



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Vânia Patrícia Faria Simões

**PLANEAMENTO DA ALTA NA TIPOLOGIA DE
CONVALESCENÇA DA RNCCI**

**Dissertação de Mestrado em Serviço Social orientada pela
Doutora Joana Vale Guerra apresentada à Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.**

Coimbra, setembro de 2022.



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Vânia Patrícia Faria Simões

**PLANEAMENTO DA ALTA NA TIPOLOGIA DE
CONVALESCENÇA DA RNCCI**

**Dissertação de Mestrado em Serviço Social orientada pela
Doutora Joana Vale Guerra apresentada à Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.**

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer aos meus pais pelo apoio incansável que me prestaram ao longo deste percurso. A eles, um enorme obrigada.

Aos meus padrinhos que sempre me acompanharam e por estarem sempre ao meu lado mesmo com a distância de países que nos separa.

Ao Miguel, por ser o meu pilar e um apoio incondicional. Obrigada por todas as palavras, pelos silêncios, pelo incentivo e por me apoiares sempre com todo o amor.

À minha tia Balbina, pelo apoio, pelo amor e preocupação. Obrigada por me ajudares a crescer.

As minhas estrelinhas, por estarem sempre comigo. A continuação de uma longa caminhada, é um bocadinho vosso.

As minhas colegas de trabalho, um enorme obrigada por toda a ajuda, disponibilidade, paciência e compreensão. Por me terem transmitido conhecimentos e experiências, por me acompanhado de forma incondicional, pela compreensão e carinho partilhado. Não podia deixar de agradecer o facto de marcar a diferença enquanto pessoas da minha vida, obrigada.

Aos meus amigos, por todos os momentos de descontração, partilha de saberes, valores, incentivo, vivencias e pelo auxílio prestado.

A minha orientadora Doutora Joana Guerra, pelo apoio prestado na concretização da minha dissertação e a todos os professores do Mestrado em Serviço Social, sem os mesmos nada seria possível, obrigada pelos ensinamentos e pela partilha de experiências.

Por fim, agradeço a todos os profissionais que aceitaram fazer parte do meu estudo.

Um enorme obrigada a todos

Vânia Patrícia Faria Simões

Resumo

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados teve como aspiração a instauração de políticas de saúde e de políticas de Segurança Social que permitissem desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência. Independentemente da idade, visa promover a distribuição equitativa das respostas a nível territorial, qualificar e humanizar a prestação de cuidados, potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Para além disso, as alterações na organização e dinâmicas familiares, o isolamento da população mais envelhecida, fez emergir novas necessidades sociais e de saúde, associadas a novas atitudes e expectativas dos utentes e familiares.

Uma das tipologias da RNCCI é a tipologia de Convalescência onde o internamento tem a duração de 30 dias. A presente dissertação incide na tipologia mencionada, uma vez que considerou pertinente a abordagem do planeamento da alta num internamento de curta duração. O assistente social desde a admissão dos utentes enceta todos os esforços para a concretização de diligências e apoio ao utente/familiares para concretização da alta segura e eficiente. Contudo, os assistentes sociais ao longo da sua intervenção, por vezes, deparam-se com dificuldades acrescidas ao nível da preparação adequada do destino pós-alta. Assim, a presente investigação pretende reunir testemunhos de profissionais com experiência na tipologia de Convalescência a fim de dar a conhecer a sua experiência e metodologias de trabalho.

Como objetivo geral pretende-se analisar o processo de planeamento de alta na perspetiva dos assistentes sociais na tipologia de Convalescência da RNCCI. A metodologia adotada para a realização da investigação foi a qualitativa com recurso a entrevistas semiestruturadas a profissionais. A pesquisa documental é considerada igualmente como recolha de informação essencial na fase primordial da composição e recolha de diversas perspetivas e torna possível o enquadramento de dados aglomerados através do guião de entrevista. O tipo de amostra escolhida para este trabalho foi a não probabilística intencional, tendo sido contactados profissionais com experiência na tipologia abordada.

Os resultados apresentam os métodos de trabalho de diversos assistentes sociais e a forma como os mesmos planeiam as suas altas, de forma clara e objetiva a fim de promoção/manutenção das qualidade de vida dos utentes e apoio os profissionais que exercem na RNCCI.

Palavras-chave: RNCCI, Convalescença, Assistente Social, Planeamento de altas, estratégias

Abstract

The creation of “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” (National Network of Integrated Continued Care) had the pretense by establishing health and social security policies that would allow taking actions closer to people in dependence situations. Regardless of age apart, promote the answer’s equality for everyone, qualifying and humanizing the provision care, enhancing local resources, creating proximity community services, and adapt or bring up responses to the diversity that features individual aging and the changes in functionality. (Decree-Law no.101/2006 at 6th June). Furthermore, changes in organization and family dynamics or population isolation caused new social emergencies, as so heath needs induced with new behaviors and expectations from users and family members.

One of the RNCCI typologies is Convalescence typology where the internment last for 30 days. This dissertation focuses on the aforementioned typology, as it considered to be relevant the approach of planning discharge in a short-term interment. The social worker, from the moment the users are admitted, makes every effort to carry out steps and support the user/family members to achieve a safe and efficient discharge. However, social workers throughout their intervention, sometimes, are faced with added difficulties in terms of adequate preparation of the post-discharge destination. Thus, the present investigation intends to gather testimonies of professionals with experience in the type of Convalescence in order to know their experience and work methodologies.

As a general objective, we intend to analyze the discharge planning process from the perspective of social workers in the RNCCI Convalescence typology. The adopted methodology to carry out the research was qualitative, using semi-structured interviews with professionals. The documentary research is considered as well as essential information collection of different perspectives and makes possible framing data in obtained interviews by following the interview guide. The sample type chosen for this work was an intentional non-probabilistic, which had been contacted professionals with experience in the typology addressed.

The results show the working methods of several social workers as so their way to discharge users, in a clear and objective way in order to promote/maintain the quality of life of users and support the professionals who work in the RNCCI.

Keywords: RNCCI, Convalescence, Social Worker, Network Planning, Strategies.

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Índice de Tabelas.....	vii
Índice de Figuras.....	viii
Índice de Gráficos.....	ix
Siglas, Abreviaturas E Símbolos.....	x
Introdução.....	1
Parte I.....	3
Enquadramento Teórico.....	3
Capítulo 1. Enquadramento das políticas de saúde de RNCCI.....	4
1.1 - O panorama do SNS até à criação da RNCCI.....	4
1.2 – Implementação e consolidação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	10
1.3 - Tipologias que constituem a RNCCI.....	12
1.4 - Avaliação ou balanço da implementação da RNCCI.....	20
Capítulo 2. A emergência do Serviço Social na Saúde.....	22
2.1 - A génese do Serviço Social Português na área da saúde.....	23
2.2. - A intervenção dos assistentes sociais no contexto da saúde.....	25
3 - O Planeamento de Alta da RNCCI.....	31
Parte II.....	36
Metodologia.....	36
Capítulo 3. Enquadramento Metodológico.....	37
3.1 - Problemática do Estudo.....	37
3.2 – Objetivos da Investigação.....	38
3.3 - Tipo de estudo.....	39
3.4 - População Alvo e Participantes.....	39
3.5 - Instrumento para recolha de dados.....	40
3.6 – Procedimentos éticos e formais.....	41
Parte III.....	42
Parte empírica.....	42
Capítulo 4. Apresentação e análise dos resultados.....	43
4.1 - Análise dos Resultados.....	43
Discussão dos Resultados.....	55
Limitações do estudo.....	63

Conclusão	64
Bibliografia	66
Legislação	73
Apêndices	VIII
Apêndice I - Convite para participação na investigação via Email.....	IX
Apêndice II - Questionário da Entrevista.....	X
Apêndice III - Consentimento Informado	XII

Índice de Tabelas

Tabela 1 -Indicadores socioeconómicos e de saúde.....	4
Tabela 2 - Entidades de referência para a RNCCI.....	11

Índice de Figuras

Figura nº 1 - Fases de criação da RNCCI.....	9
Figura 2 - Motivos de referenciação para a RNCCI.....	17
Figura 3 - Utentes referenciados para UC no ano de 2019	17
Figura 4 - Preços das tipologias da RNCCI	18
Figura 5 - Preços atuais da RNNCI.....	19

Índice de Gráficos

Gráficos 1 - Anos de experiência profissional na tipologia de Convalescença44

Gráficos 2 - Anos de experiência profissional na tipologia de Convalescença44

Siglas, Abreviaturas E Simbolos

AS – Assistente Social/Assistentes sociais

SS – Serviço Social

AVD'S – Atividades de Vida Diárias

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECR – Equipa de Coordenação Regional

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

UC- Unidade de Convalescença

OMS – Organização Mundial de Saúde

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Introdução

A presente dissertação intitulada “Planeamento de Alta na Tipologia de Convalescença da RNCCI”, foi desenvolvida no âmbito do Mestrado em Serviço Social, a fim de obter o grau de Mestre pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação da Doutora Joana Guerra.

A tipologia de Convalescença é uma das tipologias que constitui a RNCCI, sendo um internamento com uma duração prevista de 30 dias, para o utente realizar tratamentos de reabilitação face ao seu diagnóstico/necessidades. A equipa multidisciplinar desenha um plano de intervenção, iniciando-se na admissão do utente, permite ao assistente social diligenciar juntamente com os familiares, a preparação da alta da unidade, idealmente, concretizável ao fim de 30 dias. Contudo, este processo acarreta algumas limitações, sendo uma delas a escassez de recursos e respostas da comunidade para apoiar o utente no seu pós alta mediante as condições físicas/familiares e económicas do utente.

Segundo Ramos (2012), um elemento central neste processo de preparação da alta da unidade de saúde é o cuidador principal do utente ou a pessoa significativa que assume esse papel perante a pessoa que se encontra em situação de dependência. É fulcral que o cuidador aquando da alta em caso de ocorrer para o domicílio se sinta capacitado para exercer as funções, que tenha consciência das limitações e apoios necessários ao utente e que os profissionais que acompanham o mesmo assumam um papel de excelência como refere Ramalho (2014, p.4). Assim, o Assistente Social tem a função de estabelecer contactos o mais cedo possível e de forma contínua com o utente e familiares, para juntamente, avaliarem as condições e as perspetivas de cada um sobre o momento da alta e pós alta (Rendeiro, 2015).

Estas estratégias traduzem o trabalho que é efetuado pelo Assistente Social na tipologia de Convalescença, pois, para além de ser um elo e um mediador entre o utente, a família, as redes institucionais e a própria equipa multidisciplinar, estimula o próprio utente a refletir sobre o seu bem-estar. Reforça a responsabilização dos cuidadores como parte integrante e crucial para a salvaguarda da estabilidade das condições de saúde e de cariz social do utente após a alta da Unidade.

É neste sentido que se justifica a realização do presente estudo no sentido de analisar o processo de planeamento da alta na perspetiva dos assistentes sociais na tipologia de Convalescência da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Os objetivos específicos foram delineados com o intuito de aprofundar a temática da preparação da alta na tipologia de Convalescência com intenção de compreender quais os métodos utilizados na preparação da mesma.

A amostra é constituída por 9 profissionais de Serviço Social com experiência na tipologia de Convalescência e que aceitaram, voluntariamente, participar no estudo.

O objetivo é perceber como os diversos assistentes sociais planeiam as altas nas suas unidades, quais os métodos que colocam em prática e o método de organização/planeamento do trabalho. Os objetivos específicos consistiram no aprofundamento do tema referido, sendo eles:

- Identificar os desafios/necessidades que são enfrentados pelos profissionais ao longo do internamento dos utentes integrados na tipologia de Convalescência.
- Identificar e analisar os aspetos mencionados com mais frequência no processo de decisão sobre a continuidade de prestação de cuidados aquando da alta;
- Compreender as estratégias de adaptação e suporte utilizadas pelos profissionais para fazer face às dificuldades de um internamento de curta duração;

Esta dissertação está organizada em três Partes: Enquadramento Teórico, Metodologia e Parte Empírica. A Parte I é constituída por três capítulos que apresentam a revisão de literatura sobre o tema da dissertação. O capítulo 1 descreve o Enquadramento das Políticas de Saúde da RNCCI, o capítulo 2 retrata a emergência do Serviço Social na Saúde e o capítulo 3 aborda o Planeamento da Alta da RNCCI. Na parte II são apresentados os capítulos que descrevem o processo metodológico do estudo, especificando, a problemática, os objetivos traçados, a tipologia de estudo, instrumentos, procedimentos de recolha de dados e compromisso ético. Por fim, na Parte III, é apresentado o capítulo que se dedica à explicação empírica do estudo com a apresentação e análise dos resultados e a respetiva discussão e conclusão. O trabalho termina com a apresentação da Bibliografia e os apêndices considerados relevantes para a leitura e análise desta dissertação.

Parte I

Enquadramento Teórico

Capítulo 1. Enquadramento das políticas de saúde de RNCCI

1.1 - O panorama do SNS até à criação da RNCCI

Com a Revolução de 1974 nasceram as exigências políticas e sociais que permitiram a criação do Serviço Nacional de Saúde e a aprovação da Constituição de 1976 onde Portugal se deparou com transformações sociais profundas, designadamente a conceção de políticas sociais, a constitucionalização do direito a saúde, a abrangência do acesso aos cuidados de saúde, bem como a assistência a todos os indivíduos de nacionalidade portuguesa. Aquando aprovação da nova constituição, artigo 64º transmite que o indivíduo tem direito à proteção de saúde e a incumbência de proteger e desenvolver, pelo que esse direito se concretiza após a conceção de um serviço nacional de saúde universal, genérico e gratuito (Lei Constitucional nº1/1976. Diário do Governo nº 40 - I Série, p.327. Conselho da Revolução. Lisboa).

Em Portugal, no início dos anos 70, os indicadores socioeconómicos e de saúde encontravam-se muito desfavoráveis relativamente ao contexto da Europa Ocidental, sendo que a capacidade de custear os serviços públicos na área da saúde era baixa. (PORDATA, 2020).

Tabela 1 -Indicadores socioeconómicos e de saúde

	<u>Início dos anos 70</u>	<u>2001</u>	<u>2020</u>
Índice de Longevidade	14,4%	21,4%	48,7%
Despesa do estado em saúde em percentagem do PIB	0,2%	4,3%	8,6%
Partos efetuados no Hospital	37,5%	99,7%	(2018) 98,8%

No ano de 1979 foi concebido o Serviço Nacional de Saúde (DL nº 56/79 de 13 de Outubro) a fim de assegurar à população o acesso universal, compreensivo e gratuito aos cuidados de saúde, independentemente da condição social e económica, mas também

aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal (artigo nº4 do DL nº 56/79 de 13 de Outubro). Segundo o artigo nº6 do DL nº 56/79 de 13 de Outubro é possível constatar que o SNS abarcava os cuidados integrados de saúde, abrangendo a vigilância da saúde, a prudência da doença, o diagnóstico e tratamento dos utentes e a reabilitação social e médica. A base era contributiva fiscal e de carácter publico, tendo preservado no tempo a coadjuvação entre - setor social e privado, publico – no seguimento de cooperação pelos estabelecimentos de parcerias e contratualização de serviços (Campos & Simões, 2014). Apesar do acesso ser gratuito é constatada a eventualidade de criação de taxas moderadoras. Todos os indivíduos podem beneficiar dos SNS, sem diferenciação de religião, atividade profissional, género, classe ou sistema de proteção social (Campos, 2008; p.20).

A eficácia do SNS na cobertura da população teve um impacto muito notável, uma vez que entre os anos de 1974 e 1978 se verificou um crescimento de quase 100% nos indivíduos abrangidos. A criação dos Centros de Saúde teve um papel fulcral na qualificação referida. A saúde encontrava-se assegurada através de unidades de cuidados primários e também por hospitais repartidos por diferentes regiões, sendo o Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

No âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, criou o Serviço Nacional de Saúde enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. O ingresso é assegurado a todos os cidadãos, sem interferência da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros e refugiados políticos.

No ano de 1989 ocorreu a retificação da constituição portuguesa, onde foi revisto o sistema totalmente gratuito e segundo Simões (2009) a revisão constitucional favoreceu o desencadeamento da participação do setor privado no que é o sistema de saúde português, mas também o facto de ter alterado consideravelmente o que era o princípio de gratuidade e substituir este termo por "tendencialmente gratuito". Campos (2008) afirma que a cobrança das taxas moderadoras no ano de 1990 salvaguardou a isenção da comunidade em risco e economicamente desfavorecida, contudo nas restantes situações obrigava o pagamento para aceder a determinados serviços e cuidados de saúde. Atribuiu-se destaque no início de equidade social e de racionalização dos recursos.

Um dos pontos centrais na Reforma da Saúde em Portugal foi a verificação no ano de 1990, aquando da publicação da Lei de Bases da Saúde, Lei nº48/90, de 24 agosto, que a

proteção de saúde é um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado.

Portugal deparou-se com um dos principais pilares na reforma da Saúde, uma vez que a publicação da Lei de Bases da Saúde provocou várias alterações onde foram implementados procedimentos, entre eles: a privatização de setores que prestam cuidados, a regionalização de serviços com autonomia para a coordenação de atividade hospitalar, a articulação dos Sistema Nacional de saúde com entidades privadas promovidas pelo Estado, a privatização de financiamentos de cuidados, a promoção de contratação de seguros de saúde alternativos e por fim o aparecimento de unidades de saúde onde incorporam hospitais e centros de saúde (Campos & Simões, 2014).

Com a existência dos dois marcos mencionados na década de 90, é possível constatar que reforçaram a incumbência de que a saúde necessitaria de ser repartida entre a sociedade, os cidadãos e o estado a fim de existir uma canalização do setor da saúde para as entidades privadas e públicas. Posto isto, verificou-se uma facilidade nas diligências entre os diversos setores, uma vez que foram celebrados acordos e convenções entre os profissionais, as entidades privadas, sociais e autenticada a função dos subsistemas no que diz respeito ao financiamento de cuidados de saúde (Escoval, 2003).

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

Durante a década de 90, em Portugal, começou a verificar-se a necessidade da criação de cuidados continuados, principalmente para utentes em situação de dependência onde as respostas existentes na atualidade não conseguiam colmatar as necessidades. No Despacho Conjunto nº 407/98 de 18 de junho, entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social foi exibida uma abordagem aos cuidados continuados onde constava a definição de respostas garantidas, por entidades, em conformidade com a carência de cuidados do grupo-alvo. Este Despacho aprovou as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, bem como as coordenadas para a elaboração do plano regional de articulação saúde/ação social. Existiam assim algumas questões em Portugal que levaram a percepção da necessidade de criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A lei de bases da Saúde, Lei nº48/90, de 24 agosto, afirma que a proteção de saúde é um direito dos indivíduos e da comunidade e se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado.

A 19 de novembro de 1997, é referido pelo PSD que o documento onde consta a criação dos cuidados continuados, elaborado com o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social onde é reforçada a necessidade de respostas para indivíduos dependentes (a Rede Nacional de Cuidados Continuados), não está apenas relacionado com o número de camas, mas sim com uma globalidade de ações, passando pelo Serviço de Apoio Domiciliário, sendo que podemos comprovar que será um grande investimento para toda a população portuguesa. No congresso das Misericórdias em Fátima, foi proposto pelo PSD às Misericórdias a criação da rede, onde foram assinados 17 protocolos com as Misericórdias e com o Padre Victor Melícias, sendo um protocolo com a União das Misericórdias para que estas agarrassem nesta área e determinassem contratos com os Ministérios, sobretudo com o Ministério da Saúde e com o Ministério da Segurança Social. É também questionado onde se localiza o plano de contratualização e com que meios financeiros e de que forma seria elaborado. Contudo, sem resposta a algumas das questões colocadas pelo PSD, continua a avançar a criação da RNCCI.

Numa reunião plenária no dia 18 de abril de 2001, I série - número 7, vozes do CDS-PP questionam o que acontece “quando um utente tem alta hospitalar, que estrutura de continuidade tem? Nenhuma! Um utente acamado na sua casa que cuidados tem? Nenhum! E uma simples consulta domiciliária?”. Desta feita, cumulativamente com as alterações demográficas, como por exemplo, o aumento do envelhecimento em Portugal e da dependência transportaram a carência de encontrar respostas adequadas para apoio de pessoas em situação de dependência. Houve assim, a necessidade de delinear uma estratégia para o desenvolvimento de um grupo de serviços apropriados, nos âmbitos da Saúde.

No Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de novembro, fomentado pelo XV Governo Constitucional, gerada a rede de cuidados continuados, na perspetiva de criar a exclusiva legislação de uma vertente que complementar as redes atuais de cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários. As instituições privadas e as IPSS, com ou sem fins lucrativos, referidas no Decreto-Lei supra citado são enaltecidas pelo serviço prestado,

até ao momento, ao SNS e, inclusivamente, impulsionadas a amplificar o setor dos cuidados continuados.

A 16 de Outubro de 2003, X Legislatura 2ª sessão legislativa (2003-2004), apresentada e debatida a proposta de Lei n.º 97/IX, foram apresentadas as grandes opções do plano para 2004. Após ter sido aprovado o diploma que concebe a Rede de Cuidados Continuados, estão as ARS e os hospitais de agudos na propriedade de um utensílio que lhes irá consentir, em estreita articulação com entidades sociais e privadas, prestar cuidados redobrados aos utentes crónicos. Assim, esta rede é composta por todas as entidades públicas, sociais e privadas, competentes à prestação de cuidados de saúde designados a divulgar, restabelecer e preservar a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos, necessitados dos mesmos em resultado de doença crónica ou degenerativa, ou por alguma outra razão física ou psicológica passível de acarretar a sua delimitação funcional ou dependência de terceiros.

A 30 de Abril de 2004, foi referido pelo Partido Socialista que a grande maioria dos serviços hospitalares de agudos permaneciam sobrecarregados de utentes que se encontram sem justificação de permanência daquele tipo de cuidados ou que são identificados como casos sociais, uma vez que não existem respostas, que apesar de eventuais custos iniciais na instalação, trariam inúmeras vantagens no futuro em termos de racionalização nas despesas do SNS.

No ano de 2004, Luís Filipe Pereira, Ministro da Saúde afirmou que as unidades hospitalares de agudos permaneciam sobrelotados de utentes que se encontravam em situação de não necessitarem de cuidados hospitalares permanentes, ou que são casos sociais, uma vez que não existem respostas na comunidade suficientes, seriam múltiplas as vantagens futuras em termos de racionalização nas despesas do SNS. Como resultado do Decreto-Lei nº 281/2003, revelaram-se como promotoras principais, as misericórdias destes serviços, o que levou à criação de um protocolo de cooperação, a 29 de maio de 2004, concebido entre a União das Misericórdias Portuguesas e o Ministério da saúde.

A continuação de ambição pressupôs um modelo de intervenção incluído e articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o estado como primordial estimulador. O modelo necessário para combater as lacunas existentes, teria de se situar como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de estrutura comunitária e os de internamento hospitalar.

Após terem sido identificados os principais problemas, tais como a sobrelotação das unidades hospitalares, as alterações demográficas, o aumento do envelhecimento em Portugal e da dependência transportaram a carência de encontrar respostas adequadas para apoio de pessoas em situação de dependência.

A criação da medida da RNCCI, surge pelo decreto-lei nº101/2006, no âmbito do programa XVII Governo Constitucional, definindo como meta a implementação de políticas de saúde, incluídas no Plano Nacional de saúde e de políticas de segurança social. Foi planeada em 3 fases, a 1ª entre 2006 e 2008, a 2ª fase entre 2009 e 2012 e a 3ª fase entre 2013 e 2016. Como é possível confirmar na imagem nº1.

Figura nº 1 - Fases de criação da RNCCI



Fonte: Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI - 2007

A RNCCI desde a sua criação sofreu alguns períodos de incerteza no que toca ao seu desenvolvimento/continuidade, pelo que serão enumerados algumas das alterações sucedidas. A crise económica que atingiu Portugal após o ano de 2008, forçou o país a assumir medidas de austeridade, na sequência da assinatura do Memorando de Entendimento, no ano de 2011, com a Comissão Europeia, Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu. Este período afetou preocupantemente a situação económica e social de muitos portugueses.

Também na direcção política do governo existiram alterações centradas na consolidação orçamental com intuito de reduzir o défice das contas públicas e o rácio da dívida. No entanto, para que fosse possível de acontecer, sentiu-se a necessidade de

destinar medidas de austeridade, que espontaneamente se interpretaram num crescimento de impostos, na redução da despesa pública particularmente na saúde e educação, no congelamento de salários na função pública, na diminuição da despesa com prestações sociais, entre outras (Pereirinha, 2016).

1.2 – Implementação e consolidação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi concebida com o propósito de lutar “...contra a marginalização, o abandono e o isolamento, em defesa da dignidade dos mais carenciados, combatendo, de uma maneira mais eficaz, as iniquidades e desigualdades, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos” (ACSS, 2017, p.4). É constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam (ou virão a prestar) cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias (Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – pág.4).

Tem como objetivo primordial a construção de um nível intermédio de respostas, centrado no utente, que preenchem o espaço existente entre o tratamento clínico e o regresso ao domicílio, permitindo aos utentes recuperarem a autonomia nas suas Atividades de Vida Diária (AVD) e reduzirem a sua dependência.

As unidades que prestam este tipo de assistência e que integram a RNCCI podem ser de diferentes tipologias: Unidades de Cuidados Continuados de Convalescença, Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação, Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção e os Cuidados Paliativos, as unidades de ambulatório, Equipas hospitalares e domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social (Decreto-Lei nº101/2006, capítulo IV, art – 12º).

Os Utentes podem ser admitidos na unidade de saúde através da referência hospitalar ou domiciliária, tal como consta na Tabela I (Decreto-Lei nº101/2006, capítulo V, artº - 32º).

Tabela 2 - Entidades de referência para a RNCCI

Através do Hospital	Através do Domicílio
A Equipa de Gestão de Altas (EGA) do hospital, após avaliação, verifica se a pessoa beneficia da integração numa UCCI. Caso seja necessário, a proposta desta equipa é apresentada à Equipa Coordenadora Local (ECL).	A pessoa e/ou familiares devem contactar o centro de saúde através do Médico de família, Enfermeiro ou Assistente social. A proposta de ingresso na RNCCI é apresentada por estes profissionais do centro de saúde à ECL.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, admite utentes em situação de dependência funcional temporária (por estar a recuperar duma doença, cirurgia, reabilitação funcional), dependência funcional prolongada, como são exemplo, os AVC'S, doenças de foro neurológico, Alzheimer, neoplasias, esclerose amiotrófica entre outras. Perante este perfil, é possível constatar que nas unidades existem situações de elevada gravidade que conduzem a dependência total ou parcial dos utentes. A população alvo das unidades são utentes de qualquer área geográfica, que se encontram em situações de dependência, perda de autonomia e que carecem da continuidade de intervenções de saúde e de apoio. Independentemente da sua idade, qualquer utente recebe cuidados de saúde física, psicológica e social, sendo que o objetivo é ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia, melhorar a funcionalidade e maximizar a sua qualidade de vida. Recebe também utentes que surjam com uma doença severa, em fase avançada ou terminal (RNCCI, 2010).

A RNCCI tem como base um modelo de intervenção articulada que integra diferentes tipos de unidades e equipas de prestações de cuidados de saúde e de apoio social, e o modo de funcionamento é baseado na interceção com os diferentes níveis de cuidados de saúde do sistema de saúde e também numa articulação crucial com os vários serviços e equipamentos do sistema da segurança social. Na RNCCI deve existir uma articulação que garanta a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados bem como a coordenação entre os vários setores e recursos a nível local. A intervenção é baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objetivos. Deste modo, a RNCCI deve assegurar uma prestação de cuidados de saúde eficaz, efetiva

e oportuna que satisfaça as carências dos cidadãos e que favoreça a otimização dos recursos existentes (RNCCI, 2010).

A nível nacional a RNCCI é coordenada, conforme a constituição e competências por um despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. A nível regional a coordenação da rede é distribuída por cinco equipas constituídas por representantes de cada ARS e dos centros distritais da segurança social, definida através de um despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. As Equipas Coordenadores Regionais (ECR) colaboram na articulação com as equipas de coordenação a nível nacional e local, assim, asseguram o planeamento, a gestão e a avaliação da RNCCI. As ECR'S, tendo por base o artigo 10º do Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho, desempenham determinadas competências como por exemplo: “Acompanhar, controlar e avaliar os resultados dos contratos e das atividades realizadas; garantir uma boa articulação com e entre os grupos coordenadores locais; estimular o sistema de informação que suporta a gestão da Rede; impulsionar a divulgação da informação adequada à população sobre a origem, número e localização das unidades e das equipas da Rede”. No que diz respeito à coordenação de nível local (ECL), esta é assegurada por uma ou mais equipas, constituídas por representantes da ARS e da segurança social, sendo que nesta equipa deverá estar sempre integrado um médico, um enfermeiro e um assistente social. As ECL's asseguraram o acompanhamento e a respetiva avaliação da Rede a nível local. Compete-lhes, designadamente, segundo o artigo 11º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho: “Identificar as necessidades e indicar à coordenação regional respostas para essas necessidades; alimentar o sistema de informação que suporta o funcionamento e gestão da rede.” Este modelo de coordenação e de gestão da RNCCI pretende, mediante uma articulação eficaz das diferentes equipas coordenadores o funcionamento adequado da rede, garantindo assim uma adaptação das respostas às diversas carências que existem na área da saúde, principalmente no que diz respeito à dependência.

1.3 - Tipologias que constituem a RNCCI

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é composta por diversas tipologias, entre elas:

A Unidade de Média Duração e Reabilitação que tem por finalidade a estabilidade clínica, a avaliação e a reabilitação integral do utente. O tempo de internamento previsível é até 90 dias, com a possibilidade de prolongamento, caso o mesmo se justifique. É uma resposta para pessoas que sofrem de doença aguda ou de necessidade de regulação de doença crónica, que perderam a sua funcionalidade e autonomia, mas ainda podem recuperá-la e que necessitem de cuidados de saúde, reabilitação e apoio social que não podem ser assegurados em domicílio, ou seja, “... visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência em situação clínica, decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico...” (Manual do Prestador, 2011, p. 9).

“A Unidade de Média Duração e Reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.” (art. 16º do D.L. 101/2006 de 6 de junho).

Pretende-se, com esta tipologia, responder a necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde e evitar permanências desnecessárias em hospitais de agudos; contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos; reduzir a utilização desnecessária de unidades de internamento de convalescença e de longa duração; promover a reabilitação e a independência dos utentes.

Os cuidados a prestar nas Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação destinam-se, fundamentalmente, à reabilitação, manutenção e apoio social e à reintegração dos utentes no seu meio habitual de vida, em condições da maior autonomia possível.

A Unidade de Longa Duração e Manutenção é dirigida para a prestação de cuidados a utentes que apresentam diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não podem ser prestados no domicílio ou mesmo em resposta social. Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, auxiliando o conforto e a qualidade de vida. O internamento previsível é igual ou superior a 180 dias. Neste sentido, esta tipologia de internamento tem como objetivo primordial proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da

situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos e previsível de 180 dias (Manual do Prestador, 2011, pp. 9-10).

“A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.” (art. 17º do D.L. 101/2006 de 6 de junho).

Comportam também com a tipologia de Descanso do Cuidador, onde é possível proporcionar um internamento a utentes com dificuldades de apoio familiar ou cujo principal cuidador tem necessidade de descanso, podendo a duração do(s) respetivo(s) internamento(s) com limite anual de 90 dias”, referido no nº3 da Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2008. Esta tipologia permite aos cuidadores descansarem por um período de um mês até três vezes por ano, permitindo aos mesmos não descuidarem da sua saúde física e mental.

“As Unidades de Longa Duração e Manutenção podem proporcionar um internamento a doentes com dificuldades de apoio familiar ou cujo principal cuidador tem necessidade de descanso, podendo a duração do(s) respetivo(s) internamento(s) ser de duração inferior a 90 dias, com limite anual de 90 dias.” (nº3 da Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2008).

No que concerne à Unidade de Cuidados Paliativos, esta tem como principal objetivo garantir um apoio global aos utentes, oferecendo-lhes cuidados de saúde rigorosos que contribuam para o seu conforto, dignidade e qualidade de vida. Deste modo, é uma resposta que se destina “... a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.” (Manual do Prestador, 2011, p.10).

A Unidade de Cuidados Paliativos, segundo o Artigo 19º do Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho,

“é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para assistência, tratamento e supervisão clínica a utentes que se encontrem com uma situação clínica complexa e de processo de recuperação decorrentes de doença severa e/ ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.”

A Equipe Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, tendo em conta o artigo 25º do Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho, os serviços que esta equipa dispõe, consistem em, segundo o artigo 26º: Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados. No que diz respeito à tipologia de equipas domiciliárias da RNCCI, são as equipas de cuidados continuados integrados e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

Segundo o Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho, a Unidade de Dia e Promoção da Autonomia, *“é uma unidade de promoção de autonomia e apoio social, que funciona em regime ambulatorio, a indivíduos com diferentes graus de dependência e que não reúnem condições para serem tratados no domicílio.”* Esta resposta atua em simultâneo com unidades da rede e/ou com as respostas sociais já existentes. O funcionamento da unidade tem a duração, no mínimo, de 8h diárias por dia, no mínimo nos dias úteis.

No ano de 2010, com o decreto-lei nº 8/2010 de 28 de janeiro, surgem as equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado a utentes com doença mental grave e que resulta em incapacidade psicossocial ou que se encontram em situação de dependência de terceiros. A integração da mesma na RNCCI, possibilitou que a rede tivesse resposta com necessidades de saúde mental criando assim diversas tipologias adequadas às necessidades dos utentes.

Pelo Despacho nº 1269/2017, de 6 fevereiro, iniciaram-se experiências-piloto de CCI de Saúde Mental, apresentando-se assim como um marco na concretização do Programa Nacional para a Saúde Mental o que concerne a implementação de uma política de Saúde Mental em concordância *“com o paradigma da integração psicossocial e de redução do estigma e discriminação da pessoa com doença mental”*.

A tipologia onde recai a presente dissertação é a de Convalescência que é dirigida a pessoas que já não necessitam de cuidados hospitalares de agudos, mas que devido à sua situação de doença súbita, recorrência ou descompensação do processo crónico, requeiram cuidados de saúde que, devido a sua frequência e complexidade ou duração, não podem ser prestados no domicílio. Assegurando desta forma reabilitação funcional intensiva, cuidados médicos permanentes, e todos cuidados necessários para o bem-estar do utente. Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida num período de previsivelmente 30 dias (Carvalho, 2012). A nível internacional desde os séculos XVIII e XIX foram implementadas estruturas denominadas de Convalescência, com o intuito de serem prestados cuidados básicos de higiene e alimentação. A tipologia

de Convalescência tem a mesma designação, contudo não mantem a mesma relação com as funções que desempenhou anteriormente, é “uma estrutura velha vestida de novo”. (UMCCI, 2006).

Segundo o Relatório de Monitorização da RCCNI (2019), a tipologia de convalescência tem o intuito de estabilizar clinicamente os utentes e ao nível funcional, de reabilitar globalmente os utentes que se encontram com perda de autonomia devido a episódio agudo ou repetição de processo crónico que não necessita hospitalização, mas que requer cuidados e tratamento clínico. É vista como um complemento da rede do SNS. A previsão de internamento relativamente aos objetivos traçados é um período de 30 dias consecutivos, exceto se aquando de reunião de equipa a mesma for unânime com a solicitação de prorrogação. Em caso de necessidade de prorrogação por critérios clínicos ou sociais é apresentada a proposta à Equipa Coordenadora Local e à Equipa Coordenadora Regional.

A tipologia de Convalescência é um ponto intermédio entre a alta do hospital de agudos e o regresso ao domicílio ou integração em resposta social “(...) é um recurso intermédio de apoio à recuperação pós-hospitalar e prévia ao regresso ao domicílio” (UMCCI, 2006, p. 15), a fim de colmatar as dificuldades sentidas no período de transição de resposta.

Na Unidade de Convalescência, são assegurados cuidados permanentes tanto de enfermagem como médicos, exames complementares de diagnóstico, prescrição e administração de medicamentos; Cuidados de fisioterapia, terapia da fala e de terapia ocupacional; Apoio psicológico e social; Higiene, conforto e alimentação e convívio e lazer (DGS, 2015).

Segundo o Relatório de Monitorização da RCCNI (2019), os motivos das propostas de referenciação dos utentes para esta tipologia de cuidados são a dependência nas atividades de vida diárias com 94% e a prestação de ensinamentos aos utentes/cuidadores informais com a percentagem de igualmente 94% e em terceiro lugar a reabilitação com 93% (figura nº 2).

Figura 2 - Motivos de referenciação para a RNCCI

	ECCI	UC	ULDM	UMDR	Nacional
MOTIVOS					
Dependência AVD	87%	94%	86%	95%	90,0%
Ensino utente/Cuidador informal	92%	94%	80%	92%	89,5%
Reabilitação	51%	93%	19%	89%	62,2%
Cuidados pós-cirúrgicos	16%	41%	3%	24%	20,6%
Tratamento de Feridas/Ulceras de pressão	32%	3%	14%	7%	15,4%
Doença Cardiovascular	11%	17%	11%	19%	14,5%
Gestão regime terapêutico	9%	2%	38%	3%	13,0%
Portadores de SNG/PEG	5%	2%	16%	8%	7,7%
Úlceras de pressão múltiplas	12%	1%	6%	4%	6,0%
Descanso do Cuidador	2%	0,1%	46%	0,7%	11,3%
Manutenção de dispositivos	4%	1%	10%	1%	4,1%

Fonte: ACSS

No que diz respeito à referenciação dos utentes para integração na tipologia de Convalescência a mesma no ano de 2019 aumentou 8,1% com variação entre as regiões (imagem nº 3).

Figura 3 - Utentes referenciados para UC no ano de 2019

Tipologia	Utentes Referenciados		Variação %	Variação
	2018	2019		
UC	7.617	8.232	8,1%	615

Sendo que, no ano de 2019, 90,8% destes utentes foram referenciados por hospitais e o tempo de espera até integração nas mesmas na região Norte verifica-se uma média de 9,7 dias, no Centro 9,8, e a maior no Alentejo 29,1, sendo que no ano de 2018 o período estimado de admissão nas UC's a nível nacional diminuiu de 41 para 40 dias a nível nacional. A taxa de ocupação no ano referido na presente tipologia correspondeu a 89% com um total de 8.232 utentes referenciados.

Através da Portaria nº 17/2020 de 24 de janeiro, constam os valores a adotar através da Portaria nº 1087 -A/2007, de 5 de setembro, onde se encontra o protótipo de

financiamento da RNCCI, mas também estipulados valores relativamente aos cuidados de apoio social e de saúde nas unidades de ambulatório e de internamento da RNCCI.

Figura 4 - Preços das tipologias da RNCCI

Tabela de preços para as experiências piloto da RNCCI		
(em euros)		
Tipologia de cuidados	Encargos com os cuidados de saúde	Encargos com os cuidados de apoio social
I. Diárias de internamento por doente		
Unidade de Convalescença	83,30/utente/dia	-
Unidade de Média Duração e Reabilitação	42,95/utente/dia	17,35/utente/dia
Unidade de Longa Duração e Manutenção	6,66/utente/dia	27,34/utente/dia
Unidade de Cuidados Paliativos	83,30/utente/dia	-
II. Ambulatório		
Unidade de Dia e Promoção da Autonomia	427,81/valor global mês para 10-15 utentes	
<small>Fonte: Portaria nº 994/206 de 6 de Setembro, publicada no D.R., 1ª série, nº 181, de 19 de Setembro</small>		

É possível verificar que os valores máximos pagos pelos utentes sofreram alterações ao longo dos anos. Na tipologia de Convalescença, o valor é pago somente pela Segurança Social, como também em Cuidados Paliativos. Na tipologia de UMDR o valor inicial era de aproximadamente 17,35€ (figura nº4) e atualmente (figura nº5) encontra-se em 20,55€ máximo diário. Na tipologia de Longa Duração e Manutenção o valor inicial aproximadamente 27,34€, nos dias de hoje são aproximadamente 33,36€ diários.

A comparticipação disponibilizada pela Segurança Social relativamente aos internamentos pagos, é calculado e atribuído mediante critérios, tais como: se os utentes são isolados, agregado único, os rendimentos em caso de ter mais pessoas no seu agregado, os depósitos bancários, ações e outros ativos financeiros (Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – pág.10).

Figura 5 - Preços atuais da RNCCI

ANEXO I

(a que se referem o n.º 1 do artigo 4.º, o n.º 1 do artigo 10.º e o n.º 1 do artigo 12.º)

Tabela de preços aplicáveis às unidades de internamento da RNCCI e UCP-RNCCI

Tipologia	Encargos com cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia).	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utentes/dia)	Total (utente/dia)
Unidades					
I — Unidades de internamento:					
I.1 — Unidade de Convalescença	93,85 €	15,57 €	—	—	109,42 €
I.2 — Unidade de Média Duração e Reabilitação	57,84 €	12,45 €	20,55 €	—	90,84 €
I.3 — Unidade de Longa Duração e Manutenção	20,47 €	10,37 €	33,36 €	1,28 €	65,48 €
II — Unidade de Cuidados Paliativos	93,85 €	15,57 €	—	—	109,42 €

114385199

(Portaria n.º 140/2021 de 8 de julho, *Diário da República*, n.º 131, Série I de 2021-07-08. Ministério da Saúde)

No Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, de acordo com informação disponibilizada pela ACSS relativamente ao ano de 2005, é possível verificar um crescimento do número de camas das diferentes tipologias. No final do ano de 2007 a RNCCI possuía 1.808 camas, sendo que em 2015 o número aumentou para 7.759 camas. No Relatório de Monitorização da RNCCI do 1º semestre do ano de 2020 é possível constatar que o número de camas se encontra em 15.540 camas, verificando – se assim um crescimento desde a criação da RNCCI de 1.808 camas para 15.540 camas. Deste modo, é possível afirmar que a criação da RNCCI teve bastante impacto na população, permitiu libertar e não sobrecarregar as unidades hospitalares, mas também apoiar toda a comunidade em situação de dependência.

O Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS), demonstrou através do Relatório de Primavera 2018, que as UCCI's permanecem distantes do ideal de cobertura da população, nomeadamente ao nível dos cuidados pediátricos. No despacho 176-D/2019, a 04 de janeiro foi criada a comissão nacional de coordenação da rede nacional de cuidados continuados integrados (CN RNCCI).

Miguel Fausto da Costa, representa o Ministério da Saúde e divide com Ana Gomes a coordenação nacional da RNCCI no ano de 2019, onde esclarece que nos últimos anos uma das apostas da RNCCI é o fortalecimento da resposta domiciliária de forma a

possibilitar algum alívio nas unidades de internamento, uma vez que são fulcrais quando o utente já não reúne critérios para permanência em internamento e verifica-se a possibilidade de retorno ao domicílio.

No ano de 2020, foram contratadas 800 camas para UCCI's e iniciaram funções as primeiras Unidades de Dia e Promoção de Autonomia.

1.4 - Avaliação ou balanço da implementação da RNCCI

Relativamente à avaliação das respostas da RNCCI, é uma das respostas com mais procura na comunidade, uma vez que esta assegura cuidados de saúde e sociais a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade a Rede tem vindo a crescer por todo o país. Apesar desta melhoria ao nível da prestação de cuidados de saúde, ainda existe uma grande preocupação no que diz respeito ao tempo de espera, mas também sobre a lista de espera para ingressar na Unidade. Estes fatores devem-se ao facto de existir necessidade de criação de mais camas nas Unidades, ou até mesmo a criação de mais unidades e equipas nas diversas tipologias. Com isto, a realidade é que apesar do reforço positivo que a RNCCI tem tido na saúde, ainda existem muitas lacunas no que diz respeito a respostas sociais no nosso país, seja na falta de vaga na RNCCI, seja na falta de vagas nas respostas posteriores aos internamentos na RNCCI, ou até mesmo na falta de respostas sociais para determinados de utentes com situações mais complexas.

Existe uma taxa de ocupação elevada, dando destaque a tipologia de ULDM com 97%, apresentando também as outras tipologias valores elevados.

No Relatório de Monitorização da RNCCI do 1º semestre do ano de 2020, consta que aquando da criação da RNCCI as camas correspondiam a um total de 1.808, sendo que atualmente consta um valor aproximado de 15.540 refletindo-se num crescimento da RNCCI. Deste modo, é possível afirmar que a criação da RNCCI teve bastante impacto na população, como referido na parte inicial do presente trabalho, permitiu libertar e não sobrecarregar as unidades hospitalares, mas também apoiar toda a comunidade em situação de dependência.

José Bourdain (presidente da ANCC) refere que, para uma melhoria da RNCCI seria necessário ser concretizada uma avaliação adequada dos custos envolvidos nos internamentos dos utentes, o pagamento como já referido acontecer atempadamente e indispensavelmente o aumento do número de camas disponíveis. É preciso aumentar sobretudo a tipologia de Longa Duração e a Média Duração onde se verificam taxas de

ocupação elevadas e com elevado número de utentes em espera, que em alguns casos se podem encontrar em unidades hospitalares a sobrecarregar as mesmas. O Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS), demonstrou de forma publica o Relatório de Primavera 2018 onde são anunciados dados sobre o SNS preocupantes, uma vez que foi possível averiguar que as UCCI's permanecem distantes do ideal de cobertura da população, nomeadamente ao nível dos cuidados pediátricos.

A 21 de dezembro de 2020, II Série-A — Número 49 - XIV Legislatura 2.^a Sessão Legislativa, foi referido em debate parlamentar que no ano de 2021 o governo iria reforçar a capacidade de resposta da RNCCI, com o aumento do número de UCCI's ou camas, principalmente nas áreas geográficas onde se verifica um défice, mas também referiu o aumento das respostas da saúde mental e dos cuidados paliativos num montante de aproximadamente de 27 725 000 €.

Uma das dificuldades com que os profissionais que trabalham em UCCI's se deparam é quando a referenciação é feita de acordo com os critérios clínicos e sem serem consideradas outras necessidades dos utentes, o que acontece muitas vezes, devido à desigual acessibilidade, é que os utentes são colocados longe da sua área de residência. Esta distância condiciona a reintegração social, dificulta a preparação da alta, condiciona a forma como as famílias ou os cuidadores acompanham e participam no processo de reabilitação do utente assim como, na delineação dos objetivos a atingir.

No ano de 2020, foram contratadas 800 camas para UCCI's e colocadas a exercer as primeiras Unidades de Dia e Promoção de Autonomia.

Com a criação da RNCCI em 2006, nasceu um novo direito para todos os cidadãos portugueses, todas as pessoas idosas ou com dependência foram atendidas pelo Sistema Público, garantindo-se assim o acesso aos serviços de saúde e sociais públicos, mais adequados às suas necessidades. Cumpre-se então o regulamentado pelo artigo 64º da CRP, em que todos têm direito à proteção da saúde, através de um serviço nacional de saúde universal e geral que tem em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos e que é tendencialmente gratuito.

Os Cuidados Continuados vieram agilizar o processo de regresso ao domicílio dos utentes em fase de dependência que se encontrem internados em hospitais de agudos, facilitando o papel dos cuidadores e permitindo o acesso a cuidados de saúde especializados e diferenciados. Isto é, a RNCCI é um novo tipo de cuidados, que se situa entre o hospital e a comunidade e que assenta num modelo de respostas intersectoriais,

onde são tidas em conta todas as questões sociais e de saúde do utente, numa tentativa de tratar e cuidar holisticamente do indivíduo.

Relativamente aos utentes que se encontrem no domicílio a RNCCI, nomeadamente as ECCI vieram permitir que os cuidados pudessem ser prestados no seu ambiente, garantindo desta forma uma maior permanência dos doentes no seu domicílio, com os consequentes ganhos em bem-estar e também financeiros.

A RNCCI é um projeto inovador, pertinente e abrangente no que diz respeito à prestação de cuidados. Visa ser uma resposta única em termos de saúde e de apoio social. Esta articulação entre a saúde e o social, tem tido cada vez mais importante na qualidade dos serviços e na satisfação dos utentes.

Com base na pesquisa efetuada, é possível afirmar que a avaliação da RNCCI no seu geral é positiva e prevê-se continuidade da mesma com aumento/alargamento de unidades e camas para se conseguir dar resposta ao maior número de pessoas quer seja em unidade de internamento quer seja em ambulatório.

Capítulo 2. A emergência do Serviço Social na Saúde

O Serviço Social é considerado desde o início do século XX uma das áreas disciplinares que integra as equipas de saúde.

De acordo com Santos (2017 p.34) no ano de 1903 Richard Cabot, médico, contratou Garnet Isabel Pelton, que era trabalhadora social, para a sua clínica de medicina no Massachusetts General Hospital, em Boston. Segundo Masfret (2012) existia a necessidade de um profissional de Serviço Social integrar a equipa devido à relevância dos aspetos sociais na evolução e recuperação de saúde dos utentes. Assim, é criado o primeiro posto de trabalho para uma assistente social hospitalar.

Segundo Santos (2017 p.34) o Serviço Social surgiu em contexto hospitalar a fim de reforçar e garantir a eficácia dos tratamentos prestados pela área clínica. Entende-se como uma das funções do Serviço Social na Saúde, o apoio aos indivíduos em situação de exclusão ou vulnerabilidade social. Mas também, promover o desenvolvimento do processo de trabalho na área da saúde de forma a promover a acessibilidade aos utentes. Verificou-se assim uma nova tendência para os cuidados de assistência para o bem-estar

dos indivíduos, como também com cuidados de âmbito social que afetavam de modo oblíquo a saúde dos indivíduos.

Os Hospitais Mount Sinai Medical Center e Bellevue Hospital, situados ambos em Nova Iorque, iniciaram o recrutamento de profissionais para integrarem departamentos de Serviço Social na Saúde. Minnick no ano de (1908), secretário da COS de Providence reivindicava a relevância de incluir nos Hospitais o Serviço Social de forma a suplementar os cuidados médicos prestados aos utentes. Sendo que, segundo Pelton (1910) o objetivo do Serviço Social em contacto hospitalar era o “*diagnostico social, o prognóstico e o tratamento*”.

2.1 - A génese do Serviço Social Português na área da saúde

O Serviço Social Hospitalar em Portugal implementou-se no Hospital Universitários de Coimbra, em 1941, seguindo-se a sua inserção no Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos em Lisboa, no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa e difundindo-se a partir daí (Martins, 1995, p. 17-34).

A integração de profissionais nestas unidades hospitalares teve continuidade nas décadas seguintes com a publicação da lei da organização hospitalar, a Lei n.º 2011 de 02 de abril de 1946. Em Portugal, a Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946, decreta o planeamento dos serviços em termos genéricos, a primeira consagração do direito profissional do Serviço Social em contexto hospitalar. Visa as respostas em saúde, entre elas centros de convalescença e readaptação; hospícios e hospitais especializados para tratamento de doenças infectocontagiosas (Branco & Farçadas, 2012). O estado conferia auxílio às iniciativas privadas que se encontravam a formar agentes do Serviço Social. Deu-se início a um projeto de construção de hospitais que foram concedidos às Misericórdias.

O Serviço Social emerge assim associado ao assistencialismo e misericórdia, a vertente assistencialista surge no seguimento de a maioria da população ser analfabeta, com poucas capacidades financeiras, não beneficiavam de nenhum sistema de direitos e de proteção social e predominava o setor primário. No que diz respeito ao âmbito político, a institucionalização do Serviço Social em termos de formação profissional decorreu no período do Estado Novo, com um estado corporativista que era caracterizado pela delimitação dos direitos e das liberdades individuais.

De acordo com Branco (2009) num primeiro momento os profissionais de Serviço Social canalizavam o seu saber para a política de assistência social corporativa, sendo que se verificou uma necessidade de expansão das áreas de intervenção, incluindo o contexto hospitalar, no período pós II Guerra Mundial. Segundo Ferreira (2008) a posição reguladora e empregadora do Estado proporcionou aos profissionais de Serviço Social um incentivo à sua atividade.

Na década de 70 estendeu-se o Serviço Social aos centros de saúde locais e distritais, uma vez que foi considerado pertinente a sua implementação nos cuidados primários. Segundo Santos (2017, p.35) na década de 70 cabia aos profissionais de Serviço Social:

“1) definir, planear e avaliar a política de saúde da área geográfica abrangida; 2) colaborar com outros profissionais e serviços do Centro de Saúde; 3) elaborar ou participar na elaboração de projetos ligados ao planeamento familiar, alcoolismo, droga e alimentação; 4) coordenar a equipa de voluntários; 5) participar na recuperação e acompanhamento dos utentes.”

Após a revolução de 25 de Abril de 1974, as escolas manifestaram interesse em investigar, devido às transformações ocorridas na sociedade portuguesa, pois exigiam novas respostas do Serviço Social, levando ao reequacionar da profissão que conduz à adoção de uma metodologia

No ano de 1974 surgem as condições políticas e sociais que permitiram a criação do Serviço Nacional de Saúde, com a implementação da democracia em Portugal, a profissão de Assistente Social reconstruiu-se e formulou uma imagem atualizada com intervenções inovadoras (Marques e Mouro, 2004).

No ano de 1976 foi aprovada a nova Constituição, artigo 64.º onde consta que todos os indivíduos têm direito ao apoio da saúde e a incumbência de a proteger e promover a igualdade entre géneros. Esse direito efetiva-se através da conceção de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados médicos preventivos, de reabilitação, bem como uma racional e eficaz cobertura médica e hospitalar de todo o país.

Nos anos 80 foram consolidados nos centros de saúde o exercício do Serviço Social, através da aprovação de novo regulamento dos Centros de Saúde (Despacho Normativo n.º97 de 22 de abril de 1983).

Tal como nos diversos setores de atividade do Assistente Social, também a intervenção na área da saúde se guia pelo Código de Ética adotado pela Federação Internacional dos assistentes sociais, onde se encontram espelhados os direitos humanos e a justiça social como aspetos fulcrais para o desempenho destes profissionais.

No que toca a reestruturação dos Centros de Saúde, a APSS (Associação dos Profissionais de Serviço Social) através do núcleo de trabalho para os Cuidados de Saúde Primários, manifestou-se relativamente ao Serviço Social no quadro dos ACES a 31 de setembro de 2008, principalmente na inserção da profissão na atividade dos novos ACES. Referem ainda a necessidade de repensar a presença permanente a fim de reestruturarem os rácios dos assistentes sociais por habitante (Guadalupe, 2011 p.99 e seg.).

Entre os anos de 1990 e 2006 Portugal assistiu períodos de evolução e modernização a fim de alcançar padrões e valores europeus, elaborando políticas ativas, participativas e concentradas nas necessidades dos indivíduos. Para os assistentes sociais um dos recentes marcos de crescimento foi a sua integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no ano de 2006, onde se encontra presente a área da saúde e da segurança social.

2.2. - A intervenção dos assistentes sociais no contexto da saúde

A ação profissional do assistente social no domínio da Saúde tem uma herança associada à perspetiva assistencialista, cujas ações passam essencialmente pela atribuição de apoios monetários abrangidos pelo Instituto de Segurança Social, I.P. Porém, o funcionamento da *praxis* do Assistente Social assenta numa dimensão operativa no que toca à

“(...) criação de condições objetivas para a realização do processo coletivo de trabalho em saúde e, sobretudo, para viabilizar o acesso dos “excluídos” aos serviços existentes, apresentando-se como um elemento facilitador para os utentes nas unidades de saúde” (Costa, 2000. Citado de Carvalho, 2012, p.15).

A saúde ao longo dos anos tem sido uma das principais áreas de atuação dos assistentes sociais, sendo que ao longo do processo de implementação nas diversas áreas da saúde verificou-se uma relação histórica influenciada pelo próprio desenvolvimento dos conceitos de saúde que transitam de uma visão biomédica, para uma perspetiva

biopsicossocial, o que permite olhar o utente como um todo e não como a soma de partes (Guadalupe, 2011). Neste sentido, para Colom (2000), o Assistente Social tem uma função abrangente, uma vez que possui conhecimento globalizante do utente, sociofamiliar e funcional aquando do acolhimento/abordagem aos utentes, sendo um elemento de ligação entre as unidades, as famílias e os serviços da comunidade da área social e de saúde.

“O desempenho destes profissionais desenvolve-se tanto ao nível do apoio psicossocial ao doente e família, como ao da articulação dos serviços, internos e externos, assegurando a ligação à rede de suporte ao doente e família, onde se inscreve o planeamento da alta. Este é o processo realizado com o doente e/ou familiar cuidador para verificar e decidir o que é necessário para uma transferência segura e serena do doente de um nível de cuidados para outro nível de cuidados.” (DGS, 2006, p. 09)

Os assistentes sociais estão inseridos na equipa multidisciplinar, o que permite aos mesmos a troca de experiências, deparando-se assim com situações muito complexas que tornam necessário efetuar um trabalho de equipa integrado, contínuo e coordenado, que possibilite a compreensão do utente e as suas dimensões biopsicossociais (biológicas, psicológicas e sociais) como um todo. A sua missão é sobretudo enfatizar a relevância dos fatores psicossociais, determinantes no tratamento, na reabilitação, na readaptação e na reintegração dos utentes nos ambientes sociais, ajudando-os no desenvolvimento de todas as suas potencialidades.

Na atuação dos assistentes sociais, quer no âmbito da Saúde ou noutra área de atuação é crucial existir uma relação de proximidade com os indivíduos, sendo que segundo Granja (2008), a conceção de proximidade e interação com os sujeitos, fulcral gerar um clima acolhedor, uma vez que *“é uma preocupação presente e conseguida pela manifestação de empatia e confiança, pela compreensão dos problemas, pela permanente reflexão do profissional sobre os seus próprios valores e sua pertinência para a interação e resolução dos problemas das populações”*. No mesmo sentido, Vanzini (2010) citado por Romão (2012), afirma que o Assistente Social ao conhecer a realidade de cada utente é o ponto de partida para conseguir intervir, o que significa poder concretizar todas as dimensões para decretar preferências e conseguirmos estruturar uma estratégia de intervenção.

As competências dos profissionais de Serviço Social, que são aplicadas na saúde, são orientadas por direitos e deveres constantes no código de Ética Profissional. Segundo

Kisnerman (1983) a ética é um pilar fulcral na peculiaridade do apoio que é desenvolvido com os utentes, a questão moral para os profissionais de serviço social compreende a decisão do que é eticamente correto sem colocar em causa o valor humano. Os princípios são vistos como alavanca de partida para a ação, com o intuito de não serem tomados como princípios em causa e ser atribuído ao indivíduo os seus valores crenças e tradições.

No dia 16 de maio de 2002 a Circular normativa nº8 do Departamentos de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde conferenciou funções dos profissionais de serviço social, entre elas consta:

Identificar, selecionar, investigar e registar as dificuldades e as necessidades de dos utentes no que diz respeito aos apoios sociais; elaboração de processos, normas e técnicas de intervenção social; avaliar programas e projetos de intervenção comunitária na área de influência dos respetivos serviços; garantir o seguimento dos cuidados sociais a prestar, em articulação com as entidades da comunidade; articular com os diversos profissionais do serviço de modo a assegurar a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados; envolver os utentes, famílias/pessoas significativas na procura de apoios adequados as suas características e necessidades; desenvolver um acompanhamento sistemático em situações sociais problemáticas.

É ainda função do assistente social garantir a efetivação dos direitos das pessoas, como é o caso do direito à acessibilidade, pelo que o profissional deve esforçar-se no sentido de criar condições que levem os utentes a conseguirem essa prestação de serviços, nomeadamente, agilizando processos, mobilizando recursos, estabelecendo contactos, angariando fundos e financiamentos, sensibilizando para a mudança, informando sobre direitos e deveres, quer dos cidadãos, quer das instituições, e alertando para os problemas existentes. No decorrer do seu dia a dia deve efetuar registos de todas as diligências/informações, tarefas que realizou, os relatórios complementares ao processo, o plano de intervenção de modo a ser possível delinear o plano de intervenção mais adequado e pormenorizado a cada utente.

O trabalho dos assistentes Social em rede é efetuado e articulado com outras entidades e instituições, constitui-se numa rede secundária devido à natureza formal e aos objetivos funcionais que são estabelecidos, uma vez que *“(...) referem-se a laços institucionais num âmbito estruturado e de existência oficial, que se destinam ao cumprimento de funções ou ao fornecimento de serviços”* (Guadalupe, 2009, p.56). No âmbito da prática do Serviço Social na saúde, pode-se partir do princípio de que as relações interinstitucionais integram o termo de trabalho em rede, na medida em que este

emerge da necessidade do assistente social se articular com a rede de contactos estabelecidos face aos recursos disponíveis, de modo a salvaguardar uma alta protegida dos utentes e nela assegurar a prestação da continuidade de cuidados dos mesmos. Segundo Carvalho (2012) “*acentua-se a importância da interiorização do papel do assistente social nos cuidados de saúde pelo próprio profissional*” (Carvalho, 2012:14), assumindo um papel de mediador entre os utentes e os serviços de saúde. É também mobilizador dos recursos adequados e sobretudo pertinentes às necessidades diagnosticadas, nunca esquecendo a natureza da sua identidade profissional enquanto dimensão orientadora e dimensão *focus* na concretização das tarefas delineadas e inerentes à prática.

O Assistente Social no domínio da saúde intervém em diversas áreas, divididas em cuidados primários, diferenciados, continuados. Exemplo das áreas de atuação são os Centros de Saúde, os Hospitais e as Unidades de Cuidados Continuados Integrados com principal enfoque na presente dissertação: Na vertente hospitalar, os assistentes sociais intervêm através de diversas formas, sendo possível o início da sua intervenção através do acolhimento sistemáticos em que no serviço clínico é realizada uma entrevista a todos os utentes, pelo acolhimento por triagem de indicadores críticos em que são detetados critérios que necessitam de intervenção social e ainda pelo acolhimento em regime de chamada em que os utentes são sinalizados por outros profissionais da equipa multidisciplinar dos serviços clínicos (Carvalho, 2012). Por vezes, os casos chegam também aos profissionais por pedido de ajuda dos familiares, aquando de transmissão de alta clínica e os mesmos consideram não reunir condições para continuidade de cuidados e/ou conhecem a função da intervenção social (Power & Gronen, 2015). Pode também ocorrer o encaminhamento por parte de instituições externas, dado que as instituições de apoio podem não conseguir garantir a continuidade de apoio pela necessidade de readaptar a resposta ao novo problema de saúde e/ou devido a agudização do estado de saúde do utente.

Pretende-se com a intervenção dos assistentes sociais em contexto hospitalar uma avaliação do contexto dos utentes e das pessoas significativas para os mesmos, tal como o diálogo e preparação em conjunto com os serviços disponíveis na comunidade, a fim de garantir a segurança de uma alta hospitalar (McLaughlin, 2015).

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

Segundo Branco e Farçadas (2012), no sentido inverso do contexto hospitalar, estão os cuidados de saúde primários, onde os assistentes sociais se encontram sub-representados, uma vez que nos cuidados primários na maioria das vezes contam com um profissional apenas. Referem ainda que na grande maioria estes regem-se por documentos técnicos do Ministério da Saúde. Segundo Branco (2009) na mesma linha de pensamento, com o número de assistentes sociais reduzido, as funções que desempenham baseiam-se fundamentalmente na educação para a saúde, na prevenção e pela “*humanização dos serviços e a função de advocacia social*” (p. 80).

Nos Centros de Saúde, a atuação dos assistentes sociais destina-se a todos os indivíduos que se encontrem em situação de vulnerabilidade social, particularmente em situação de pobreza, más condições habitacionais, desemprego, isolamento social, exclusão, prestação de cuidados a dependentes, entre outros. Muitas das vezes os indivíduos recorrem primeiro ao centro de saúde como meio facilitador no acesso ao SNS, é onde procuram um profissional mediador, ouvinte e orientador para a resolução das suas necessidades. O profissional após realizar o diagnóstico social identifica as necessidades e problemas de cada indivíduo, encaminha os mesmos para as diversas respostas sociais disponíveis na comunidade, sendo que em caso de necessidade é realizada visita domiciliária.

“O trabalho social num centro de saúde tem por objetivo o estudo e o tratamento dos fatores sociais que condicionam a saúde, tanto a nível individual, como familiar e sanitário, promovendo a organização da população em sua defesa”
(Amaya Ituarte citado por Mondragón e Trigueros, 1190 p.120)

A intervenção dos profissionais de Serviço Social nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados da RNCCI desenvolve-se sobretudo em torno do apoio psicossocial ao utente e aos familiares e/ou cuidadores, desde o momento da sua admissão

até ao momento da alta, com a finalidade de validar a adequabilidade de cuidados prestados às suas necessidades reais e o alcance dos objetivos estabelecidos para a alta, de modo a assegurar o processo de recuperação e/ou de reabilitação atingido durante o internamento. De acordo com o Manual de Boas Práticas para os assistentes sociais da Saúde na RNCCI (2006), o Assistente Social desenvolve funções no âmbito do acolhimento, do plano individual de cuidados, do acompanhamento psicossocial e da preparação de cuidados. Fazem parte de uma equipa multidisciplinar com o intuito de acompanhar a reabilitação dos utentes e participarem no planeamento da alta do utente. Assumem um papel crucial, uma vez que é sentido pela família como o elo entre a equipa multidisciplinar e o utente, como também um vínculo com a comunidade.

“(...)o acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados são os quatro momentos metodológicos identificados na intervenção do Assistente Social (...)” (DGS,2006, p. 9).

O assistente social deve realizar uma avaliação mediante a perspectiva de alta e dos recursos existentes para apoio, sendo que segundo o Manual de Boas Práticas para os assistentes sociais da saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2007, pp. 34-35, o profissional deve identificar as necessidades, as dificuldades ou os constrangimentos existentes, bem como as potencialidades e os recursos quer culturais, de vizinhos ou socioeconómicas, verificar as condições físicas e emocionais da pessoa identificada como cuidador.

O acolhimento para admissão do utente consiste no suporte emocional face à identificação de situação ou recuperação de doença aguda, prestação de informações, relativamente ao funcionamento da unidade, os direitos e deveres dos utentes, a gestão de expectativas quanto internamento, são recolhidas informações essenciais para a preparação de alta, (rede de suporte formal e informal, os rendimentos, a descrição familiar e quais os contactos privilegiados de internamento, situação habitacional) e definição de qual a problemática social.

O Plano Individual de Intervenção (PII), caracteriza-se por um conjunto de objetivos delineados pela equipa multidisciplinar, onde serão definidas as necessidades identificadas e planear as intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspetos clínicos como sociais. São identificados os pontos fortes, necessidades/problemas, objetivos/metapas, prazos e intervenção, tendo em conta a situação social, familiar e clínica do utente, formando assim um processo com a evolução do

estado clínico e social de cada utente. Pois, o trabalho em equipa multidisciplinar mobiliza diferentes conhecimentos e capacidades, sendo que envolvidos e interligados potencializam a eficácia e a eficiência da orientação dada (Guerra, 2019). O plano é executado em consonância com as particularidades do mesmo, com tempos previstos e metas a atingir (Manual de Boas Práticas para os assistentes sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2007).

O acompanhamento psicossocial, diz respeito ao apoio emocional que o Assistente Social presta aos utentes e aos seus familiares/pessoas significativas (o apoio ao luto, o apoio na promoção e proteção da integridade física, psíquica, emocional e comportamental), o estímulo à adesão de ensino dos cuidados, a continuidade dos cuidados, o empoderamento, com o foco em mediar e sustentar a coesão familiar e a gestão de conflitos (Carvalho, 2015).

O cariz informativo é um ato de intervenção que se baseia na transmissão adequada da informação capaz de enriquecer capacidades cognitivas, comunicativas e de ação para o dia a dia dos indivíduos. É pretendido que os utentes e familiares/pessoas significativas tenham conhecimento dos seus direitos, deveres e garantias, em igualdade no acesso de oportunidades.

A preparação da continuidade de cuidados diz respeito ao papel central do assistente social, numa posição percetiva e informativa enquanto elo entre os utentes/familiares e a equipa multidisciplinar sempre que se verifica necessário. Este consiste na abordagem ao utente e as suas pessoas de referência a fim de planeamento da prestação dos mesmos no pós alta (identificação dos profissionais e serviços/instituições para a prestação de cuidados formais ou regresso dos mesmo ao domicílio).

O assistente social potencia um bom trabalho com os utentes quando se associa ao investimento da equipa multidisciplinar e desenvolve a relação com o outro, a compreensão e aceitação das decisões tomadas pelos utentes/famílias. (Carvalho, 2015).

3 - O Planeamento de Alta da RNCCI

Segundo Borges, Teodora & Valente, 2006, p.17, o planeamento da alta define-se como “o conjunto de atividades, prosseguidas por uma equipa multidisciplinar de cuidados, ao longo do internamento, que ocorre uma transferência adaptada e em tempo útil do utente, de uma instituição para outra ou para a comunidade, e que assegura a sucessão da prestação de cuidados”. No mesmo sentido, o percurso até ao momento de planeamento da alta está inserido no sistema de saúde e tem como base inicial o

acolhimento e acompanhamento aos utentes e famílias, partindo do princípio de que os utentes irão regressar ao domicílio ou a outra resposta social. A necessidade de planear a alta de utentes internados surge com o intuito de assegurar a prestação de cuidados e a qualidade de vida no pós- alta a fim de precaver reinternamentos. É um processo contínuo, desde a admissão do utente até ao momento de alta ou transferência para outras tipologias de acompanhamento. É indispensável a explicação aos familiares/pessoas significativas no momento de admissão que o objetivo do planeamento da alta é que a mesma seja concretizada, a partir do momento em que não se justifique a permanência no internamento por motivos clínicos. A American Hospital Association define planeamento como “um procedimento centralizado, coordenado e interdisciplinar, no qual, os membros da equipa de saúde, colaboram com os doentes e suas famílias, antecipando as necessidades destes depois da hospitalização, desenvolvendo um plano que os ajudará a ganhar independência e a manter os benefícios ganhos durante a estadia no hospital” (Masfret 2012, p.18).

Segundo Masfret (2012 p. 75) o utente durante a preparação de alta é estimulado para adquirir competências/ capacidade de executar cuidados com o objetivo de seguir as indicações terapêuticas, a promoção de um bom ambiente, logística de cuidados que lhe permita ter apoio e cuidados assegurados e não coloque em causa o equilíbrio onde vai ser integrado. Defende também a continuidade de assistência quer de saúde quer de atendimento social, para que “a alta não envolva riscos para a pessoa nem para o ambiente em que está inserida”. Corresponde ao equilíbrio entre os cuidados de saúde médicos, qualidade de vida e a forma de cuidado humano (Fields,1978, cit. por Colom, 2000). No mesmo sentido, segundo Ribeiro (2012, p.65) podemos afirmar que o planeamento de alta é uma das principais funções assumidas pelo assistente social na saúde, sendo que este tem o papel de salvaguardar a alta segura e os interesses superiores dos utentes. Bem como, apresentar os recursos disponíveis na comunidade onde os mesmos assegurem a continuidade de cuidados, tendo sempre em conta o estado clínico dos mesmos e a transparência com os familiares/pessoas significativas quanto ao mesmo.

Aquando da admissão, já descrita anteriormente, são identificadas necessidades médicas, físicas, psicológicas e sociais de modo a ser elaborado um plano a executar, com objetivos a desenvolver ao longo do internamento. Sendo que os mesmos devem de ser articulados entre a Unidade, a ECL da unidade e ou a ECL da área de residência do utente (Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua, 2011). A análise do processo inicia-se com a identificação das necessidades físicas e psicossociais do utente

e do seu cuidador principal, no pós alta, devendo ser avaliadas o mais cedo possível, sendo fulcral incluir um plano de cuidados que abarque a previsão de equipamentos e serviços de apoio.

Mediante as funções assumidas pelo assistente social na realidade em destaque e alvo de análise, estas categorizam-se como fundamentais no que toca também ao devido preenchimento de indicadores integrantes dos documentos respeitantes à área do Serviço Social. Estes permitem ao profissional uma organização mais sucinta da avaliação diagnóstica dos diferentes contextos de vida dos utentes, inclusive dos fatores protetores e dos fatores de risco que possam comprometer de certa forma o seu estado de saúde e a respetiva qualidade de vida.

No mesmo sentido Gomes (2020) afirma que o programa Safely Home da Fundação King defende que no momento da admissão do utente é quando se começa o planeamento de alta hospitalar, sendo que o utente sempre que possível deve ser envolvido nas decisões inerentes a si, desenvolver um plano de intervenção com objetivos a serem trabalhados, a equipa multidisciplinar deve ser conhecedora dos elementos principais para o planeamento de alta, os cuidadores devem estar informados de todos os direitos/deveres, a continuidade dos cuidados tem de ser assegurada, verificar o cumprimento dos requisitos para a alta 24 a 48 horas antes da saída do utente. O programa referido implica que os cuidadores/utentes consigam responder a 4 perguntas essenciais, sendo elas “qual o diagnóstico? Qual o plano de intervenção para hoje? Quando vou ter alta? O que é preciso para regressar a casa?”.

Com o desenvolvimento do planeamento de alta existem vários objetivos a ter em conta, tais como: o plano de tratamentos a desenvolver com o utente e os procedimentos com a família de modo a minimizar a possibilidade de reinternamentos; procura de recursos da comunidade, a fim de perceber a disponibilidade aquando de alta; disponibilização de informação relativamente às diversas respostas da comunidade; proporcionar momentos de ensinamentos de saúde aos familiares para continuidade no domicílio em caso de necessidade. São traçados planos individuais onde constam os objetivos a serem desenvolvidos, existem reuniões multidisciplinares, onde todos os profissionais expõem as evoluções e regressões dos utentes, digamos que é a partilha de opiniões e informações relacionadas com todas as diversas áreas de intervenção e onde a informação é partilhada com os familiares (DGS, 2006). A partilha de informações com o exterior ocorre através de contacto telefónico ou de conferências familiares/

atendimentos sociais, neste procedimento é transmitido o feedback de internamento e são esclarecidas dúvidas, ou dadas informações acerca da continuidade de tratamentos/cuidados.

Em Portugal, regra geral são os cuidadores que assumem a responsabilidade pelos internamentos, continuidade de cuidados ou que manifestam essa vontade aquando alta das unidades. Contudo, ao longo dos anos tem-se vindo a verificar a indisponibilidade dos familiares uma vez que se encontram ativos profissionalmente e as respostas disponíveis na comunidade são cada vez mais insuficientes. Por outro lado, por vezes, verifica-se a desresponsabilização dos familiares e transferem a responsabilidade de assegurar cuidados / procurar resposta social para os profissionais que acompanham o utente.

Existem diferentes modelos de organização de cuidados de saúde nos diversos países, sendo que existe um conjunto de opiniões diversas entre a política de saúde e a segurança social. No Reino Unido o planeamento de alta é orientado por um guia de práticas de altas hospitalares, enquanto nos EUA os programas de seguro de saúde são obrigatórios, tais como o Veterans Health (VH), as Health Maintenance Organizations (HMOs), a Kaiser Permanente (KP) e as Accountable Care Organizations (ACO).

As Veterans Health no ano de 1930 foram concebidas a fim de prestarem cuidados aos Veteranos de Guerra, sendo constituídas pela ligação da população e de quem presta cuidados no planeamento em conjunto com a colaboração das equipas multidisciplinares (Michaels e McCabe, 2005). As Health Maintenance Organizations concebidas no ano de 1973 com principal objetivo de promover a inclusão vertical dos cuidados de Saúde, sendo que afirmam e acreditam no conceito da continuidade de cuidados de acordo com diversas implementações de diversas abordagens de logística de doenças. Esta abordagem permite que os utentes escolham o médico para prestar cuidados de saúde primários através de um inventário facultado pela organização. O médico responsável será coordenador dos cuidados a serem prestados aos utentes e também no encaminhamento para médicos especialistas. Entende-se como objetivos destas organizações a precaução e categoria dos cuidados prestados a fim de concederem os cuidados exclusivos dispendiosos (Suzano 2015 cit Carlson, 2009). As Health Maintenance Organizations são organizações disponíveis mediante pré-pagamento, onde têm como função a manutenção de saúde que conferem cuidados de saúde aos seus utentes. Tem-se vindo a observar a inclusão nas políticas de saúde, a universalidade, regulação e acessibilidade.

Ao longo dos anos manteve-se a natureza privada, a tipologia de financiamento e a liberdade de escolha. Tem vindo a ser investido nas redes de cuidados de saúde de forma articulada, disposição de informações entre profissionais e serviços e continuidade de cuidados.

Úcar (2010) afirma que a multiplicidade de contextos em que o Assistente Social atua, envolve a concretização de uma gestão contrabalançada do seu agir profissional. Harlow (2003) cit. por Mclaughlin (2015) defendem que o processo de planeamento de alta é rotineiro e protocolado. Contudo, a questão da eficiência e rapidez nem sempre é concretizável pelo facto de por vezes não ser eficiente e desadequado para a integração na comunidade de forma não preparada e planeada com todos os aspetos, pode resultar em reinternamento (Santaella, 2010).

No contexto de trabalho desenvolvido em equipa multidisciplinar é importante que as diversas profissões/funções estejam bem esclarecidas, uma vez que se acontecer, existe um melhor entendimento no que diz respeito a intervenção com os cuidadores, tal como as capacidades e competências aquando necessário enfrentar situações de adaptação e gestão dos processos (Power e Gronen, 2015). Contudo, por vezes, os profissionais que exercem atividade profissional na mesma instituição questionam diversas vezes o assistente social quanto a alta dos utentes e da sua duração e prorrogação social necessária.

Desta feita, segundo Jesus (2017) é fulcral a existência de harmonia nos objetivos a concretizar para a efetivação de alta social, gestão de tempo e acompanhamento prestado aos cuidadores e utentes. Os processos que necessitam de mais intervenção social são chamados de casos sociais na sua maioria, contudo podem ainda ser casos clínicos graves com situação social igualmente difícil. O termo de caso social pode ter diferentes interpretações para os diversos profissionais, sendo que para o profissional de serviço social depende da avaliação do contexto social e pessoal para assegurar o seguimento dos cuidados aos utentes. Um caso social é quando: A alta é protelada por critérios sociais; em situações que não possuem suporte formal que permita a continuidade de cuidados após a alta; aquando da complexidade dos processos dos utentes impossibilita a resolução e influenciam a saúde e o bem-estar dos mesmos Guerra (2015).

Parte II

Metodologia

Capítulo 3. Enquadramento Metodológico

3.1 - Problemática do Estudo

A tipologia de Convalescência é um internamento onde se pressupõe um internamento de 30 dias, sendo que ao longo do mesmo é necessário encetar todas os esforços para concretização de diligências já enumeradas para o sucesso e concretização de altas seguras num período de tempo reduzido. É função do Assistente Social ao longo do internamento da RNCCI garantir a efetivação dos direitos dos indivíduos, sendo que o profissional deve esforçar-se no sentido de criar condições que levem os utentes a conseguirem essa prestação de serviços, nomeadamente, agilizar processos, mobilizar recursos, estabelecer contactos, angariar fundos, financiamentos, sensibilizar para a mudança, informar sobre direitos e deveres, quer dos cidadãos, quer das instituições e alertar para os problemas existentes. Contudo, os assistentes sociais ao longo da sua intervenção por vezes têm vindo a deparar-se com dificuldades cada vez mais acrescidas ao nível da preparação adequada do destino pós-alta. Na grande maioria dos utentes, acontece devido à dificuldade de encontrar vagas nas respostas da comunidade para darem continuidade ao apoio formal. Por vezes, os profissionais são pressionados relativamente a concretização de altas em tempo útil, o que nem sempre é concretizável pelas respostas da comunidade e recursos que não terem disponibilidade imediata (Guerra, 2019). Segundo Monteiro (2014, p.45) assume-se como um dos aspetos que dificulta a alta dos utentes integrados nas UCCI, aumentando o estrangulamento ao nível da RNCC. A insuficiência de recursos na comunidade aparentemente condiciona o trabalho dos assistentes sociais que tem o intuito de proporcionar uma alta digna e protegida aos utentes.

Um dos aspetos que também pode condicionar a preparação de alta é a dependência funcional que se observa como retirada de muita da qualidade de vida aos indivíduos, e segundo Ioshimoto (2010, p. 423) existem estudos que demonstram que um idoso de 75 anos independente tem uma expectativa de vida cinco anos maior do que o idoso da mesma idade com dependência para AVD's. O mesmo estudo revela ainda que a expectativa de vida de um idoso dependente de 75 anos é similar a de um idoso de 85 anos independente. Assim, o impacto da dependência funcional nessa investigação significou adicionar 10 anos à idade real dos indivíduos considerados e ainda serem condenados a viver o restante da expectativa de vida de forma dependente. Deste modo, o

assistente social tem de trabalhar e realizar a articulação com os recursos disponíveis para assegurar a prestação da continuidade de cuidados dos utentes e a estabilidade do seu contexto social. Na perspetiva de Viscaret (2007) os modelos de intervenção em serviço social não possuem uma varinha mágica capaz de resolver todos os problemas, contudo permitem pensar sobre o que faz o assistente social, e ainda prever possíveis efeitos da sua atuação, explicar o que falha, criar estratégias e, o que é mais importante, incorporar o conhecimento em futuras intervenções.

3.2 – Objetivos da Investigação

Os objetivos da investigação descrevem as grandes orientações para as ações a realizar e devem estar em consonância com as finalidades do projeto, assumindo-se então como objetivos gerais da investigação (Guerra, 2002). Como objetivo geral pretende-se analisar o processo de planeamento de alta na perspetiva dos assistentes sociais na tipologia de Convalescença da RNCCI.

Os objetivos específicos exprimem os resultados que se desejam atingir de forma mais pormenorizada (Guerra, 2002), sendo que foram delineados com o intuito de aprofundar a temática da preparação de alta na tipologia de Convalescença da RNCCI com intenção de compreender quais os métodos utilizados na preparação da mesma. Este estudo pretende através da técnica de entrevista perceber como os diversos assistentes sociais planeiam as altas nas suas unidades, quais os métodos que colocam em prática e o método de organização/planeamento do trabalho.

Os objetivos específicos consistem o aprofundamento do tema referido, onde pretendendo:

- Identificar os desafios/necessidades que são enfrentados pelos profissionais ao longo do internamento dos utentes integrados na tipologia de Convalescença.
- Identificar e analisar os aspetos mencionados com mais frequência no processo de decisão sobre a continuidade de prestação de cuidados aquando da alta;
- Compreender as estratégias de adaptação e suporte utilizadas pelos profissionais para fazer face às dificuldades de um internamento que pressupõe de 30 dias;

3.3 - Tipo de estudo

Segundo Fialho, Silva e Saragoça (2015) uma investigação científica é um processo sistemático que implica uma recolha de dados, tendo por base um plano previamente definido. A investigação social não é diferente, uma vez que também ela consiste numa ação de natureza cognitiva que passa por um processo sistemático e flexível que irá contribuir para a explicação e compreensão dos fenómenos sociais de interesse dos investigadores. É através desta que se reflete e problematizam as questões existentes no quotidiano das sociedades, que suscita o debate e se constroem ideias inovadoras de resolução dos problemas (Coutinho, 2013).

Os métodos de investigação constituem os sistemas de etapas/procedimentos, que pretendem obter o conhecimento, as sequências lógicas que ajudam a desenvolver o conhecimento científico e assim orientar uma determinada investigação.

Estes métodos dividem-se em dois, os métodos qualitativos e quantitativos, sendo que caso da presente dissertação é aplicada uma abordagem qualitativa, que se caracteriza pela utilização de questões abertas.

Para a colheita de dados, recorreu-se a entrevista semiestruturada que para Triviños (1987, p. 146) é constituída por questões baseadas em teorias e hipóteses de acordo com o tópico de análise, sendo que a questão tem enfoque colocado pelo investigador-entrevistador. Afirma ainda que a entrevista semi - estruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenómenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de preservar a comparência do investigador ao longo do processo de recolha de informações, Triviños (1987, p.152).

3.4 - População Alvo e Participantes

A amostra é um subconjunto da população, escolhida para um determinado estudo (Vilelas, 2017). Foram assim, selecionados os assistentes sociais que mostraram disponibilidade para participar no estudo, de ambos os sexos, de qualquer idade que desenvolvem a sua atividade profissional nas UCCI na tipologia de Convalescença. O tipo de amostra escolhida para este trabalho foi a não probabilística intencional, uma vez que é um tipo de amostra “(...) cujos fundamentos de seleção não dependem de construções estatísticas (...) mas sim, e essencialmente, do juízo do investigador (...) as

amostras não-probabilísticas não permitem (...) a determinação da margem de erro da mesma (...) não podendo, por isso mesmo, constituir uma base sólida de representatividade do universo” (Pardal & Lopes, 2011, p.63).

3.5 - Instrumento para recolha de dados

Na presente dissertação a escolha da técnica de entrevista permitiu acrescentar profundidade para a análise das respostas relativamente ao planeamento de alta na tipologia de Convalescença. Sendo que, uma entrevista semiestruturada é um método de recolha de dados que consiste no diálogo orientado (por um guião de entrevista), entre o investigador e um ou mais sujeitos (caso seja uma entrevista em grupo - *Focusgrup*). Tem como finalidade a obtenção de informações sobre os fenómenos que o investigador pretende estudar.

Na entrevista consta o investigador e o profissional entrevistado, que segundo Quivy e Campenhoudt (1998, p.192), o entrevistado apresenta a sua perceção do problema/questão colocada, tal como a sua interpretação e experiência, sendo que o investigador guia a entrevista não deixando o enfoque da mesma ser desviado pelas questões abertas, com o intuito de atingir a veracidade e profundidade. Afirmam ainda que a entrevista é um método de recolha de informação de observação indireta.

É constituída por diversas perguntas, sendo flexível mediante o desenvolvimento da mesma, e constituída por questões abertas e fechadas em que as mesmas não terão qualquer influencia na resposta dos profissionais entrevistados.

No convite enviado para participação no presente estudo, esta foi acompanhada de uma breve contextualização da investigação, tendo como intuito o esclarecimento e validação da entrevista semi-estruturada, enquanto instrumento de recolha de dados. (Silvestre, et al., 2014).

Os métodos de entrevista, ao contrário do inquérito por questionário, permitem um contato direto dos investigadores com os interlocutores, distinguindo-se pela diligência dos processos fundamentais da comunicação e de interação humana. A valorização destes processos permite ao investigador extrair das entrevistas informações e elementos de reflexão abonados e diversificados, os quais podem beneficiar da sua visão sobre a temática em estudo (Pocinho, 2012). Os investigadores e as suas capacidades comunicacionais são o principal instrumento de recolha de dados (Flick, 2013).

As respostas obtidas são confidenciais, assegurando a privacidade dos dados que são utilizados exclusivamente para fins estatísticos, em momento algum, os participantes serão identificados ou será posto em causa o funcionamento da instituição onde se encontram a laborar, sendo apenas utilizados os dados pertinentes para o estudo. Pelo que, os profissionais entrevistados são expostos como o entrevistado E, de acordo com numeração de um a nove. No que concerne à metodologia, é designada pelo plano de ação ou processo que analisa e descreve os métodos, ou seja, que analisa e descreve o conjunto de técnicas para prosseguir a investigação (Coutinho, 2015). Nesse sentido a metodologia escolhida para a realização da investigação foi a qualitativa.

A pesquisa documental é considerada também como recolha de informação essencial na fase primordial da composição e recolha de diversas perspetivas e torna possível o enquadramento de dados aglomerados através do guião de entrevista.

3.6 – Procedimentos éticos e formais

A realização das entrevistas foi de acordo com a disponibilidade dos participantes e aplicadas através da plataforma ZOOM no mês de agosto de 2022, foram gravadas mediante autorização dos participantes, á posteriori transcritas para o documento da dissertação e imediatamente eliminados os ficheiros de gravação.

Todas as informações recolhidas serão confidenciais, assegurando a privacidade dos dados que são utilizados exclusivamente para fins estatísticos, em momento algum, os participantes serão identificados ou será posto em causa o funcionamento da instituição onde se encontram a laborar, sendo apenas utilizados os dados pertinentes para o estudo. Os resultados obtidos são utilizados apenas para fins académicos, onde se pretende recolher a perspetiva e experiência a nível da intervenção profissional. Os procedimentos éticos garantem o cumprimento dos princípios éticos de investigação.

Parte III

Parte empírica

Capítulo 4. Apresentação e análise dos resultados

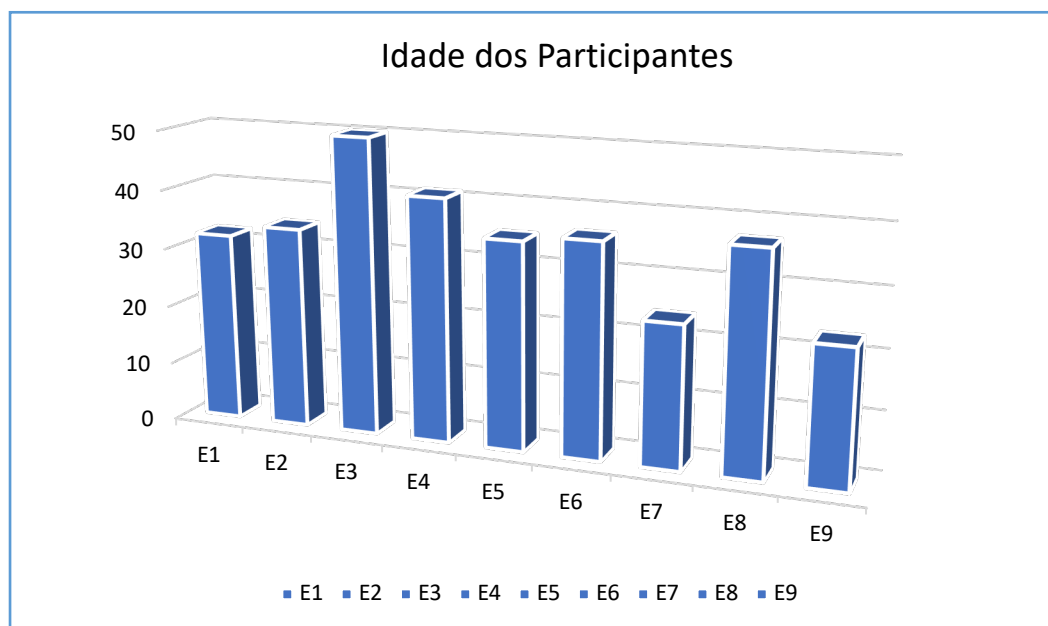
4.1 - Análise dos Resultados

Para a apresentação dos dados resultantes da realização das entrevistas, primeiramente é realizada a caracterização pessoal dos entrevistados e posteriormente organizámos as respostas em três temas principais, coadjuvados com sub-temas, que sintetizam a informação recolhidas das 13 questões de resposta aberta colocadas aos entrevistados e de acordo com os objetivos da investigação.

- Caracterização das funções dos assistentes sociais na tipologia de convalescença;
- Caracterização da intervenção com os familiares e utentes (desafios na intervenção com os mesmos; dificuldades referidas pela família e qual o papel do utente e familiares no planeamento de alta);
- Caracterização da realidade do assistente social no processo de planeamento de alta (principais necessidades sentidas face as respostas da comunidade; estratégias utilizadas para o planeamento de alta; articulação e contactos com respostas da comunidade a fim de solicitação de apoio; planeamento com apoio da ECL e quais as sugestões e conselhos para outros profissionais a laborar na mesma área).

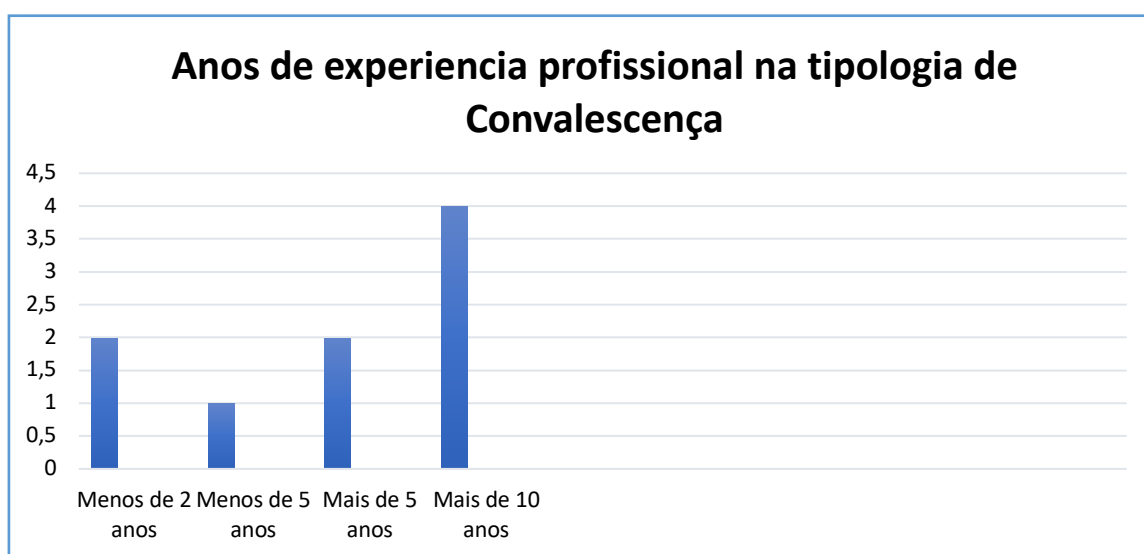
Nas duas primeiras perguntas que consistiam na caracterização dos entrevistados, quanto a idade e a quantos anos exercem a profissão na tipologia de UC, dos 9 profissionais entrevistados no estudo, as idades são compreendidas entre os 23 anos e os 50 anos. A moda compreende a faixa etária entre os 30 anos e os 40 anos, como se pode observar no gráfico nº1.

Gráficos 1 - Anos de experiência profissional na tipologia de Convalescença



Relativamente ao tempo de exercício profissional em unidades de convalescença da RNCCI, o tempo mínimo de experiência foi de menos de 2 anos e o tempo máximo superior a 10 anos, conforme o gráfico nº2. A maioria dos profissionais entrevistados beneficia de uma estabilidade laboral no contexto de UCCI's.

Gráficos 2 - Anos de experiência profissional na tipologia de Convalescença



Tema 1: Caracterização das funções dos assistentes sociais na tipologia de convalescença

No primeiro tema, caracterização das funções do assistente social, através da questão nº 3 foi questionado aos assistentes sociais quais consideram ser as principais funções na tipologia de Convalescença.

Das respostas obtidas é descrito pelos profissionais que o assistente social é responsável pela pré admissão, pela recolha de informação sobre a situação social do utente, através do diagnóstico social, de modo proceder à elaboração de um plano de intervenção. No processo individual é identificada a realidade em que o utente se encontra inserido, eventuais fatores de risco e necessidades a fim de planear a alta junto do utente e do familiar/cuidador. O assistente social é visto de uma forma geral pelas entrevistadas como o profissional de referência desde a admissão até a alta do utente. Em suma, é possível perceber que a totalidade dos profissionais consideram as principais funções do assistente social como o acompanhamento desde o acolhimento do utente e familiares em unidade, bem como as diversas diligências para conseguirem a concretização do planeamento da alta. Nas respostas obtidas é ainda referido o acompanhamento psicossocial diário, conforme refere a entrevistada nº6 e a realização de diagnóstico social aquando do acolhimento pela entrevistada nº7, conforme citações infra:

(E3) “(...) Primeiro analisamos no aplicativo da RNCCI, a referência para percebermos se está tudo conforme. Por vezes temos que articular com a entidade referenciadora para esclarecimentos, depois aceitamos e preparamos a entrada (...)fazemos a reunião de acolhimento ao utente e acompanhantes, percebe-se se já existe um plano para a alta ou abordamos a necessidade da sua preparação. Elabora-se a ata da reunião de acolhimento que fica disponível para toda a equipa multidisciplinar. Apoiamos o utente na sua integração e articulamos com a equipa para passar a informação recolhida e para a realização do PII. Em gabinete elaboramos o processo individual de serviço social tendo em conta as informações da referência, da reunião de acolhimento e do PII. Durante o internamento resolvemos as situações de cariz social e a preparação da alta ou transferência para outra tipologia (...) a assistente social tem a responsabilidade pela organização das reuniões de avaliação de PII da equipa multidisciplinar e da condução e registo de alterações nos PII em avaliação. Por fim a elaboração de relatório da alta.”

(E6) “(...) Preparação adequada da admissão, promover o acolhimento, acompanhamento psicossocial diário (...) para preparação da alta protegida.”

(E7) “(...) O assistente social faz a admissão do utente, o diagnóstico social é o ponto de ligação entre a instituição, a família e o utente, trata da alta e encaminha/apresenta as respostas sociais existentes na comunidade para integração do utente, acompanha o utente durante toda a reabilitação, organiza/elabora os processos sociais bem como os relatórios sociais e participa nas reuniões de equipa”.

Tema 2: Intervenção com familiares e utentes

No segundo tema, Intervenção com familiares e utentes, constam as respostas das três perguntas, nº 4, nº 10 e nº11. Através da questão nº 4, foi questionado quais são os principais desafios que as assistentes sociais entrevistadas enfrentam na tipologia de convalescença em relação aos utentes e familiares. Nas citações infra é relatado que face aos utentes e familiares os desafios mais identificados são o ajuste de expectativas a ambos, onde na maioria das vezes ainda não conseguem perceber o conceito da RNCCI e que as unidades são situações temporárias após um episódio agudo para recuperação funcional. A família, quer por pesquisas efetuadas, quer por muitas vezes más orientações por parte dos colegas da unidade de referência, procuram a prorrogação do internamento, não tendo em conta os critérios necessários para a continuidade. É igualmente notória a opinião das entrevistadas quanto a dificuldade a encontrar as respostas adequadas, quer face a sobrelocação das mesmas, como por vezes pelo afastamento dos familiares aos serviços.

(E5) “A dificuldade na gestão das expectativas e conseqüentemente no planeamento da alta havendo muitas vezes a recusa na participação por parte dos familiares.”

(E8) “(...) muitas vezes as expectativas irrealistas dos utentes e das próprias famílias (...). As famílias pretendem que o seu familiar recupere (...) que volte a andar e ser autónomo (...) e consideram que ao integrar uma tipologia de convalescença vão recuperar totalmente. Ajustar essas mesmas expectativas não é fácil(...). Outro dos desafios prende-se com a fragilidade dos familiares (rede de suporte). (...) a inexistência de

cuidador e insuficiência económica para suportar custos inerentes à ativação de apoio formal.”

Na questão nº10, foi questionado qual a opinião das profissionais face ao papel do utente/família no planeamento da alta, pelo que nas opiniões recolhidas passa pelo envolvimento de todos, pelo acompanhamento e ajuste de expectativas, pela definição de resposta pós alta e pela colaboração com os contactos com a comunidade. É referido por todas as profissionais a necessidade de envolvimento de todos os intervenientes e não apenas os contactos esporádicos e que os objetivos de internamento deviam ser elaborados em conjunto com a família e com o próprio utente uma vez que o internamento tem todo o enfoque na reabilitação e bem-estar dos utentes.

(E3) “O utente e família tem papel primordial. Será o utente a manifestar a sua vontade e este a guiar um projeto futuro consoante as suas expectativas (...) a família como elemento mais próximo do utente terá maior reconhecimento do contexto da promoção dos cuidados em caso de necessidade. Serão estes a definirem e a diligenciar consoante a vontade do utente e as suas capacidades/disponibilidades.”

(E9) “O papel do utente deve ser o primordial, sempre que possível assumir uma postura de colaboração com os serviços, de sinceridade e força de vontade. A família/pessoa responsável pelo internamento, deve ter um papel de colaboração com os profissionais, a fim de caminharem lado a lado em prol do bem estar do utente”.

Na questão nº 11, foram questionadas quais são as dificuldades que as famílias referem com mais frequência junto dos assistentes sociais, sendo que a totalidades dos participantes referem as mesmas dificuldades, onde é perceptível a dificuldade em conseguir vagas nas respostas da comunidade. As respostas da comunidade encontram-se sobrelotadas, os valores na maioria não são suportáveis pelos utentes e as respostas no domicílio por vezes não tem capacidade para assumir o apoio com a frequência necessária. É também complementado por alguns profissionais, a distância geográfica dos utentes a sua área de residência, o condiciona a intervenção do assistente social com a comunidade. Por vezes, vê-se necessária a realização de visitas domiciliárias, o que pode estar condicionado pela dificuldade da distância geográfica enumerada, bem como o acompanhamento presencial dos familiares na unidade. As dificuldades enumeradas por

vezes são condicionantes de concretização de altas no período de tempo previsto, o que se reflete em prorrogações por critérios sociais até efetivação de

. As citações abaixo espelham os discursos dos profissionais:

(E1) “(...) a falta de vagas nas instituições e a gestão de apoios dentro do internamento de 30 dias”

(E5) “Falta de respostas da comunidade”

(E7) “(...) as famílias muitas vezes não conseguem encontrar vagas nas respostas existentes na comunidade, o que pode dificultar a alta (...).”

(E9) “A principal dificuldade é a organização familiar e em caso de necessidade a contratação de apoio formal em tempo útil do internamento de Convalescença.”

Tema 3: Caracterização da realidade do assistente social no processo de planeamento de alta

No terceiro tema do planeamento da alta, constam 7 perguntas, sendo elas a nº5, nº6, nº 7, nº8, nº9, nº12 e nº13. Primeiramente na questão nº5, foi solicitado que os profissionais descrevessem em traços gerais como planeiam a alta dos seus utentes, pelo que se obteve diversas respostas idênticas com formas de trabalhar as altas dos utentes. Todas as profissionais referem o início aquando do acolhimento dos utentes, a importância da periodicidade de realização de contactos telefónicos e reuniões com equipa multidisciplinar/familiares em simultâneo com a articulação com os utentes e respostas da comunidade, a fim de suporte para concretização de altas. Na citação infra encontra-se espelhada de uma forma pormenorizada como a entrevistada nº9 planeia as suas altas:

(E9) “Aquando do acolhimento dos utentes abordo qual a perspectiva inicial do pós alta, realizo o diagnóstico social e o processo de intervenção individual (...) ao longo do internamento em caso de ser possível vou conversando com o utente e em caso sinta necessidade contacto os familiares antes da reunião multidisciplinar. Aquando da concretização da reunião da equipa multidisciplinar, ao final de 15 dias (...) exploro o planeamento da alta, em caso de necessidade de articulação com a comunidade realizo sempre que possível os contactos nos dias seguintes em consonâncias e articulação direta com a família (...). Com a equipa multidisciplinar mantenho uma estreita articulação de

acompanhamento da evolução funcional e na reunião quinzenal entre equipa multidisciplinar debatemos os objetivos em resolução e o tempo ainda previsto para os mesmos em função das necessidades de cada utente. Reforço que sempre que sinto necessidade contacto as instituições da comunidade ou a entidade referenciadora a fim de ver esclarecidas todas as questões que considero pertinentes e que garantam o acompanhamento de uma alta segura.”

Na questão nº6, relativamente as principais necessidades sentidas no planeamento da alta em relação as respostas da comunidade, é perceptível que o principal problema identificado é a carência de respostas para fazer face a uma imensa procura e necessidades dos utentes. As respostas da comunidade atualmente encontram-se sobrelotadas, não conseguindo na maioria das vezes dar resposta pretendida aos casos da RNCCI o que se concluiu com um acumular de utentes resultando por vezes em prorrogações de internamento ou até mesmo a transferências para a tipologia de Unidade de Longa Duração e Manutenção.

(E2) “A falta de vagas nas respostas sociais é um problema grave, o que leva os utentes a serem transferidos para ULDM à espera de resposta social, ocupando por anos uma cama na RNCCI. Temos bastantes utentes nessa situação, ou aguardam prorrogações ou transferências por critérios sociais até concretização de alta.”

(E8) “Os apoios da comunidade são insuficientes. Ao nível de SAD, os serviços existentes não conseguem albergar todas as necessidades dos utentes, a título de exemplo refiro que utentes que precisem de higiene pessoal todos os dias, 7 dias por semana, mais que uma vez por dia, muitos serviços de apoio domiciliário não conseguem assegurar. Também temos o caso de muitos serviços de apoio domiciliário terem apenas refeições refrigeradas, que não vão de encontro às necessidades reais dos utentes, não sendo de todo viável...Quando um utente necessita de integrar uma ERPI, não existem vagas protocoladas imediatas, e as famílias não têm forma de custear um internamento particular (...).”

Na questão nº7, sobre as estratégias que o assistente social utiliza desde a admissão até à saída do utente e que considera eficazes para um planeamento da alta adequado a cada utente, foram referidas pelos assistentes sociais entrevistados as estratégias que utilizam desde a admissão ate a alta dos utentes e que consideram eficazes,

passam por: realização de contacto de pré admissão na unidade; tentar estabelecer relação de proximidade desde o acolhimento dos utentes e com os familiares; proporcionar sempre uma reunião de acolhimento, onde é explicado o funcionamento da RNCCI, da unidade, as políticas sociais e da elaboração de um plano de intervenção; estabelecer sempre a data de primeira reunião de equipa multidisciplinar com os familiares do utente; apresentação de respostas da comunidade para articulação; estabelecer por iniciativa própria contactos com instituições a fim de apoiar a família e demonstrar sempre disponibilidade da equipa multidisciplinar para esclarecimento de dúvidas inerentes ao dia a dia dos utentes e da sua evolução funcional, conforme as citações infra:

(E3) “(...) a meu ver define-se pela celeridade, clareza e envolvimento, tendo noção de três intervenientes: comunidade, utente e família. Considero que os contactos imediatos e articulações estreitas com as instituições e organismos envolvidos são uma mais valia para o planeamento da alta. Paralelamente a isso, considero necessário desenvolver relação de proximidade com o utente de forma a conhecer na íntegra a sua vontade quanto ao planeamento da alta e responder ao máximo à sua idealização. (...)”

(E7) “As estratégias passam nomeadamente por uma boa articulação com a família, e exposição das respostas que existem na comunidade, para que se consiga uma solução para a alta.”

(E9) “(...) sempre que possível passa por uma estreita articulação e relação de proximidade com os utentes e familiares/pessoas significativas. Desde o contacto de pré admissão até ao momento de alta, sempre que seja considerado necessário o contacto telefónico, a troca de emails, os atendimentos presenciais, os esclarecimentos quando vem as visitas, a envolvimento desde o acolhimento no processo de reabilitação e motivação dos utentes (...) a transmissão de todos os cuidados que os utentes necessitam, em caso de necessidade, a realização de ensinamentos de cuidados a serem prestados, essencialmente a transparência e proximidade com os envolventes. Considero fulcral as reuniões com a equipa e com os familiares a meio do internamento por ser um internamento com uma duração reduzida o tempo de planeamento da alta é escasso e passa num instante face as diligências necessárias com as respostas disponíveis”

A questão nº 9 incide na articulação com as entidades da comunidade como forma de apoiar o familiar no processo de planeamento da alta, as assistentes sociais afirmaram

na totalidade que sim, que realizam essa prática. Verificamos ainda que uma das assistentes sociais complementou a sua partilha, com o facto no final do internamento sugerir a deslocação ao centro de saúde para entrega de relatórios do presente internamento, a fim de promover a continuidade de acompanhamento conforme citações infra:

(E1) “Sim, eu diria que 99% das vezes sou eu que o faço porque se deixar esse papel na mão das famílias, ou deixam passar o tempo e acabam por não conseguir as respostas que pretendem (...)”

(E2) “Sempre, o envio de relatório de alta do Serviço Social que se sugere ser entregue no Centro de saúde e ou à resposta social existente na localidade do utente. Por vezes torna-se necessário um telefonema a alertar a assistente social da área de residência do utente para que alguém possa estar atenta a qualquer eventualidade ou necessidade de apoio.”

(E6) “Sim, com algumas entidades como por exemplo IPSS, Autarquias, etc... dependente do local onde reside.”

No seguimento da questão anterior, ao interrogar se os contactos são sistemáticos, todos os profissionais afirmaram que sim e que na grande maioria das vezes criam através dos contactos telefónicos uma relação de proximidade com os colegas e sempre que necessários recorrem de uma forma mais célere aos mesmos:

(E1) “São sistemáticos conforme referi anteriormente. Sim, sem dúvida, aliás é nestes contactos que eu já criei bastantes experiências e que de facto me transmitem uma bagagem também para futuro (...)”.

(E3) “Exatamente o que referi à pouco, os contactos são sistemáticos. Contudo nem sempre a situação exige contactos tao exhaustivos. Há instituições com quem articulo com maior frequência e é claro que com essas acabo por desenvolver maior proximidade.”

(E9) “São contactos sistemáticos face ao tempo de internamento é essencial na maioria das vezes a nosso apoio a fim de tornar o processo o mais célere possível face as necessidades de cada utente. Sim, sem dúvida mesmo sem nos conhecermos pessoalmente criamos uma relação de interajuda e aquando necessários sabemos que

temos a pessoa de referência para apoiar na comunidade ou até encaminhar para outro profissional. “

Na questão nº14, sobre o papel da ECL ao longo do planeamento de alta dos utentes, constatamos que 8 das participantes referem que a ECL que coordena a sua unidade lhes presta um apoio aquando solicitado, sendo que quando são solicitados pedidos de prorrogação e transferência é que evidenciam mais o seu papel na intervenção diária nas unidades. Contudo, são presentes e colaboradores aquando solicitados. É ainda referido que a realização de ponto de situação mais pormenorizado acontece aquando das audiências presenciais nas unidades e posteriormente a reunião com os elementos do serviço social sobre cada utente. Porém, destaco a resposta da entrevistada 6, onde a mesma refere que semanalmente a ECL é informada das diligências da equipa multidisciplinar a decorrer relativamente ao planeamento de alta. Citações infra demonstram a realidade de algumas entrevistadas:

(E3) “(...) sendo a ECL uma equipa coordenadora, acaba mais por gerir as solicitações da nossa parte enquanto técnicos das unidades. Apenas quando é lhes solicitado apoio é que colabora no planeamento de alta. A atuação é mais evidente na avaliação de pedidos de prorrogação e transferências entre tipologias.”

(E6) “Semanalmente a ECL é informada das diligências realizadas pela equipa multidisciplinar para efetivação da alta. (...)”

(E9) “(...) têm papel de coordenação das unidades e de apoio aos profissionais, sendo que não tem um papel diário ou semanal com casa utente, contudo sempre que necessário encontram-se a distancia de um email ou telefonema. Aquando das visitas dos mesmos a unidade, são debatidos os processos dos utentes em detalhe”

Na questão nº14, como forma de proposta, reflexão e conclusivo, foi questionado as profissionais entrevistadas qual a sua sugestão relativamente ao que consideram importante acontecer no planeamento de alta na tipologia abordada, encontrando-se assim espelhados um maior número de respostas como forma de sugestão e reflexão para outros profissionais:

(E1) “Eu acho que era importante primeiramente a equipa estar mais centrada, as vezes o assistente social opera muito sozinho e temos uma vasta equipa de profissionais,

mas o médico avalia e passa e, portanto, nós acabamos por ficar um bocadinho sozinhos, por isso acho que era importante a conferencia de admissão. (...) as famílias deviam ser melhor informadas. Os tempos de internamento sobretudo nas convalescenças poderia ser revisto porque 30 dias é muito pouco para por vezes conseguir solucionar uma situação. Por vezes os utentes acabam por ser encaminhados para outro tipo de unidades para médias para longas e se calhar mais um mês na convalescença poderia resolver a situação do utente.”

(E3) “o planeamento de alta dever ser o mais antecipado e com o envolvimento de toda a EM, juntamente com utente e família. A rapidez e clareza serão os aspetos mais importantes para o sucesso do planeamento de alta.”

(E4) “Devemos trabalhar mais a parte dos ensinamentos do dia a dia, devíamos de ter sempre um dia com a família, uma semana antes e ver todos os aspetos que são necessários para o acompanhamento pós alta (...) uma forma de envolver a família para não se demitirem das funções sem nem se quer perceberem as necessidades dos utentes”:

(E5) “Uma correta distribuição dos utentes a nível geográfico, um trabalho de maior proximidade que possibilitasse a realização de visitas domiciliarias por exemplo é uma articulação com serviços da comunidade de maior proximidade”.

(E6) “Os familiares deveriam começar a ser alertados pelas EGA’s da necessidade de iniciarem logo diligências. Devemos também, aquando da admissão, fazer enfoque de todas as respostas sociais existentes.”

(E8) “Considero fundamental que tanto os utentes, como as famílias sejam devidamente informadas do funcionamento da RNCCI. Quando o utente integra uma unidade, muitas vezes não sabe o motivo da referenciação. Existem alguns aspetos, que devem fazer parte do processo de planeamento de alta, como as reuniões da equipa multidisciplinar, a articulação com as respostas da comunidade, fazendo os encaminhamentos e ativação de apoios e ajudas técnicas; transmitir as informações acerca do processo do utente a quem vai dar continuidade aos cuidados; e articular com os familiares de referência do utente (...).”

(E9) “(...) o planeamento de alta na tipologia de Convalescença deveria de estar mais uniformizado pelas diversas unidades, uma vez que o tempo de internamento é

reduzido, é fulcral que toda a intervenção esteja bem estruturada e organizada para a concretização eficaz do planeamento de alta e objetivo da RNCCI”.

Discussão dos Resultados

Concluída a apresentação dos resultados obtidos com a concretização de entrevistas aos profissionais de Serviço Social que exercem na tipologia de Convalescença, será apresentada a discussão dos resultados. O principal foco desta investigação é analisar o processo de planeamento da alta na perspetiva dos assistentes sociais na tipologia de Convalescença da RNCCI.

No que concerne a questão onde é solicitado aos profissionais entrevistados que manifestassem quais consideram ser as principais funções dos assistentes sociais na tipologia de Convalescença, é possível perceber que a opinião é unânime na função do acompanhamento desde o acolhimento até ao planeamento de alta. O assistente social é um profissional que exerce a sua atividade em diversos níveis, ou seja, atua em contextos que se encontram em constante mudança deparando-se com diferentes dilemas e desafios. Não esquecendo que estes profissionais se encontram “... *com as situações problemáticas de terreno, ... e encontram obstáculos para formalizar os conhecimentos adquiridos na prática ou mesmo estabelecer formas organizadas de troca de experiências.*” (Granja, 2008, p. 20). As suas funções desenvolvem-se sobretudo em torno do apoio psicossocial ao utente e aos familiares e/ou cuidadores, com a finalidade de validar a adequabilidade de cuidados prestados às suas necessidades reais e o alcance dos objetivos estabelecidos para a alta, de modo a assegurar o processo de recuperação e/ou de reabilitação atingido durante o internamento. Conforme afirma Carvalho, 2012, pp.93-94 “(...) neste processo o profissional assume o papel de conselheiro, de consultor e de terapeuta, mas também de gestor de caso, responsável pela mobilização de recursos ao nível da saúde, reabilitação, entre outros, e de agente que implementa um conjunto de legislação decorrente do problema em questão (...). A sua função é proteger os clientes, providenciar necessidades básicas, apoio psicossocial e promover o bem-estar do quadro de referência de políticas públicas”.

O desempenho destes profissionais desenvolve-se tanto ao nível do apoio psicossocial ao doente e família, como ao da articulação dos serviços, internos e externos ao hospital, assegurando a ligação à rede de suporte ao doente e família, onde se inscreve o planeamento da alta. Este é o processo realizado com o doente e/ou familiar cuidador para verificar e decidir o que é necessário para uma transferência segura e serena do doente de um nível de cuidados para outro nível de cuidados.

O Manual de Boas Práticas para os assistentes sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2007) refere que os objetivos da ação do assistente social na RNCCI, passam por:

- Assegurar o adequado acolhimento e integração dos utentes e família na RNCCI;
- Garantir o acompanhamento e a monitorização do plano individual de cuidados flexível, da continuidade, integralidade e qualidade dos cuidados;
- Promover a manutenção, o reforço ou o restabelecimento das relações interpessoais do doente com a equipa, família e as redes de sociabilidade;
- Assegurar o apoio material e o suporte emocional à família;
- Potenciar a reinserção social do doente no meio natural de vida, com qualidade e suporte adequados;
- Contribuir para a efetividade, a qualidade e a humanização dos cuidados e serviços prestados;
- Capacitar para uma participação ativa na melhoria dos serviços e cuidados.

No mesmo sentido e com base na leitura e análise do Manual de Boas Práticas para os assistentes sociais da Saúde da RNCCI, a *praxis* do Assistente Social nas unidades de internamento, é procedida em quatro momentos metodológicos, nomeadamente: o Acolhimento, o Plano Individual de Cuidados, o Apoio Psicossocial e a Preparação da Continuidade de Cuidados. Mediante a sequência descrita, a intervenção tende a resultar de modo eficiente e eficaz aquando de uma avaliação de diagnóstico clarificadora e incisiva, que permita a realização de um plano de intervenção e de ação de acordo com as necessidades dos utentes, cujas estratégias de ação envolvem “*a transformação dos problemas, necessidades e capacidade diagnosticados em objetivos e, conseqüentemente, em ações a desenvolver*” (Carvalho, 2012, p.93).

Aquando do acolhimento dos utentes, onde se inicia todo o processo de planeamento de alta junto dos mesmos e com os seus familiares, são retiradas informações para a realização de um diagnóstico que é a fase inicial e fundamental do processo de intervenção social. O diagnóstico é considerado um elemento-chave de toda a prática social, pois procura um conhecimento real e concreto de uma situação sobre a qual se vai

intervir. Logo, garante uma maior eficácia na programação e execução de atividades. Não é possível formular uma política de intervenção sem uma boa recolha de informação levada a cabo a partir de fontes de informação diversas. Uma mais-valia do diagnóstico é a capacidade interpretativa das dinâmicas sociais do meio, na detenção dos recursos necessários para ultrapassar as debilidades, e deve abranger uma análise do contexto social, económico e cultural onde se insere o problema (Santos, 2012). Caracteriza-se por ser um processo aberto, estando subordinado à procura constante de novas informações, definindo-se enquanto “ferramenta de trabalho inacabada que conduz a uma reelaboração permanente do mesmo” (Idáñez & Ander-Egg, 2008, p.21). Salienta-se pelo seu carácter não definitivo e dinâmico.

De acordo com a opinião dos profissionais, podemos afirmar que a preparação cuidadosa da alta, deve iniciar-se o mais cedo possível e tendo em conta o conhecimento da situação socioeconómica (nomeadamente a habitacional e familiar) e posteriormente ao diagnóstico social. As medidas devem de ser tomadas em consonância, incluindo o encaminhamento social para a sua reintegração social e relativamente a articulação do assistente social da UCCI com entidades da comunidade para promoção do planeamento. É através do conhecimento real e concreto da situação-problema que o assistente social poderá progredir na intervenção, pelo que, tal como defendem Idáñez e AnderEgg (2008, p.16) é necessário conhecer para atuar, pois só conhecendo é que podemos intervir com eficácia e eficiência. A consideração do diagnóstico enquanto elemento nuclear da prática do Serviço Social passa pelo facto de proporcionar um primeiro contacto entre o assistente social e a instituição, e a pessoa utilizadora do serviço, de modo a facilitar a decisão sobre a intervenção, influenciar a atribuição de recursos e determinar o grau de risco envolvido na situação (Pena, 2012, p. 47). Um dos aspetos referidos pela entrevistada 2, é que na sua intervenção utiliza um método de contacto de pré admissão, aquando os utentes são colocados na unidade, onde explora algumas questões previamente, que em caso de necessidade é lhe possível questionar a entidade referenciadora fim de iniciar o seu diagnóstico e caminho de intervenção, “(...) Por vezes temos que articular com a entidade referenciadora para esclarecimentos, e depois aceitamos e preparamos a entrada (...)”.

Os profissionais de Serviço Social devem ser capazes de estabilizar e estruturar a sua intervenção para cumprir a sua demanda social através da confiança com o utente e com os outros profissionais, deve criar uma base de ligação que torne possível a

intervenção e que a mesma seja concluída com o maior sucesso e segurança possível. A relação de confiança é essencial, e é possível adotar estratégias de contacto à distância como o contacto por videochamada através da instituição e o profissional, promovendo a visualização da pessoa/utente, em forma de tentativa de criação de relação de empatia a distância. O profissional de Serviço Social é um agente de mudança e desenvolvimento social, enquadra-se em princípios humanitários, tais como, equidade, justiça social, igualdade, dignidade, entre outros.

Para Carvalho (2013) a relação de confiança entre intervenientes do processo do utente é fulcral para a eficácia da comunicação. Após a criação de relação de proximidade com os familiares e utente é fulcral o início do processo de ajuste de expectativas, sendo que o profissional procura minimizar sofrimentos, ajudar a superar algumas dificuldades, baseando a sua ação em teorias científicas, em práticas diárias e em códigos de conduta ética. O ajuste de expectativas é manifestado como um desafio pelas entrevistadas, uma vez que os familiares/utentes muitas das vezes apresentam expectativas que face ao estado de saúde do utente não são previsíveis de concretização e muitas vezes solicitam a prorrogação de internamento sem existirem critérios justificáveis. *“O termo expectativa vem do latim “expectare”, que significa estar na expectativa de, ou seja, expectativa é a esperança fundada em promessa ou probabilidades”* (Costa & Melo, 2009, cit. Tobias, 2017, p. 67). As expectativas que o familiar/cuidador principal contém estão associadas aos diversos fatores pessoais como por exemplo: o conhecimento da doença do utente. Através do estudo realizado pela autora Tobias (2017) é possível observar que são duas as tipologias de expectativas manifestadas pelos familiares: expectativas elevadas e expectativas moderadas. As expectativas altas no momento da admissão, são por vezes desajustadas/irrealistas, centradas na cura e/ou melhoria total. As expectativas moderadas, durante o internamento, tornam-se realistas centradas na otimização da qualidade de vida. Importa frisar que as expectativas dos familiares/cuidadores principais variam consoante a evolução da doença do utente, ou seja, as atitudes e comportamentos dos mesmos alteram conforme as expectativas do doente e da sua família face à evolução da doença e às consequências subjacentes a esta.

A ação profissional do Assistente Social no domínio da Saúde quer seja em UCCI, quer seja nos restantes estabelecimentos e extensões de saúde, na sua grande maioria ainda é muito associada à perspetiva assistencialista, cujas ações passam essencialmente

pela atribuição de apoios monetários abrangidos pelo Instituto de Segurança Social, I.P. Mas, o funcionamento da *praxis* do Assistente Social assenta numa dimensão operativa no que toca à

“(...) criação de condições objetivas para a realização do processo coletivo de trabalho em saúde e, sobretudo, para viabilizar o acesso dos “excluídos” aos serviços existentes, apresentando-se como um elemento facilitador para os utentes nas unidades de saúde” (Costa, 2000. Citado de Carvalho, 2012, p.15).

Aquando do acolhimento por vezes é notória uma maior apreensão por parte dos cuidadores face ao estado atual, do que aquando da realização da primeira reunião multidisciplinar onde transmitida a evolução e o estado atual do utente. Associado as expectativas elevadas para o internamento, que podem não corresponder a realidade, por vezes surge o afastamento da família e a desresponsabilização perante o acompanhamento e diligencias necessárias para a alta dos utentes e são os profissionais que ficam encarregues de diligenciar em prol do utente e sensibilizar as famílias para o papel fulcral que tem no internamento de recuperação dos utentes. Sendo que, Augusto e Rogério (2002) afirmam que a presença e envolvimento da família na preparação de alta e na promoção de cuidados a fim de o utente atingir a máxima recuperação no internamento, constitui-se como uma estratégia de continuidade de promoção de cuidados integrados.

Conforme referido em informação supra, existem familiares que se afastam ou que se demitem, contudo noutras situações também é possível percecionar em alguns casos que por muita colaboração que a família preste, os recursos não conseguem dar resposta adequada para as necessidades dos utentes. A família habitualmente representa o papel de cuidador informal dos utentes e quando estes têm que proceder ao internamento por necessitar de mais cuidados e a família passa por transformações e sentimentos que nunca sentiu, Cerqueira (2005) explica que *“quando a família é confrontada com a doença de um dos seus familiares, todos os elementos desta vão sofrer de ansiedade e stresse, preocupando-se com a gravidade da doença, o sofrimento e com a possibilidade de morte”*. No decorrer do planeamento de alta as famílias manifestam frequentemente junto dos assistentes sociais a sobrecarga física e emocional que por vezes resultam em situações de burn-out ou desgaste psicológico, uma vez que por vezes não foram devidamente esclarecidas/informados dos cuidados e diretivos dos utentes dependentes. Os familiares necessitam de apoio aquando das altas, de acompanhamento ao nível da

alimentação, cuidados de higiene, vigilância de enfermagem, manutenção ou continuidade de cuidados (Machado, 2013). Desta feita, o assistente social é o elo para articular com todas as entidades que prestem o máximo de apoio ao agregado familiar.

Nos estudos realizados por Hankey (2004) e Sequeira (2010) os mesmos afirmam que os indivíduos que prestam cuidados, os familiares ou pessoas significativas para os utentes, face a prestação de cuidados por vezes colocam as suas relações em causa e podem mesmo chegar a sofrer conflitos com os que lhe são próximos, pela falta de tempo para a sua vida social fruto da dedicação permanente aos utentes. Carvalho (2013) afirma que o ato de cuidar de um utente em situação de dependência é o início de uma nova fase, uma vez que se gera um conjunto de emoções e sentimentos. Segundo Loureiro 2014, podem ser gerados sentimentos negativos, como a ansiedade, o medo e o receio.

Um dos desafios também referidos pelos profissionais entrevistados é a falta de recursos na comunidade, a dificuldade dos cuidadores em complementarem a sua atuação com respostas da comunidade, as longas listas de espera para institucionalização e a falta de respostas da comunidade para utentes parcialmente autónomos que não pretendem integrar no imediato ou não conseguem custear uma ERPI. Quando o profissional de serviço social não consegue garantir a continuidade de acompanhamento social necessário face às necessidades dos utentes e quando os familiares não conseguem assegurar esses cuidados é prorrogada a alta, o que se traduz no aumento dos dias de internamento, sendo que no discurso dos profissionais foi perceptível que possuem bastantes utentes com internamento prorrogados ou a aguardar colocação na tipologia de ULDM. Rendeiro (2015) afirma que a falta de respostas sociais dificulta a intervenção dos assistentes sociais, uma vez que condiciona a admissão numa resposta da comunidade. No mesmo sentido, Trevithick (2005 pp.279-280) citado por Carvalho (2012, p.109) refere que não existindo os recursos essenciais, os assistentes sociais colocam-se numa situação complexa pelo facto de não conseguirem muitas das vezes serem bem-sucedidos na sua intervenção, pois, é possível identificar bastantes fatores de risco em que não existem recursos que lhes façam face. Um dos aspetos a ter igualmente em conta e que foi perceptível nas respostas dos profissionais é que o planeamento de alta, por vezes encontra-se mais limitado pela distância geográfica da área de residência dos utentes face a impossibilidade de intervenção no terreno e dificuldade na articulação com as respostas da área geográfica em questão.

Aquando questionada qual a opinião relativamente as ECL's no papel do planeamento de alta, é possível verificar uma divisão nas respostas recolhidas, uma vez que alguns dos entrevistados afirmam que a ECL é presente, mas presta apoio apenas quando solicitado. Por outro lado, percecionamos também que existem ECL's que tem um papel de maior contacto, tal como a entrevistada 6 afirma que semanalmente fazem um ponto de situação das diligencias levadas a cabo para alta dos utentes. As ECL's são constituídas por membros da área da saúde e da segurança social, têm o dever de assegurar o acompanhamento, a avaliação da rede a nível local, a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência e manifestam o seu parecer sempre que contactadas com pedidos e apoio a maioritariamente na leitura dos registos em aplicativo informático e aprovação de pedidos de prorrogação ou transferência.

Foram recolhidas propostas conclusivas e de reflexão para outros profissionais que se encontrem a exercer a sua profissão no âmbito de UCCI na tipologia de Convalescência a fim proporcionar diversas visões, sendo que as respostas variam entre: o assistentes social solicitar sempre que necessário apoio juntos de profissionais de outras áreas para complementar e enriquecer a sua atuação; reforçar o internamento previsível de 30 dias e necessidade de colaboração de todos os intervenientes; a antecipação do planeamento de alta sempre que possível; a promoção de ensinios aos familiares durante o internamento; a solicitação a colegas das EGAS os Centros de Saúde para informarem devidamente o funcionamento da RNCCI quando apresentam a proposta de admissão; aquando do acolhimento apresentar logo as respostas disponíveis na comunidade.

O processo de planeamento de alta, como é possível percecionar na presente dissertação, é descrito por vários autores e encontra-se espelhado como forma de orientação para o assistente social no Manual de Boas Praticas para os assistentes sociais da saúde na RNCCI e noutros documentos/artigos científicos. Contudo, até ao momento a discente não identificou nenhum estudo que compilasse experiências da forma de atuação descrita por diversos profissionais, na tipologia de Convalescência. Os constrangimentos ao planeamento de alta são cada vez mais notários, pelo que foi considerada a necessidade do presente estudo. Uma vez que, por vezes os profissionais necessitam de apoio para repensarem ou adaptarem a sua prática profissional, pelo que a presente dissertação veio compilar diversos métodos de trabalho, opiniões e estratégias

de intervenção a fim de apoiar outros profissionais no planeamento de altas na sua prática profissional.

Limitações do estudo

No que concerne ao presente estudo, podemos afirmar que existiram algumas limitações e adversidades, sendo que o objetivo definido inicialmente foram 10 profissionais, no entanto devido à demora na resposta quanto a aceitação de participação, o que condicionava o avanço da dissertação, foram realizadas apenas 9 entrevistas. Um dos desafios apontados ao longo da presente dissertação foi a insuficiência de informação disponível no sentido do tema abordado na tipologia de Convalescência onde o tempo se verifica menor para as diligências necessárias que noutras tipologias da RNCCI. Não foi possível atingir a saturação dos dados devido à dimensão da amostra. Podemos afirmar que apesar das limitações, o resultado esperado foi alcançado, contudo sugiro novas investigações na mesma área, com um número de profissionais maior, de forma a recolher mais e diversas formas de trabalho dos assistentes sociais na tipologia de convalescência.

Desta feita, considero pertinente a continuidade de investigações a fim de partilharmos o maior número de informação, praticas e métodos de trabalhos entre profissionais da RNCCI, quer através das entidades responsáveis como por outras vias, com o objetivo de adaptarmos a prática profissional a cada utente de forma eficaz.

Conclusão

Tendo em conta o principal objetivo desta dissertação, onde se pretendeu explorar como diferentes profissionais desenvolvem o seu planeamento de alta, foi realizado um estudo exploratório, qualitativo a 9 profissionais com experiência na tipologia de Convalescença, onde foi realizado igualmente pesquisa documental.

Dos resultados obtidos, retiramos as seguintes conclusões e sugestões de intervenção na tipologia de Convalescença:

A realização de um contacto telefónico de pré admissão dos utentes aquando da colocação dos mesmos nas unidades, apresentação do objetivo da tipologia e apresentação do funcionamento da RNCCI e da unidade com o objetivo de assegurar planeamentos de alta seguro. Por vezes, nesse contacto são logo identificados colegas da comunidade ou colegas das EGA's para articulação.

Aquando do acolhimento, sempre que possível ser realizado presencialmente com elementos da equipa multidisciplinar a fim de ser apresentado de imediato o funcionamento da unidade e da RNCCI, a tipologia de Convalescença, da prestação de cuidados, o funcionamento do processo de reabilitação e apresentação de políticas sociais disponíveis para requerimento. Posteriormente ao acolhimento, sugere-se a realização do processo individual, o plano de intervenção da equipa multidisciplinar, os registos periódicos de todas as ocorrências e diligências do dia a dia, bem como a avaliação periódica de cada utente, tal como apresentado nas diretrizes da RNCCI.

A realização de reuniões de equipa a cada 15 dias de internamento de cada utente com a equipa multidisciplinar onde são apresentadas as condições habitacionais, apoio familiar a fim de cumulativamente com o estado de saúde/funcional os profissionais percecionarem se o utente possuiu condições de alta e qual a resposta que na nossa opinião será mais segura. Posteriormente, a realização de uma reunião com os familiares/utentes onde se encontra presente a equipa multidisciplinar a fim de transmissão de feedback de internamento e debate quanto a preparação de alta, uma vez que o planeamento de alta não é só uma função do assistente social, mas sim de toda a equipa multidisciplinar. A reunião com toda a equipa e familiares deve de acontecer sempre a meio do internamento, aos 15 dias, a não ser que se considere a necessidade de antecipação.

Foi possível percecionarmos que um dos principais desafios e problemas com que os profissionais se deparam no dia a dia, considerando ser um dos mais limitativos para o assistente social, é a escassez de vagas na comunidade para fazer face as necessidades

e capacidades dos utentes. Existe um elevado número de utentes a aguardar vaga na tipologia de Convalescença, mas também noutras tipologias, sendo que o internamento que se pressupõe de 30 dias se vê prorrogado no tempo. Em casos que os utentes e familiares não tem poder económico para assegurar a prestação de cuidados necessários no domicílio, nem em instituições como ERPI's e as vagas participadas encontram-se sobrelotadas, deparamo-nos com o comprometimento da alta. O Assistente Social vê a sua prática comprometida face as políticas publicas, impondo uma prática reflexiva em equipa multidisciplinar e com outros profissionais de articulação. Desta feita, considera-se crucial a realização de contactos telefónicos sistemáticos com os familiares para realização de ponto de situação de diligencias inerentes a alta. Serem realizados igualmente contactos com colegas que atuam na comunidade e sempre que surjam alterações do decorrer do internamento, a fim de manter uma relação de confiança e proximidade, sendo visível no feedback dos profissionais como um dos aspetos fulcrais para a concretização de altas seguras. Sugere-se assim uma articulação mais detalhada e frequente entre a Segurança Social, ECL de residência do utente e ECL de referência da Unidade.

Um dos métodos de trabalho de uma das entrevistadas, considerado como diferenciado e eficaz, passa pela realização de ponto de situação semanal com a ECL da área de residência, com o objetivo de manterem uma relação mais próxima de acompanhamento dos processos a serem diligenciados, em vez da recorrência a apoio somente quando necessário.

A alta deve ser sempre articulada entre todos os profissionais da equipa multidisciplinar desde o acolhimento na unidade, envolvendo sempre igualmente todos os intervenientes, entre eles, o utente, os familiares e as respostas da comunidade, trabalhando sempre cada utente de forma pormenorizada e individual.

Face ao objetivo da presente dissertação, concluímos que a comunicação e articulação constante entre intervenientes e a comunidade são os principais elos de ligação para a concretização de altas seguras, desde o momento do acolhimento até a efetivação de alta em consonância com o trabalho a ser desenvolvido pela equipa multidisciplinar.

Face a metodologia adotada, considera-se que foi a mais apropriada face ao objetivo do presente estudo, de forma a percebermos de forma clara e objetiva a opinião e experiência das profissionais entrevistadas.

Bibliografia

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

ACSS. (2017). RNCCI. Portugal. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/11/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-2017.pdf>.

Albuquerque, C. & Arcoverde, A. (2017). Serviço Social Contemporâneo: Reflexividade e Estratégia. Edição Pactor. Lisboa. pp. 15-20.

Augusto, B., Carvalho, R., et al. (2002). Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar. Coimbra: Formasau, Lda.

Borges, H., Teodora, J., & Valente, R. (2006). Planeamento da Alta Hospitalar do Idoso em Ortopneumologia. Obtido em 4 de março de 2022, de <http://repositorio.chlc.minsaude.pt/handle/10400.17/397>

Branco, F. (2009). A profissão de assistente social em Portugal. *Locus Social*, (3), pp. 61-89. Obtido em fevereiro de 2022, de <http://snas.pt/artigos/aprofiss%C3%A3odeassistentesocialemportugal>

Branco, F., & Farçadas, M. (2012). O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspectivas e Desafios. In *O Serviço Social na Saúde* (pp. 1-24). Pactor.

Bravo, M.I., Guadalupe, S. & Silva, T. (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor

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

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

CARLSON, G. – What is a health maintenance organization? (Em linha). Columbia, MO : College of Human Environmental Sciences. University of Missouri, 2009. (Managed Care Info Sheets). (Consult. Janeiro 2022). Disponível em: <http://missourifamilies.org/features/healtharticles/health43.htm>

Carvalho, M. (2015). Serviço Social com Famílias. Factor: Lisboa

Carvalho, M.I. (coord.) (2012). Serviço Social na Saúde. Lisboa: Factor – Edições de Ciências Sociais e Contemporânea.

Cerqueira, M. (2005). O cuidador e o doente paliativo – Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para cuidar do doente paliativo no domicílio. Coimbra: Formasau

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

Costa, L. P. Reis, F. N. Souza & R. Luengo (Eds). Libro de Actas de 3º Congreso Ibero-Americano en Investigación Cualitativa: Artículos de Ciencias Sociales (pp.338-342). Badajoz: Ludomedia.

Coutinho, C. (2013). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática (2a edição). Vila Nova de Famalicão: Edições Almedina, S.A.

Direção Geral da Saúde, DGS (2006). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>.

Escoval, A. (2003). Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização - factores críticos do contexto português. Tese de Doutoramento. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE.

Ferreira, Jorge M. L. (2008). Trajetórias e Produção do Conhecimento do Serviço Social Português. O Papel do Instituto Superior Serviço Social de Lisboa – ISSSL. Revista Intervenção Social, 32/34 da Universidade Lusíada - Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.

Fialho, J., Silva, C. Saragoça, J. (2015). Diagnóstico Social: Teoria, Metodologia e Casos Práticos. Edições Sílabo: Lisboa.

Flick, U. (2013). Métodos Qualitativos na Investigação Científica. Lisboa: Monitor.

Granja, B. (2008). O saber procedimental/procedural dos assistentes sociais com os utentes. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas: VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: Saberes e Práticas, Lisboa. pp. 1-13.

Guadalupe, S. (2009). Intervenção em Rede: Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra

Guadalupe, S. (2011). Anotações Cronológicas sobre a trajetória do serviço social no sistema de saúde em Portugal. Revista Serviço Social & Saúde, volume X, n. 12

Guerra, I. (2002). Fundamentos e processos de uma sociologia de ação. O planeamento

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

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

Guia Prático da RNCCI (2022). Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrado_s_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a, acedido a: 2 de abril de 2022

Hankey, G. J. (2004) “Informal care giving for disabled stroke survivors”. British Journal Medical. 328, 1085-1086.

Idáñez, M. J., & Ander-Egg, E. (2008). Diagnóstico Social: Conceitos e metodologias.

Ioshimoto, T. (2010). Dependência funcional, mortalidade e qualidade na vida dos idosos. Rev Neurocienc, 423-424.

Kisnerman, Natalino. Ética para o serviço social. Petrópolis: Vozes, 1983.

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

Manual das Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI, 2006. Disponível em https://www.seg-social.pt/documents/10152/13339/rncci_boas_praticas_assistentes_sociais_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555,
acedido a: 20 de fevereiro de 2022

MARQUES, E.; MOURO, H. Portugal. In Annamaria Campanini and Elizabet Frost (Eds.). European Social Work, commonalities and differences. Roma: Caracci Editori, 2004. p. 182-88.

Martins, Alcina M^a Castro (1995), Génese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português - Escola Normal Social de Coimbra, Intervenção Social n^os 11/12, I.S.S.S. Lisboa, p 17 a 34.

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

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

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

MICHAELS, F.H.; McCABE, S. – Managing chronic conditions for elderly adults : the VNS Choice Model. Health Care Financing Review. 27 : 1 (2005) 33 – 45.

Mondragón, J., & Trigueros, I. (1999). Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud. Madrid: Siglo Veintiuno.

Monitorização da Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)-Relatório Final. Acedido em 15 de janeiro de 2022. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_-_Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf

Monteiro, M. (2014). Determinantes Sociais Condicionantes das Altas Clínicas dos Utentes da Rede nas UCCI: Um Estudo de Caso. Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. Portugal.

Mouro, H. (2014). Teoria e Teorizar em Serviço Social. In M. I. Carvalho, & C. Brito (Coord.). Serviço Social: Teorias e Práticas (Capítulo 2, pp. 27-56). Lisboa: Pactor.

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

Pardal, L. & Lopes, E., S. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.

Pena, M. J. (2012). Relação Profissional: Utopia ou Realidade? Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) do Instituto Universitário de Lisboa.

Pereirinha, J. A. (2016). Pobreza e novos riscos sociais em Portugal: uma análise da despesa social. In Políticas Sociais em Tempos de Crise (1a ed., p. 127-143). Pactor Edições.

Pocinho, M. (2012). Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico. Lisboa: Lidel- Edições técnicas.

Pordata – Base de dados de Portugal Contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em www.pordata.pt. [Consultado em 19/3/2022].

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

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). Manual de investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.

Ramalho, V. (2014). Cuidados no domicílio em doente com AVC após alta da UCCI. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Educação de Beja. Beja.

Ramos, C. (Outubro de 2012). Dificuldades e necessidades de cuidadores informais de idosos dependentes da Beira Interior. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia (2o ciclo de estudos). Covilhã.

Rede Nacional de Cuidados Continuados. (2011). “Manual do Prestador: Recomendações para a melhoria continua”. Lisboa.

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

Ribeiro, A.R., Masfret, D.C., Ferreira, F., Branco, F., Almeida, H.N., Santo, I.E., Fazenda, I., Frederico, L., Payne, M., Lopes, M.A., Farçadas, M., Souza Bravo, M.I., Guadalupe, S. & Silva, T. (2012). Serviço Social na Saúde. Lisboa: Pactor.

RNCCI, (2010). Três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Disponível [online]
http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3_anos_RNCCI.pdf

Romão, C. (2012). Cuidados paliativos – uma reflexão sobre as competências profissionais do assistente social. Instituto Politécnico de Portalegre

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

Santos, M. F. (dezembro de 2017). A Prática Profissional do Assistente Social em contexto de cuidados de saúde primários infantojuvenis. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22393/1/Marta%20Filipa%20de%20Jesus%20Ferreira%20dos%20Santos.pdf> - Consultado a 11 de abril 2022

Silvestre, M. J., Fialho, I., & Saragoça, J. (2014). Da palavra à construção de conhecimento: Meta-avaliação de um guião de entrevista semi-estruturada. In A. P.

Simões, J., & Dias, A. (2009). Gestão da saúde e despesa pública. In Cabral, N., Amador, O., Martins, G. (Eds.). A reforma do setor da saúde: uma realidade eminente? (pp. 81-100). Coimbra: Almedina. Simon, H. (1991). *Models of my life*. Nova York: Basic Books.

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

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva (1992). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. Atlas, São Paulo, 3.a ed..

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados – A Prestação de Cuidados nas Unidades de Convalescença – Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI. Lisboa: UMCCI, 2006.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados- Manual do prestador: Recomendações para a Melhoria Continua. (1ª Edição). Lisboa: UMCCI, 2011.

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento*. (2a Ed.). Edições Sílabo.

Viscarret, J. (2007) *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*, Madrid: Alianza.

Legislação

Decreto-Lei nº 281/2003. Diário da República n.º 259/2003, Série I-A de 2003-11-08 - Ministério da Saúde. Assembleia da República. Lisboa.

Decreto-Lei nº 56/79, de 15 de setembro. Diário da República nº 214/1979, Série I. Ministério da Saúde. Assembleia da República. Lisboa.

Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de janeiro. Diário da República nº 19/2010, Série I. Ministério da Saúde. Assembleia da República. Lisboa.

Despacho n.º 176-D/2019 de 04 de janeiro. Diário da República n.º 3/2019. Série II. Assembleia da República. Lisboa.

Despacho n.º 407/98 de 18 de junho. Diário da República nº 138/1989. Série II. Assembleia da República. Lisboa.

Despacho nº 1269/2017 de 06 de fevereiro. Diário da República n.º 26/2017, Série II. Assembleia da República. Lisboa.

Diretiva técnica nº1/UMCCI de 7 de janeiro de 2008. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Lisboa

Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República nº109/2006 - I - A - Série. Ministério da Saúde.

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Diário da República nº195/1990 – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Lei nº 48/90 de 24 de agosto. Diário da República n.º195/1990, Série I de 1990-08-24. Assembleia da República

Lei nº 56/79 de 15 de outubro. Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15. Assembleia da República

Lei nº1/1976. Diário do Governo n.º 40 - I Série, p.327. Conselho da Revolução. Lisboa.

Portaria nº 17/2020. Diário da República nº 17/2020, Série I de 24 de janeiro. Ministérios das Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. Assembleia da República. Lisboa

Apêndices

Apêndice I - Convite para participação na investigação via Email

Bom Dia Exma. Equipas

Espero que se encontrem bem

O meu nome é Vânia Simões, sou licenciada em Serviço Social e atualmente encontro-me a frequentar o Mestrado em Serviço Social na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação na Universidade de Coimbra. Encontrando-me na fase final de elaboração de dissertação intitulada de “Planeamento de Alta na Tipologia de Convalescença da RNCCI”. Desta feita, venho por este meio convidar o profissional de Serviço Social da sua instituição a participar na minha investigação.

A tipologia de Convalescença é um internamento onde se pressupõe um internamento de 30 dias, sendo que ao longo do mesmo é necessário encetar todas os esforços para concretização de diligências para o sucesso e concretização de altas seguras num período de tempo reduzido. Pretende-se com a presente investigação explorar de que forma os diversos Assistentes sociais preparam as altas na tipologia de Convalescença e quais as estratégias utilizadas.

Todas as informações recolhidas serão confidenciais, assegurando a privacidade dos dados que são utilizados exclusivamente para fins estatísticos, em momento algum, os participantes serão identificados ou será posto em causa o funcionamento da instituição onde se encontram a laborar, sendo apenas utilizados os dados pertinentes para o estudo. Os resultados obtidos são utilizados apenas para fins académicos, onde se pretende recolher a perspetiva e experiência a nível da intervenção profissional.

Envio em anexo o Consentimento Informado.

Aguardo a sua resposta tão célere quanto lhe seja possível

E em caso afirmativo agendaremos data e hora para entrevista.

Encontro-me sempre disponível para qualquer esclarecimento adicional

Vânia Simões

Apêndice II - Questionário da Entrevista

O presente questionário encontra-se enquadrado na investigação de Mestrado em Serviço Social, a ser desenvolvido na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e sob orientação da Doutora Joana Guerra. Todas as informações recolhidas serão confidenciais, sendo assegurado a anonimização dos dados que são utilizados exclusivamente para fins estatísticos. Em momento algum, os participantes serão identificados ou será posto em evidência qualquer informação sobre a instituição onde se encontram a trabalhar. Os resultados obtidos são utilizados apenas para fins académicos, onde se pretende recolher a perspetiva e experiência a nível da intervenção profissional. Os participantes poderão ter acesso ao resultado final da investigação, após a sua aprovação e discussão pública na Universidade de Coimbra.

1. Idade:
2. Exerce atividade na tipologia de Convalescença há quantos anos:
Menos de 2 ___
Menos de 5 ___
Mais de 5 ___
Mais de 10 anos ___
3. Quais as principais funções dos assistentes sociais nesta tipologia?
4. Quais os principais desafios que enfrenta ao longo do internamento em convalescença em relação aos utentes e familiares?
5. Em traços gerais como planeia a alta dos seus utentes?
6. Quais as principais necessidades sentidas no planeamento de alta em relação as respostas da comunidade?
7. Quais as estratégias que utiliza desde a admissão até à saída do utente e que considera eficazes para um planeamento de alta adequado a cada utente?

8. Articula com entidades da comunidade para prestação de apoio à família no planeamento de alta?
9. Os contactos efetuados são sistemáticos ou pontuais? Considera que alguns desses contactos evoluíram para uma relação institucional próxima?
10. Na sua opinião qual o papel do utente/ família no planeamento de alta?
11. Quais são as dificuldades que as famílias referem com mais frequência?
12. Qual o papel da ECL ao longo do planeamento da alta dos utentes?
13. A título de sugestão, quais os aspetos que considera que deveriam fazer parte do processo de planeamento da alta?

Apêndice III - Consentimento Informado

Caro (a) Participante

O meu nome é Vânia Simões, sou licenciada em Serviço Social e atualmente encontro-me a frequentar o Mestrado em Serviço Social na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação na Universidade de Coimbra sob orientação da Doutora Joana Guerra. Encontrando-me na fase final de elaboração de dissertação intitulada de “Planeamento de Alta na Tipologia de Convalescença da RNCCI” onde pretendo explorar de que forma os diversos assistentes sociais preparam as altas na tipologia de Convalescença e quais as estratégias utilizadas.

Todas as informações recolhidas serão confidenciais, sendo assegurado a anonimização dos dados que são utilizados exclusivamente para fins estatísticos. Em momento algum, os participantes serão identificados ou será posto em evidência qualquer informação sobre a instituição onde se encontram a trabalhar. Os resultados obtidos são utilizados apenas para fins académicos, onde se pretende recolher a perspetiva e experiência a nível da intervenção profissional. Os participantes poderão ter acesso ao resultado final da investigação, após a sua aprovação e discussão pública na Universidade de Coimbra.

Apos a leitura das informações acima referidas declaro que aceito participar nesta pesquisa.

Declaro também que aceito/não aceito a gravação de voz da entrevista.

_____, de _____ de 2022

_____ -