Neurológico          |  |
| Vascular             |  |
| Oncológico           |  |
| Múltiplas patologias |  |
| Outras               |  |

**2B) Grau de dependência**

**Previamente ao Episódio de urgência:**

| Baixa dependência                  |  |
|------------------------------------|--|
| Média dependência                  |  |
| Elevada dependência                |  |
| <b>Após episódio de urgência :</b> |  |
| Baixa dependência                  |  |
| Média dependência                  |  |
| Elevada dependência                |  |

**C- REDES DE SUPORTE**

| <b>1C) REDE DE SUPORTE</b> |  |
|----------------------------|--|
| Formal                     |  |
| Informal                   |  |
| Isolado                    |  |

| <b>2C) REDE DE SUPORTE PREVIAMENTE AO EPISÓDIO NO SU</b> |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>Formal</b>  |  | <b>Informal</b>              |  |
| SAD  |  | Esposa/Companheira           |  |
| C. Dia   |  | Filho(a)                     |  |
| Cuidador(a)  |  | Sobrinho(a)                  |  |
| Sem rede suporte formal                                  |  | Vizinho (a)                  |  |
| Isolado  |  | Sem rede de suporte informal |  |
|  |  | Outro                        |  |

**D – PLANO DE ALTA SERVIÇO SOCIAL**

**1D) Acções desenvolvidas**

|  |  |
|--|--|
| Acolhimento social   |  |
| Articulação/Mediação com equipa multidisciplinar                             |  |
| Articulação com rede informal  |  |
| Articulação/Encaminhamento para Acção Social Local - SCMLx/ Segurança Social |  |
| Articulação/Encaminhamento para SAD  |  |
| Articulação/Encaminhamento para Lar  |  |
| Elaboração de informação social  |  |
| Articulação/Encaminhamento Centro de Dia                                     |  |
| Articulação/Encaminhamento para Forças de Segurança Pública                  |  |
| Sinalização ao Ministério Público  |  |
| Mediação de conflitos  |  |

**E - PROTELAMENTO DE ALTA**

| <b>1E) Datas</b>              |
|-------------------------------|
| Dt de admissão                |
| Dt de sinalização ao SS       |
| Dt de alta clínica            |
| Dt de alta social             |
| nº total dias de protelamento |

| <b>2D) Motivos de protelamento</b>                |  |  |
|---|--|--|
| <b>2.1E) Situação Familiar</b>                    | <b>2.2E) Obstáculos à alta</b>                             |  |
| c/suporte familiar                                | Incapacidade/indisponibilidade da rede de suporte informal |  |
| Incapacidade Física e Psic. de prestação de apoio | Inexistência de rede de suporte informal                   |  |
| Indisponibilidade de prestação de apoio           | Insuficiência/demora na resposta da rede suporte formal    |  |
| isolado/inexistência de rede de suporte familiar  | outro  |  |
| Recusa receber familiar                           |  |  |

| <b>3E) Resposta social na alta</b>             |  |
|--|--|
| Apoio informal/família/vizinhos                |  |
| C. Dia   |  |
| SAD IPSS/SCMLx                                 |  |
| SAD Particular                                 |  |
| Cuidadora Formal (SCMLX)                       |  |
| Cuidadora Formal (Particular)                  |  |
| Lar (resposta de emergência/SCMLX/Seg. Social) |  |
| Lar (particular)                               |  |
| Cuidadora informal/filha                       |  |
| Internamento                                   |  |

| <b>4E) Destino pós-alta</b> |  |
|-----------------------------|--|
| Domicílio                   |  |
| Domicilio de familiar       |  |
| Lar                         |  |
| Internamento                |  |
| outros                      |  |

## Apêndice II – Guião de entrevista

### Entrevistas dirigidas aos elementos que integram a Equipa Multidisciplinar:

| Objectivos  |
|---|
| Caracterizar o perfil do Idoso em protelamento de alta, no SU;  |
| Compreender o planeamento de alta do doente idoso, em protelamento de alta no SUP, desenvolvido pela equipa multidisciplinar, com relevância para o papel do SS |
| Identificar os motivos de protelamento de alta, no SU;  |
| Identificar dificuldades do SS na gestão do protelamento de alta do idoso, no SU  |

#### Introdução:

Explicar os objectivos da Investigação. O que se pretende saber com a entrevista quanto à gestão da alta no SU

Quais as suas **funções**? quais as funções que mais destaca? Porquê?

Como é **desenvolvida a sua actividade** no dia-a-dia?

#### A- Serviço Social no SU

Na sua opinião, o que **diferencia** a intervenção do Serviço Social no Serviço de Urgência, dos demais serviços?

Perante um utente idoso, quais os **critérios que o levam a sinalizar um utente ao Serviço Social**?

#### B- Gestão da alta / Equipa multidisciplinar:

Quais são as **principais dificuldades reportadas** na gestão da alta do doente idoso, no SUP?

São envolvidos diferentes **grupos profissionais** na gestão da alta? Quais?

Na gestão da alta do utente idoso, os profissionais da equipa do Serviço de Urgência estão envolvidos nesse processo? De que forma é **operacionalizada essa intervenção em equipa multidisciplinar**?

Quais são as vantagens que mais destaca de trabalhar em equipa?

#### C- Protelamento de alta:

Como **define o protelamento** de alta no Serviço de Urgência?

Qual o **papel que o Serviço Social assume quando do protelamento de alta** por motivos sociais no Serviço de Urgência?

Qual a sua opinião relativamente **ao protelamento de alta no SU**? ( Ou seja, o utente encontra-se com alta clinica, mas este poderia ser transferido para um internamento, não sendo e tendo alta clinica, encontra-se em protelamento de alta. )

Qual o **perfil dos utentes** em protelamento de alta no SU?

Da sua experiência profissional, quais os **motivos que levam ao protelamento** de alta do utente idoso no Serviço de Urgência?

Qual a sua opinião relativamente **ao protelamento de alta no SU**? (Ou seja, o utente encontra-se com alta clinica, mas este poderia ser transferido para um internamento, não sendo e tendo alta clinica, encontra-se em protelamento de alta.

No processo da gestão da alta do idoso em protelamento, quais as principais **dificuldades que identifica**?

Quais os **desafios para o Serviço Social** na intervenção com a população idosa e em contexto de Serviço de Urgência?

**Apêndice – III – MAPA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO**

| <b>Categoria</b>                          | <b>Sub-Categoria</b>                | <b>Unidade de contexto</b>  |       |
|---|-------------------------------------|---|-------|
| <b>Interven-<br/>ção do S.S<br/>no SU</b> | <b>Diferenciação<br/>do SS SU</b>   | <p>“A resolução da situação ser, agora, para hoje, imediata.”</p> <p>“Maioritariamente, as situações são referenciadas no pós alta, à uma parcela que, muitas das vezes, a equipa multidisciplinar gosta de saber o contexto social do utente, ainda está em avaliação pedem-nos então essas avaliações, nós fazemos a pesquisa articulamos com eles (equipa) e depois decidem se é um doente para ter alta ou não, mediante o contexto social.”</p>  | #EAS1 |
|   |                                     | <p>“(…) detectar precocemente as situações e poder resolver na hora, sem o doente subir para um internamento (…)”</p> <p>“(…) sendo que deram a alta já no própria urgência e resolver a situação na hora, isso é uma grande mais valia (…)”</p>  | #EAS2 |
|   |                                     | <p>“(…) mais assistentes sociais ... e que felizmente temos um núcleo fixo e isso é uma das coisas importantes... um dos ganho importante(…)”</p>   | #EM2  |
| <b>Equipa<br/>Multidisci-<br/>plinar</b>  | <b>Operacionaliz-<br/>ação</b>      | <p>“A articulação com a equipa é, permanente e sempre que seja necessário da nossa parte ou da parte da equipa médica e de enfermagem.”</p> <p>“(…) a equipa multidisciplinar gosta de saber o contexto social do utente, ainda está em avaliação pedem-nos então essas avaliações, nos fazemos a pesquisa articulamos com eles e depois decidem se é um doente para ter alta ou não, mediante o contexto social.”</p> <p>“Sim, o desenvolvimento do plano de intervenção com a equipa multidisciplinar, é constante. Diariamente, em todas as situações, todas as situações são articuladas com a equipa.”</p>   | #EAS1 |
|   |                                     | <p>“(…) aperceber que é um doente que vive sozinho, que vai cair aqui (SU) ou eventualmente no serviço (internamento) e que poderá levantar algum problema de alta podemos contactar logo aqui (SU) (…)”</p>  | #EM1  |
|   |                                     | <p>“(…) isto é uma dificuldade na gestão mesmo de alta, na gestão da uniformização de procedimentos nomeadamente, não é fácil manter esta gente toda que vem de culturas diferentes e de serviços diferentes com hábitos diferentes, portanto a tentativa de criar protocolos para todas as situações, é uma forma de uniformizar, mas mesmo utilizando protocolos não são fáceis(…)”</p> <p>“(…)que o doente de risco fosse identificado o mais precocemente possível ... que os colegas meus, ou os enfermeiros ou enfim...mesmo as assistentes sociais que são curtas para fazer esse levantamento e também não vêm os doentes todos também não podem (…)”</p> | #EM2  |
|   |                                     | <p>“(…) uma equipa do SS dedicada à Urgência é determinante na rapidez de resolução das situações detetadas;”</p> <p>“(…) é essencial ao nível da deteção das situações, transmissão/partilha de informação e procura das soluções céleres e adequadas à situação de cada doente.”</p> <p>“Nos dias úteis, existe um <i>briefing</i> rápido às 9h em que são apresentadas todas as situações com intervenção do SS em curso, e em que são trocadas informações sobre os doentes, de forma a tornar o processo mais célere.”</p>   | #EAH1 |
|   |                                     | <p>“(…) Aqui, o doente é um doente que supostamente entra e deve sair, eu penso que aquilo que está presente aqui mais na nossa cabeça e ainda se calhar não tanto, pelo menos não para todos (… ) é que de acordo com aquilo que nós sabemos logo à partida, nós já sabemos que alguns doentes vão precisar de apoio. Então, o melhor é tentar perceber o que é que se vai passar, para o caso dele precisar. E isto, acho que deve ser um bocadinho a perspectiva. Nós, também, temos isto que é quando o doente entra, nós já estamos a pensar na alta e acho que conseguimos fazer isto.(…)”</p>  | #EE1  |
|   |                                     | <p>“A intervenção em equipa multidisciplinar é operacionalizada em conjunto, reunindo informação colhida (nas diferentes perspetivas – médica, de enfermagem e contexto social), em conjunto com o doente. O que se pretende, e todo o esforço vai no sentido de otimizar a melhor e, muitas vezes, a possível resposta/suporte para o doente.”</p>   | #EE2  |
|   | <b>Profissionais<br/>envolvidos</b> | <p>“(…) ou seja, o serviço de urgência polivalente como serviço, é um serviço mais complexo pela multiplicidade e diversidade de recursos humanos que eu tenho de gerir, gerir entre aspas, ou gerir conflitos, gerir situações de diferentes, porque existem culturas diferentes (…)”</p> <p>“(…) temos x número profissionais de saúde, todos eles diferentes e todos eles com culturas muito próprias (… ) isto tem um tradição muito complexa, as pessoas vêm dos serviços não são da urgência, vêm à urgência, tirando os enfermeiros que são da urgência (…)”</p>   | #EM2  |

|  |                       |   |   |      |
|--|-----------------------|---|---|------|
|  |                       | “(…) os profissionais são envolvidos e solicitada a sua intervenção, conforme as necessidades que vão sendo identificadas pela equipa.”   | #EM1  |      |
|  |                       | “(…) é absolutamente indispensável, implicando a participação ativa de todos os profissionais de saúde envolvidos no tratamento do doente;”<br>“Neste âmbito é importante a existência de critérios de vulnerabilidade (que no CHULC já se encontram definidos em procedimento multisectorial) e o conhecimento dos mesmos por parte dos profissionais de saúde.”   | #EAH1   |      |
|  |                       | “(…) Na realidade o enfermeiro está envolvido. Mas nos também temos os chefes de equipe que são elementos fundamentais (…)”<br>“ É assim, os grupos mais directos é sempre o enfermeiro, o médico e a assistente social.(…)”<br>“(…) Depois pode haver, eventualmente, haver outros, (….) o psicólogo, uma assistência técnica do aprovisionamento (…)”<br>“(…) na realidade destes três grupos ainda se sobressai mais um, que é o enfermeiro e o assistente social (…)” | #EE1  |      |
|  |                       | “São envolvidos médicos, enfermeiros e assistentes sociais.”  | #EE2  |      |
|  |                       |   |   |      |
|  | <b>Vantagens</b>      | “ Proporciona um maior conhecimento da situação, maior flexibilidade na resolução das situações e mesmo no plano de intervenção com os utentes.”  | #EAS1   |      |
|  |                       | “(…) serão todas para o doente, poder contar com a avaliação de diferentes profissionais para poder retornar ao domicílio, ou não, mas sempre da melhor forma.”   | #EM1  |      |
|  |                       | “(…) o mais precocemente possível para situações de risco e as situações de risco nomeadamente, para doentes que têm alguma gravidade ou alguma necessidade de internamento(…)”   | #EM2  |      |
|  | <b>Gestão da alta</b> | <b>Dificuldades</b>   | “(…) sem perspectiva, no tempo, de uma resposta, o espaço da urgência não é espaço para aguardar resolução. Mas por vezes, muitas vezes, não temos vagas nos internamentos.”<br>“(…) não haver uma resposta imediata(…)”            | #EM1 |
|  |                       |   | “(…) agora e a implementação dessas normas tem de ser progressiva porque são 800 médicos aqui dentro, mais 180 enfermeiros, mais não sei quantos que são da patologia clínica e técnicos de análises, mais assistentes sociais (…)” | #EM2 |
| “A grande dificuldade no protelamento de alta é a demora na resposta dos serviços de “emergência social”. Complica quando entra a via judicial.”   |                       |   | #EE2  |      |
| “Mas é importante referir que as mudanças constantes de equipas, a existência de várias especialidades e diferentes tipos de profissionais, por vezes dificulta o nosso trabalho, sendo que também pode facilitar dependendo da situação. Mas a verdade é que hoje podemos resolver uma situação de uma forma e amanhã uma situação exactamente igual e com outra equipa é totalmente diferente. Isto requer uma adaptação constante também da nossa parte aos profissionais.”   |                       |   | #EAS1   |      |
| “(…) situações de idosos com completa dependência, terá a ver com o cansaço das famílias, terá a ver com poucas respostas, terá a ver provavelmente, com necessidades que o idoso encontra no domicílio (…)”<br>“(…) mentalidade generalizada, quer das redes de suporte formal, quer das próprias famílias que é em chegando ao Hospital aí vai-se resolver tudo e isso para mim será o maior problema (…)”<br>“(…) Porque depois reagem negativamente a soluções que o SS propõe e até perdem um bocadinho a capacidade de ouvir alguma argumentação proposta, o que para mim é a proposta, e a necessidade que mais problemas trará à intervenção do SS na Urgência.” |                       |   | #EAS2   |      |
|  | <b>Definição</b>      | “Quando o doente necessita de certos cuidados e a rede de suporte formal ou informal não tem capacidade para as assegurar.”   | #EAS1   |      |

|                                    |  |   |       |
|------------------------------------|--|---|-------|
| <b>Protelamento de alta</b>        |  | “O protelamento de alta é assumido a partir do momento em que os médicos dão alta, clinicamente a pessoa tem alta e fica a guardar resolução social.”   |       |
|                                    |  | “(…) Os doentes devem sair da urgência, no máximo em 24h. Se tiverem uma situação médica que justifique internamento, são internados e devem sair em 24h para um serviço, o que não acontece porque os serviços, muitas vezes, estão cheios (…)”<br>“(…)os doentes não têm indicação para internamento e que ficam a aguardar resolução pelo serviço social e quando essa resolução não é possível acaba-se por internar o doente.”   | #EM1  |
|                                    |  | “(…) o doente de risco fosse identificado o mais precocemente possível (…)”<br>“(…) criássemos um conjunto de indicadores que nos pudessem chamar a atenção, o mais precocemente possível para situações de risco e as situações de risco nomeadamente, para doentes que têm alguma gravidade ou alguma necessidade de internamento...mas não só (…)”   | #EM2  |
|                                    |  | “(…) impossibilidade de o doente sair do serviço, no momento em que se considera que todos os cuidados de saúde adequados ao nível hospitalar foram prestados (…)”  | #EAH1 |
|                                    |  | “(…) o protelamento está associado ao momento em que a alta clínica é dada e a saída do utente não é possível por diferentes motivos.”<br>“(…) se o médico deu alta clínica e as colegas estão a aguardar uma resposta da rede de suporte, embora seja seguramente muito menor no tempo do que acontece nos internamentos, a definição é igual.”  | #EAS2 |
|                                    |  | “Do ponto de vista teórico eu diria que o protelamento é partir do momento em que o médico dá alta clínica mas não conseguimos que o doente vá para casa (…)”<br>“(…) Do ponto de vista real, se calhar à alguns protelamentos que são um pouco diferentes (… ) por exemplo a indecisão clínica pode ser um protelamento, nós às vezes temos a noção que as coisas poderiam ser agilizadas de uma forma diferente (…)”  | #EE1  |
|                                    |  | “O protelamento de alta acontece quando não se apuram as condições adequadas ao doente, seja em sentido de alimentação, higiene, solidão e segurança (contextos de violência, negligência, maus tratos, etc.)”  | #EE2  |
| <b>Papel do SS no protelamento</b> |  | “É através da articulação com a rede de suporte formal ou informal, depende.”<br>“Mas, também vai depender da situação clínica.”<br>“(…) procuramos junto dos parceiros da comunidade resposta, procurando que o utente quando tem alta tenha já esse encaminhamento efectivado (…)”<br>“Se o utente não tem rede de suporte formal e familiar e não estando reunidas as condições para retorno ao domicílio, se isso não acontecer, pois, a pessoa tem de ficar retida.”   | #EAS1 |
|                                    |  | “(…) para o assistente social tem que ver as condições na habitação, a família que tem à frente, tem que ver as respostas que existem ou não na rede de suporte. (…)”   | #EAS2 |
| <b>Motivos de referência ao SS</b> |  | “Os critérios são essencialmente baseados na autonomia e/ou suporte existente (suposto ou real), ou seja, se se tratar de um doente autónomo, avalio a sua capacidade de regressar sozinho ou com transporte ao domicílio. Se a sua condição prévia se mantém, ou se houve algum agravamento que necessite de maior suporte (higiene, alimentação) no domicílio, se tem família ou cuidador de suporte, se reside sozinho com apoio ou não, se reside em lar.”  | #EE2  |
| <b>Perfil do utente</b>            |  | “Um utente idoso, sem rede de suporte familiar, autónomo previamente ao episódio de urgência e que após uma queda fica dependente de terceiros para as AVD’s. Perante a inexistência de rede de suporte para assegurar determinadas tarefas da vida diária, naturalmente, sem estarem garantidas as respostas às suas necessidades o utente não irá sair do SU. Estas situações são frequentes. Mas, também, temos outras situações de utentes igualmente idosos com rede de suporte familiar e formal, que perante um episódio de urgência utilizam os serviços para determinarem outro nível de respostas, quando a situação já se arrastava e a carecer de reavaliação noutra contexto que não o de urgência.” | #EAS1 |

|  |                     |  |       |
|--|---------------------|--|-------|
|  |                     | “Doentes acamados, doentes, com sondas nasogástricas, com secreções, sem força para tossir, são os mais passíveis de se infectar aqui.”  | #EM1  |
|  |                     | “(…) os doentes que nos aparecem aqui pela primeira vez e que não têm suporte familiar algum (…)”<br>“(…) ficam dependentes de apoio da misericórdia ou de uma instituição(…)”   | #EE1  |
|  |                     | “(…) utente demenciado que precisa de decisão do tribunal do acompanhado maior (…)”<br>“Idoso, demenciado, mesmo com ou sem rede de suporte, porque às vezes tem mas não colaboram em nada (…)”  | #EAS2 |
|  |                     | “O perfil dos utentes em protelamento de alta, ou são utentes fragilizados, que perderam a autonomia que tinham (física ou mental), muitas vezes situações arrastadas ao longo do tempo, que deixaram de ter suporte familiar/social ou já não o tinham, previamente, desconhecidas dos locais onde residem, e que por motivo de saúde/trauma entram num serviço de urgência.”   | #EE2  |
|  | <b>Motivos</b>      | “A falta de resposta dos parceiros da comunidade. A família, neste momento, não tem capacidade para deixar os seus empregos para assegurar o apoio a um idoso, um familiar.”<br>“(…) cada vez temos menos pessoas activas e esses activos não podem deixar de ser activos para estarem a tomar conta dos seus familiar idosos, portanto só quem nos pode dar resposta é a acção social e a acção social neste momento não tem capacidade para toda a gente.”   | #EAS1 |
|  |                     | “(…)as próprias famílias, as respostas sociais, os próprios serviços hospitalares, a própria gestão hospitalar pode provocar pressão nesse sentido, principalmente pelo facto de não haver vaga nas enfermarias.”  | #EM1  |
|  |                     | “(…) se tiveram suporte familiar (…) o protelamento é o protelamento não é muito grande, consegue-se falar sempre com a família, há uma casa, há apoio, há uma estrutura, não me tem parecido que os doentes fiquem na urgência.”  | #EE1  |
|  |                     | “Essencialmente segurança, ou seja, situações de violência doméstica.”   | #EE2  |
|  |                     | “(…) contactar as colegas da acção social a pedir resposta o mais breve possível (…)”  | #EAS1 |
|  | <b>Dificuldades</b> | “(…) nós não temos capacidade nem margem de tipo Harmónio de esticar e alargar, porque nós trabalhamos sempre nos limites, porque nós em termos de recursos humanos é sempre nos limites, porque nós não sabemos quantos doentes é que nos entram pela porta a dentro (…)”<br>“ Este ambiente é um ambiente caústico, a urgência não é bom para ninguém, nós só vamos à urgência se for absolutamente necessário (…)”  | #EM2  |
|  |                     | “(…) ao fim de 48 horas o doente tem de seguir para internamento, se no caso de estar em protelamento de alta. Eu acho esse procedimento correcto, porque realmente o utente não pode permanecer muito tempo em protelamento.”<br>“(…) este local não proporciona bem-estar e às vezes a saúde do utente pode piorar, porque ele até pode chegar aqui com uma dor no joelho e apenas não consegue andar e pode sair com uma broncopneumonia.”<br>“(…) deveria haver uma maior resposta por parte da acção social. Nós somos hospital, como um serviço, é um serviço de passagem, não é para permanecer aqui, quer em contexto de urgência, quer em contexto de internamento. (…) Nunca esquecendo que as camas dos serviços de internamento e a assistência prevista neste contexto é para pessoas que estão realmente doentes e não a carecerem única e exclusivamente de resposta social, para isso deixaríamos de ser um Hospital.” | #EAS1 |
|  |                     | “O doente deve sair o mais rápido possível da urgência, sobretudo os mais velhinhos, têm défice imunitário já e são muito mais fáceis de ficar infectados com bactérias, mais seleccionadas, mais agressivas(…)”<br>“Pois, manter o utente na urgência, é também o risco para ele próprio.”  | #EM1  |

|  |                           |   |       |
|--|---------------------------|---|-------|
|  | <b>Protelamento no SU</b> | <p>“ (...)A urgência é um espaço curto (...) em termos de espaço, curto de espaço e portanto o tempo que se deve permanecer na urgência deve ser limitado e muito rápido (...)”</p> <p>“ (...)a capacidade de absorção desses doentes na unidade de internamento é sempre maior do que uma unidade de urgência (...)”</p> <p>“ (...)portanto se começou a tratar esta situação de risco na urgência que acho muito bem que comesse na urgência, ela pode acabar de ser tratada nas enfermarias, onde têm uma almofada um bocadito maior, têm muito mais camas e outro tipo de condicionantes que a urgência não tem (...)”</p> <p>“ (...)Portanto, a resolução se tiver que ser e se não conseguir ser resolvida na urgência em tempo útil e não deve ser protelado na urgência, vai para o internamento e resolvesse no internamento. Não me faz sentido que as soluções que a comunidade nos impõe serem, se tiver na urgência é que é um caso de emergência. Não, não, pode ser isto ser visto desta forma (...)”</p> <p>“ (...)eu também entendo que isto é um hospital, vamos lá ver, se um doente não tem uma causa objectiva médica, clinica para internamento e que vai ocupar uma cama que poderá ser necessária para um outro doente (...)”</p> <p>“ (...)portanto, mas a verdade é que nós temos de resolver essas situações e melhor sítio para resolver essas situações e dentro do contexto na minha perspectiva, é numa unidade de internamento, não numa unidade de alta rotação como é um serviço de urgência (...)”</p> | #EM2  |
|  |                           | <p>“ (...) tem consequências negativas ao nível da gestão do SU uma vez que implica a utilização de recursos escassos e muito dispendiosos (...)”</p> <p>“ (...) sobrecarga de trabalho para as equipas de recursos humanos e, por esse motivo, aumento do risco para a generalidade dos doentes no serviço.”</p> <p>“ (...) o internamento de doentes com situações sociais mas sem critérios clínicos só deverá acontecer em último recurso, quando não é de todo possível encontrar uma solução adequada em tempo útil.”</p>   | #EAH1 |
|  |                           | <p>“ (...) aquilo que nos pesa um bocadinho é saber que a passagem para o internamento pode ir fazer com que a sua alta seja protelada por mais tempo (...)”</p> <p>“ (...) aborrece-me mandar um doente para um internamento sabendo que ele a seguir pode ficar 3 ou 4 meses num internamento mas que se tivesse na urgência ao fim de uma semana se calhar tinha uma resposta (...)”</p> <p>“ (...) se eu na urgência não tivesse uma urgência sobre lotada eu teria menos dificuldade em ter um doente se ele tivesse condições, físicas, humanas, para permanecer como vai ter no internamento (...)”</p> <p>“ (...) é uma semana que do ponto de vista clínico se calhar do ponto de vista de enfermagem estamos lhe a dar tudo o que ele se calhar precisa, do ponto de vista global não sei se lhe estamos a dar tudo o que ele necessita, no internamento eu não tenho dúvida, está num contexto organizado, num contexto mais seguro (...)”</p> <p>“ (...)se tivermos um corredor cheio de doentes efectivamente menos bem (os utentes) mais urgentes, por isso é que eu às tantas acho que se calhar ir para o internamento é a resposta certa (...)”</p> <p>“ (...)mas de facto depois aqui a gente acaba por não ter condições adequadas (...)”</p>  | #EE1  |
|  |                           | <p>“ (...) Para mim o doente não tem de ficar indefinidamente numa urgência. Se a resposta equacionada demorar muito tempo, obviamente que deve subir (...)”</p> <p>“ (...) Mas, tendo uma resposta equacionada dentro da semana ou mesmo no início da semana seguinte, não vejo porque é que o doente há de ir ocupar, indevidamente, uma cama no internamento (...)”</p> <p>“Portanto, sendo ao mesmo tempo, nós SS guardiões do bem-estar, conforto do doente e das suas necessidades, também somos o rosto de uma instituição que os recursos que existem devem ser geridos da melhor forma. (...)”</p> <p>“Portanto, se o SS da urgência já equacionou resposta, já tem a data prevista e não é uma coisa muito longa, deve continuar na urgência.”</p>  | #EAS2 |

|                 |  |       |
|-----------------|--|-------|
|                 | <p>“Um serviço de urgência tem características muito próprias. É um serviço com muita rotatividade de profissionais, e de doentes, muitas visitas, familiares, muito barulho (alarmes, telefones, ruído de camas, pessoas a conversar, doentes a falar, ou gemidos/gritos de dor, circuitos de roupas, lixos...), agitação, sem rotinas, luz artificial permanentemente acesa, pouca luz natural, poucos tempos de silêncio para descanso, refeições ligeiras (não ajustadas às necessidades nutricionais individuais), pouca privacidade, faltas de vagas permanentemente, doentes constantemente a entrar e a sair (transferência e admissão ou realização de exames). Perante estas características este não é o serviço (nem pode ser) onde um idoso deva estar mais de 24 horas, não só pelo risco de ficar confuso e desencadear <i>delirium</i>, como também, pela insegurança (risco de queda por falta de supervisão), por estar mais condicionado a uma cama (com degradação de estado geral), pouca atenção na comunicação, individualidade, privacidade, incapacidade de manter ou recuperar autonomia e até em situações de violência doméstica com restrição de visitas, a incapacidade de controlar algumas visitas.”</p> | #EE2  |
| <b>Desafios</b> | <p>“É evitar os protelamentos de alta.”</p>  | #EAS1 |
|                 | <p>“(…) não haver camas suficientes para acudir todos os doentes que aqui recorre (…)”</p>   | #EM1  |
|                 | <p>“(…) vamos tentar arranjar soluções, com uma visão mais ou menos integrada, holística, chamem-lhe o que quiserem, interessa-me resolver o problema das pessoas, dos doentes que cá estão (…)”</p>   | #EM2  |
|                 | <p>“O protelamento das altas tem consequências negativas ao nível da gestão do SU (…)”</p>   | #EAH1 |
|                 | <p>“(…) ter esta capacidade que é perceber que é um doente que já está em contexto de urgência e por isso a nossa atuação com ele não pode ser a mesma (…)”</p> <p>“(…) quando tudo está a correr nós temos de perceber que com aquele não podemos correr, que ele tem de fazer, pode fazer o levantar, pode estar no cadeirão, é difícil porque não temos a capacidade de incentivar do ponto de vista diferente, do que seria numa enfermaria (…)”</p> <p>“(…) é um dos desafios não deixar de olhar, não deixar de estar, não deixar de acompanhar, às vezes pode ser difícil (…)”</p>  | #EE2  |
|                 | <p>“o utente demenciado que precisa de decisão do tribunal do acompanhado maior, porque temos redes de suporte a não aceitar sem a decisão do tribunal e o tribunal tem timings que não têm nada a ver com o hospital. Portanto, neste momento é o maior problema que temos relativamente à SCMLX, relativamente à segurança social... (pausa) é a falta de vagas.”</p>  | #EAS2 |
|                 | <p>“Os desafios são muitos, mas essencialmente assentam no cuidar dos idosos, mantendo autonomia dos doentes e segurança dos cuidados, dentro das condições possíveis num serviço de urgência.”</p>  | #EE2  |

## Apêndice IV – Parecer da Comissão de ética do CHULC

, EPE para concretização do trabalho



Nossa Referência: AGFC/52/2019

Data: 22/05/2019

Assunto: Pedido de informação sobre parecer nº 699/2019 da Comissão de Ética

### Informação

1. Título: "O protelamento de alta no idoso no Serviço de Urgência Hospitalar";
2. Estudo observacional, a desenvolver no âmbito do Mestrado de Gerontologia Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias;
3. O estudo irá decorrer no Serviço de Urgência do Hospital S. José, tendo como Investigador Principal a Dr.ª Janine Almeida;
4. A metodologia do estudo consiste na análise de dados clínicos dos pacientes e entrevista dirigidas a vários profissionais do Serviço de Urgência;
5. Em princípio não existem encargos financeiros adicionais para o CHULC.

Ao  
CA  
É de autorizar,  
nos só praxe  
encargos  
adicionais  
relevantes para  
a Institui  
GO  
2019/5/22

Dr.ª Joaquina Matos  
Investigadora Hospitalar

|  |
|--|
| CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE |
| Secretariado CA                          |
| Nº. CA 1016                              |
| Entrada 27/05/2019                       |
| Saída 03/06/2019                         |

RUI OLIVEIRA  
Assistente Técnico

Rui Filipe Martins de Oliveira

(Área de Gestão Financeira e Contabilidade)

O CA  
delibera  
autorizar

|  |
|--|
| PRESENTE À SESSÃO DO C.A. DE 30/5/2019 |
| A Presidência                          |
| Rosa Valente de Matos                  |
| O Vogal                                |
| Jaime Alves                            |
| O Vogal                                |
| Paulo Espiga                           |
| O Diretor Clínico                      |
| Luís Nunes                             |
| A Enfª Diretora                        |
| Maria José Costa Dias                  |
| ATA Nº 231/2019                        |

## Apêndice IX – Parecer da Comissão de ética do CHULC, EPE para concretização do trabalho



CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL  
CES

### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

#### Parecer

Data: 02.05.2019  
Processo n.º 699/2019

**Título: "O protelamento de alta no idoso no Serviço de Urgência Hospitalar"**

**Relator:** Paula Martinho da Silva, Dra

**Investigadora principal:** Janine Almeida, Dra

**Local:** Serviço de Urgência, Hospital de S. José

#### **Parecer:**

*Principal objetivo:* Analisar a gestão de alta dos doentes Idosos, no SU. Sendo os objectivos específicos: compreender o planeamento de alta do doente idoso desenvolvido pela equipa multidisciplinar do SU, com relevância para o papel do Serviço Social; Caracterizar o perfil do Idoso em protelamento de alta, no SU; Identificar os motivos de protelamento de alta, no SU; Identificar dificuldades do Serviço Social e da equipa multidisciplinar na gestão de alta do idoso, no SU.

*Tipo de estudo:* observacional.

*Metodologia:* análise dos dados dos pacientes apenas para a caracterização sociodemográfica dos mesmos, sendo que estes não são nominais, logo não permitem a identificação do utente em causa. Vai haver ainda lugar a entrevistas dirigidas a vários intervenientes (assistente social responsável do serviço de urgência, coordenadora da área de apoio social, etc), mas nunca aos pacientes.

*Participantes:* todos os doentes com idade igual ou superior a 65 anos, motivo de intervenção pelo Serviço Social com protelamento de alta no SU, durante o ano de 2018.

O estudo afigura-se-nos adequado de um ponto de vista ético, os dados dos participantes pacientes são anonimizados.

Também não se trata de um estudo clínico, nem nele estão envolvidos dados de saúde individuais tratando-se de um estudo meramente observacional e académico.

A participação dos profissionais é voluntária e não implica intervenção física, mas tão somente a resposta a entrevistas e a um questionário.

Tendo em conta o exposto consideram-se não existirem objecções éticas que, no presente, possam ser suscitadas por esta Comissão de Ética no âmbito das suas competências, pelo que o projeto deverá ser aprovado desde que existam as respetivas autorizações administrativas que não foram juntas.

#### **Conclusão:**

Este estudo não levanta questões do ponto de vista ético, respeitando as normas de boa prática clínica e encontra-se de acordo com a Declaração de Helsinquia e posteriores actualizações, pelo que se entende emitir parecer favorável à sua realização, desde que seja observado o exposto no parágrafo anterior.

O Presidente da Comissão de Ética

(Gonçalo Cordeiro Ferreira)

|  |            |
|--|------------|
| CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE |            |
| Secretariado CA                          |            |
| N.º                                      | CA/016     |
| Entrada                                  | 14/05/2019 |
| Saída                                    | 03/06/2019 |