

Departamento de Sociologia e Políticas Públicas

Alta Hospitalar, Serviço Social e Direitos Humanos

Ana Catarina Carreiras de Jesus

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Serviço Social

Orientador:

Doutor Jorge Ferreira, Professor Auxiliar

ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora:

Doutora Inês Espírito Santo, Assistente Social

Hospital Santa Marta, CHLC

Setembro, 2017

*“A satisfação está no esforço e não apenas na realização final”*

Mohandas Karamchand Gandhi

## **AGRADECIMENTOS**

Queria agradecer aos meus orientadores, professor Doutor Jorge Ferreira e Doutora Inês Espírito Santo por todo o apoio ao longo desta caminhada. Um agradecimento especial à Doutora Inês, por todos os conselhos, sugestões, paciência e disponibilidade. Sem si, o meu trabalho não tinha sido o mesmo, muito obrigado!

À equipa de Serviço Social do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), pela disponibilidade e interesse em participar na minha investigação.

Agradecer à minha família, pais, avós, irmã e padrinho por toda a força e incentivo, mesmo quando nada parecia correr bem. Obrigada por serem a melhor família do mundo!

E por ultimo, mas não menos importante, ao meu grande amor, obrigada por aturares os meus dias menos bons, por escutares vezes sem conta tudo o que já tinha feito e o que ainda me faltava fazer, obrigada por seres o meu porto de abrigo.

## **RESUMO:**

A presente investigação teve como objetivo identificar e analisar a prática do assistente social em contexto de planeamento de alta hospitalar, na promoção dos Direitos Humanos, bem como, a identificação dos determinantes que possam ser fatores condicionantes das altas com protelamento social.

Neste contexto utilizamos uma metodologia essencialmente assente no modelo indutivo, englobando uma abordagem mista, que integra a análise quantitativa dos casos dos utentes protelados do CHLC na relação com a análise qualitativa no que concerne à perspetiva dos profissionais e respetiva coordenação do Serviço Social.

Constatámos que para além das condições de saúde dos utentes, o grau de envolvimento da família em todo o processo, bem como a sua capacidade de apoio ao utente implicam significativamente o nível de complexidade da intervenção. Bem como as situações mais complexas implicam internamentos mais prolongados em comparação com as de baixa complexidade. O protelamento da alta hospitalar é condicionado por diversos fatores, extrapolando os de carácter exclusivamente social, sendo que numa primeira instância é determinado pelo contexto de dependência do utente. Na sua prática, os assistentes sociais regem-se pela defesa dos Direitos Humanos, traduzindo-se em tarefas e atividades concretas, nomeadamente no planeamento da alta hospitalar, sendo que o seu protelamento, pode funcionar como um instrumento de manutenção ou inibição dos mesmos em conformidade com a gestão da situação, e com o espaço de tempo até à efetivação da alta hospitalar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Alta Hospitalar, Direitos Humanos, Protelamento Social, Serviço Social Hospitalar

**ABSTRACT:**

The objective of the present investigation was to identify and analyze the practice of social worker in the context of hospital discharge planning, in the promotion of Human Rights, as well as the identification of the determinants that may be factors determining the discharge with social delay. In this context, we use a methodology based essentially on the inductive model, encompassing a mixed approach, which integrates the quantitative analysis of the cases of patients with delayed discharges of CHLC and a qualitative analysis with the perspective of professionals and the coordinator of Social Work. It was found that in addition to the health conditions of the patients, the degree of involvement of the family in the whole process, and their capacity to support the patients, significantly implies the level of complexity of the intervention. It has also been found that more complex situations involve longer hospitalizations compared to those with low complexity. In this sense, delayed hospital discharge is conditioned by several factors, extrapolating those of exclusively social character, so much that in a first instance it is determined by the context of incapacity of the patient. In their practice, social workers fight for the defense of Human Rights, which translate into concrete tasks and activities, particularly in the planning of hospital discharge, and their delayed can function as an instrument of maintenance or inhibition of the Human Rights in conformity with the management of the situation, and the time until the hospital discharge.

**KEYWORDS:** Delayed Discharges, Hospital Discharge, Hospital Social Work, Human Rights

RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	iv
INDICE DE FIGURAS.....	viii
INDICE DE QUADROS.....	viii
GLOSSÁRIO DE SIGLAS.....	iv

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I: SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>5</b>
1.    POLÍTICAS DE SAÚDE.....	5
2.    SERVIÇO SOCIAL E DIREITOS HUMANOS.....	8
3.    MODELOS DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL.....	11
3.1.    MODELO PSICOSSOCIAL.....	12
3.2.    MODELO DE GESTÃO DE CASOS.....	13
3.3.    MODELO DE INTERVENÇÃO EM CRISE.....	13
3.4.    MODELO SISTÊMICO.....	14
3.5.    MODELO DE INTERVENÇÃO EM REDE.....	14
3.6.    PERSPETIVAS DE FORÇAS.....	15
3.7.    ADVOCACIA SOCIAL.....	16
<b>CAPÍTULO II: PLANEAMENTO E PROTELAMENTO DE ALTAS NA PERSPETIVA DO SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>17</b>
1.    INTERVENÇÃO SOCIAL EM CONTEXTO HOSPITALAR.....	17
2.    O DOENTE E A SUA FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE DOENÇA E IMPLICAÇÕES DO INTERNAMENTO HOSPITALAR.....	24
3.    PLANEAMENTO DA ALTA HOSPITALAR E PROTELAMENTO SOCIAL.....	27
<b>CAPITULO III: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>35</b>
1.    DA PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO À METODOLOGIA DE PESQUISA.....	35
2.    NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO.....	36
3.    CAMPO EMPÍRICO E AMOSTRA.....	36
4.    TÉCNICAS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS.....	37
<b>CAPITULO IV: SERVIÇO SOCIAL, ALTA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS.....</b>	<b>41</b>

1. OS UTENTES SEM ALTA SOCIAL.....	42
2. A COMPLEXIDADE DA INTERVENÇÃO SOCIAL E A RELAÇÃO COM O PROCESSO DE PLANEAMENTO DA ALTA HOSPITALAR .....	45
3. PROTELAMENTO DA ALTA HOSPITALAR: PRINCIPAIS CAUSAS, CONDICIONANTES E ESTRATÉGIAS PARA A SUA REDUÇÃO.....	61
4. OS DIREITOS HUMANOS, PROTELAMENTO DA ALTA HOSPITALAR E INTERVENÇÃO SOCIAL .....	74
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>I</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Lógicas de ação do Assistente Social .....	32
Figura 2. Complexidade da prática do Assistente Social .....	33
Figura 3. Distribuição do sexo dos utentes.....	42
Figura 4. Distribuição das idades dos utentes .....	42
Figura 5. Distribuição da situação de saúde dos utentes .....	43
Figura 6. Distribuição da situação familiar dos utentes .....	44
Figura 7. Distribuição da escala de complexidade das intervenções sociais.....	45
Figura 8. Distribuição dos utentes em função do seu destino pós alta .....	52
Figura 9. Complexidade da intervenção social e seus condicionantes .....	54
Figura 10. Intervenção social em contexto de planeamento da alta hospitalar .....	57
Figura 11. Instrumentos de apoio à prática profissional e modelos de intervenção social hospitalar ..	59
Figura 12. Distribuição dos utentes em função da causa do Protelamento da alta hospitalar .....	61
Figura 13. Protelamento da alta hospitalar, principais causas e condicionantes .....	71
Figura 14. Estratégias do Serviço Social.....	73
Figura. 15. Alta Hospitalar, Serviço Social e Direitos Humanos .....	83

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Escala de Complexidade da intervenção social e número de dias de protelamento .....	46
Quadro 2. Escala de Complexidade da intervenção social e Situação Familiar .....	47
Quadro 3. Escala de Complexidade da intervenção social e situação de saúde .....	48
Quadro 4. Escala de complexidade da intervenção social, situação de saúde e situação familiar dos utentes.....	49
Quadro 5. Escala de complexidade da intervenção social e causa do protelamento .....	51
Quadro 6. Escala de complexidade da intervenção social e destino pós alta .....	53
Quadro 7. Causa do protelamento e número de dias de protelamento .....	62
Quadro 8. Causa do Protelamento em função da situação de saúde dos utentes.....	63
Quadro 9. Situação de saúde e número de dias de protelamento .....	64
Quadro 10. Causa do protelamento em função da situação familiar dos utentes .....	65
Quadro 11. Situação familiar e número de dias de protelamento.....	66
Quadro 12. Causa do protelamento e destino pós alta.....	67
Quadro 13. Destino pós alta e número de dias de protelamento .....	68



## **GLOSSÁRIO DE SIGLAS**

CEE- Comunidade Económica Europeia

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

ECCI- Equipas de Cuidados Continuados Integrados

IFSW- *International Federation of Social Work*

ONU- Organização das Nações Unidas

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SPSS- *Statistical Package for Social Sciences*

UC- Unidade de Convalescença

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos

UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção



## INTRODUÇÃO

A presente dissertação decorre de uma investigação em Serviço Social, sobre o tema “Alta Hospitalar, Serviço Social e Direitos Humanos. A temática do planeamento da alta hospitalar é de particular interesse para o Serviço Social, no sentido em que o seu desenvolvimento, conduz a implicações diretas no bem-estar e qualidade de vida dos utentes e famílias. A escassez de recursos e respostas sociais conduzem a uma complexificação da intervenção, uma vez que não só dificultam a eficácia na procura de uma resposta adequada às características dos utentes, como também a possibilidade de apoio por parte das famílias aos seus familiares dependentes (Rendeiro, 2015). O assistente social possui um papel fundamental no sentido de estabelecer um contacto precoce e sistemático com o utente e sua família por forma a realizar a avaliação da situação, e em conjunto com os mesmos aferir os cuidados necessários bem como os recursos para os satisfazer.

Segundo Martinelli (2003), a saúde é uma área intrínseca à profissão de Serviço Social, constituindo-se como parte da sua identidade profissional e histórica. No entanto, embora se possa observar semelhanças na intervenção dos profissionais realizada no âmbito social ao longo dos anos, nem sempre se constituiu de forma clara, a designação e os papéis atribuídos à profissão, que atualmente se designa como Serviço Social. Mary Richmond (1861-1928), pioneira no desenvolvimento da profissão, contribuiu efetivamente para a clarificação e distinção dos conceitos de assistência social, caridade, filantropia e Serviço Social, dotando os assistentes sociais de técnicas e saberes, distintos do senso comum, conferindo-lhes desta forma reconhecimento e autoridade de intervenção (Guerra, 2015). Martinelli (2003), evidencia também a importância de Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira que fundou e desenvolveu as “*health visitors*”, que Mary Richmond, pela sua pertinência de intervenção viria a adaptar para o serviço social, no que hoje se designa como “visitas domiciliárias”. Foi através do desenvolvimento das visitas domiciliárias, que o Serviço Social começou a ganhar visibilidade na área da saúde. Em 1905, é criado o primeiro serviço social médico, desenvolvido no Hospital Geral de Massachusetts, uma vez reconhecida a importância da sua intervenção, tanto no diagnóstico como no tratamento.

De acordo com Branco (2015), o desenvolvimento da profissão de Serviço Social em Portugal encontra-se também estritamente relacionada com a saúde, podendo evidenciar-se as primeiras profissões sociais ligadas à área da saúde em 1929, em que os profissionais, na sua totalidade do sexo feminino, condição obrigatória da época, se designavam por “visitadoras sanitárias”, conceito idêntico ao de Florence Nightingale, estando a sua

intervenção direcionada para os problemas de higiene e saúde. Mais tarde, a sua designação passaria a “auxiliares sociais”, e posteriormente a “assistentes sociais”, através da legitimação e qualificação académica da profissão.

Em Portugal, o desenvolvimento do Serviço Social hospitalar foi um pouco mais tardio pelo que apenas em 1941 e 1942, os assistentes sociais passam a ser parte integrante dos Hospitais Universitários de Coimbra e Lisboa, respetivamente, constituindo-se assim o serviço social hospitalar. Após a reforma Hospitalar de 1968, o serviço social passa a ter de forma clara as suas funções, bem como a sua definição e importância (Carvalho, 2012).

Assim, de acordo com Guerra (2015), a “relação histórica da profissão com a saúde resulta da própria evolução do conceito de saúde e por inerência da evolução dos serviços de saúde (...)” (Guerra, 2015:97).

A escolha do tema surgiu devido à necessidade e interesse de aprofundamento de conhecimentos do Serviço Social nesta temática, nomeadamente na sua intervenção em contexto de planeamento da alta hospitalar, bem como em relação com os Direitos Humanos. Desta forma, o objetivo geral da investigação prendeu-se com a identificação e análise da prática do assistente social em contexto de planeamento de alta hospitalar na promoção dos Direitos Humanos, bem como, com a identificação dos determinantes que possam ser fatores influenciadores e / ou condicionantes das altas com protelamento social. Mais especificamente pretendeu-se analisar e compreender o processo de planeamento de alta e protelamento social na perspetiva da Coordenadora de Serviço Social, analisar a perceção dos assistentes sociais relativamente ao seu papel atual no contexto de planeamento da alta hospitalar, bem como relativamente aos principais determinantes que levam ao protelamento da alta hospitalar, tipificar as estratégias utilizadas pelos profissionais que evitam ou reduzem o tempo de protelamento da alta e por fim, identificar e analisar os princípios dos Direitos Humanos na intervenção do assistente social em contexto de planeamento de alta hospitalar. Neste sentido o objeto de estudo desta investigação centrou-se nas práticas do assistente social, em contexto de alta hospitalar.

A metodologia de investigação utilizada baseou-se no modelo indutivo, partindo desta forma da investigação prática de forma a chegar à teoria e assim à resposta das questões de investigação. De forma a realizar um aprofundamento da investigação optou-se pelo método da triangulação, ou seja, a utilização de métodos mistos qualitativos e quantitativos, que se traduziram na recolha de informação junto de cinco assistentes sociais através do *focus grupo online*, da entrevista à Coordenadora de Serviço Social e da análise dos processos / relatórios dos doentes protelados socialmente. A entrevista à coordenadora

de Serviço Social teve como intuito complementar e aprofundar as informações obtidas através do *focus group* realizado aos assistentes sociais, bem como perceber a perspectiva da liderança face à temática em estudo. A análise aos processos sociais / relatórios dos protelados pretendeu identificar e tipificar os fatores que decorreram do protelamento social.

O trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos, os dois primeiros dizem respeito ao enquadramento teórico englobando os principais conceitos associados à temática de investigação, partindo de conceitos mais gerais, particularizando para a intervenção social hospitalar e protelamento social. O terceiro capítulo encontra-se relacionado com a metodologia de investigação, abrangendo desde a problemática, às técnicas de recolha e análise de dados e no último capítulo são analisados os resultados da investigação. A análise dos resultados abrange as informações obtidas através das três diferentes técnicas de recolha de dados, a análise dos casos dos utentes protelados, o *focus group* e a entrevista. A análise encontra-se dividida em três temas, o primeiro referente à complexidade da intervenção social, o segundo relativo ao protelamento da alta hospitalar, as suas principais causas e estratégias de minimização, e por último os Direitos Humanos e a sua relação com a intervenção social.

Por fim, apresentamos a conclusão, na qual se descrevem as considerações finais do estudo bem como perspectivas futuras de investigação, seguindo-se as referências bibliográficas e anexos.



## CAPITULO I: SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

### 1. POLÍTICAS DE SAÚDE

As políticas de saúde constituem atualmente uma das maiores frações das despesas sociais, pelo que ao longo dos anos sofreram grandes alterações no sentido de minimizar as situações de insustentabilidade através da gestão equilibrada entre a contenção de custos e a qualidade do sistema (Silva, 2012).

Neste sentido, de acordo com Campos (2011) e Carapinheiro e Pinto (1986), citados por Silva (2012) e Sousa (2009), podem ser distinguidas diversas fases de evolução das políticas de saúde sendo estas:

- **Até 1970** (A grande maioria dos hospitais era gerido pelas Misericórdias, pelo que a prestação dos cuidados saúde se encontrava muito associada à caridade social. O papel do Estado era apenas complementar às instituições, uma vez que a capacidade de financiamento de um sistema público de saúde era muito limitada, o que levou à sua fragmentação.)
- **1970 a 1985** (criação e expansão do Serviço Nacional de Saúde através da reforma de “Gonçalves Ferreira”. Apesar de ainda possuir grandes limitações, permitiu o estabelecimento dos “centros de saúde”, para além de clarificar o papel interventivo do Estado nos cuidados de saúde, constituindo-se como o principal responsável na concretização do direito à saúde preconizado na Constituição da República Portuguesa. Em 1979 é consagrada a Lei do Serviço Nacional de Saúde preconizando o acesso universal à saúde a todos os cidadãos.)
- **1985 a 1995** (Expansão dos serviços e equipamentos de saúde de carácter público e privado. A entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1986 permitiu a mobilização de fundos para o sector da saúde, o que potenciou o desenvolvimento dos serviços, infraestruturas e equipamentos nesta área. Em 1990 é publicada a Lei de Bases da Saúde, que implicou o direito à proteção de saúde defina pelo sistema de saúde português. Também no mesmo ano são introduzidas as taxas moderadoras de acesso aos cuidados de saúde, salvaguardando os grupos de risco e situações de insuficiência económica A participação do sector privado foi incrementada, incluindo a gestão hospitalar. Em 1993 são criadas as Administrações Regionais de Saúde e expandidas por cinco regiões administrativas.)

- **1995 a 2002** (Aumento dos serviços de saúde existentes, aposta em novas formas de gestão, potenciando a flexibilidade e autonomia. Houve um recuo na perspectiva de privatização dos hospitais e serviços, para a contratualização de entidades públicas empresariais.)
- **2002 a 2005** (Desenvolvimento de um sistema misto de serviços públicos e privados, com o intuito de melhorar a sua eficiência, passando desta forma a designar-se como Sistema Nacional de Saúde (SNS).)
- **2005 a 2009** (As políticas de saúde continuam com objetivo de eficiência do SNS, pelo que promovem iniciativas de expansão e modernização de serviços.)

Pelo exposto, podemos observar grandes alterações no papel interventivo do Estado, desde uma participação meramente suplementar, a uma participação ativa como principal responsável na concretização do direito à saúde. Atualmente tem-se observado uma evolução de políticas no sentido da diminuição da participação direta do Estado, apresentando-se apenas como prestador de serviços. No entanto o SNS permanece gratuito, podendo considerar-se que funciona como um “sistema público, financiado por impostos, que funciona como seguro público, universal e obrigatório” (Silva, 2012:123).

De acordo com Guadalupe (2003), podem considerar-se três fatores implicados no estabelecimento das políticas de saúde; *fatores económicos*, no sentido melhorar as condições básicas de vida, laborais e de ambiente social; *fatores educativos, culturais e emocionais*, ou seja, a necessidade de educação para a saúde, o seu significado e importância, e formas de a manter e/ou melhorar. Segundo a autora, esta questão implica a mobilização de meios permanentes de formação e informação. E por fim, *fatores técnicos*, no sentido de melhorar e expandir a prestação de serviços ao nível dos cuidados primários, cuidados diferenciados e de reabilitação.

Neste sentido, segundo Silva (2012), as políticas de saúde evoluíram ao longo dos anos com o intuito de concretização de três objetivos principais; a *sustentabilidade do sistema de saúde*, sendo que o sector da saúde constitui um dos que engloba maiores despesas sociais. Estas despesas estão essencialmente associadas à maior procura de cuidados de saúde, ao desenvolvimento e expansão das tecnologias de saúde, bem como ao aumento da esperança média de vida; a *equidade no acesso à saúde*, ou seja, este deve ser universal, o acesso deve ser garantido a todos os cidadãos, bem como deve ser preservada a igualdade na prestação de tratamentos e serviços, independentemente da condição económica da pessoa, e por fim os *resultados e qualidade do sistema*, no sentido em que



cada vez mais as políticas implicam a garantia da qualidade da prestação de serviços aos cidadãos, constituindo-se como parte integrante da avaliação das mesmas.

Segundo a autora, os três objetivos formam uma rede de influência, sendo que “o sistema só tem qualidade se tiver garantido a sustentabilidade e a equidade; só pode ser equitativo se for sustentável e tiver a mesma qualidade para todos; e só pode ser sustentável se tiver qualidade distribuída de forma equitativa” (Silva, 2012:125).

Em 2006, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)<sup>1</sup>, aliando as políticas de saúde e de segurança social, foi possível colmatar a carência de respostas existentes no que concerne à prestação de cuidados de longa duração. Desta forma, a RNCCI tem permitido apoiar o doente e sua família, nos contextos de reabilitação e manutenção das condições de saúde. A RNCCI é composta por quatro tipologias de unidades de internamento; Unidade de convalescença (UC), em que o internamento possui no máximo trinta dias, e onde são prestados cuidados de saúde e reabilitação; Unidade de média duração e reabilitação (UMDR), o internamento pode ir até noventa dias, e é direcionado para doentes que perderam temporariamente a sua autonomia, mas que a podem recuperar através dos cuidados prestados nesta unidade; Unidade de longa duração e manutenção (ULDm), o internamento é superior a noventa dias e é destinado a doentes em situação de doença crónica e/ou dependência e que não reúnam condições para receber tratamentos no domicílio; e por fim a Unidade de cuidados paliativos (UCP), em que não há período limite de internamento, e é dirigido a doentes com doenças crónicas, progressivas e incuráveis em situação avançada e de sofrimento. A primeira e a última unidade são de carácter gratuito, sendo que as remanescentes são pagas em conformidade com os rendimentos do agregado familiar. Existem ainda as equipas de cuidados continuados integrados (ECCI), e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP), que prestam auxílio aos doentes no seu domicílio. No entanto, embora esta modalidade de cuidados englobe tanto os níveis de saúde como social e ao satisfazerem as condições de saúde, questões como as necessidades básicas estejam também asseguradas, a necessidade de ser criado um mecanismo que permita respostas mais vastas e globais continua a ser pertinente, uma vez o número de vagas para estas unidades é limitado, o que não permite dar uma resposta adequada a todos os casos.

---

<sup>1</sup> Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de junho

## 2. SERVIÇO SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

O Serviço Social e os Direitos Humanos encontram-se intrinsecamente relacionados, no sentido em que o desenvolvimento da sua intervenção é realizado em conformidade com valores éticos e profissionais que se encontram vinculados nos princípios da Declaração dos Direitos Humanos.

De acordo com o *Manual para as Escolas de Serviço Social*, realizado pela ONU (1994), o objetivo da intervenção do Serviço Social é a mudança e o bem-estar social e o desenvolvimento de recursos que permitam a satisfação de necessidades e aspirações, a nível individual e coletivo, como também a justiça social. O facto de esta questão ser um imperativo na atuação profissional e não apenas uma opção interventiva, torna a luta pelos Direitos Humanos um “princípio organizativo da sua prática profissional” (ONU, 1994:22). A própria definição de Serviço Social define isso mesmo:

O Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da pessoa. Os princípios de justiça social, dos Direitos Humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do Serviço Social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o Serviço Social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social (IFSW, 2014).

A estreita ligação entre Serviço Social e Direitos Humanos, encontra-se igualmente relacionada com aspetos como a mediação realizada pelos profissionais em situações de conflito e opressão, de modo a que, mesmo em contextos mais vulneráveis sejam garantidos os Direitos Humanos (*Idem*, 1994). Segundo Ferreira *et al* (2016), “no processo de intervenção, o assistente social é um guardião dos Direitos Humanos e das suas violações. (...) deve, por conseguinte, desenvolver respostas que promovam estes objetivos, assumindo a advocacia social na defesa dos direitos dos grupos mais vulneráveis” (Ferreira *et al*, 2016:298).

Segundo Magri *et al* (2013), a promoção e garantia dos Direitos Humanos no desenvolvimento da intervenção social, implica que os assistentes sociais realizem uma articulação entre os diferentes níveis em que intervêm. Nomeadamente a nível das políticas e seus instrumentos, dos mecanismos de proteção social que permitem a concretização desses instrumentos, do espaço onde intervêm, e por fim ao nível da sua prática profissional. Neste sentido, os Direitos Humanos podem ser definidos como:

Direitos que são inerentes à nossa natureza e sem os quais não podemos viver como seres humanos. (...) Os Direitos Humanos e as liberdades fundamentais permitem o pleno uso e desenvolvimento das nossas qualidades humanas, a nossa inteligência, os nossos talentos e a nossa consciência, bem como satisfazer as nossas necessidades espirituais, entre outras. (Organização das Nações Unidas (ONU), 1994:4)

Estes possuem carácter universal, e devem ser respeitados em todas as circunstâncias, excetuando as situações em que um sujeito restrinja o exercício dos direitos de outrem (ONU, 1994). É possível evidenciar três gerações destes direitos, a primeira, “direitos negativos”, relativos aos direitos civis e políticos, os “direitos positivos” consagrando os direitos económicos, sociais e culturais e por fim, os “direitos coletivos” que implicam a efetivação dos direitos e liberdades presentes na Declaração dos Direitos Humanos. Contudo importa salientar também a existência de deveres humanos que devem ser aliados à efetivação dos direitos (*Idem*, 1994).

De acordo com a ONU (1994), podem evidenciar-se diversos conceitos que consagram a intervenção social e que se encontram também presentes na Declaração dos Direitos Humanos, como algo inerente à condição humana: *Liberdade e autonomia*, constituindo-se como direitos, renunciam a qualquer tipo de escravatura, tortura, prisão arbitrária, entre outras circunstâncias que inibam a liberdade e autonomia do indivíduo. No contexto particular de uma intervenção social, estes conceitos não devem ser desprezados, pelo que como refere Serafim (2004), torna-se indispensável reconhecer a “condição ética dos cidadãos”, o que implica o reconhecimento da sua liberdade, das suas competências e capacidades de tomada de decisão e de dignidade humana. O reconhecimento do sujeito como um todo, da sua condição de pessoa, constitui outro imperativo na intervenção social. Este conceito começou a ser desenvolvido no Serviço Social nos anos sessenta, com o nome de Movimento de Reconceptualização do Serviço Social. Este movimento veio introduzir alterações na forma como os indivíduos eram encarados pelos profissionais durante o processo de intervenção. Assim, a pessoa deixou de ser um objeto de intervenção, para então ser considerada um sujeito capaz de tomar as suas próprias decisões e realizar as transformações necessárias na sua vida (Fazenda, 2006).

*Igualdade e não discriminação*, conceito que ainda não se encontra universalmente aplicado, pelo que ainda se podem observar desigualdades de género ou em certos grupos da sociedade, como as minorias étnicas, entre outros contextos. Estes conceitos têm grande

importância no agir profissional do assistente social, sendo indispensável diferenciar as desigualdades justas e injustas de acordo com as especificidades de cada situação.

*Justiça*, nas suas diversas componentes, legais, judiciais, sociais ou económicas, implica o respeito pela dignidade humana, pela segurança e integridade, e desta forma o seu cumprimento potencia a efetivação de outros direitos também consignados aos cidadãos. A intervenção social procura a concretização da justiça social, de modo a promover uma melhor redistribuição de bens e recursos e a satisfação das necessidades dos sujeitos. A justiça e a justiça social podem constituir a melhor forma de defesa contra as situações de opressão.

A *Paz* constitui um valor básico da condição humana, que deve ser preservado e promovido. A promoção do estabelecimento das relações interpessoais, a mediação de conflitos, a fomentação da entajuda e sensibilização das redes de proximidade e a intervenção comunitária em contextos de marginalização e discriminação podem constituir um fator fulcral para a diminuição da violência e promoção da paz e harmonia.

*Responsabilidade Social e Solidariedade*, estes conceitos implicam a compreensão e identificação com os indivíduos em necessidade/sofrimento. A atuação profissional dos assistentes sociais deve ser dotada de solidariedade para com os sujeitos de intervenção, nomeadamente quando estes não usufruem da efetivação plena dos seus direitos.

Desta forma, o agir profissional do assistente social é demarcado por numerosas questões éticas, nomeadamente no que diz respeito à tomada de decisões durante o processo de intervenção. É essencial que o profissional se certifique que todas as diligências efetuadas abrangem todos os atores envolvidos, bem como tenha consciência do limite da sua posição de poder e controlo, por forma a promover a participação e autonomia (Banks, 2008). Segundo Fazenda (2006), posicionamentos paternalistas e de proteção excessiva conduzem a estados de dependência dos indivíduos para com o profissional, e dificultam todo o processo de desenvolvimento da autonomia.

Em contexto hospitalar, como noutras áreas de atuação, a intervenção social é realizada em conformidade com os princípios e valores consagrados no Código de Ética da profissão, que se encontram intrinsecamente relacionados com os conceitos supramencionados, presentes na Declaração dos Direitos Humanos. Nomeadamente no que concerne ao planeamento da alta hospitalar, de forma a assegurar a qualidade e adequação do mesmo e deste modo promover a concretização dos Direitos Humanos para o utente e família, o profissional deve fornecer toda a informação necessária, assegurar o seu envolvimento em todo o processo, ter em consideração as suas aspirações e

constrangimentos, bem como potenciar o exercício do seu direito de autonomia e liberdade no que respeita à tomada de decisões (Dill, 1995, Moddy, 2004, cit. por Soskolne *et al*, 2010). A informação consiste desta forma, numa forma de intervenção que pretende dotar a pessoa de todos os conhecimentos necessários para que a mesma possa exercer livremente os seus direitos, bem como realizar as suas próprias escolhas (Robertis, 2011).

Neste sentido, Silva (2003), evidencia que a prática profissional do assistente social permite o desenvolvimento de ações que facilitam a redistribuição de poder, de forma a redistribuí-lo de forma mais equitativa na sociedade. Deste modo a promoção do *empowerment*, e por sua vez a participação ativa do indivíduo, não só no desenvolvimento da sua intervenção social, mas também na sociedade em geral, apresenta-se como uma estratégia fundamental da profissão de modo a promover uma cidadania ativa e, por conseguinte, o desenvolvimento de competências no cidadão para o reconhecimento e reivindicação autónoma dos seus deveres e direitos.

### **3. MODELOS DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

A intervenção do Serviço Social é dotada de diversos modelos, métodos e características, sendo indispensável a sua adaptação ao sujeito de atenção, bem como ao seu contexto e situação-problema. A intervenção social consiste numa “articulação combinada de trajetórias e estratégias, de ação de diferentes atores que se entrecruzam numa conjunção de saberes e poderes configurando-se a situação de relação entre profissional e usuário ou cliente” (Faleiros, s/d: 13). Neste sentido, emergiram inicialmente os métodos clássicos de intervenção social, tendo como designação; Serviço Social de caso, de grupos e comunitário. Devido ao desenvolvimento das teorias sociais, bem como à complexidade das situações alvo de intervenção, estes métodos passaram a designar-se níveis de intervenção, podendo na mesma intervenção existir a presença de diferentes níveis (Viscarret, 2009). De acordo com Viscarret (2009), um modelo,

(...) reduz um fenómeno nas suas alíneas fundamentais, traduzindo a realidade numa linguagem lógica, que serve de suporte estrutural para realizar tentativas de explicação e avaliar a eficácia das hipóteses comprovando a posteriori o seu funcionamento na realidade (...). (Viscarret, 2009:297)

Desta forma, um modelo alia a componente teórica à prática, proporcionando através da incorporação de teorias, a compreensão da realidade, mas também a orientação da prática profissional, fundamentando-a e potenciando uma melhor adaptação ao

problema de intervenção (*Idem*, 2009). Teater (2010), evidencia que os assistentes sociais possuem a responsabilidade profissional de agir em conformidade com as teorias, métodos e/ou modelos que se enquadrarem nas particularidades da intervenção, e que se encontrem de acordo com os valores éticos da profissão, realçando que apenas desta forma, os profissionais se podem afastar do senso comum e diferenciar a sua intervenção.

Atualmente é possível distinguir diversos modelos de intervenção social, que tem por base diferentes perspectivas teóricas, no entanto, estes não se desenvolvem isoladamente uns dos outros, nem possuem características totalmente distintas, apenas correspondem a diferentes formas de analisar e observar os problemas sociais, o que origina diferentes formas de intervenção (Viscarret, 2009). Dentro dos modelos de intervenção existentes, este capítulo aborda uma breve explicação dos que mais se adequam à intervenção social hospitalar, sendo estes; o modelo psicossocial, de gestão de casos, de intervenção em crise, sistémico, de trabalho em rede, a perspectiva de forças em Serviço Social, e por fim, a advocacia social.

### **3.1. MODELO PSICOSSOCIAL**

De acordo com Hermosilla (2006), este modelo possui como foco de intervenção o estabelecimento das condições necessárias para que o individuo possa ter um crescimento e desenvolvimento saudável das suas capacidades e potencialidades, de forma a poder alcançar a sua autorrealização. Neste sentido, o modelo engloba não só a compreensão da realidade objetiva, mas também o seu significado para o individuo, enquadrando-a com os seus fatores internos e externos (família, grupo social, meio laboral\escolar, entre outros), (Hermosilla, 2006). A autora, evidencia a necessidade de a intervenção social ser diferenciada e de acordo com as características e particularidades de cada indivíduo e do seu meio, bem como do problema de intervenção. De acordo com as autoras supracitadas este modelo pode desenvolver-se através de métodos diretos ou indiretos, sendo que os primeiros englobam técnicas de apoio no sentido de melhorar a conduta do sujeito, bem como potenciar as suas capacidades e potencialidades, mas também suporte na tomada de decisões quando o individuo se encontra mais fragilizado. Os métodos indiretos implicam ao assistente social, o papel de mediador entre as instituições e recursos externos, e a sua mobilização para a satisfação das necessidades do individuo. Neste sentido, a avaliação torna-se indispensável, na medida em que o profissional tem de possuir um conhecimento e compreensão no que concerne aos processos psicológicos, e às relações e inter-relações do

sujeito com o seu meio evolvente, de modo a melhor enquadrar a sua intervenção (Teater, 2010).

### **3.2. MODELO DE GESTÃO DE CASOS**

De acordo com Viscarret (2009), este modelo teve origem no Serviço Social, com um intuito de tornar a intervenção social mais eficaz, eficiente e económica. Neste modelo o assistente social desempenha o papel de gestor de caso, mobilizando uma intervenção direta, junto do indivíduo e família, na prestação de apoio psicossocial, como também indireta, na planificação da intervenção e mobilização de recursos e serviços de apoio. Assim, profissional intervém em todos os sistemas do indivíduo, que evidenciem necessidade de intervenção social, e realiza a interligação entre os mesmos, organizando e planificando intervenção de modo a englobar os diferentes fatores. Neste sentido na planificação e desenvolvimento da intervenção, o gestor de caso deve ter em consideração as particulares e capacidades do indivíduo e do seu meio, a adequabilidade dos serviços e da sua capacidade de mudança em função das necessidades e potencialidades do indivíduo, como também a participação ativa do indivíduo em todo o processo. Desta forma, na realização do diagnóstico social, devem ser abrangidas todas as componentes referentes ao indivíduo (ambientais, psicológicas, de conduta, económicas e sociais), bem como a interação entre as mesmas (*Idem*, 2009).

### **3.3. MODELO DE INTERVENÇÃO EM CRISE**

Este modelo de intervenção demonstra-se bastante pertinente na intervenção social hospitalar, uma vez que muitos dos utentes e famílias experienciam momentos de crise, associados á doença e às consequências da mesma. De acordo com Teater (2010), a reação ou resposta a uma determinada situação, varia em conformidade com as características do indivíduo. O que para um pode ser considerado um desafio e potenciar as suas capacidades de resiliência e superação, para outro pode culminar numa situação de crise.

Neste sentido, a intervenção baseada neste modelo, consiste uma intervenção breve, de resposta imediata, o que implica geralmente que o diagnóstico e intervenção se realizem quase em simultâneo. Desta forma, a intervenção tem como objetivo a prestação de apoio, de modo a aliviar as situações de stress e tensão, através da promoção de confiança, e do desenvolvimento de capacidades de superação e resolução de problemas. Assim, torna-se imprescindível a clarificação da situação de forma a gerir as expetativas e proporcionar ao

indivíduo e família a melhor compreensão da sua situação (Hermosilla, 2006, Viscarret, 2009, Teater, 2010).

### **3.4. MODELO SISTÊMICO**

O modelo sistêmico possui como base a teoria geral dos sistemas, centralizando-se nas “interações dos elementos dentro de um sistema, incluindo as suas relações, as suas estruturas e sua interdependência” (Viscarret, 2009:336). De acordo com este modelo, todos os elementos em interação no sistema influenciam-se mutuamente, pelo que uma mudança num das partes conduz a alterações nas restantes. Desta forma, o assistente social ao iniciar a intervenção, tem de ter em consideração que ao integrar um sistema do qual o utente faz parte, as suas ações irão consequentemente influenciar todo o seu sistema, e sendo um processo recíproco, o próprio assistente social e a instituição que presta o apoio. Neste sentido, a avaliação social deve ser realizada de forma a reconhecer o sistema principal, os seus subsistemas, a sua relação e interligação, bem como identificar o sistema que necessita de intervenção de forma a proporcionar uma mudança positiva nos restantes sistemas (Teater, 2010). O processo de intervenção implica o desenvolvimento de ações sistemáticas no sentido de cumprir os objetivos estipulados, pelo que se torna imprescindível a realização de uma avaliação contínua no decorrer da intervenção (Viscarret, 2009).

### **3.5. MODELO DE INTERVENÇÃO EM REDE**

De acordo com Guadalupe (2009), a doença consiste numa situação promotora da deterioração e/ou potenciação das relações que constituem a rede social. Esta situação prende-se com o facto de a rede social constituir o apoio e suporte emocional para o indivíduo em contexto de doença, mas ao mesmo tempo sofrer das suas implicações e consequências. Outra questão, como refere Sluzki (1996) citado por Guadalupe (2009), encontra-se relacionada com a perda de redes sociais associadas às alterações nas rotinas e atividades sociais, associadas às perdas de autonomia muitas vezes implicadas no contexto de doença. Neste sentido, de acordo com Góngora (1991) citado por Guadalupe (2009), existem dois tipos de intervenção, as intervenções que criam a rede social e as que a potenciam. De acordo com o autor a primeira tipologia de intervenção é utilizada essencialmente em situações de isolamento social, ou quando as relações com a rede social existente se demonstram prejudiciais ao indivíduo. Já a segunda tipologia, possui como foco a promoção de vínculos já existentes, como também a promoção e desenvolvimento de competências, autonomia e versatilidade na rede social.



Neste sentido, Guadalupe (2009), considera pertinente realçar a diferença entre articulação intra e interinstitucional e rede social e intervenção em rede. De acordo com a autora, esta articulação pode beneficiar dos recursos disponibilizados pela rede social, não se constituindo, no entanto como rede social ou intervenção em rede.

No que concerne aos modelos de intervenção em rede, Guadalupe (2009), evidencia na sua obra diversos autores que desenvolveram este modelo de intervenção. Embora cada um possua as suas particularidades, todos partilham a premissa que para a identificação e resolução de problemas é necessário trabalhar diretamente com o indivíduo, mas também com a sua rede social, promovendo a sua participação, consciencialização e autonomia no que respeita à situação problema. Mais concretamente, o modelo de *Philippe Dumoulin e Régis Dumont*, tem como base a premissa de que a superação e resolução do problema pode ser realizada através das pessoas que constituem a rede social do indivíduo, bem como através da mobilização dos seus recursos, ou seja, o indivíduo já possui os recursos necessários para a resolução do seu problema, neste caso através da sua rede social, pelo que o profissional intervém de forma a potenciar o desenvolvimento e envolvimento da mesma na situação problema (Dumoulin e Dumont, 2004, citados por Guadalupe, 2009).

### **3.6. PERSPETIVAS DE FORÇAS**

A perspetiva de forças é “uma forma de trabalhar com o cliente que afasta os assistentes sociais do foco nos seus problemas, deficits e rótulos para interações e intervenções com foco nas suas forças, capacidades, recursos e realizações” (Kondrat, 2010:38). De acordo com Kondrat (2010), as forças podem evidenciar-se a nível individual através de competências, aspirações, qualidades ou motivações, entre outros, e a nível comunitário, englobando as oportunidades, redes sociais, recursos e serviços. Desta forma, esta perspetiva, reconhece e evidencia a capacidade de resiliência<sup>2</sup> e as competências das pessoas que vivem em adversidade, constituindo-se como uma abordagem baseada no *empowerment* (Benard, 2006, Howe, 2009, Kondrat, 2010).

Esta perspetiva torna-se pertinente na intervenção social hospitalar, na medida em que mesmo as situações de doença, que implicam contextos de fragilização e dificuldade, podem ser abordadas como fontes de novos desafios e oportunidades. Nestes contextos, podem ser encontradas forças na rede e suporte familiar, bem como nas próprias características e

---

<sup>2</sup> Capacidade de a pessoa lidar com adversidades, de superar os perigos, e viver de forma saudável mesmo sobre pressão. (Howe, 2009)

recursos do utente, sendo que o profissional deve procurar identificar as suas possíveis forças desde o primeiro contacto (Benard, 2006).

Neste sentido, a perspetiva de forças, pressupõe um trabalho em equipa entre o assistente social e o utente de forma a serem identificadas em conjunto, as suas forças e recursos, bem como incluir o mesmo em todo o processo de intervenção de modo a potenciar a sua autonomia e autodeterminação (Greene e Lee, 2002, citados por Kondrat, 2010). Segundo Kondrat (2010), de forma a complementar a intervenção esta perspetiva pode ser utilizada em combinação com outras teorias ou métodos.

### **3.7. ADVOCACIA SOCIAL**

A advocacia social consiste na defesa e representação do utente em determinadas esferas da sociedade, com o intuito da satisfação das suas necessidades através da mobilização de recursos e resolução de problemas (Dhooper, 1997 citado por Farçadas, 2012). Por outro lado, este modelo é realizado pelos profissionais de forma a potenciar e auxiliar o acesso do utente aos serviços e mais concretamente na área da saúde, aos cuidados de saúde de que necessita, ultrapassando obstáculos e barreiras, quer estejam relacionadas com o nível da linguagem ou com o acesso a informações (Farçadas, 2012). Neste sentido, Payne (1995) citado por Farçadas (2012) enumera a advocacia social como um modelo fundamental na intervenção social para a defesa do utente, bem como na promoção da autonomia do mesmo, contribuindo desta forma para uma cidadania ativa.

## **CAPÍTULO II: PLANEAMENTO E PROTELAMENTO DE ALTAS NA PERSPETIVA DO SERVIÇO SOCIAL**

### **1. INTERVENÇÃO SOCIAL EM CONTEXTO HOSPITALAR**

A intervenção social em contexto hospitalar é dotada de valores, técnicas e práticas transversais a diferentes áreas de atuação. Como refere Martinelli (2011), “cada um de nossos atos profissionais, até mesmo o menor deles, é dimensionado eticamente, direciona-se à emancipação humana e, portanto, sua vocação é sempre a humanização da prática profissional” (Martinelli, 2011:499). Contudo apresenta especificidades não só a nível de procedimentos, como também das competências necessárias para a gestão das problemáticas e todas as suas implicações.

Como refere Masfret (2012) “a intervenção do Serviço Social na saúde tem sempre como ponto de partida a doença que afeta a pessoa, o diagnóstico médico que motiva a consulta ou a entrada hospitalar” (Masfret, 2012:64). Esta questão não é meramente individual, uma vez que afeta também o contexto social do individuo, principalmente a rede primária e/ou família do mesmo. A atuação do profissional deve sempre compreender as especificidades e necessidades dos utentes, atuando com base na defesa da justiça social, dignidade e integridade da pessoa, conceitos já mencionados anteriormente. Desta forma, o assistente social em meio hospitalar acompanha os utentes e famílias de forma a prestar o apoio necessário, em todas as consequências que podem advir da situação de doença e/ou dependência, aconselhando-os e informando-os de acordo com as suas necessidades durante a sua estadia no hospital (Mclaughlin, 2015).

Usualmente, em meio hospitalar as situações que necessitam de apoio por parte do Serviço Social, são designadas como caso social. No entanto em conformidade com as especificidades e contextos clínicos dos utentes de cada serviço, este conceito pode adquirir diferentes significados. Num estudo realizado por Guerra (2015), em meio hospitalar, foi possível aferir que existe uma discrepância entre os profissionais da equipa multidisciplinar no que diz respeito à perceção deste conceito. Segundo a autora, enquanto para os assistentes sociais a definição de caso social implica ter em consideração a complexidade das situações e riscos associados, que muitas vezes não se limitam apenas ao contexto hospitalar, para médicos e/ou enfermeiros, este conceito encontra-se relacionado com a carência de condições (sociais, pessoais e/ou ambientais) para a continuidade dos cuidados. De acordo com as diferentes perceções observadas no estudo realizado no que concerne a este conceito, a autora definiu duas tipologias de caso social. A *tipologia funcionalista*, que

prevê a intervenção social como potenciadora das condições necessárias para a reintegração da pessoa na comunidade, quando a sua situação clínica se encontra estabilizada. E a *tipologia diagnóstica ou substantiva*, em que a situação é avaliada, numa perspetiva multidimensional, tendo em consideração todo o contexto do utente, tanto ao nível pessoal como familiar, aferindo não só as suas capacidades físicas e emocionais, como também relacionais e de suporte. Neste sentido, a intervenção social não tem apenas como foco as consequências sociais da situação clínica do utente, mas sim todo o seu contexto global. Assim, segundo a autora, caso social pode ser definido como:

Uma determinada situação pessoal enquadrada e contextualizada na vida real. (...) a partir de uma perspetiva globalizada, é a expressão de uma série de perceções existentes sobre a realidade da “pessoa em situação”, cruzando fatores funcionais e substantivos. Estas perceções estão condicionadas por experiências prévias (tanto pessoais como profissionais), em função de valores e sentimentos, de modo a que cada um dos envolvidos no caso interpreta a situação de acordo com a sua carga pessoal. (Guerra, 2015:243)

No entanto, importa referir que nem todas as situações acompanhadas pelo serviço social, se constituem como caso social, ou seja, existem situações sociais, e situações sociais que se podem constituir como casos sociais. De acordo com o estudo realizado por Guerra (2015), as situações sociais passam a constituir-se casos sociais quando;

- A alta de um utente é protelada;
- No caso de este não possuir rede de suporte formal que permita a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar;
- Sempre que a complexidade das situações impeça a sua resolução, influenciando o bem-estar e saúde do indivíduo.

De acordo com Carvalho (2012), a intervenção social hospitalar passa por três momentos, que dependem não só das particularidades do sujeito de atenção, como também do tipo de instituição e/ou serviço em que o profissional se encontra enquadrado, sendo estes o *acolhimento*, a *elaboração do plano individual de cuidados* e o *acompanhamento psicossocial*. O *acolhimento*, consiste numa entrevista realizada com o utente e por vezes com a sua família, no sentido de recolher informações para a realização de um pré-diagnóstico social. Este engloba três tipologias, em conformidade com as características e necessidades de cada serviço; o *acolhimento sistemático*, realizado a todos os doentes do

serviço, o *acolhimento por triagem de indicadores críticos*, em que a situação é encaminhada ao serviço social por abranger critérios que implicam a intervenção por parte do serviço social, e por fim, o *acolhimento em regime de chamada*, ou seja, o acolhimento é realizado às situações sinalizadas por outros profissionais. O *plano individual de cuidados* é elaborado em parceria com a equipa multidisciplinar. Neste sentido é realizada uma partilha de informações no que diz respeito ao contexto clínico e social do utente, sendo que o plano é realizado de acordo com as especificidades do mesmo, nomeadamente a nível psicossocial, espiritual e religiosas, bem como a nível relacional e familiar. Por fim, o *acompanhamento psicossocial*, é realizado ao utente e sua família/rede de suporte, englobando entre outras questões, o suporte emocional ao utente e sua família, informação e suporte no que diz respeito ao planeamento e organização da prestação de cuidados e a capacitação do utente e cuidadores no que concerne aos seus direitos, bem como recursos disponíveis para a satisfação das suas necessidades.

De acordo com Guerra (2015), durante a realização da sua pesquisa foi possível constatar a mediação, como uma função essencial do serviço social, enquanto membro das equipas multidisciplinares. Desta forma, o profissional realiza este processo entre doentes e as suas famílias, a própria equipa multidisciplinar, bem como entre o doente e os serviços externos ao hospital e políticas que possam assegurar os cuidados necessários ao mesmo.

Neste sentido, em 2002 são estabelecidas as funções dos assistentes sociais na área da saúde através da Circular Normativa nº 8 do Departamento de Modernização e Recursos da saúde do Ministério da saúde<sup>3</sup> sendo estas:

- *Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico social;*
- *Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;*
- *Proceder à investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção social;*
- *Participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respetivos serviços ou estabelecimentos;*

---

<sup>3</sup> Consultado em: Centro de Recursos para os Assistentes sociais na área da saúde, disponível em: <https://servicosociaisauade.wordpress.com/funcoes/>

- *Definir, elaborar, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária na área de influência dos respectivos serviços e estabelecimentos;*
- *Analisar, selecionar, elaborar e registrar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação;*
- *Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade;*
- *Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades;*
- *Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados;*
- *Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social.*

Power e Gronen, (2015), introduzem a avaliação psicossocial, como uma ferramenta primária na intervenção, capaz não só de divulgar informação útil, mas também de servir como suporte em todo o processo. Salientam ainda, que o centro da avaliação psicossocial são as questões sensíveis abordadas aquando a entrevista. Importa salientar que a dimensão psicossocial, diz respeito aos fatores económicos, sociais, culturais, espirituais e psicológicos, que possam ter influência na situação de doença, bem como em todo o processo de reabilitação, readaptação e reintegração, da pessoa no seu contexto sociofamiliar, profissional e/ou escolar<sup>4</sup>. Desta forma cada assistente social desenvolve o seu modo próprio de realizar a avaliação psicossocial e identifica qual a informação mais importante de obter de acordo com as especificidades de cada situação. O bom senso na escolha das questões a realizar é essencial para o sucesso da intervenção. No entanto, é necessário ter em consideração, que o estabelecimento de uma relação profissional entre o assistente social e o utente e/ou sua família implica a concretização de diversos princípios que segundo Johnson e Côrte-Real (2000) constituem a base da avaliação psicossocial, entre eles pode evidenciar-se o reconhecimento das condições sociais do utente e sua família, as suas necessidades e aspirações, enquadrando-as em conformidade com o contexto familiar,

---

<sup>4</sup> Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2007)

hospitalar e institucional do utente e o envolvimento do profissional, ou seja, a relação estabelecida entre o assistente social e o doente tem como base princípios de confiança mútua, sendo que são definidos à partida os papéis e responsabilidades de ambos os intervenientes, de forma a permitir a participação plena do utente no decorrer da intervenção, questão essencial como forma de garantia para a concretização dos Direitos Humanos, como evidenciado anteriormente.

Deste modo, é possível chegar ao diagnóstico social de saúde, que constitui a “fase central de qualquer procedimento ou protocolo (...) é a base que articula a fase de estudo, primeiro, com a fase de intervenção e tratamento (...)” (Masfret, 2012:61).

Outra questão fundamental diz respeito ao facto de os utentes e famílias saberem o propósito da intervenção social, dos seus objetivos e benefícios, uma vez que frequentemente as intervenções em contexto hospitalar têm início a partir de uma sinalização ou encaminhamento, e não por iniciativa dos mesmos (Power e Gronen, 2015). De acordo com o estudo realizado por Guerra (2015), podem ser identificadas diversas formas de uma situação ou caso social, chegar ao serviço social, entre elas podem ser evidenciadas:

- Encaminhamento por parte dos médicos e/ou enfermeiros;
- Acolhimento por parte do serviço social;
- Iniciativa própria dos utentes e/ou famílias;
- Encaminhamento por parte de instituições externas.

A partilha de informação com o utente e família torna-se indispensável, uma vez que, mesmo em situações de vulnerabilidade a intervenção social deve sempre considerar a escolha e autodeterminação dos utentes, bem como a procura das forças e capacidades do utente e família, de modo a promover desenvolvimento de competências de superação e resiliência (Benard, 2006). Neste sentido, para as famílias o assistente social é reconhecido um profissional que facilita todo o processo de internamento e acompanhamento, potenciando os contactos com instituições externas, que mobilizam os recursos necessários para responder às necessidades dos utentes e suas famílias (Mariguêsa, 2002, Guerra, 2015). O serviço social constitui desta forma “o elo entre a família/ instituição de saúde/ médico, viabilizando assim o acesso da população a procedimentos, normas, rotinas e informações da instituição hospitalar, que facilitam o processo de internamento” (Guerra, 2015:328).

Na sua intervenção, os assistentes sociais possuem competências específicas e conhecimentos que lhes permitem adequar a sua intervenção junto dos utentes e seus contextos. Relativamente aos conhecimentos profissionais, estar a par do diagnóstico clínico, implica estar familiarizado com o caminho percorrido, o seu tratamento, e a gestão

da doença em particular do utente. Este conhecimento vai permitir ao assistente social adequar a sua prática, a nível da gestão, planeamento das tarefas, cooperação e comunicação com o utente e sua família (Beder, 2006:4-5).

Segundo, Sulemam (1995), cit. por Carvalho (2003), existem três tipos de competências; as *competências técnicas de base*, competências comuns a todos os profissionais, as *competências específicas*, implicadas em cada profissão em particular e praticadas em cada situação, e por fim as *competências associadas*, que correspondem às competências adquiridas ao longo do percurso profissional e pessoal, nomeadamente capacidades cognitivas e sociais. Contudo as competências profissionais, não se reduzem apenas a estes três parâmetros, “para que se tenha competência, é necessário que se disponha de um repertório de recursos (capacidades cognitivas e capacidades relacionais), sendo necessário, que estas capacidades estejam em ação e transformação para acederem ao estatuto de competência (...)” (Carvalho, 2003:43-44).

Castro e Oliveira (2012), salientam a importância da articulação prática e teórica na intervenção do assistente social, sendo esta potenciada por instrumentos e técnicas, definidos teoricamente e de utilização prática. Desta forma, evidenciam os principais instrumentos utilizados pelo profissional na sua intervenção, sendo estes; a *linguagem*, instrumento essencial para o estabelecimento da relação profissional, podendo em conformidade com a sua tipologia conferir características distintas à intervenção; a *entrevista*, o meio privilegiado de contacto do assistente social com o utente e/ou sua família, sendo utilizado tanto para situações de acolhimento social, em que o profissional tem o primeiro contacto com o contexto e necessidades do utente, como em situações de acompanhamento social; o *trabalho com grupos*, em meio hospitalar, associados a grupos educativos e de atendimento, organizados em conformidade com as especialidades médicas em que os utentes são acompanhados; a *visita domiciliária*, instrumento utilizado por forma a melhor compreender o contexto social e habitacional do utente, funcionando como apoio a informações obtidas em situação de entrevista, e quando a complexidade das situações assim o implica; e por fim a *documentação*, ou seja, o registo dos casos e situações sociais acompanhadas pelo profissional, o que, de acordo com os autores, permite sistematizar as informações, de forma, a que o profissional possa realizar um planeamento do seu trabalho, como também produzir conhecimento no que concerne à sua realidade de atuação. Almeida (2010), salienta igualmente os *encaminhamentos* realizados pelos profissionais no decorrer da intervenção como um instrumento fundamental para a efetivação da intervenção social. Neste sentido é



necessário a articulação entre as diferentes entidades envolvidas, funcionando como um meio de concretização das respostas exploradas para determinada situação social.

Em meio hospitalar, o assistente social constitui-se como um elemento fundamental das equipas interdisciplinares de cuidados de saúde. De acordo com Martinelli (2003), “o lugar do serviço social na área da saúde é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares” (Martinelli, 2003:12). A colaboração entre os diferentes membros da equipa permite multiplicar o tipo de conhecimentos e competências a aplicar de forma a prestar o melhor serviço ao utente (Beder, 2006, Carvalho, 2012). Contudo como referem as autoras Power e Gronen, (2015), os assistentes sociais podem debater-se com alguns desafios no que diz respeito à sua plena integração, estando esta questão relacionada com os seguintes parâmetros:

- A equipa ter pouco conhecimento acerca do papel do serviço social;
- Perceção de que a família vai ficar ofendida por uma intervenção por parte do serviço social;
- Receio de que o assistente social se intrometa na relação da equipa médica com os seus utentes e famílias;
- Perceção de uma sobreposição sobre as responsabilidades e funções na equipa;
- Conflitos acerca das modalidades de intervenção.

Por sua vez, para as autoras supracitadas, os assistentes sociais devem demonstrar as suas capacidades, competências e conhecimentos, desenvolvê-los, assim como procurar a especialização na sua área de atuação. Torna-se também essencial clarificar o seu papel junto da equipa por forma a não ultrapassar as barreiras profissionais. Quando a importância da participação do assistente social como membro da equipa multidisciplinar é reconhecida pelos outros profissionais, estes tendem a ter uma melhor compreensão no que concerne à situação problema dos sujeitos e suas famílias, bem como das suas competências e capacidades para enfrentar os desafios inerentes à gestão e adaptação do processo de doença (Power e Gronen, 2015). Segundo Guerra (2015), com base no estudo realizado em contexto hospitalar, o reconhecimento da importância da intervenção social por parte da equipa multidisciplinar, passa essencialmente por serem estabelecidas as barreiras profissionais, e reconhecida a necessidade de competências e conhecimentos específicos de intervenção em determinadas situações, que apenas o assistente social possui. Daí o termo “caso social”, como já evidenciado anteriormente, ser mais comumente utilizado pela equipa multidisciplinar, para definir as situações que consideram necessária a intervenção do

serviço social, uma vez que já não diz respeito apenas às condições clínicas do utente. Como refere Martinelli (2003), a atuação dos assistentes sociais nestes contextos é indispensável, nomeadamente pelas suas particularidades e influência nas relações sociais.

De acordo com Guerra (2015), a intervenção do assistente social em contexto hospitalar, ao contrário de outros profissionais desta área, extrapola o nível micro social, que se baseia na relação profissional-pessoa, englobando igualmente os níveis: macro, e meso, uma vez que “é um profissional com capacidade analítica de leitura dos problemas sociais e dos problemas de saúde, tendo uma capacidade de leitura dos problemas contextualizando-os social e estruturalmente” (Guerra, 2015:333).

Em certos contextos hospitalares, nomeadamente serviços de internamento, em que os utentes permanecem no serviço durante algum tempo, é permitido ao assistente social desenvolver a sua intervenção de uma forma mais eficiente e eficaz, uma vez que lhe é possibilitado adquirir um maior conhecimento da situação do utente. O facto de o assistente social estar integrado na equipa de cuidados, facilita o acolhimento, acompanhamento e apoio psicossocial, de todas as situações observadas no internamento. A sua intervenção insere-se numa ótica de mobilização de recursos necessários ao bem-estar do utente e família aquando o seu regresso à comunidade, como também desenvolvimento de competências nos mesmos, facilitando o seu processo de adaptação (Carvalho,2003). Desta forma, um dos pontos chave da intervenção social hospitalar prende-se com a avaliação da situação dos utentes e suas famílias, bem como a comunicação e organização com os serviços da comunidade, por forma a garantir uma alta hospitalar segura e eficaz (McLaughlin, 2015).

## **2. DOENTE E A SUA FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE DOENÇA E IMPLICAÇÕES DO INTERNAMENTO HOSPITALAR**

“A doença, a incapacidade e a morte são experiências universais que põem as famílias perante um dos maiores desafios da vida.”

(Rolland, 2000:21)

A construção do processo de doença no doente implica não só a sua componente biológica e física (funcionamento corporal e aparência), psicológica (emoções e perspetivas) e social (relações e papéis sociais), como também a compreensão do seu significado individual, e no modo como esta se relaciona com as diferentes esferas da vida, nomeadamente a relação com os outros (Barros s/d, Canhão *et al.*, 1996 cit. por Mendes, 2004). Neste sentido, este processo não afeta apenas o doente, mas também a sua família, sendo que esta desempenha

um papel fundamental no apoio e adaptação do utente nesta fase da sua vida (Dibai e Cade, 2009, Mendes, 2004).

A família é um sistema primário dentro do qual o indivíduo se desenvolve, é cuidado, torna-se apto para o convívio social e é onde o crescimento físico, pessoal e emocional é promovido. (...) A família, como unidade, desenvolve um sistema de crenças, valores e atitudes face à saúde e à doença que são expressas e demonstradas através de comportamentos de saúde e doença dos seus membros (...). (Mendes, 2004:41)

Para Barros (s/d) a família pode constituir um fator de diminuição ou aumento de *stress* e ansiedade provocados pela doença. Esta questão está relacionada com o facto de esta também poder ser muito afetada pelos mesmos, devido à sobrecarga emocional e às tarefas implicadas em todo o processo. Assim, a forma como a família lida com a doença vai transparecer para o doente e influenciar o modo como este experiencia o seu próprio processo de doença. Segundo a autora supracitada é possível identificar cinco áreas em que a família desempenha um papel preponderante:

1. Na definição dos conceitos de saúde e doença e da forma como são encarados;
2. Na promoção da saúde e na influência deliberada ou inconsciente de comportamentos saudáveis ou de risco;
3. Na procura de ajuda, quando é identificada a doença;
4. No significado do papel de doente;
5. Na adesão aos tratamentos e recomendações.

Um eventual contexto de internamento hospitalar de um membro da família, acarreta grandes transtornos não só pela falta do familiar que se encontra doente, mas também por implicar alterações nas dinâmicas e rotinas familiares (Soares, 2013). As redes primárias, sendo constituídas essencialmente pelos filhos e cônjuges, são também fortemente afetadas pelas circunstâncias da doença, a nível emocional e cognitivo. No entanto, é necessário ter em consideração que embora os contextos clínicos, os obstáculos e dificuldades possam ser semelhantes, cada doente e família, em conformidade com as suas especificidades, crenças e valores, são detentores da sua forma particular de se relacionar, adaptar e superar a nova realidade (Mendes, 2004, Cecagno *et al.*, 2004). De acordo com Monteiro (2010), as características da família, das suas dinâmicas, bem como o familiar que adoece e o seu papel na família, vão influenciar a reação da mesma no processo de doença.

Em conformidade com as particularidades de cada situação, o processo de doença pode conduzir a implicações nos papéis familiares, bem como nos contextos, laboral, social,

relacional e de lazer, obrigando a um processo de adaptação e reorganização, particularmente se o desenvolvimento da doença potenciar situações de dependência (Dibai e Cade, 2009, Teixeira, 2012). Esta situação torna-se mais complexa, quando o utente detém um papel estruturante na família, nomeadamente ser a principal fonte de rendimento da mesma (Martins, 2000 cit. por Soares, 2013, Carvalho, 2003).

Neste sentido, Soares (2013), identificou diversas categorias em que se podem enquadrar as implicações da doença e internamento na família, podendo ser evidenciadas; *As mudanças*, no sentido em que pode ser necessário realizarem uma reorganização familiar e social, para além de implicar uma diminuição do tempo em família; *As necessidades*, ou seja, o acompanhamento do familiar no internamento e da sua condição; *As dificuldades*, a falta de disponibilidade, a deslocação e a gestão dos papéis na família (muitas vezes o doente é o principal responsável por diversas tarefas que deixam de ter quem as desempenhe); *As preocupações*, o estado de saúde do familiar, as respostas que existem para o mesmo, as repercussões futuras e custos financeiros associados e os estados emocionais, como o medo, tristeza, ansiedade revolta e/ou choque. Estas condições são tanto mais ampliadas e prolongadas quanto maior o tempo de protelamento da alta hospitalar do familiar.

Num estudo realizado por Dibai e Cade (2009), a familiares acompanhantes de utentes internados, foi possível aferir que a sua presença constitui um fator fundamental, não só a nível do apoio e suporte emocional, mas também no auxílio às atividades de cuidados diários como a higiene e alimentação. No que concerne à motivação dos familiares para o desempenho do papel de acompanhante, os autores evidenciaram os sentimentos de afetividade, obrigação, disponibilidade, necessidade de estar próximo do familiar doente, transmitir-lhe apoio e auxiliá-lo no seu processo de adaptação e manter-se informado no que respeita à condição clínica do familiar e sua rotina diária. No entanto, o desempenho do papel de acompanhante implica no familiar dificuldades e preocupações, que potenciam situações de desgaste físico e emocional, questão evidenciada anteriormente.

Num estudo realizado por Bauer *et al.*, (2011), a familiares de doentes idosos e com demência, que se encontravam no internamento hospitalar, pôde observar-se que estes consideraram não estar devidamente integrados no processo de planeamento de alta do seu familiar, identificando desta forma diversas preocupações. Entre elas podem ser evidenciadas o facto de os cuidadores não se encontrarem devidamente nem antecipadamente informados no que concerne ao dia da alta hospitalar do seu familiar, dos cuidados que foram prestados ao mesmo, nem das diligências necessárias para a

continuidade dos cuidados no domicílio. A falta de compreensão no que concerne à condição clínica do familiar, bem como às suas necessidades e condições para a sua reintegração no domicílio, potenciam na família preocupações e dificuldades na sua adaptação à nova realidade. Power e Gronen, (2015), abordam a necessidade do desenvolvimento de uma relação de confiança com os utentes e família, que passa em grande parte pela crença nas potencialidades e capacidades dos mesmos. Neste sentido, o profissional deve estabelecer uma relação empática com o utente e família por forma a entender a sua situação, experiência e significado para a vida dos mesmos, possibilitando deste modo, a recuperação e desenvolvimento de competências que permitam realizar a gestão da situação de doença na realidade da vida quotidiana. Segundo Soskolne *et al* (2010), as situações em que se observa um maior envolvimento da família no processo de planeamento de alta, este demonstra melhores resultados no que concerne à sua adequabilidade. O mesmo acontece em situações em que as famílias reportaram que lhes foi facultada, pelo assistente social, toda a informação necessária acerca dos serviços disponíveis.

Desta forma, deve existir um esforço por parte da equipa multidisciplinar para a prestação de apoio e informação à família no que respeita à condição clínica e necessidades do doente, (alimentação, higiene e medicação), como satisfazer-las no domicílio, como gerir situações de emergência, e caso se demonstre necessário, como mobilizar ajuda externa (Bauer *et al.*, 2011, Teixeira, 2012). Outra questão fundamental prende-se com o conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, das particularidades de cada família, bem como a sua forma de adaptação e organização em contexto de dependência, no sentido de realizar um planeamento da alta eficaz e em conformidade com as necessidades e capacidades de cada família (Monteiro, 2010).

### **3. PLANEAMENTO DA ALTA HOSPITALAR E PROTELAMENTO SOCIAL**

Dentro das diversas atribuições conferidas aos assistentes sociais na saúde, o planeamento da alta dos serviços de internamento, constitui um fator preponderante para a qualidade e continuidade dos cuidados prestados aos utentes após a saída hospitalar. O planeamento da alta hospitalar, é um procedimento realizado pela equipa multidisciplinar que acompanha o doente, da qual o assistente social faz parte, durante o período de internamento, com o intuito de garantir a continuidade de prestação de cuidados aos utentes após a alta hospitalar (Rendeiro, 2015). Segundo Masfret (2012), o período de hospitalização é composto por três momentos, a admissão, a estadia e a alta. Todo este processo constitui uma cadeia de

influência, uma vez que a forma de admissão vai determinar o desenvolvimento da estadia, sendo que ambos os momentos mencionados vão influenciar todos os procedimentos inerentes ao planeamento da alta.

Segundo Beder (2006), o processo interdisciplinar de planeamento da alta deve guiar-se por seis elementos essenciais:

- Identificação precoce das necessidades de cuidados pós-hospitalares;
- Reconhecimento das preferências do utente relativamente à tipologia de cuidados;
- Educação do utente e família;
- Avaliação e aconselhamento do utente e família;
- Planeamento, desenvolvimento e coordenação dos recursos necessários para assegurar a continuidade dos cuidados na comunidade;
- Realização de um acompanhamento/*follow-up* da situação do utente de forma a garantir os resultados planeados.

Uma das questões a ter em consideração é que a intervenção social hospitalar é sempre inserida no espaço e no tempo, sendo este último um elemento fundamental para o sucesso da intervenção. Esta questão não só é pertinente para os profissionais, pois uma intervenção breve, não permite muitas vezes aferir as reais causas do problema, bem como a sua resolução da forma mais adequada e de acordo com as especificidades de cada utente e sua família, mas também para o próprio utente e família, que necessita de um tempo de adaptação à sua nova realidade e às consequências advindas da mesma (Guerra, 2015). Desta forma, “a intervenção do Serviço Social implica uma hábil organização do tempo de todos os atores envolvidos e dos recursos e redes mobilizáveis aos vários níveis de intervenção” (*Idem*, 2015:303).

No planeamento da alta hospitalar, o tempo revela-se uma questão bastante relevante, uma vez que muitas vezes os profissionais são pressionados para a efetivação da alta hospitalar, o que implica uma rápida intervenção e mobilização de recursos, que nem sempre estão disponíveis no imediato. O ênfase dado à rapidez e eficiência da realização da intervenção social pode sobrepor-se ao foco da mesma, tornando secundários aspetos fundamentais, como o aconselhamento e o apoio emocional (Phillips & Waterson, 2002). De acordo com Harlow (2003) cit. por McLaughlin (2015), esta questão prende-se com a burocratização das tarefas conferidas ao assistente social, nomeadamente no processo de planeamento da alta, em que o mesmo tem de realizar um processo rotineiro e protocolado, restando pouco tempo para a intervenção direta com os utentes. No entanto, a rapidez da

efetivação da alta, pode não se mostrar eficaz em todos os utentes, ou seja, mesmo que potencie melhores resultados no que concerne à eficiência da gestão hospitalar, em função das particularidades de cada situação, o aceleramento da atribuição da alta pode resultar num processo inadequado de integração na comunidade, o que eventualmente pode implicar a readmissão do doente no internamento (Santaella, 2010). Assim, é necessário que o profissional encontre um equilíbrio entre as tarefas necessárias para a execução da alta social e o acompanhamento dos utentes e famílias, uma vez que um planeamento eficaz é imprescindível.

O plano de intervenção é elaborado pelo profissional, em conjunto com o sujeito, em conformidade com o seu contexto socioeconómico e familiar, bem como o seu “diagnóstico social de saúde” e das possíveis consequências advindas do mesmo. Neste sentido, este plano está condicionado pelas condições médicas do utente, pelas suas necessidades e capacidades de recuperação (Masfret, 2012). Assim, como já enumerado previamente, a integração do assistente social na equipa permite a eficácia do planeamento dos cuidados. Deste modo, é realizada uma intervenção sistemática por parte do Serviço Social, ou seja, o assistente social procura verificar diariamente as novas admissões hospitalares, identificando e avaliando indicadores de risco, (o utente residir sozinho e/ou não possuir apoio familiar, aliados a condições clínicas de dependência) através de acolhimento ou referência por parte da equipa no sentido de realizar uma intervenção precoce sempre que se demonstrar necessário (Rendeiro, 2015).

Beder (2006) realça três perguntas que dizem respeito a aspetos fundamentais na prestação de cuidados aos utentes:

- Têm os doentes no imediato, alguém que possa cuidar deles?
- Que suportes/apoios existem e quais os mais adequados para cada doente?
- Existe na comunidade recursos para ajudar os doentes a terem uma recuperação total?

Para Rendeiro (2015), a intervenção social em contexto de planeamento da alta hospitalar, implica a realização de um acompanhamento do utente e sua família durante todo o processo de internamento. “O primeiro contacto com o doente e família é insuficiente, uma vez que o processo de doença altera a dinâmica familiar e constitui uma situação de crise para muitas famílias que não assimilam nem se consciencializam das necessidades do doente nesse momento” (Rendeiro, 2015:15). A autora realça também a importância de um

trabalho de consciencialização, envolvimento e capacitação com as famílias, no que concerne à gestão e adaptação do contexto de doença.

Quando um sujeito dá entrada num hospital, o objetivo de atuação de todos os profissionais envolvidos será sempre a efetivação da alta hospitalar. Nos casos considerados de risco, a intervenção social deve ter início de 24 a 48 horas após a admissão do utente. Porém, a efetivação da alta só é possível quando as condições de saúde do utente assim o permitirem, todavia não implica que este deixe de ter necessidade de uma continuidade de cuidados de saúde ou de apoio psicossocial (Masfret, 2012). A implementação de um prazo de 48 horas para a realização da alta social segundo Mclaughlin (2015), faz notar a pressão para a realização de um rápido planeamento com ênfase em medidas quantitativas, questão já evidenciada anteriormente.

A intervenção social não possui como foco apenas o utente, mas também a sua rede de suporte, num processo dinâmico aliando as competências profissionais às competências do utente e sua família/rede de suporte. Assim, a atuação do assistente social pondera não só as necessidades do utente, como também as suas capacidades e as potencialidades de cada situação (Carvalho, 2003, Teixeira, 2012). Desta forma, avaliação psicossocial é realizada de modo a que possa prever as necessidades dos utentes e famílias, a sua reação relativamente a uma perspetiva de alta, que nem sempre é positiva, bem como aferir a potencialidade dos recursos existentes na comunidade (Masfret, 2012).

Masfret (2012) refere ser essencial que antes de os utentes serem encaminhados para a continuidade de cuidados no domicílio, esteja garantido que o utente tem capacidade para continuar o tratamento, e que se encontrem asseguradas todas as condições a nível familiar/relacional, de apoio e habitacional para a prestação dos cuidados. Esta questão encontra-se intrinsecamente relacionada com a adequabilidade do processo de planeamento da alta hospitalar. De acordo com Soskolne *et al* (2010), este fator encontra-se relacionado não só com o hospital (serviços e destino pós alta) e utente (condição clínica e caracterização sociodemográfica), mas também com as próprias características do processo da alta hospitalar que implicam a informação partilhada com o utente e família e o envolvimento e influência dos mesmos.

Segundo Guerra (2015), quando a intervenção social não consegue assegurar todas as condições sociais, a nível de recursos e suporte, para que a pessoa possa sair do hospital, simultaneamente, quando esta já não reúne motivos clínicos para continuar internada, a alta hospitalar é protelada e deste modo, a situação pode constituir-se um caso social, como já evidenciado anteriormente. Assim, o protelamento de uma alta hospitalar consiste:



(...) num período de tempo estabelecido pelo responsável do planeamento da alta, o qual é medido pela diferença de tempo entre o utente estar clinicamente pronto para a alta e o tempo real de efetivação da alta. (Santaella, 2010:124)

De acordo com Santaella (2010), o protelamento de uma alta hospitalar, pode ser indicador de falta de recursos e alternativas para assegurar a prestação dos cuidados aos utentes, ou ser resultado de um planeamento ineficaz. Neste sentido, de acordo com os autores Roberts e Houghton (1996) cit. por Santaella (2010), existem dois tipos de protelamento de alta; os que são causados por uma inadequada gestão dos serviços hospitalares (clínicos e sociais) e os que a sua causa se encontra fora do controlo de ambos os serviços. No que concerne ao primeiro tipo, podem evidenciar-se, de acordo com os autores três principais causas, sendo estas; atrasos na gestão, e colocação de assistentes sociais nos serviços, a complexidade dos critérios de avaliação, e por fim, atrasos na gestão do financiamento necessário, para cada situação. Glasby *et al* (2004), cit. por Santaella (2010), evidenciam ainda a falta de serviços de reabilitação e a espera pela organização dos cuidadores e/ou de serviços para a continuidade de cuidados, como principais fatores potenciadores do protelamento da alta hospitalar.

Segundo Santaella (2010), pessoas idosas, indivíduos com doenças crónicas, mentais ou deficiências cognitivas, constituem os grupos da população que derivada à complexidade da sua situação, apresentam uma maior morosidade na efetivação da alta hospitalar. Segundo a autora, é a população idosa que apresenta uma maior taxa de protelamentos sociais, essencialmente derivado à dificuldade de organização e gestão da continuidade dos cuidados a serem prestados após a alta hospitalar. O protelamento de uma alta hospitalar, conduz a implicações não só para o hospital, a nível logístico e económico, como também para o próprio utente, uma vez que se encontra vulnerável e exposto a potenciais reinfeções e agravamento da sua condição de saúde, derivado a entrada de novos doentes infetados no serviço de internamento (Rendeiro, 2015).

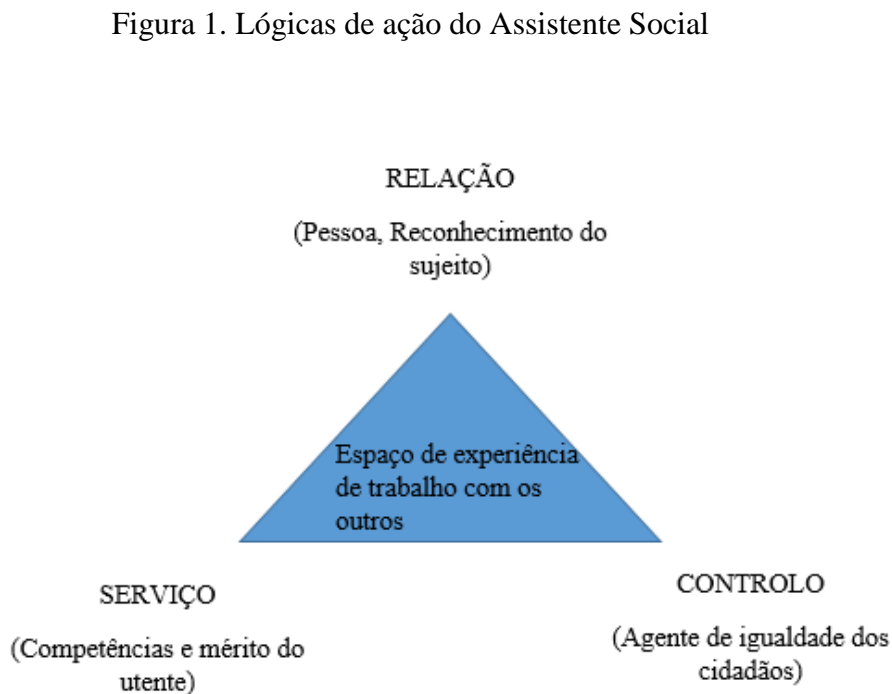
A partir da análise dos últimos relatórios de contas dos centros hospitalares de referência de Lisboa, foi possível aferir que no ano de 2014 foram registados 119 doentes protelados no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN)<sup>5</sup>, constituindo 1,9% do total de doentes que deram entrada no internamento, sendo que a média de dias em que a alta foi

---

<sup>5</sup>Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, (2014), “Relatório e Contas”, Lisboa

protelada atingiu os 14,9, já no Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC)<sup>6</sup>, foram registados 272 casos de doentes com a alta protelada, com um total de dias de protelamento de 4.7.

Como já evidenciado anteriormente, a questão do protelamento da alta hospitalar encontra-se intrinsecamente relacionada com a complexidade da intervenção social, no sentido em que é exigido ao assistente social uma gestão equilibrada do seu agir profissional nos diversos contextos em que intervém (Úcar, 2010). Neste sentido, Úcar (2010), realça que os assistentes sociais ao trabalharem diretamente tanto com as políticas como com a sociedade em geral (pessoas, grupos, comunidades e seus contextos), podem incorrer muitas vezes em dilemas éticos, nomeadamente em questões relacionadas com a fiscalização e controlo, questão abordada anteriormente. Dubet (2006), citado por Úcar (2010), evidencia três perspetivas de ação que numa lógica de causalidade e reciprocidade influenciam a complexidade da intervenção. De acordo com o autor “a combinação destas lógicas de acção desenha e promove respostas que os Assistentes Sociais podem elaborar perante a complexidade dos problemas sociais” (Dubet, 2006 citado por Úcar, 2010:6). Estas podem ser observadas no seguinte esquema:



Fonte: Úcar (2010:7), retirado de Dubet (2006)

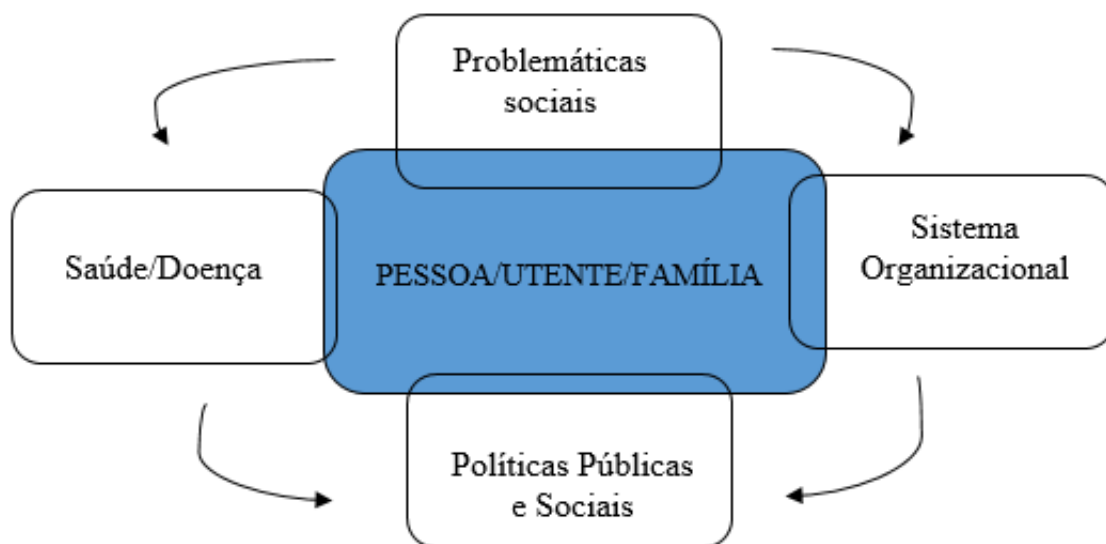
<sup>6</sup> Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, (2014), “Relatório e Contas”, Lisboa

Assim podemos dizer, como refere Serafim e Santo (2012) que,

(...) o campo o Serviço Social encara realidades complexas, exigindo aos profissionais, atitudes resilientes face às complexidades das relações interpessoais e organizacionais, compreendendo-as e mediando-as, criando métodos de intervenção e enfrentando, de uma forma dinâmica, as circunstâncias que geram problemas, suprimindo tensões e promovendo uma melhor qualidade destas relações. (Serafim e Santo, 2012:53)

Mais concretamente ao nível da intervenção social hospitalar, a construção da complexidade da intervenção social engloba não só as questões evidenciadas anteriormente, mas também o contexto particular de saúde e doença do utente, que pode ser a fonte de novas problemáticas sociais ou conduzir à amplificação das já existentes. Na figura seguinte é possível observar de forma esquematizada, os pontos fulcrais que condicionam a complexidade da prática do Assistente Social, constituindo uma cadeia de interação e influência mútua.

Figura 2. Complexidade da prática do Assistente Social



Fonte: Serafim e Santo (2012:52)

A escala de avaliação da complexidade da Intervenção Social em Adultos em Contexto Hospitalar (ECISACH), consiste num instrumento que permite aferir o nível de complexidade da intervenção dos Assistentes Sociais dos hospitais. Esta escala destaca o

contexto sócio familiar do doente, tendo em conta as diferentes limitações e potencialidades, à situação clínica e ao número de ações realizadas durante o processo de intervenção profissional. É constituída por doze itens: relacionamento familiar, capacidade de mobilização de recursos, disponibilidade de apoio, rendimentos, habitação, saúde/doença, autonomia, intervenção social, atendimentos, contactos, disponibilidade das respostas institucionais, resolução social. Cada item é classificado por uma escala de pontuação que vai de 1 a 5, correspondendo o 1 à situação ideal (sem complexidade) e o 5 à situação de indução (de maior complexidade social). A pontuação total deriva do somatório das pontuações de cada um dos itens, sendo que, complexidade intermédia; de 38 a 44, situações de complexidade alta; e >45 induz à existência de situações de complexidade muito alta (Serafim e Santo, 2013).

Desta forma, o assistente social possui um papel fundamental, não só na minimização do tempo de protelamento da alta hospitalar, através da gestão equilibrada da complexidade dos problemas sociais, como também no desenvolvimento de mecanismos de prevenção, passando essencialmente como já evidenciado anteriormente por uma intervenção social precoce e sistemática (Rendeiro, 2015). A intervenção social desenvolvida tem sempre por base a qualidade e adequabilidade à situação-problema e contexto do sujeito, envolvendo o mesmo de uma forma holística, abrangendo todas as suas necessidades, bem como as suas capacidades, crenças e aspirações.

## **CAPITULO III: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

### **1. DA PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO À METODOLOGIA DE PESQUISA**

No âmbito da atuação dos assistentes sociais em contexto hospitalar, o planeamento da alta social, constitui uma das suas tarefas centrais, considerado um foco de pressão de outros profissionais para com o Serviço Social. Esta tarefa absorve grande parte do tempo dos mesmos, especialmente em situações em que não há a coincidência da alta clínica com a alta social, resultando numa situação de protelamento social. De acordo com um estudo realizado por Judd e Sheffield (2010), citado por Cleak e Turczynski (2014), 60% do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais no hospital é concentrado no planeamento da alta hospitalar.

O protelamento social da alta hospitalar, começa a ter maior visibilidade social e preocupação por parte dos gestores como sendo um problema multidimensional, principalmente pelo número de casos que tem vindo a aumentar e por influenciar de forma negativa, o bem-estar e qualidade de vida dos doentes e suas famílias, entre outros fatores, nomeadamente económicos e logísticos (Serafim e Santo, 2012, Lusa, 2014). De acordo com Parker (2005), esta problemática, torna-se mais frequente na população mais idosa, uma vez que é o grupo da população que está mais vulnerável ao risco de doença, incapacidade e a carências económicas e financeiras. Desta forma, o internamento está muitas vezes associado a perdas funcionais e contextos de dependência.

Segundo Rendeiro (2015), as políticas de austeridade exercidas nos últimos anos, contribuíram para o empobrecimento da população, dificultando o acesso aos recursos necessários para a satisfação das suas necessidades, bem como a possibilidade de apoio por parte das famílias aos seus familiares dependentes. Esta questão torna-se particularmente pertinente uma vez que de acordo com a autora, pode conduzir a situações em que a alta hospitalar tenha de ser protelada por motivos sociais e não clínicos. Desta forma, o assistente social tem um papel fundamental no sentido de estabelecer contato com o utente e sua família de modo a compreender e avaliar a sua situação, e em conjunto com os mesmos aferir as necessidades e acionar os recursos da comunidade necessários. Embora os constrangimentos atuais possam dificultar o trabalho do profissional, cabe ao mesmo, aliar os seus conhecimentos à criatividade e estratégia para a criação de respostas favoráveis às necessidades do utente e sua família.

Assim, pretendemos explorar a prática profissional do assistente social, em contexto de planeamento de alta hospitalar, bem como a sua importância e destaque no desenvolvimento de estratégias de minimização deste fenómeno.

## **2. NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO**

O objeto empírico deste estudo centra-se nas práticas do assistente social em contexto de alta hospitalar, procurando não só incidir nas apreciações e conceções dos profissionais relativamente ao processo de planeamento da alta, como também identificar as práticas e procedimentos, procurando inseri-los numa perspetiva de Direitos Humanos.

Embora, a metodologia de investigação assente essencialmente no modelo indutivo, uma vez que se parte da análise da realidade para as conclusões acerca das questões de investigação iniciais, o estudo utilizará ainda uma dimensão de análise quantitativa. De acordo com Maroy (1997), “as investigações amplamente indutivas centram-se frequentemente na descoberta de significações associadas às práticas e tentam apreender o modo como os atores atribuem sentido às situações” (Maroy, 1997, p.130). De forma a proceder a uma recolha de dados mais abrangente considerou-se pertinente recorrer a uma estratégia de investigação em que são aliados diversos métodos de recolha de dados, ou seja, à triangulação. A triangulação é uma estratégia “em que se reúnem métodos qualitativos e quantitativos, sendo as regras processuais próprias de cada umas escrupulosamente respeitadas. (...) É essencialmente o ponto de articulação de componentes que fornecem novos conhecimentos relativamente a um mesmo fenómeno” (Fortin, 1999:322).

A presente investigação, do ponto de vista dos objetivos, constitui um estudo exploratório, descritivo e interpretativo porque investe na exploração de informação acerca da prática profissional dos assistentes sociais em contexto de planeamento de alta hospitalar, da sua perspetiva no que concerne aos fatores potenciadores do fenómeno do protelamento social, bem como de eventuais estratégias para a sua minimização.

## **3. CAMPO EMPÍRICO E AMOSTRA**

A dimensão empírica da presente investigação integrou o Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC): o Hospital de São José, Hospital Curry Cabral, Hospital Santo António dos Capuchos e por fim, o Hospital de Santa Marta, uma vez que constituem locais onde a problemática de investigação se desenrola, possibilitando também o acesso aos assistentes sociais que lidam diariamente com a mesma.

O CHLC, foi criado a 28 de fevereiro de 2007, através do decreto-lei nº 50/2007 é uma Entidade Pública Empresarial, ou seja, é uma pessoa de direito público, com natureza empresarial. O CHLC é constituído por seis unidades hospitalares, o Hospital de São José, Hospital de Santa Marta, Hospital D. Estefânia, Hospital de S. António dos Capuchos, Hospital de Curry Cabral e Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

De acordo com Fortin (1999), uma amostra corresponde a um pequeno grupo, representativo da população estudada, sendo a população um conjunto de indivíduos com características comuns, que a partir de critérios definidos pelo investigador, pode ser considerada a população alvo de investigação. A presente investigação englobou duas amostras. A primeira amostra, referente à análise qualitativa, foi selecionada em conformidade com a disponibilidade demonstrada pelos profissionais para a participação na investigação, pelo que foi possível contar com a participação de cinco assistentes sociais, e respetiva coordenadora. A segunda amostra, relativa à análise quantitativa, abrangeu o universo de 378 utentes com alta protelada do CHLC no ano de 2016.

#### **4. TÉCNICAS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS**

O desenvolvimento metodológico teve início com recurso à técnica estudo de caso, em que foi selecionada uma amostra de cinco assistentes sociais e complementarmente a entrevista à respetiva coordenadora de Serviço Social, dos hospitais em estudo. De salientar que ainda foram considerados para uma melhor compreensão da temática, a análise longitudinal dos relatórios sociais.

O primeiro momento de recolha de dados, baseou-se numa sessão de *focus group* com os assistentes sociais do serviço de medicina interna. O *focus group*, “é uma metodologia de investigação em que um pequeno grupo de participantes se reúne para discutir uma questão específica, sob a orientação de um moderador” (Dahlgren e Öberg, 2007:249). A partir da interação entre os participantes, o investigador recolhe os dados e informações relativos às questões que pretende investigar (Morgan, 1996). Estes grupos distinguem-se de outras técnicas de investigação, essencialmente por existir uma interação entre os diferentes participantes do estudo, o que permite, mais do que apenas uma entrevista individual a partilha de ideias e experiências diversificadas. Desta forma, através do diálogo em grupo é possível haver um distanciamento das respostas “politicamente corretas”, uma vez que as pessoas são encorajadas a explicar e argumentar o seu ponto de vista (Kitzinger, 1994, Morgan 1996). O grupo de investigação contou com a participação

de cinco elementos, de forma a que se poder estabelecer um diálogo interativo e dinâmico, focado na temática de investigação. Inicialmente estava previsto a realização de uma conferência presencial, no entanto devido à resistência e dificuldade de reunião entre os diferentes profissionais, optou-se pela realização de um *focus group online*, possibilitando desta forma a participação de todos os elementos. Uma das grandes vantagens da realização desta técnica *online*, reside no facto de não ser necessário procurar um sitio físico para a sua realização, para além de facilitar o acesso à participação no grupo, mesmo a partir de casa e/ou local de trabalho dos participantes, o que estimula o seu interesse e disponibilidade (Oringderff, 2004, Turney e Pocknee, 2005). De acordo com um estudo realizado Underhill e Olmsted (2003), a realização de um *focus group online*, é igualmente produtiva, no que diz respeito a respostas e partilha de ideias, em comparação com um *focus group* presencial.

Estes grupos podem ser realizados de forma sincronizada, em que todos os elementos estão a participar no diálogo ao mesmo tempo, ou o diálogo pode também ser estabelecido de uma forma não sincronizada, ou seja, não há uma comunicação em tempo real (Oringderff, 2004, Stewart e Williams, 2005). Para a realização do *focus group online*, foi utilizada uma plataforma específica para a realização deste tipo de metodologia, que permitiu a concretização de ambas as formas de comunicação, possibilitando não só a interação através de mensagens escritas, como também a introdução de vídeos, imagens e documentos por forma a completar e dinamizar a comunicação entre o grupo. Os profissionais foram notificados por email, acedendo à plataforma através de um *link* de acesso à mesma, onde foram disponibilizadas as diversas questões para a discussão.

A realização do *focus group* foi realizado com o intuito de promover a partilha de experiências, opiniões e conhecimentos no que concerne a práticas profissionais em contexto de alta hospitalar, bem como as principais condicionantes do seu protelamento, estratégias de intervenção que possam se mobilizadas na prática no sentido de reduzir e/ou evitar o protelamento da alta hospitalar, e por fim o enquadramento da intervenção social nesta área numa perspetiva de Direitos Humanos.

A segunda técnica de recolha de dados foi baseada numa entrevista à coordenadora de Serviço Social dos hospitais implicados no estudo, no sentido de aprofundar as informações obtidas através do *focus group* realizado com os profissionais, como também aferir a sua perspetiva de coordenação no que concerne ao planeamento da alta hospitalar e protelamento social. A entrevista é “um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes, com o objetivo de colher dados relativos



às questões de investigação formuladas” (Fortin, 1999). De acordo com Fortin (1999), existem duas tipologias de entrevistas, a estruturada e a não estruturada. A primeira, segundo a autora implica que o entrevistador detenha o controlo total da entrevista, não apenas no que concerne ao seu conteúdo e questões, mas também ao seu desenvolvimento e análise. Desta forma, a entrevista é estruturada de forma a ser realizada do mesmo modo a todos os participantes do estudo. Na entrevista não estruturada não há um planeamento das questões nem da sua sequência, o que permite ao entrevistador uma maior liberdade de conduzir a entrevista de acordo com as características do entrevistado, bem como em concordância com a conversação estabelecida. No entanto pode ainda considerar-se outra tipologia de entrevista, em conformidade com o grau de estrutura da entrevista não uniformizada, a entrevista semiestruturada, ou seja, as questões a colocar aos entrevistados são delineadas por forma a cobrir todos os temas previstos, contudo, como na entrevista não estruturada, são realizadas em conformidade com o sentido da conversa estabelecida (Wilson, 1985 *in* Fortin, 1999). Neste sentido, considerou-se a partir das características apresentadas, a tipologia semiestruturada, como a mais adequada ao estudo realizado, uma vez que permitiu à investigadora deter algum controlo no que diz respeito às questões colocadas, mas também adaptá-las e sequenciá-las em conformidade com as particularidades da entrevista.

Na recolha de dados, realizou-se ainda uma análise de casos sociais<sup>7</sup>, acompanhados pelos assistentes sociais de medicina interna, no ano de 2016. Esta análise teve como objetivo a recolha de informações relativas ao processo de planeamento da alta social hospitalar, a sua dimensão e complexidade, bem como aferir os principais problemas que potenciaram o protelamento da mesma e respetivas respostas sociais despoletadas. De modo a enquadrar a intervenção social realizada foram também analisadas as características dos utentes, bem como a sua situação de saúde e familiar. Desta forma, de modo tipificar a problemática de investigação, a informação tratada de modo quantitativo, e analisada através do programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). O SPSS, é um programa estatístico utilizado predominantemente pelas ciências sociais e humanas que permite a manipulação, análise descritiva e exploratória de variáveis e apresentação dos respetivos resultados. Este programa permite ainda a realização de diversos tipos de análise, univariada, bivariada ou multivariada, em conformidade o tipo de análise que se pretende realizar, bem como com o tipologia e quantidade de variáveis que se pretende analisar.

---

<sup>7</sup> Definição ver Cap. I

Desta forma é possível a realização de proporções, regressões, testes paramétricos e não paramétricos, análise comparativas entre grupos, entre outras funcionalidades (Marôco, 2011).

## **CAPITULO IV: SERVIÇO SOCIAL, ALTA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS**

Neste capítulo procura-se dar resposta às questões de investigação evidenciadas anteriormente, pelo que análise se encontra dividida em conformidade com as temáticas englobadas nas mesmas.

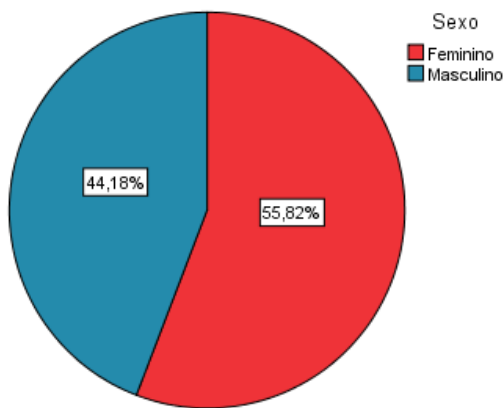
Neste sentido, a análise foi distribuída em quatro subpontos:

- O primeiro subponto integra uma breve caracterização dos utentes com alta protelada no ano de 2016, de modo a enquadrar a análise realizada posteriormente;
- O segundo subponto compreende a complexidade da intervenção social na relação com os fatores condicionantes, funções, e procedimentos teóricos e metodológicos utilizados pelos profissionais na sua intervenção;
- O terceiro, consiste na identificação das principais causas e condicionantes do protelamento da alta, bem como as estratégias para a sua minimização;
- Por último, os princípios dos Direitos Humanos evidenciados na prática profissional, na perspetiva dos profissionais, em como estes podem ser afetados ou não por um protelamento social prolongado.

Como já foi referido anteriormente a investigação realizada incluiu três métodos distintos de recolha de dados. Neste sentido, recorreu-se aos resultados obtidos através da análise realizada dos processos sociais dos utentes com alta protelada no ano de 2016, do *focus group online* e da entrevista à Coordenadora da Unidade Hospitalar. O *focus group* foi realizado a cinco profissionais com idades compreendidas entre os 30 e os 47 anos e que desempenham as suas funções em hospitais pertencentes ao CHLC, na sua maioria há mais de onze anos. Desta forma, em conformidade com as informações recolhidas no processo de investigação, foi realizada uma análise mista, englobando deste modo tanto métodos qualitativos e quantitativos.

## 1. OS UTENTES SEM ALTA SOCIAL

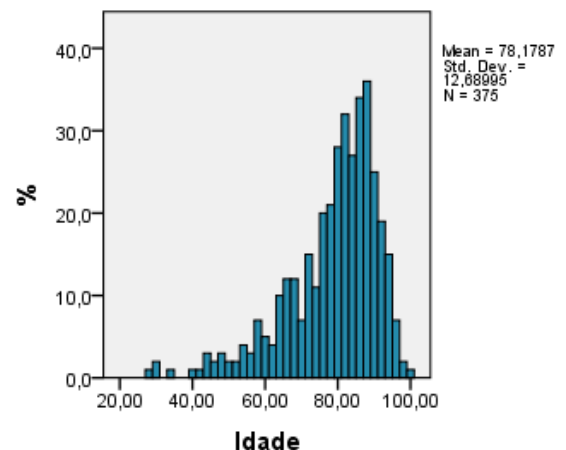
Figura 3. Distribuição do sexo dos utentes



Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

A análise compreendeu um universo de 378 utentes com alta protelada do CHLC no ano de 2016. Constatou-se que mais de metade dos utentes são do género feminino (Figura 3), com idades compreendidas entre os 28 e os 101 anos, existindo uma maior concentração de utentes com idades compreendidas entre os 80 e 90 anos (Figura 4).

Figura 4. Distribuição das idades dos utentes

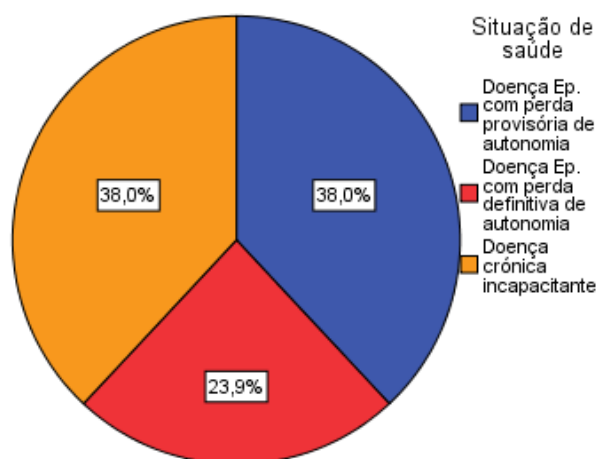


Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

Os utentes tiveram em média a sua alta protelada em 25 dias, variando desde apenas um dia de protelamento a casos mais complexos em que o protelamento chegou a atingir 278 dias. Metade dos utentes estiveram protelados até 14 dias, sendo que a outra metade apresentou um número de dias de protelamento superior. Por fim, o número dias de protelamento mais frequente foi apenas um<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Consultar anexo 1

Figura 5. Distribuição da situação de saúde dos utentes

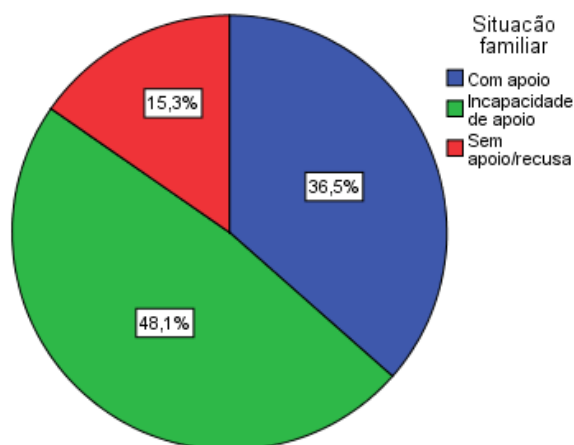


Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

No que concerne à situação de saúde dos utentes (Figura 5) pode observar-se que grande parte destes sofreu de uma doença episódica com perda provisória de autonomia (38%) ou já era detentor uma doença crónica incapacitante (38%), seguidos dos utentes que embora a sua doença tenha sido episódica se tornaram dependentes de forma definitiva (23,9%). O contexto de autonomia/dependência, apresenta-se desta forma, como um fator importante no protelamento de uma alta, uma vez que os utentes com alta protelada apresentam algum tipo de dependência. Esta questão é evidenciada igualmente pelos profissionais que apresentam a sua população alvo de intervenção, como muito envelhecida, com múltiplas patologias crónicas e com elevados graus de dependência.

A4: A população da Medicina é normalmente uma população maioritariamente idosa e traz aos Serviços de Saúde muitas exigências específicas, nomeadamente o facto de lhes estarem geralmente associados quadros multipatológicos (área médica - doenças crónicas, degenerativas e estados demenciais que conduzem a elevados défices ou perda de autonomia física e/ou cognitiva) e multiproblemáticos (área social) que exigem respostas muito complexas que envolvem várias instâncias de prestação de serviços do cuidar (...).

Figura 6. Distribuição da situação familiar dos utentes



Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

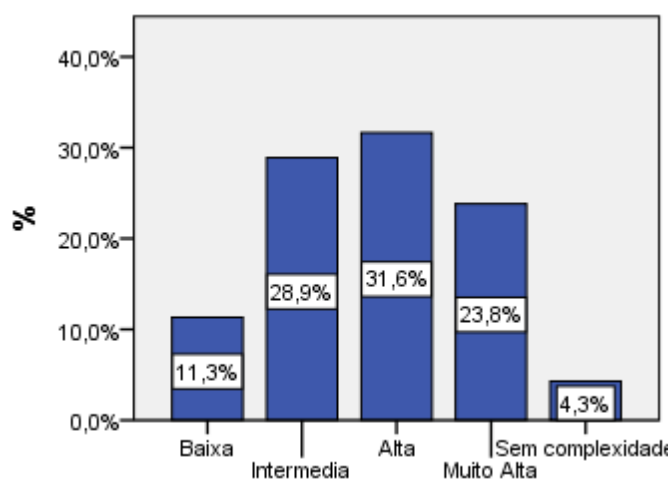
A partir da análise da figura, é possível aferir que cerca de 48 % dos familiares dos utentes não possuem capacidade para a prestação dos cuidados necessários numa situação de pós alta hospitalar. Como pôde ser observado no gráfico anterior (figura 5), a grande maioria dos utentes não possui a plena capacidade para a realização das suas atividades de vida diárias, necessitando desta forma, que exista uma continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Este facto implica, em grande parte dos casos uma reestruturação familiar exigente não compatível muitas vezes, com as rotinas diárias e compromissos profissionais dos familiares (Soares, 2013). Desta forma, as características de cada família constituem um fator preponderante no que concerne à sua reação e capacidade de resposta aos desafios que lhe são apresentados (Monteiro, 2010), pelo que é possível observar uma percentagem significativa (36,5%) de utentes cuja família tem capacidade para a prestação do apoio necessário. O apoio familiar, de acordo com Dibai e Cade (2009), constitui um ponto fundamental, mesmo ainda em contexto de internamento, não só nas questões mais práticas de auxílio nos cuidados necessários, mas também a nível do apoio e suporte emocional ao utente.

## 2. A COMPLEXIDADE DA INTERVENÇÃO SOCIAL E A RELAÇÃO COM O PROCESSO DE PLANEAMENTO DA ALTA HOSPITALAR

Na sua intervenção, o assistente social depara-se com diversos fatores inerentes à intervenção, passando não apenas pela mediação de relações interpessoais, mas também ao nível organizacional. Gestão de tensões existentes, resolução de problemas, procura de recursos, criação de métodos de intervenção (Serafim e Santo, 2012). Todos estes fatores são implicados no nível de complexidade da intervenção social. Neste sentido é exigido ao assistente social uma gestão equilibrada do seu agir profissional nos diversos contextos em que intervém (Úcar, 2010). Como evidenciado anteriormente, a escala de complexidade da intervenção social, é constituída por doze itens: relacionamento familiar, capacidade de mobilização de recursos, disponibilidade de apoio, rendimentos, habitação, saúde/doença, autonomia, intervenção social, atendimentos, contactos, disponibilidade das respostas institucionais, resolução social. Cada item é classificado por uma escala de pontuação que vai de 1 a 5, correspondendo o 1 à situação ideal (sem complexidade) e o 5 à situação de indução (de maior complexidade social). Nas figuras seguintes é possível observar a relação da complexidade da intervenção social com as restantes variáveis em estudo.

Figura 7. Distribuição da escala de complexidade das intervenções sociais



Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

Relativamente ao nível de complexidade da intervenção social pode dizer-se que a maioria das intervenções (31,6%), apresentaram uma complexidade alta, 28,9 % dos casos originaram uma intervenção social de complexidade intermédia e 23,8% apresentaram uma complexidade muito elevada. Apenas 11,3% apresentou uma complexidade baixa e numa minoria dos casos (4,3%), a intervenção social não apresentou complexidade. A escala de complexidade analisada, é construída através da análise de três dimensões, sendo estas; o enquadramento sociofamiliar do utente, a sua situação clínica, e por fim a própria intervenção realizada pelo assistente social.

Neste sentido, nos seguintes quadros (1 a 6), é possível verificar a relação e associação do nível de complexidade da intervenção social com os diversos fatores em si implicados, como a situação familiar e de saúde do utente, a causa e número de dias de protelamento, e destino pós alta.

Quadro 1. Escala de Complexidade da intervenção social e número de dias de protelamento

		Nº de dias de protelamento		
		Média	Mínimo	Máximo
<b>Nível de complexidade</b>	Sem complexidade	3,55	1,00	9,00
	Baixa	7,59	1,00	68,00
	Intermedia	16,11	1,00	104,00
	Alta	21,53	2,00	84,00
	Muito alta	38,03	2,00	194,00

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

De acordo com o quadro 1 verifica-se que em função do aumento da complexidade da intervenção, o número médio de dias de protelamento também aumenta. Desta forma, as intervenções sem complexidade englobam situações de utentes que ficam em média 3,5 dias protelados, enquanto que nas intervenções de complexidade muito alta os utentes ficam em média 38 dias protelados. Neste sentido, existe associação entre a complexidade da intervenção e o número de dias de protelamento embora seja baixa (Coeficiente de ETA: 0,297). De salientar que a média é uma medida afetada por extremos, pelo que existem situações em que o número dias de protelamento é muito superior ou inferior à média atribuída a cada nível de complexidade como pode ser observado no quadro 1.



Quadro 2. Escala de Complexidade da intervenção social e Situação Familiar

		Escala de complexidade					Total	
		Sem complexidade	Baixa	Intermedia	Alta	Muito Alta		
Situação Familiar	Com apoio	N	7	14	31	24	7	138
		%	5,1%	10,1%	22,5%	17,4%	5,1%	100%
		%	63,6%	48,3%	41,9%	29,6%	11,5%	36,5%
	Incapacidade de apoio	N	2	13	37	49	32	182
		%	1,1%	7,1%	20,3%	26,9%	17,6%	100%
		%	18,2%	44,8%	50,0%	60,5%	52,5%	48,1%
	Sem apoio/recusa	N	2	2	6	8	22	58
		%	3,4%	3,4%	10,3%	13,8%	37,9%	100%
		%	18,2%	6,9%	8,1%	9,9%	36,1%	15,3%
Total	N	11	29	74	81	61	378	
	%	2,9%	7,7%	19,6%	21,4%	16,1%	100%	
	%	100,0%	100%	100,0%	100%	100,0%	100%	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

Através da análise do quadro apresentado é possível identificar a existência de diferenças no nível de complexidade em conformidade com o nível de apoio familiar. Neste sentido, verifica-se, que no que concerne às intervenções sociais sem complexidade, a grande maioria dos casos (63,6%) concentrou-se nos utentes com apoio familiar, assim como nas intervenções de baixa complexidade (48,3%), embora nesta última se possa observar uma percentagem considerável (44,8%) de casos de utentes em que os familiares não têm capacidade para prestar o apoio necessário. Os níveis baixos de complexidade parecem estar relacionados com um maior envolvimento familiar na intervenção social. Tal como foi referido Soskolne *et al* (2010), a adequabilidade da intervenção está intrinsecamente relacionada com a participação da família no processo de planeamento de alta. O envolvimento da família permite não só que esta seja detentora de toda a informação necessária acerca dos serviços disponíveis, e mais preparada para prestar e/ou acionar os mecanismos necessários para a continuidade de prestação dos cuidados ao utente, como também permite ao profissional compreender melhor todo o contexto do utente e família, possibilitando intervenções de menor complexidade.

No que diz respeito aos níveis mais altos de complexidade, pode verificar-se que mais de metade das intervenções classificadas como “alta” e “muito alta” correspondem a situações de incapacidade de apoio familiar, 60,5% e 52,5% respetivamente. No entanto, verifica-se que 29,6% das intervenções de complexidade alta dizem respeito a utentes com apoio familiar. Esta última questão pode estar relacionada com as particularidades de cada

utente e família e a forma como esta encara os novos desafios e adversidades relacionados com a situação do utente. Como refere Barros (s/d), a família pode constituir uma fonte de *stress* e problemas, no sentido em que possui influência direta, deliberada ou inconsciente, nos comportamentos saudáveis ou de risco, como também na procura de ajuda, quando é identificada a doença, o que pode estar relacionado com a sobrecarga emocional e as tarefas implicadas em todo o processo. Desta forma, mesmo existindo apoio familiar, podem surgir situações no contexto da intervenção que levam à sua complexificação. No que concerne às intervenções de complexidade intermédia, observa-se a distribuição dos casos essencialmente pelas situações de utentes sem capacidade de apoio familiar (50%), e com apoio familiar (41,9%).

Quanto à situação familiar, pode observar-se que a maioria das situações de utentes com apoio familiar tem intervenções de complexidade intermédia, a maioria dos utentes com incapacidade de apoio, intervenções de alta complexidade e por fim os utentes sem apoio estão mais concentrados nas intervenções de complexidade muito alta. Ou seja, em conformidade com o agravamento da situação familiar vai existindo uma maior concentração de utentes nos níveis de complexidade mais altos.

No que diz respeito à associação entre o nível da escala de complexidade e a situação familiar pode dizer-se que estas não são independentes entre si, embora o seu grau de associação seja baixo (V de Cramer: 0,250). Porém a sua relação é significativa ( $\chi^2$  (10) =47,074,  $p=0,000$ ). Desta forma, a situação familiar apresenta-se como uma condição fundamental na intervenção social, influenciando significativamente o nível de complexidade da mesma.

Quadro 3. Escala de Complexidade da intervenção social e situação de saúde

			Escala de Complexidade					Total
			Sem complexidade	Baixa	Intermedia	Alta	Muito Alta	
Situação de Saúde	Doença Ep. com perda provisória de autonomia	N	4	19	31	37	15	143
		%	2,8%	13,3%	21,7%	25,9%	10,5%	100%
	Doença Ep. com perda definitiva de autonomia	N	1	2	15	12	12	90
		%	1,1%	2,2%	16,7%	13,3%	13,3%	100%
	Doença crónica incapacitante	N	6	8	27	32	34	143
		%	4,2%	5,6%	18,9%	22,4%	23,8%	100%
Total	N	11	29	73	81	61	376	
	%	2,9%	7,7%	19,4%	21,5%	16,2%	100%	
	%	100,0%	100%	100,0%	100%	100,0%	100%	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

De acordo com o quadro 3 é possível identificar diferenças no nível de complexidade em função da situação de saúde dos utentes, embora níveis de complexidade semelhantes apresentem diferentes situações de saúde dos utentes, assim como o inverso, níveis de complexidade distintos apresentem tipos de situação de saúde semelhantes. No que concerne às intervenções sem complexidade, estas concentram-se nas situações de utentes com doença crónica incapacitante (54,5%), assim como as intervenções mais complexas (55,7%). Nos restantes níveis de complexidade, “alta”, “intermédia” e “baixa”, o tipo de situação de saúde mais expressivo é a “doença episódica com perda provisória de autonomia”, sendo que neste ultimo nível, representa mais de metade das situações (65,5%). Em todos os níveis de complexidade da intervenção social, a “doença episódica com perda definitiva de autonomia” corresponde à categoria com menos expressividade.

No que concerne à associação entre as duas variáveis, esta é baixa (V de Cramer: 0,235), no entanto a sua relação é significativa ( $\chi^2_{(10)}=41,627, p=0,000$ ), isto é, a situação de saúde possui influência no nível de complexidade da intervenção social.

Quadro 4. Escala de complexidade da intervenção social, situação de saúde e situação familiar dos utentes

				Escala de Complexidade											
				Sem complexidade		Baixa		Intermedia		Alta		Muito Alta		Total	
				N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Situação de Saúde	Doença Ep. com perda provisória de autonomia	Situação Familiar	Com apoio	3,0	75,0	8,0	42,1	16,0	51,6	13,0	35,1	2,0	13,3	42,0	39,6
			Incapacidade de apoio	0	,0	10,0	52,6	13,0	41,9	21,0	56,8	6,0	40,0	50,0	47,2
			Sem apoio/recusa	1,0	25,0	1,0	5,3	2,0	6,5	3,0	8,1	7,0	46,7	14,0	13,2
Doença Ep. com perda definitiva de autonomia	Situação Familiar	Com apoio	1,0	100,0	2,0	100,0	4,0	26,7	5,0	41,7	1,0	8,3	13,0	31,0	
		Incapacidade de apoio	0	0	0	0	11,0	73,3	7,0	58,3	8,0	66,7	26,0	61,9	
		Sem apoio/recusa	0	0	0	0	0	0	0	0	3,0	25,0	3,0	7,1	
Doença crónica incapacitante	Situação Familiar	Com apoio	3,0	50,0	4,0	50,0	11,0	40,7	6,0	18,8	4,0	11,8	28,0	26,2	
		Incapacidade de apoio	2,0	33,3	3,0	37,5	12,0	44,4	21,0	65,6	18,0	52,9	56,0	52,3	
		Sem apoio/recusa	1,0	16,7	1,0	12,5	4,0	14,8	5,0	15,6	12,0	35,3	23,0	21,5	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

No quadro 4 é possível observar a situação de saúde dos utentes com maior percentagem em cada nível de complexidade, bem como a situação familiar mais expressiva em cada uma dessas categorias. Desta forma, embora seja possível identificar que níveis bastantes distintos como o “sem complexidade” e complexidade “muito alta” correspondem em mais de metade dos casos ao mesmo tipo de situação de saúde dos utentes, a tipologia

familiar com maior percentagem de casos em cada um dos níveis é bastante distinta. Enquanto que nas intervenções sociais sem complexidade, a grande maioria ou totalidade dos utentes tem apoio familiar, nas intervenções de maior complexidade, a maioria das situações correspondem a utentes em que a família não tem capacidade para prestar o apoio necessário. Nas intervenções de alta complexidade, mesmo apresentando uma maior concentração de utentes num tipo de situação de saúde diferente das intervenções mais complexas, apresentam também uma maior concentração de utentes com familiares sem capacidade de prestar apoio. De salientar que nas intervenções de baixa complexidade, a situação familiar não se verifica de forma tão linear como nos restantes níveis, apresentando uma grande percentagem de utentes com incapacidade de apoio familiar (52,6%). No entanto, 42% dos utentes nesta categoria têm apoio familiar, uma percentagem considerável, que pode explicar a grande percentagem de intervenções de baixa complexidade neste tipo de situação de saúde. Tal como evidenciado anteriormente, as situações em que se observa um maior envolvimento da família no processo de planeamento de alta, este demonstra melhores resultados no que concerne à sua adequabilidade (Soskolne *et al*, 2010), o que pode explicar os baixos níveis de complexidade nas situações de utentes com apoio familiar.

Neste sentido, em função dos dados analisados nos quadros 3 e 4 a disparidade da distribuição da situação de saúde dos utentes pelos níveis de complexidade semelhantes, pode estar relacionada com a tipologia de situação familiar.

Quadro 5. Escala de complexidade da intervenção social e causa do protelamento

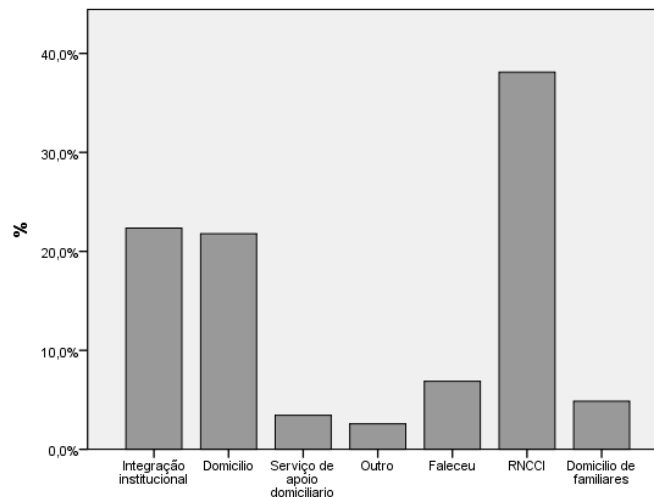
		Escala de Complexidade					Total	
		Sem complexidade	Baixa	Intermedia	Alta	Muito Alta		
Causa do Protelamento	Aguardar integração institucional	N	1	9	15	23	24	82
		%	1,2%	11,0%	18,3%	28,0%	29,3%	100%
		%	9,1%	31,0%	20,3%	28,4%	39,3%	21,7%
	Aguardar reorganização familiar	N	4	11	10	6	4	39
		%	10,3%	28,2%	25,6%	15,4%	10,3%	100%
		%	36,4%	37,9%	13,5%	7,4%	6,6%	10,3%
	Aguardar Serviço de Apoio Domiciliario	N	2	5	19	19	2	48
		%	4,2%	10,4%	39,6%	39,6%	4,2%	100%
		%	18,2%	17,2%	25,7%	23,5%	3,3%	12,7%
	Aguardar RNCCI	N	2	3	14	22	10	145
		%	1,4%	2,1%	9,7%	15,2%	6,9%	100%
		%	18,2%	10,3%	18,9%	27,2%	16,4%	38,4%
	Utente dependente e sem apoio	N	1	1	14	11	15	50
		%	2,0%	2,0%	28,0%	22,0%	30,0%	100%
		%	9,1%	3,4%	18,9%	13,6%	24,6%	13,2%
	Outro	N	1	0	2	0	6	14
		%	7,1%	0,0%	14,3%	0,0%	42,9%	100%
		%	9,1%	0,0%	2,7%	0,0%	9,8%	3,7%
Total		N	11	29	74	81	61	378
	%	2,9%	7,7%	19,6%	21,4%	16,1%	100%	
	%	100,0%	100%	100,0%	100%	100,0%	100%	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

Relativamente à relação entre o nível de complexidade da intervenção social e a causa do protelamento (quadro 5), pode dizer-se através da análise do quadro que tanto as intervenções sem complexidade como as de nível mais baixo constituem um número mais elevado (36,4% e 37,9%) de utentes cuja causa de protelamento está relacionada com a reorganização familiar. No que concerne aos níveis mais altos de complexidade a principal causa de protelamento encontra-se associada à espera para a integração institucional. No nível de complexidade alto, esta categoria também apresenta uma percentagem considerável, diferindo em apenas 1,2 % da categoria com mais expressividade. Mais uma vez, tal como observado na análise anterior a complexidade da intervenção parece estar relacionada com a situação familiar, uma vez que a maioria das intervenções sem ou de baixa complexidade implicaram situações que os utentes tinham apoio familiar e daí a causa ser aguardar a sua reorganização, enquanto que as de maior complexidade ao se constituírem na sua maioria situações de utentes que aguardavam a integração institucional subentende-se que há por

parte da família uma incapacidade de apoio. As variáveis encontram-se deste modo associadas de forma moderada ( $V$  de Cramer =0,320).

Figura 8. Distribuição dos utentes em função do seu destino pós alta



Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

De acordo com a figura 8, é possível aferir que o destino pós alta hospitalar da grande maioria dos utentes com alta protelada é a RNCCI (38,1%). Nesta categoria estão incluídas todas as suas vertentes, sendo estas como já mencionado anteriormente, a unidade de convalescença, unidade de média duração e reabilitação, unidade de longa duração e manutenção, cuidados paliativos e as equipas de cuidados continuados integrados. Esta questão está relacionada com o facto de todos os utentes serem detentores de algum grau de incapacidade, como observado anteriormente (figura 5), o que implica uma continuidade de cuidados, não só a nível da alimentação e higiene, mas também a nível clínico e de reabilitação, por forma a assegurar a adequabilidade e segurança da alta hospitalar. A reunião de critérios clínicos constitui uma condição fundamental para que o utente possa ser referenciado à RNCCI, excetuando as situações de descanso do cuidador nas unidades de longa duração<sup>9</sup>. Neste sentido quando as questões sociais e clínicas se verificam e o utente reúne as condições necessárias, é realizada a sua referenciação à RNCCI, o que pode explicar a discrepância observada relativamente às restantes categorias. No entanto a

<sup>9</sup> Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de junho

integração institucional (22,3%) e o domicílio (21,8%), apresentam-se também como um dos destinos mais frequentes após a alta hospitalar.

Quadro 6. Escala de complexidade da intervenção social e destino pós alta

		Escala de Complexidade					Total
		Sem complexidade	Baixa	Intermedia	Alta	Muito Alta	
Destino pós alta	Integração institucional	1	7	19	19	27	78
		1,3%	9,0%	24,4%	24,4%	34,6%	100%
		10,0%	26,9%	27,1%	25,3%	47,4%	22,3%
Domicílio de familiares	Domicílio de familiares	0	1	1	2	2	17
		0,0%	5,9%	5,9%	11,8%	11,8%	100%
		0,0%	3,8%	1,4%	2,7%	3,5%	4,9%
Domicílio	Domicílio	6	16	27	19	6	76
		7,9%	21,1%	35,5%	25,0%	7,9%	100%
		60,0%	61,5%	38,6%	25,3%	10,5%	21,8%
Serviço de apoio domiciliário	Serviço de apoio domiciliário	0	0	4	8	0	12
		0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100%
		0,0%	0,0%	5,7%	10,7%	0,0%	3,4%
RNCCI	RNCCI	1	1	13	20	14	133
		0,8%	0,8%	9,8%	15,0%	10,5%	100%
		10,0%	3,8%	18,6%	26,7%	24,6%	38,1%
Faleceu	Faleceu	0	0	3	7	5	24
		0,0%	0,0%	12,5%	29,2%	20,8%	100%
		0,0%	0,0%	4,3%	9,3%	8,8%	6,9%
Total	Total	10	26	70	75	57	349
		2,9%	7,4%	20,1%	21,5%	16,3%	100%
		100,0%	100%	100,0%	100%	100,0%	100%

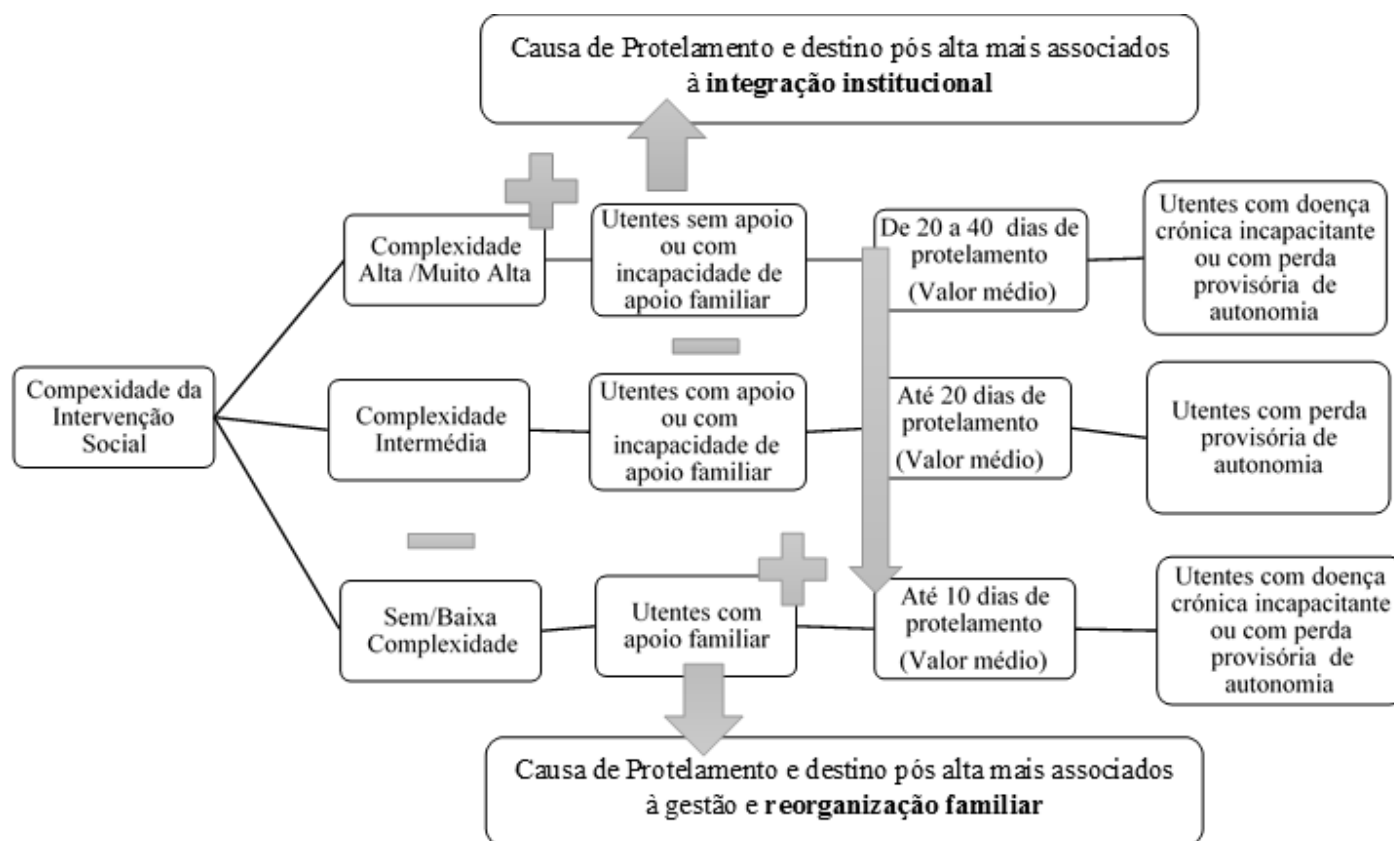
Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

Através da análise do quadro 6 é possível observar que as intervenções sem complexidade, de complexidade mais baixa e intermédia possuem uma maior concentração de casos cujo o destino pós alta é o próprio domicílio, 60%, 61,5% e 38,6% respetivamente. Tal como evidenciado na análise dos quadros anteriores esta questão pode estar relacionada com o apoio familiar, uma vez que a partir da análise do quadro 2 foi possível aferir que as intervenções sociais menos complexas, salvo algumas exceções, se associaram na maioria dos casos a situações em que os utentes usufruíam de apoio familiar. Nas intervenções de alta complexidade o destino pós alta mais frequente foi a RNCCI (26,7%), seguido da integração institucional (25,3%) e o próprio domicílio (25,3%). Por fim, nas intervenções de complexidade mais alta, a integração institucional constitui-se o destino mais frequente

(47,4%). Desta forma, a associação entre a complexidade da intervenção social e o destino pós alta é moderada (V de Cramer: 0,345).

Na seguinte figura 9 pode ser observado de forma sucinta e relacional os diferentes níveis de complexidade e os seus principais condicionantes.

Figura 9. Complexidade da intervenção social e seus condicionantes<sup>10</sup>



Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

Tal como evidenciado por Serafim e Santo (2012) e observado na análise realizada, muitos são os fatores implicados na complexidade da intervenção social, a condições de saúde do utente, a sua situação familiar, e o próprio desenvolvimento da intervenção que está intrinsecamente relacionado com as particularidades de cada situação. Desta forma, as condições de saúde dos utentes, nomeadamente o seu contexto de vulnerabilidade e dependência aliados à incapacidade de suporte e apoio familiar conduzem à realização de

<sup>10</sup> A figura 9 foi realizada em conformidade com a maior concentração dos utentes em cada variável apresentada, podendo existir casos de utentes, embora em minoria, que não se enquadrem no presente esquema, como pode ser observado nos quadros 2,3,4,5,6.



enumeras diligências no sentido da procura e ativação de recursos, o que pode resultar numa intervenção mais prolongada e inevitavelmente ao protelamento da alta hospitalar, que por sua vez implica na grande maioria dos casos a complexificação da intervenção, salvo uma minoria de casos, o que pode ser observado na figura 7. Neste sentido, de acordo com Úcar (2010), a diversidade de contextos que o assistente social intervém implica a realização de uma gestão equilibrada do seu agir profissional.

A intervenção social engloba diversas funções específicas do meio hospitalar, mas também outras transversais às diferentes áreas de atuação e que são desempenhadas pelos assistentes sociais e respetiva coordenação. De acordo com a coordenadora da Unidade de Serviço Social, para além das suas funções de coordenação, a realização da supervisão de reuniões semanais com os profissionais, revela-se uma das suas funções fundamentais. Estas reuniões são concretizadas com o intuito de realizar a partilha e discussão das suas intervenções, nomeadamente no caso dos utentes protelados.

(...) reuniões semanais (...) que faço supervisão dos casos nomeadamente os que estão protelados (...) em todos os polos a nível das reuniões que se fazem semanais se discutem e se vêem as situações dos doentes sobretudo os que estão protelados os motivos, as iniciativas que se devem tomar (...). (Coordenadora Serviço Social)

No que concerne às funções dos profissionais em contexto hospitalar foi evidenciado o acolhimento ao utente e família como uma prática indispensável à correta integração dos mesmos na unidade hospitalar, bem como na gestão de expectativas no que respeita ao internamento. O acolhimento social permite igualmente numa fase inicial realizar a avaliação psicossocial do utente, que tal como evidenciado anteriormente pelas autoras Power e Gronen (2015), constitui uma ferramenta primária na intervenção, capaz não só de divulgar informação útil, mas também de servir como suporte em todo o processo, e desta forma iniciar a preparação da alta hospitalar e a realização do plano individual de cuidados. De acordo com Carvalho (2012), o plano individual de cuidados é elaborado em parceria com a equipa multidisciplinar, através de uma partilha de informações no que diz respeito ao contexto clínico e social do utente, tendo em conta as especificidades do mesmo, nomeadamente a nível psicossocial, espiritual e religioso, bem como a nível relacional e familiar.

Neste sentido, o assistente social realiza o acompanhamento do utente e família em todo o seu processo de internamento, nomeadamente tratamento, reabilitação, readaptação e reintegração social. No decorrer desse processo o profissional realiza uma avaliação

continua da situação do utente no que respeita à perspetiva da alta e da continuidade dos cuidados, identificando necessidades, dificuldades ou constrangimentos para a prestação dos cuidados necessários, mas também potencialidades e os recursos necessários para satisfazer as necessidades do utente. Para além disso, proporciona apoio e suporte não só a nível emocional, mas também à adaptação da situação de doença e/ou dependência, conferindo aos mesmos todas as informações necessárias no que respeita aos seus direitos e deveres como também ao nível dos recursos e respostas disponíveis. A partilha de informação com o utente e família torna-se indispensável, uma vez que, mesmo em situações de vulnerabilidade a intervenção social deve sempre considerar a vontade e autodeterminação dos utentes (Benard, 2006).

Mais concretamente ao nível do planeamento da alta hospitalar, foi evidenciada pelos profissionais a importância do trabalho multidisciplinar desde da admissão do utente.

A1: “Desde a admissão do doente, o planeamento de altas deve ser feito com base no trabalho multidisciplinar, atendendo às necessidades médicas, de enfermagem, reabilitação e respostas sociais possíveis para o doente”.

A3: “(...) toda a intervenção social hospitalar é baseada no trabalho multidisciplinar desenvolvido com a equipa, de forma a delinear as respostas mais adequadas à situação de cada doente e cuidados necessários no pós-alta hospitalar”.

O reconhecimento da importância da intervenção social por parte da equipa multidisciplinar, é indispensável para a adequabilidade e eficácia da intervenção e passa essencialmente por serem estabelecidas as barreiras profissionais, e reconhecida a necessidade de competências e conhecimentos específicos de intervenção em determinadas situações, que apenas o assistente social possui (Guerra, 2015).

Neste sentido, outra das funções enumeradas pelos profissionais foi a de mediação da relação entre doente, equipa terapêutica, família e comunidade de forma a promover a articulação entre as várias entidades envolvidas, na procura e concretização de respostas adequadas às particularidades do utente e seu contexto.

A1: “(...) os assistentes sociais desempenham um papel muitas vezes de mediador perante a instituição, a comunidade e até as famílias”.

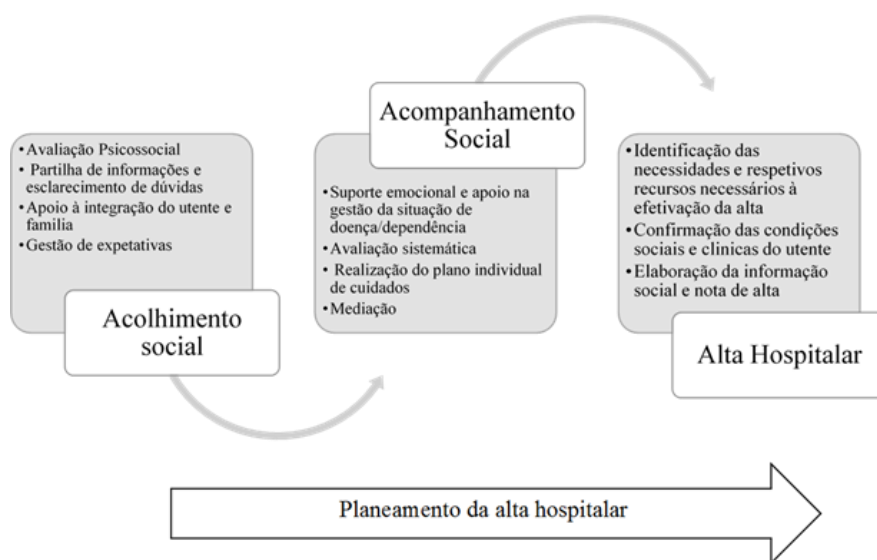
A4: (...) “Mediar a relação entre doente, equipa terapêutica, familiar ou profissional e comunidade promovendo a articulação entre as várias entidades envolvidas”.

A realização de visitas domiciliárias, foi outra das funções evidenciadas, sendo que estas apenas se realizam se o contexto social e habitacional do utente assim o justificar. Para além disso, foi evidenciada igualmente a importância da integração do utente e família e

todo o processo de planeamento de alta, de forma a que em conjunto com os mesmos possam ser identificadas as dimensões psicossociais individuais e familiares (económicas, emocionais, culturais/ religiosas, profissionais e/ou ocupacionais, habitacionais ou outras) decorrentes da situação de doença e/ou dependência e da necessidade da continuidade dos cuidados, como também para que estes se possam manter informados acerca do plano de cuidados, bem como de todas as diligências a serem efetuadas no decorrer da intervenção social, questão que Power e Gronen (2015) salientam como essencial na construção da relação profissional do utente e família.

Uma vez identificadas as necessidades do utente e família, torna-se necessário verificar a existência de todos os recursos necessários à alta do mesmo, e se se considerar necessário facilitar ao utente e/ou ao familiar cuidador a explicitação mais detalhada sobre o plano de cuidados, nomeadamente profissionais, instituições ou materiais que pode vir a necessitar durante o percurso da prestação dos cuidados. Por fim, quando todas as condições clínicas e sociais se verificam é elaborada a informação social e nota de alta. De salientar que o planeamento da alta hospitalar é iniciado logo após a realização do acolhimento social ao utente e decorre no desenvolvimento da intervenção social. Desta forma, na figura 10 é possível observar de forma sucinta as funções desempenhadas pelos assistentes sociais no decorrer da intervenção social em contexto de planeamento da alta hospitalar.

Figura 10. Intervenção social em contexto de planeamento da alta hospitalar



Fonte: Respostas dos profissionais no *Focus Group online*

Tal como enumerado anteriormente, a articulação prática e teórica, consiste numa questão fundamental na intervenção do assistente social, sendo esta potenciada por instrumentos e técnicas, definidos teoricamente e de utilização prática (Castro e Oliveira, 2012). Neste sentido, e de acordo com as suas funções e atividades (fig.10), os profissionais identificaram diversos instrumentos e processos teóricos e metodológicos, em que baseiam a sua intervenção; tais como a *entrevista*, o meio privilegiado de contacto do assistente social com o utente e sua família, que tal como evidenciado por Castro e Oliveira (2012), pode ser utilizado tanto para situações de acolhimento social, como em situações de acompanhamento social, a *documentação/registos* que de acordo com os autores supracitados, permite a sistematização das informações e um planeamento da prática profissional, a realização de *encaminhamentos* através da articulação entre as diferentes entidades envolvidas. Este instrumento, segundo Almeida (2010), funciona como um meio de concretização das respostas exploradas para determinada situação social. Por fim, os profissionais evidenciaram igualmente a *visita domiciliária* sempre que se demonstra necessário por forma a melhor compreender o contexto social e habitacional do utente.

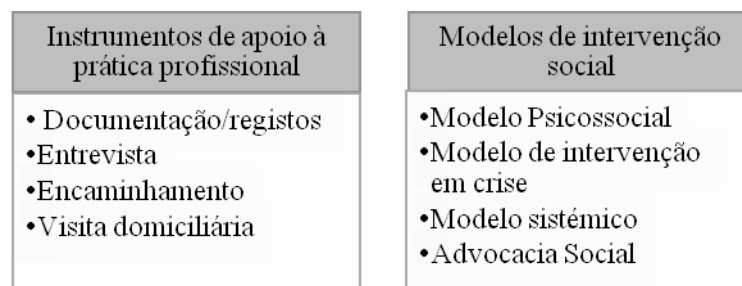
No que concerne aos modelos de intervenção foram evidenciados; o *modelo psicossocial*, no sentido em que é realizada uma intervenção de acordo com as necessidades do utente, mas também tendo em consideração todo o seu meio envolvente, bem como as suas potencialidades. Neste sentido, o conhecimento do utente, das suas necessidades, seu contexto, as suas aspirações e vontades constitui a base para o desenvolvimento de uma intervenção adequada e eficaz (Hermosilla, 2006, Teater, 2010). O *modelo de intervenção em crise*, sendo que muitas vezes derivado ao contexto de doença e/ou dependência os utentes e famílias experienciam situações de crise, pelo que a intervenção social tem como objetivo a prestação de suporte e apoio emocional, por forma a aliviar as situações de stress e tensão, como também o desenvolvimento de capacidades de superação e resolução de problemas (Hermosilla, 2006, Viscarret, 2009, Teater, 2010). O *modelo sistémico*, sendo que uma das questões evidenciadas pelos profissionais foi o facto de o utente ser intervencionado de uma forma holística, tendo em conta todos os sistemas a que o mesmo pertence, bem como as relações que se estabelecem entre eles (Teater, 2010). Por fim, a *advocacia social*, no sentido em que o profissional intervém em defesa do utente, contribuindo para a resolução de problemas, e satisfação de necessidades (Dhooper, 1997 citado por Branco e Farçadas, 2012). De salientar que tal como evidenciado no enquadramento teórico existem outros modelos que não foram evidenciados pelos profissionais de forma direta, mas que se enquadram nas suas partilhas no que respeita à sua

atuação profissional, como o modelo de gestão de casos, intervenção em rede e perspectiva de forças. Como é referido por Viscarret (2009), os modelos de intervenção em serviço social não se desenvolvem isoladamente uns dos outros, nem possuem características totalmente distintas, apenas correspondem a diferentes formas de analisar e observar os problemas sociais.

No entanto, importa referir que todos os modelos têm como objetivo o *empowerment*, ou seja a capacitação e valorização da pessoa e das suas potencialidades na resolução dos problemas, questão evidenciada enumeras vezes pelos profissionais como fundamental para o desenvolvimento e eficácia da intervenção social.

Em conformidade com as respostas dos profissionais esses processos podem ser divididos em instrumentos de apoio à prática profissional e modelos de intervenção. Na figura seguinte (Fig.11), são demonstrados de forma sucinta os instrumentos e modelos de intervenção social evidenciados pelos profissionais em contexto hospitalar.

Figura 11. Instrumentos de apoio à prática profissional e modelos de intervenção social hospitalar



Fonte: Respostas dos profissionais no *Focus Group online*

Outra questão que foi discutida foi a pressão constante dos restantes profissionais, nomeadamente da área clínica para a efetivação da alta hospitalar e as eventuais consequências dessa pressão na intervenção social.

(...) há muita pressão, isso é uma coisa que eu acho que o assistente social sofre diariamente no serviço de internamento. É uma equipa inteira a olhar para o assistente social: então e quando é que sai, (...) porque não estão minimamente por dentro destes meandros todos, o tempo de espera, o de organização que a família necessita, do tempo

que necessita para se organizar e então pressionam muito o assistente social (Coordenadora Serviço Social).

No entanto, a Coordenadora de Serviço Social da unidade hospitalar não considera que essa pressão possa ter influência na qualidade da intervenção realizada com o utente, mesmo que os prazos sejam curtos e a disponibilidade para a intervenção seja reduzida. “O assistente social tem que ter essa capacidade de resiliência de responder com dignidade à situação (...) tem que ser diligente tem que fazer as coisas bem e depressa (...)” (Coordenadora Serviço Social). Tal como faz questão de salientar, se a intervenção social e respostas despoletadas não forem as adequadas às características e necessidades do utente, este pode correr o risco de voltar a ser internado. Tal como refere Santaella, (2010), a pressão na celeridade na efetivação da alta pode conduzir a uma má gestão e adequabilidade de respostas o que potencia o risco de reinternamento.

No entanto, mesmo não cedendo à pressão efetuada pelos restantes profissionais da equipa em prol de uma eficaz e adequada alta hospitalar, os profissionais consideram que muitas vezes o seu trabalho se torna rotineiro e burocrático, tornando escasso o tempo de intervenção direta com o utente em determinadas situações. Esta questão encontra-se relacionada essencialmente devido às numerosas tarefas e atividades que têm de desempenhar no dia-a-dia, nomeadamente a realização dos registos informáticos de todas as diligências efetuadas. Esta questão, segundo os profissionais condiciona o tempo de intervenção direta com o utente salientando que nem sempre o acompanhamento realizado é o que considerariam ideal. No entanto, todos os profissionais evidenciaram a importância do conhecimento dos utentes e da sua realidade social, as suas necessidades, vontades, e potencialidades, bem como a prestação de suporte e apoio emocional, constituindo uma questão imprescindível para a adequação do planeamento da alta hospitalar.

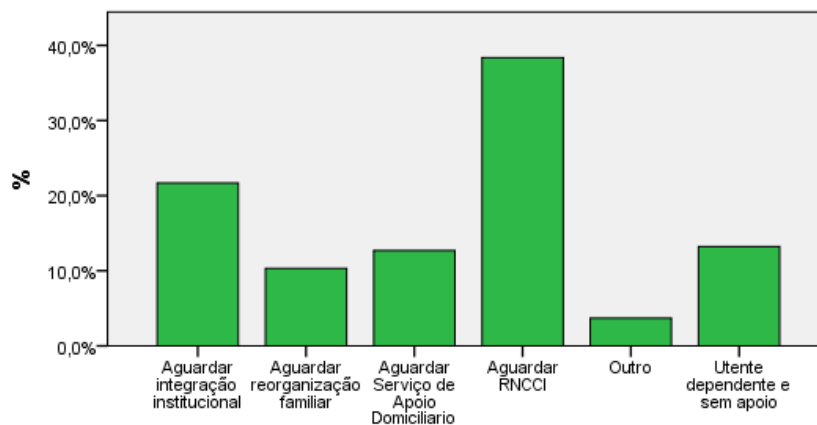
A1: (...) Entre as várias tarefas e funções que diariamente vamos tendo que realizar, por vezes talvez não se consiga fazer o acompanhamento ideal. No entanto, e apesar de poder ser rotineiro e ser efetivamente muito burocrático, conhecer o utente, as suas necessidades, desejos e capacidades, assim como prestar apoio emocional perante a sua situação de doença e perspetiva futura, são fundamentais para se avançar com qualquer plano de intervenção. O doente e a sua vontade são fundamentais no processo de decisão.

Esta questão já tinha sido evidenciada anteriormente por Phillips & Waterson (2002) e Harlow (2003) cit. por Mclaughlin (2015). Estes autores salientaram que o foco na rapidez

da intervenção e resolução social da situação se poderia sobrepor ao foco da mesma, tornando secundários aspetos fundamentais, como o aconselhamento e o apoio emocional, sendo que a burocratização das tarefas conferidas ao assistente social, nomeadamente no processo de planeamento da alta, poderia conduzir à redução do pouco tempo para a intervenção direta com os utentes.

### 3. PROTELAMENTO DA ALTA HOSPITALAR: PRINCIPAIS CAUSAS, CONDICIONANTES E ESTRATÉGIAS PARA A SUA REDUÇÃO

Figura 12. Distribuição dos utentes em função da causa do Protelamento da alta hospitalar



Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

Através da observação do gráfico é possível verificar que a causa de protelamento da maioria dos utentes (cerca de 40%), deve-se ao tempo de espera para a integração na RNCCI. No entanto é importante realçar que os utentes referenciados na RNCCI não são considerados utentes protelados por motivos sociais, uma vez que, para que se possa efetuar a sua referenciação necessitam de reunir determinados critérios clínicos. Neste sentido, todos os utentes referenciados na RNCCI, necessitam de uma continuidade de cuidados de saúde, bem como não reúnem as condições necessárias para que os mesmos possam ser prestados no domicílio. Um protelamento só é considerado social, quando o utente deixa de reunir critérios clínicos para continuar internado, mas permanece no hospital porque ainda não reunidas todas as condições sociais necessárias para que a alta seja efetuada em segurança (Santaella, 2010, Guerra, 2015).

A segunda causa de protelamento mais frequente (cerca de 20%) diz respeito ao tempo de integração institucional. Por outro lado, a menos frequente são questões

burocráticas e/ou logísticas entre outras causas isoladas representados no gráfico através de “outros” e o tempo necessário para a reorganização familiar (cerca de 10%). Tal como evidenciado por Glasby *et al* (2004), cit. por Santaella (2010), a falta de serviços de reabilitação e a espera pela organização dos cuidadores e/ou de serviços para a continuidade de cuidados, apresentam-se como principais fatores potenciadores do protelamento da alta hospitalar.

Neste sentido, nos seguintes quadros é possível verificar a relação e associação das principais causas de protelamento com diversos fatores, como a situação familiar e de saúde do utente, a causa e número de dias de protelamento, e destino pós alta.

Quadro 7.Causa do protelamento e número de dias de protelamento

Causa do protelamento		Nº de dias de protelamento		
		Média	Mínimo	Máximo
Causa do protelamento	Aguardar integração institucional	28,16	1,00	194,00
	Aguardar reorganização familiar	11,67	1,00	104,00
	Aguardar Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	16,54	1,00	93,00
	Aguardar RNCCI	27,98	1,00	272,00
	Utente dependente e sem apoio	26,70	1,00	104,00

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

De acordo com o quadro 7 é possível aferir que as causas que implicam mais dias de protelamento consistem no tempo de espera para a integração institucional (28,16 dias) e para a integração na RNCCI (27,98 dias). Por outro lado, o tempo de espera para a reorganização familiar consiste em média na causa que envolve menos dias de protelamento (cerca de 12 dias). Neste sentido a associação entre o número de dias de protelamento e a causa do protelamento é baixa (Coeficiente ETA: 0,186). Tal como evidenciado na tabela anterior, a causa de protelamento também possui valores extremos à média, pelo que em todas as causas e dependendo das particularidades de cada intervenção, o utente pode ficar protelado apenas um dia ou chegar até aos 272 dias, como observado no caso da RNCCI. Embora, os casos de protelamentos muito prolongados não sejam muito frequentes, podem atingir valores como os observados na tabela influenciando o resultado médio final.



Quadro 8.Causa do Protelamento em função da situação de saúde dos utentes

			Causa do Protelamento				Total	
			Aguardar integração institucional	Aguardar reorganização familiar	Aguardar Serviço de Apoio Domiciliário	Aguardar RNCCI		Utente dependente e sem apoio
Situação de Saúde	Doença Ep. com perda provisória de autonomia	N	27	17	23	57	16	143
		%	18,9%	11,9%	16,1%	39,9%	11,2%	100,0%
		%	32,9%	44,7%	47,9%	39,6%	32,0%	38,0%
	Doença Ep. com perda definitiva de autonomia	N	18	5	6	48	10	90
		%	20,0%	5,6%	6,7%	53,3%	11,1%	100,0%
		%	22,0%	13,2%	12,5%	33,3%	20,0%	23,9%
	Doença crónica incapacitante	N	37	16	19	39	24	143
		%	25,9%	11,2%	13,3%	27,3%	16,8%	100,0%
		%	45,1%	42,1%	39,6%	27,1%	48,0%	38,0%
Total	N	82	38	48	144	50	376	
	%	21,8%	10,1%	12,8%	38,3%	13,3%	100,0%	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

A partir da análise do quadro 8 é possível verificar que em todas as situações de saúde dos utentes, a causa de protelamento mais frequente é o tempo de espera pela integração na RNCCI. Nos casos dos utentes com perda definitiva de autonomia esta consiste na causa de protelamento de mais de metade dos utentes (53,3%). Esta questão verifica-se uma vez que a grande maioria dos utentes apresentou determinados contextos clínicos (figura 5), que implicaram a necessidade de tratamentos de reabilitação ou manutenção dos cuidados de saúde. Tal como enumerado anteriormente, um utente apenas pode ser referenciado à RNCCI, quando apresenta determinados contextos clínicos, bem como constrangimentos ao nível clínico e social à realização dos mesmos no domicílio (Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de junho).

O tempo de integração institucional consiste na causa de protelamento de 18,9% dos utentes com perda provisória de autonomia, 20% dos utentes com perda definitiva de autonomia e 25,9% dos utentes com uma doença crónica incapacitante. De salientar, que são os utentes com perda provisória de autonomia que apresentam uma maior concentração no total de utentes cuja causa de protelamento envolve a reorganização familiar (44,7%) ou o tempo de espera para o início do serviço de apoio domiciliário (47,9%). No entanto, é necessário ter em consideração que embora os contextos clínicos, os obstáculos e dificuldades possam ser semelhantes, cada utente e respetiva família, em conformidade com as suas especificidades, crenças e valores, são detentores da sua forma particular de se

relacionar, adaptar e superar a nova realidade (Mendes, 2004, Cecagno *et al.*, 2004), daí a existir utentes na mesma condição de saúde, mas com causas de protelamento distintas.

Neste sentido, no que concerne à associação entre as duas variáveis, esta é baixa (V de Cramer: 0,173), no entanto a sua relação é significativa ( $\chi^2_{(10)}=22,573, p=0,012$ ), isto é, a situação de saúde tem influência no que respeita à causa do protelamento dos utentes.

Quadro 9. Situação de saúde e número de dias de protelamento

		<b>Nº de dias de protelamento</b>		
		<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Situação de Saúde</b>	Doença Episódica com perda provisória de autonomia	21,35	1,00	272,00
	Doença Episódica com perda definitiva de autonomia	27,49	1,00	173,00
	Doença crónica incapacitante	27,48	1,00	244,00

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

De acordo com o quadro 9 é possível observar que em média as situações de saúde que implicam mais dias de protelamento são a doença episódica com perda definitiva de autonomia e a doença crónica incapacitante (aproximadamente 27,5 dias). Por sua vez, os utentes com uma doença episódica com perda provisória de autonomia, estão em média menos dias protelados (cerca de 21,3 dias), embora nesta categoria exista um caso de um utente em que o número máximo de dias de protelamento foi superior aos restantes. De salientar, que tal como na tabela anterior referente ao número de dias de protelamento, existem situações, ainda que constituam exceções, em que o número de dias de protelamento excede em muito o valor médio, ou pelo contrário, constituindo uma situação mais frequente apresentam um número de dias muito inferior. Neste sentido, apesar de utentes com perda provisória de autonomia apresentarem uma média de dias de protelamento menor do que os restantes, não existe associação entre as variáveis (Coeficiente de ETA: 0,88).

Quadro 10. Causa do protelamento em função da situação familiar dos utentes

Causa do Protelamento		N	Situação Familiar			Total
			Com apoio	Incapacidade de apoio	Sem apoio/recusa	
Aguardar integração institucional	N	14	50	18	82	
	%	17,1%	61,0%	22,0%	100,0%	
	%	10,1%	27,5%	31,0%	21,7%	
Aguardar reorganização familiar	N	25	13	1	39	
	%	64,1%	33,3%	2,6%	100,0%	
	%	18,1%	7,1%	1,7%	10,3%	
Aguardar Serviço de Apoio Domiciliário	N	30	15	3	48	
	%	62,5%	31,3%	6,3%	100,0%	
	%	21,7%	8,2%	5,2%	12,7%	
Aguardar RNCCI	N	63	68	14	145	
	%	43,4%	46,9%	9,7%	100,0%	
	%	45,7%	37,4%	24,1%	38,4%	
Utente dependente e sem apoio	N	4	31	15	50	
	%	8,0%	62,0%	30,0%	100,0%	
	%	2,9%	17,0%	25,9%	13,2%	
Total	N	138	182	58	378	
	%	36,5%	48,1%	15,3%	100,0%	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

No que concerne à situação familiar pode dizer-se através da análise do quadro 10, que tanto os utentes com apoio, como os utentes sem capacidade de apoio familiar, apresentam como principal causa de protelamento, a espera para a integração na RNCCI, 45,7% e 37,4% respetivamente. Já nos utentes sem apoio ou cujos familiares se recusaram a prestar o suporte necessário, a causa de protelamento mais expressiva é a espera para a integração institucional (31%).

No caso dos utentes com incapacidade de apoio, a espera para a reorganização familiar (7,1%) e a espera para o início do SAD (8,2%), constituem uma minoria dos casos. Já no caso dos utentes que usufruem desse apoio, logo a seguir à espera para a integração na RNCCI, as causas supramencionadas englobam a maioria dos restantes utentes, 18,1% e 21,7% respetivamente. Por outro lado, e em congruência com os dados apresentados, pode observar-se que a maioria dos utentes que ficaram protelados devido ao tempo de espera para a integração institucional são utentes em que a família não tem capacidade para lhes prestar apoio (61%). Já no que respeita aos utentes que aguardaram a reorganização familiar e o SAD na sua grande maioria são utentes que usufruem de apoio familiar, 64,1% e 62,5% respetivamente.

De acordo com Dibai e Cade (2009), o apoio prestado pelos familiares aos utentes é motivado essencialmente por sentimentos de afetividade, obrigação, disponibilidade, e

necessidade de estar próximo do familiar dos mesmos, para além de se manterem informados no que respeita à condição clínica do familiar e sua rotina diária. No entanto, o desempenho do papel de acompanhante implica no familiar dificuldades e preocupações, que potenciam situações de desgaste físico e emocional, o que origina situações em que mesmo que exista apoio familiar, a causa do protelamento seja o tempo de espera de integração institucional (10,1%) e no SAD (21,7%).

As duas variáveis estão desta forma associadas de forma moderada (V de Cramer: 0,326), e a sua relação é significativa ( $\chi^2_{(10)}=80,442$ ,  $p=0,000$ ), isto é, existem diferenças significativas no que concerne à causa de protelamento da alta em função da situação familiar dos utentes.

Quadro 11. Situação familiar e número de dias de protelamento

		<b>Nº de dias de Protelamento</b>		
		<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Situação Familiar</b>	Com apoio	15,28	1,00	104,00
	Incapacidade de apoio	26,20	1,00	244,00
	Sem apoio/recusa	44,83	1,00	272,00

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

No que respeita à situação familiar e número de dias de protelamento, pode verificar-se que os utentes com apoio familiar são os que estão em média menos dias protelados (cerca de 15 dias), por outro lado, os utentes sem apoio são aqueles que em média estão mais dias protelados (cerca de 44,8 dias). Tal como observado na tabela anterior existem valores extremos à média no que concerne à relação entre o número de dias de protelamento e situação familiar. Desta forma, embora seja baixa, existe uma associação entre as variáveis (Coeficiente de ETA: 0,290).

Quadro 12. Causa do protelamento e destino pós alta

Causa do Protelamento		Destino pós alta						Total
		Integração institucional	Domicílio de familiares	Domicílio	Serviço de apoio domiciliário	Faleceu	RNCCI	
Aguardar integração institucional		58	4	3	0	7	3	78
		74,4%	5,1%	3,8%	0,0%	9,0%	3,8%	100,0%
Aguardar reorganização familiar		74,4%	23,5%	3,9%	0,0%	29,2%	2,3%	22,3%
		4	3	25	0	1	1	34
Aguardar Serviço de Apoio Domiciliário		11,8%	8,8%	73,5%	0,0%	2,9%	2,9%	100,0%
		5,1%	17,6%	32,9%	0,0%	4,2%	0,8%	9,7%
Aguardar RNCCI		0	3	30	12	0	1	46
		0,0%	6,5%	65,2%	26,1%	0,0%	2,2%	100,0%
Aguardar RNCCI		0,0%	17,6%	39,5%	100,0%	0,0%	0,8%	13,2%
		2	4	6	0	14	114	142
Aguardar RNCCI		1,4%	2,8%	4,2%	0,0%	9,9%	80,3%	100,0%
		2,6%	23,5%	7,9%	0,0%	58,3%	85,7%	40,7%
Utente dependente e sem apoio		12	2	8	0	2	13	38
		31,6%	5,3%	21,1%	0,0%	5,3%	34,2%	100,0%
Total		15,4%	11,8%	10,5%	0,0%	8,3%	9,8%	10,9%
		78	17	76	12	24	133	349
		22,3%	4,9%	21,8%	3,4%	6,9%	38,1%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

Após a realização de uma análise ao quadro 12, é possível observar que na grande maioria ou na totalidade dos utentes, salvo pequenas exceções o destino pós alta convergiu com a causa de protelamento. Desta forma, os utentes cujo destino pós alta foi a integração institucional, tinham em mais de metade dos casos como causa de protelamento, o tempo de espera para esse mesmo destino (74,4%). Os utentes que após a alta hospitalar retornaram ao seu domicílio tinham como causa de protelamento na sua maioria o tempo de espera para o início do serviço de apoio domiciliário (39,5%) e o tempo de espera para a reorganização familiar (32,9%). Já os utentes que passaram a usufruir do serviço de apoio domiciliário, tinham na sua totalidade (100%) como causa de protelamento a espera para a efetivação desse mesmo serviço. No que diz respeito aos utentes que integraram a RNCCI, 85,7%, tiveram a sua alta protelada devido precisamente ao tempo de espera para essa integração. Por fim, apenas os utentes que após a alta passaram a integrar o domicílio de familiares tiveram causas de protelamento mais diversas, como pode ser observado no quadro 12. Neste sentido, a associação entre a causa do protelamento e o destino pós alta é muito elevada (V de Cramer: 0,529).

Quadro 13. Destino pós alta e número de dias de protelamento

		<b>Nº de dias de protelamento</b>		
		<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Destino pós alta</b>	Integração institucional	29,97	1,00	194,00
	Domicilio	15,08	1,00	104,00
	Serviço de apoio domiciliário	18,25	3,00	51,00
	RNCCI	24,96	1,00	244,00
	Domicilio de familiares	58,18	2,00	272,00

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

Como pode ser observado no quadro 13, os utentes que após a alta hospitalar integraram o domicilio de familiares, tiveram em média mais dias com a sua alta protelada (cerca de 58 dias), por sua vez os utentes que retornaram para o próprio domicilio tiveram média menos dias de protelamento (15 dias). No entanto, torna-se necessário referir que os casos extremos podem influenciar significativamente a média, e como pode ser observado na tabela, no caso dos utentes que após a alta hospitalar integraram o domicilio de familiares, existiu pelo menos um caso de um utente que o protelamento da sua alta atingiu os 272 dias. Deste modo, a associação entre o destino pós alta e o número de dias de protelamento é baixa (Coeficiente de ETA: 0,261).

Segundo os profissionais e respetiva coordenação, o protelamento da alta hospitalar está relacionado numa primeira instância com o *contexto de dependência*, questão congruente com as informações obtidas através do universo de utentes analisado, uma vez que, como enumerado anteriormente, todos os utentes apresentam algum tipo de incapacidade e/ou dependência (figura 5).

A1: A alteração do quadro clínico e de dependência face à situação anterior ao internamento, associada à fraca disponibilidade / capacidade da rede de suporte (por vezes inexistentes).

A2: Alteração do estado de dependência, aliada à incapacidade da rede de suporte informal e formal para resposta adequada às novas necessidades dos doentes.

A4: Os doentes que ficam retidos por motivos designados por sociais, raramente são de índole estritamente social, mas advindos de situações de dependência física, cognitiva e/ou motora decorrentes de doença prolongada.

Essa questão já tinha sido analisada anteriormente por Santaella (2010), que afirma que as situações de incapacidade e/ou dependência, conduzem normalmente a uma complexificação da intervenção e por isso a uma maior morosidade na efetivação da alta hospitalar, essencialmente derivado à dificuldade de organização e gestão da continuidade dos cuidados a serem prestados após a alta hospitalar.

Neste sentido, de acordo com os profissionais, o contexto de dependência aliado a situações de *indisponibilidade de apoio familiar, tempo de reorganização familiar, carência económica* e por fim, à *falta de recursos e respostas sociais*, conduzem a situações de protelamento social mais ou menos prolongado em função das particularidades e complexidade de cada situação.

Os protelamentos sociais estão mais que identificados (...) mas existem dois ou três que normalmente acontecem: um é as redes de suporte social não terem as respostas para já com os timings que os hospitais têm por um lado por outro não ter mesmo as respostas, quando é um apoio domiciliário quando é a frequência de um centro de dia acontece não ter vaga (...). (Coordenadora Serviço Social)

A4: (...) alguns dos fatores potenciadores do protelamento de uma alta por motivos sociais prendem-se essencialmente com o isolamento Social; indisponibilidade/incapacidade de prestação dos cuidados por parte da rede de suporte familiar (quando existe); conflitos familiares; Exaustão do Cuidador; Carência Económica; Saturação das respostas por parte da Comunidade e demora na obtenção das respostas sociais necessárias (...).

A5: (...) a incapacidade e/ou indisponibilidade por parte da rede informal; a falta de resposta por parte da rede formal; a falta recursos intra e inter-hospitalares; condição económica precária, entre outros com que nos deparamos no nosso dia-a-dia.

Esta informação é convergente com as informações obtidas por Glasby *et al* (2004), cit. por Santaella (2010). Estes autores evidenciam a falta de serviços de reabilitação e a espera pela organização dos cuidadores e/ou de serviços para a continuidade de cuidados, como principais fatores potenciadores do protelamento da alta hospitalar. Também os dados obtidos através da análise dos utentes protelados são congruentes com as informações supracitadas, uma vez que o número médio de dias de protelamento é consideravelmente

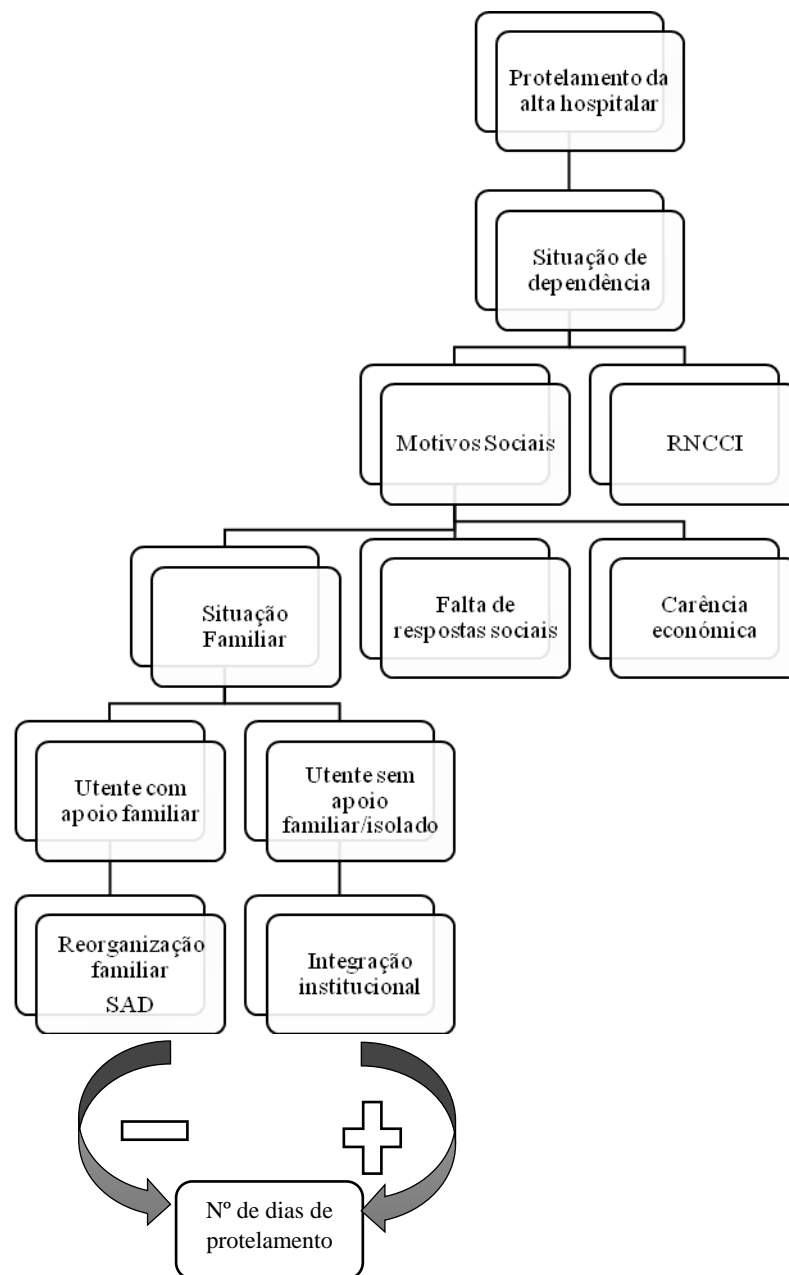
menor quando o utente usufrui de apoio familiar comparativamente às situações de utentes sem apoio familiar (Quadro 11), para além disso, o tempo para a integração na comunidade, incluindo o tempo de espera para integração em lar e SAD correspondem a 34,4 % dos utentes, e o tempo de espera para a reorganização familiar a 10% dos utentes. A percentagem mais baixa de utentes respeitante à organização familiar pode estar relacionada com o facto de esta categoria incluir na sua maioria situações de utentes em que a família está disponível para prestar o apoio necessário (64,1%), tal como pode ser observado no quadro 10, ou seja, muitas vezes os utentes têm família, mas esta não tem disponibilidade para prestar o apoio necessário, devido precisamente ao facto de estar desorganizada. A situação de dependência do utente conduz a fortes implicações nas dinâmicas familiares e por isso a alternativa mais viável nessa ocasião é a integração institucional, como pode ser observado através do quadro 10, a maioria dos utentes em que a família não tem capacidade para prestar o apoio necessário, ficou protelado devido à inexistência de uma vaga para a integração institucional ou na RNCCI.

(...) Nós na nossa vida organizamo-nos para milhares de coisas, sermos estudantes, para sermos mulheres, mães, esposas, por aí fora... para ser cuidador de doente é uma coisa que a gente acha que acontece aos outros, portanto é muito frequente a gente ver a família desorganizada (Coordenadora Serviço Social).

No entanto, importa referir mais uma vez que, em função do contexto clínico do utente as causas de protelamento da alta hospitalar podem ser divididas em duas categorias; *as causas estritamente sociais*, quando os utentes já não reúnem critérios clínicos para continuar internados, mas as suas condições sociais não permitem a efetivação da alta hospitalar e os utentes que estão a *aguardar vaga na RNCCI*. Tal como evidenciado anteriormente, esta distinção torna-se pertinente na medida em que todos os utentes referenciados têm de possuir determinados critérios clínicos e necessidade de cuidados de saúde de reabilitação ou manutenção, deixando por isso de serem considerados protelados sociais. Neste sentido, é possível observar na figura seguinte, as principais causas e condicionantes do protelamento da alta hospitalar, em conformidade com os dados obtidos através do universo de utentes protelados, e das respostas dos profissionais e respetiva coordenação.



Figura 13. Protelamento da alta hospitalar, principais causas e condicionantes



Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016, respostas dos profissionais e coordenação no *focus group online* e entrevista

Quando questionados acerca do facto de o hospital constituir ou não uma resposta social alternativa, tanto os profissionais como respetiva coordenação afirmam que mesmo não constituindo uma situação ideal, acontece por diversas vezes. Esta questão implica que existam, internamentos de utentes apenas por motivos sociais.

A4: Infelizmente esta é uma realidade constante, (...) não só para os familiares que se encontram em exaustão e que trazem os utentes para o hospital, por não saberem como lidar ou ultrapassar as situações, mas mais grave do que isto, é o acréscimo de situações que são encaminhados pelos serviços da comunidade (...) quando as condições físicas, cognitivas e de dependência dos utentes chegam a situações extremas e limites que inviabilizam a sua manutenção no domicílio, acabando estes doentes por serem internados, essencialmente, para resolução das suas situações sociais que passam, na maioria das vezes, pela sua integração institucional definitiva (...).

(...) é muito frequente nós termos casos sociais (...) com internamento cujo o diagnóstico é problema social porque os vizinhos descobriram o idoso caído no chão, não tem nenhuma retaguarda familiar, vai para o hospital (...) e obviamente que nós aqui não vamos por os doentes debaixo da ponte (Coordenadora Serviço Social).

Neste sentido, foram apresentadas pelos profissionais e respetiva coordenação diversas estratégias para a minimização deste fenómeno podendo estas ser divididas por estratégias intrainstitucionais e interinstitucionais. As primeiras estão relacionadas em primeiro lugar com o acolhimento precoce e estabelecimento de uma relação empática com o utente e família. O acolhimento precoce implica que os assistentes sociais realizem o acolhimento social/ triagem a todos os utentes que dão entrada no internamento o mais precocemente possível, de forma a realizar uma triagem das situações que podem ou não constituir casos sociais e que por isso vão necessitar da intervenção do serviço social. A integração do utente e família na identificação de necessidades e procura de soluções, consiste numa condição indispensável para uma melhor adequabilidade e eficiência das mesmas (Soskolne *et al*, 2010). Tal como evidenciado na circular normativa para o planeamento de altas:

As necessidades físicas e psicossociais do doente e do cuidador no pós alta hospitalar, devem ser avaliadas o mais cedo possível e com eles deve ser delineado o plano de cuidados pós-alta, incluindo a previsão de equipamentos, serviços de apoio e compromissos subsequentes com o doente (Circular Normativa Nº: 7/DSPCS DATA: 28/04/04).

Deste modo, pretende-se que ao se percecionar um problema social, a intervenção e devidos encaminhamentos sejam atempadamente iniciados, podendo evitar ou diminuir assim os dias de protelamento da alta hospitalar. Outra estratégia está associada à articulação sistemática e partilha de informações com a equipa multidisciplinar por forma a realizar igualmente uma correta identificação das necessidades do utente e cuidados necessários no

pós-alta hospitalar, bem como a identificação precoce de casos suscetíveis de protelamento. Por fim, a última estratégia intrainstitucional diz respeito à partilha junto dos elementos da equipa de Serviço Social das situações sociais. Esta partilha é realizada em reuniões semanais, com a presença dos diversos assistentes sociais da equipa e com a supervisão da coordenadora de Serviço Social. Para além de permitirem a partilha de informações, nomeadamente ao nível das respostas sociais, estas reuniões permitem aos profissionais refletirem em conjunto relativamente às intervenções sociais que vão desenvolvendo com os utentes e suas famílias, podendo muitas vezes, nas situações mais complexas ajudar o profissional a discernir a melhor forma de intervir nos diferentes contextos.

No que concerne às estratégias interinstitucionais, estas implicam um estabelecimento de uma relação cordial com os serviços da comunidade, bem como a referenciação atempada das situações às redes de suporte formal ou RNCCI, em conformidade com as particularidades de cada situação e sempre que se verifica essa necessidade. Neste sentido, na figura 14 é possível observar de forma esquematizada as estratégias evidenciadas pelos profissionais e respetiva coordenação para a minimização do fenómeno do protelamento da alta hospitalar.

Figura 14. Estratégias do Serviço Social



Fonte: Respostas dos profissionais e coordenação no *focus group online* e entrevista

#### 4. OS DIREITOS HUMANOS, PROTELAMENTO DA ALTA HOSPITALAR E INTERVENÇÃO SOCIAL

O Serviço Social é uma profissão que se rege pelos princípios e pressupostos dos Direitos Humanos, sendo que no seu dia-a-dia profissional os assistentes sociais pautam a sua intervenção por forma a assegurar garantia os Direitos Humanos. Tal como referido anteriormente por Ferreira *et al* (2016), o assistente social deve defender os Direitos Humanos através do desenvolvimento de objetivos práticos para tal, como também identificar e notificar possíveis violações aos mesmos.

Neste sentido, em conformidade com as respostas dos profissionais, os Direitos Humanos são associados por um lado à manutenção das *condições básicas de vida*, saúde, alimentação e higiene, e por outro lado a valores como a *igualdade, justiça social, privacidade, conforto, liberdade e autonomia*, valores enumerados pela ONU (1994), como conceitos base para o desenvolvimento de uma intervenção social, estando consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A1: (...) quando se prepara o regresso de uma doente ao domicílio, atendemos sempre a que esta pessoa venha a ter asseguradas necessidades básicas (como alimentação adequada às suas patologias, cuidados de higiene, medicação e administração da mesma que permita ter cuidados de saúde, higiene habitacional - sendo que perceber se existem condições na habitação é também tido em conta - e, se necessário for, é feita visita domiciliária. Aqui estarão implícitos o direito à saúde, a uma habitação condigna, a alimentação (...).

A2: (...) a promoção dos Direitos Humanos/Dignidade Humana da pessoa faz parte da intervenção social e é uma preocupação constante, sendo a intervenção do assistente social direcionada para a promoção/manutenção da dignidade humana, tentando sempre equacionar as respostas sociais mais adequadas na alta hospitalar. Por exemplo, quando se verifica que um doente já não reúne critérios para o regresso ao domicílio, devido à necessidade de cuidados e, considera-se que a resposta mais adequada é a integração institucional (lar), estamos a promover a dignidade humana, o direito à saúde, à assistência / prestação de cuidados e a melhor qualidade de vida possível.

A4: Obviamente que os princípios da Justiça Social e o respeito e a promoção dos Direitos Humanos e da Dignidade da Pessoa doente presidem a atuação dos Assistentes Sociais, nomeadamente ao nível da compreensão do valor único de cada Ser Humano e o respeito inequívoco por esse doente; (...) o posicionamento em favor da equidade e da

justiça social que assegure a universalidade de acesso dos doentes a bens e serviços, direitos e benefícios; o cumprimento dos princípios da privacidade (...).

Na sua intervenção os assistentes sociais debatem-se pela defesa dos direitos dos utentes, nomeadamente no que concerne à universalidade de acesso a bens e serviços indispensáveis para a continuidade dos cuidados necessários após a alta hospitalar, potenciando desta forma uma maior igualdade e justiça social. Foi evidenciado de igual forma, o respeito pela vontade, autonomia e liberdade de escolha do indivíduo, sendo que no que respeita ao caso particular de um planeamento da alta hospitalar, esta questão está relacionada com a integração do utente e família em todo o processo, que se concretiza através de uma diversidade de tarefas tais como;

- a) Partilhar informações com o utente e família;
- b) Incentivar a sua colaboração na tomada de decisões;
- c) Fornecer orientações no que respeita aos serviços disponíveis;
- d) Realizar um trabalho em conjunto de procura e seleção das respostas adequadas às particularidades do utente.

A partilha de informações com o utente ao dotar a pessoa de todos os conhecimentos necessários relativamente à sua situação permite que o mesmo possa exercer livremente os seus direitos, bem como realizar as suas próprias escolhas (Robertis, 2011). Como evidenciado anteriormente por Serafim (2004), no desenvolvimento da intervenção social torna-se indispensável o reconhecimento da liberdade do utente, das suas competências e capacidades de tomada de decisão e dignidade humana.

Por outro lado, há uma grande preocupação no que respeita aos direitos básicos de vida, como a saúde, alimentação e higiene. Os profissionais evidenciam que apesar de os outros valores não serem esquecidos, estes direitos são priorizados na intervenção.

A1: Os direitos básicos são sempre priorizados. Não porque o desejo dos doentes seja ignorado, mas porque nos serviços de medicina também nos deparamos com a limitação do tempo; são geralmente internamentos curtos em que se tenta priorizar aquilo que pode permitir melhorar a qualidade de vida/ evitar reinternamentos sucessivos.

No entanto, o respeito das particularidades de cada utente e seu contexto é uma questão fundamental na prática profissional, daí a que muitos utentes fiquem com a sua alta protelada até se encontrar a resposta adequada e que confira ao utente a satisfação de todas as suas necessidades.

(...) O doente tem uma casa com dignidade, mas não tem capacidade para se cuidar. Depois de se verificar isso nem que o doente fique protelado até ter vaga num lar, até a família se organizar, até uma série de coisas, não saem, portanto, estamos a assegurar os Direitos Humanos a esse doente (...) (Coordenadora Serviço Social).

Desta forma, segundo a coordenadora de Serviço Social da unidade hospitalar, os Direitos Humanos são assegurados, sempre que o utente é acompanhado pelo Serviço Social. Como foi referido anteriormente, muitos utentes têm a sua alta protelada com o intuito de assegurar a melhor resposta em conformidade com as suas particularidades e assim estarem garantidos todos os seus direitos e necessidades.

Deste modo, tal como evidenciado anteriormente, os profissionais salientam que o protelamento embora constituía uma situação provisória e não ideal, consiste muitas vezes, numa resposta alternativa que permite a manutenção das necessidades básicas do utente, pelo menos até estarem reunidas as condições necessárias para a alta hospitalar. No entanto, como foi evidenciado pelos diversos profissionais, importa referir as consequências de um protelamento prolongado ou sem critérios clínicos, que segundo os mesmos em nada beneficia os utentes.

A3: (...) estas situações a meu ver têm implicações diretas na violação dos direitos humanos: nos hospitais os doentes não têm qualquer privacidade, o dia a dia é feito de horários e de rotinas, não proporcionam aos doentes ambientes de descanso e conforto, para não falar nas infeções nosocomiais a que estão diariamente expostos. O internamento sem critérios clínicos que o justifiquem é na minha opinião a maior agressão que se pode proporcionar a uma pessoa idosa.

A promoção dos Direitos humanos constitui desta forma um imperativo na prática profissional (ONU, 1994), e tal como observado através das respostas dos profissionais esse conceito é reconhecido em toda a sua prática profissional e congruente com os princípios elencados na definição da profissão<sup>11</sup>. No entanto existe condições particulares da sua intervenção em meio hospitalar que conduzem a implicações na efetividade dos mesmos, nomeadamente o protelamento da alta hospitalar. Neste sentido, se o protelamento da alta hospitalar a curto prazo permite assegurar as condições básicas de vida dos utentes até se efetivar a resposta adequada para o mesmo, o protelamento da alta hospitalar a longo prazo acarreta consequências diretas numa outra vertente dos direitos humanos. Essa questão pode ser observada em conceitos como liberdade e autonomia. Se por um lado são assegurados

---

<sup>11</sup> Ver definição de Serviço Social (IFSW, 2014) pág. 8

pelos profissionais no que concerne à escolha dos cuidados no pós alta hospitalar, no caso de um protelamento prolongado esses conceitos não são efetivados, embora numa outra vertente, uma vez que o utente se encontra fora da sua zona de conforto, dentro de um quarto de hospital, privado de outro tipo de liberdade e autonomia. De acordo com a ONU (1994), os Direitos Humanos apenas estão assegurados quando é permitido à pessoa, o pleno uso e desenvolvimento de todas as suas qualidades humanas, bem como a satisfação das suas necessidades espirituais, entre outras.

Deste modo, em certos casos podem estar a ser assegurados um tipo de direitos, mas não todos os valores intrínsecos aos princípios dos Direitos Humanos, o que implica que para além da realização de uma avaliação precoce das necessidades do utente e constrangimentos ao desenvolvimento e eficácia da intervenção social, o profissional realize uma boa gestão das situações em que intervém. Tal como referido por Magri *et al* (2013):

O Serviço Social trabalha no âmbito das contradições, é de extrema importância que o profissional se construa de forma a compreender os mecanismos pelos quais a estrutura social se reproduz, o conhecimento dessa dinâmica permite ao profissional desmistificar o senso comum, somente a partir desse ponto é que a intervenção poderá atingir os objetivos previstos no Projeto Ético Político da profissão, que se coloca no âmbito da participação dos sujeitos de direitos, no desenvolvimento das lutas sociais para garantia dos direitos humanos (...). (Magri *et al*, 2013)

Neste sentido, o protelamento da alta hospitalar, numa fase inicial e de forma provisória, pode constituir-se uma resposta alternativa no sentido da manutenção das condições básicas de vida dos utentes. Porém, num internamento prolongado, embora continuem a estar asseguradas as condições básicas, começam a surgir outros problemas que podem ter implicações diretas na garantia dos Direitos Humanos, nomeadamente nas condições de saúde, mas também a nível da privacidade, conforto, autonomia e liberdade. A escassez de recursos e respostas sociais, a indisponibilidade de apoio ou o tempo necessário para a reorganização familiar aliada a carência económica, constituindo-se como os principais motivos do protelamento prolongado da alta hospitalar comprometem a aplicação plena dos Direitos Humanos.





## CONCLUSÃO

O objetivo geral da presente investigação prendeu-se com a identificação e análise da prática do assistente social em contexto de planeamento de alta hospitalar na promoção dos Direitos Humanos, bem como, a identificação dos determinantes que possam ser fatores influenciadores e / ou condicionantes das altas com protelamento social.

A intervenção do Serviço Social em contexto hospitalar, embora se oriente pelos princípios e valores profissionais presentes nas mais diversas áreas de atuação, é dotada de particularidades que se traduzem tanto nas funções e tarefas desempenhadas pelos profissionais, como na complexidade em si implicada. Neste sentido, o nível de complexidade, é influenciado por diversos fatores, como as condições de saúde do utente, a sua situação familiar, e o próprio desenvolvimento da intervenção, que está intrinsecamente relacionado com as particularidades de cada situação (Serafim e Santo, 2012). Desta forma, de acordo com as autoras supracitadas o nível de complexidade varia entre situações sem complexidade até situações de complexidade muito alta.

Foi possível observar diferenças significativas no que concerne aos níveis de complexidade, em que as situações sem complexidade ou de baixa complexidade se encontram associadas aos utentes com apoio familiar e por isso a sua causa de protelamento se encontra associada à reorganização familiar, por outro lado, os utentes que não têm apoio familiar exigem uma ação mais complexa e conseqüentemente o protelamento social encontra-se relacionado com a integração institucional.

No que concerne às ações dos profissionais em contexto de planeamento da alta hospitalar, os resultados são consensuais e permitem ressaltar três fases: i) o acolhimento social, ii) o acompanhamento iii) e a efetivação da alta hospitalar. O planeamento da alta hospitalar é iniciado pelo assistente social o mais precocemente possível, junto do utente no sentido de aferir os potenciais constrangimentos à alta, necessidades e cuidados a realizar após a atribuição da alta hospitalar, bem como potencialidades e recursos indispensáveis para a sua efetivação. Para além disso, presta apoio e suporte emocional ao utente e família, imprescindíveis para a sua correta integração na unidade hospitalar, como também na gestão de expectativas no que concerne ao internamento. Por forma a adequar a intervenção e garantir a eficácia e a segurança da alta hospitalar, o assistente social desempenha a função de mediador entre o utente, família, equipa terapêutica e comunidade promovendo a articulação entre as mesmas.

A articulação teórica e prática constitui um ponto fundamental na prática profissional de forma a que o profissional se possa afastar do senso comum e diferenciar a sua intervenção (Teater, 2010, Castro e Oliveira, 2012). Constatou-se que os profissionais enquadram a sua prática profissional em quatro modelos; modelo psicossocial, modelo de intervenção em crise, modelo sistémico e advocacia Social. Tal como enumerado por Viscarret (2009), estes não se desenvolvem isoladamente uns dos outros, nem possuem características totalmente distintas, pelo que a utilização dos diferentes modelos permite uma maior abrangência e adequação da intervenção na diversidade das situações existentes. Neste sentido, estes modelos, associados às particularidades do contexto hospitalar, são evidenciados pelos profissionais como pilares na sua intervenção e agir profissional. A atuação em situações de crise, despoletadas pela situação de doença e/ou dependência do utente, a intervenção centralizada no utente e seu contexto, englobando todos os sistemas em que o utente se encontra inserido, a defesa do utente nas situações de maior fragilidade, mas também a promoção da sua integração, autonomia e *empowerment*, no desenvolvimento da intervenção, questão evidenciada pelos profissionais como fundamental para a eficácia e adequação da mesma.

Relativamente à temática do protelamento da alta hospitalar e seus determinantes, os resultados são consensuais tanto ao nível da análise quantitativa, como das respostas dos profissionais e da sua respetiva coordenadora. Desta forma, o protelamento da alta hospitalar encontra-se intrinsecamente relacionado com o contexto de dependência dos utentes, informação congruente com a análise quantitativa realizada, uma vez que esta questão foi transversal a todos os utentes protelados no CHLC no ano 2016. No entanto, quando realizada a análise em função do tipo de dependência (provisória, permanente ou crónica), e relacionando com as restantes variáveis em estudo, foi possível constatar uma concentração semelhante de utentes com o mesmo tipo de dependência em causas de protelamento distintas. Nesta base, o protelamento da alta hospitalar encontra-se relacionado com a situação de dependência funcional independentemente do seu nível ou grau.

As principais causas de protelamento da alta hospitalar podem ser divididas em duas categorias: a primeira quanto à espera de vaga na RNCCI, e a segunda às causas de ordem social. Esta distinção torna-se necessária no sentido em que os utentes referenciados à RNCCI necessitam de reunir determinados critérios clínicos. De realçar, que uma alta é protelada por motivos sociais, quando o utente deixa de reunir critérios clínicos para continuar internado, mas permanece no hospital porque ainda não estão reunidas todas as

condições sociais necessárias para que a alta seja efetuada em segurança (Santaella, 2010, Guerra, 2015).

De sublinhar que o elevado número de utentes com alta protelada a aguardar vaga na RNCCI, vem confirmar a escassez de vagas e a necessidade de alargamento das respostas nesta área, de mecanismos que permitam dar uma resposta atempada a todos os casos e desta forma, evitar o protelamento prolongado dos utentes e desperdício de recursos hospitalares. No que respeita às causas sociais estas dizem respeito essencialmente a situações de carência económica, falta de respostas sociais, como também às particularidades da situação familiar. Com efeito, os utentes com apoio familiar evidenciam causas de protelamento associadas à espera da reorganização familiar, enquanto que nos utentes sem apoio familiar, a principal causa de protelamento corresponde ao tempo de espera para a integração institucional.

Os resultados evidenciam que o nível de complexidade da intervenção assim como o protelamento social são significativamente influenciados pela questão da situação familiar. Neste sentido, em média o número de dias de protelamento aumenta em conformidade com um menor grau de apoio familiar, que por sua vez implica um aumento da complexidade da intervenção. É necessário ter em consideração que os valores apresentados como média não correspondem à realidade de todos os utentes, sendo que o número de dias de protelamento pode ser menor ou maior em conformidade com a particularidade de cada situação. No entanto, os valores médios permitem-nos ter uma ideia do número de dias de protelamento que em termos gerais cada variável e suas categorias implicam.

De forma a minimizar este fenómeno foram considerados pelos profissionais e respetiva coordenadora, diferentes estratégias quer a nível intra e interinstitucional:

- *O acolhimento sistemático e precoce* a todos os utentes de forma a identificar os potenciais constrangimentos à alta hospitalar e iniciar o planeamento da mesma;
- *O estabelecimento de uma relação empática* com o utente e família por forma realizar um trabalho conjunto de identificação das necessidades, bem como das suas potencialidades e respostas mais adequadas.
- *A articulação com a equipa multidisciplinar* na adaptação das respostas para a continuidade dos cuidados necessários após a alta;
- *O estabelecimento de uma relação cordial* com os profissionais da comunidade possibilita uma menor morosidade na efetivação de respostas, assim como uma referenciação e encaminhamento precoce para os mesmos.

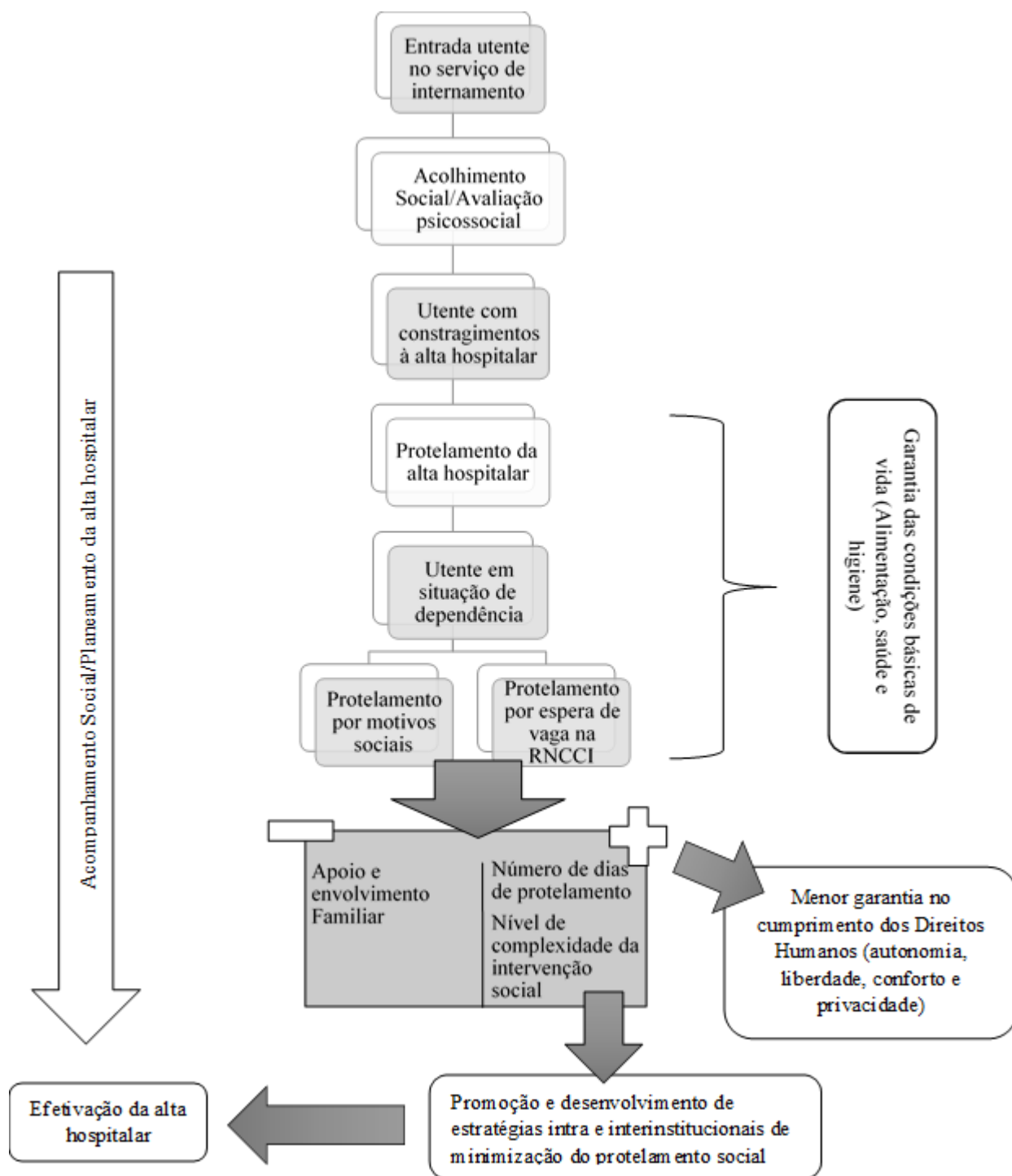
- A *supervisão* constante e sistemática da coordenadora de serviço social nos casos dos utentes protelados, bem como a realização de reuniões semanais com os profissionais da equipa de Serviço Social, que potenciam a partilha e envolvimento dos mesmos no que respeita à diversidade e complexidade das intervenções sociais em contexto de protelamento da alta hospitalar;
- A *reunião com a equipa* permite da mesma forma, a partilha de informações no que concerne a recursos, respostas sociais, modos e formas de agir fomentando uma reflexão crítica da prática profissional e o desenvolvimento da criatividade e inovação.

Sendo o Serviço Social uma profissão que se rege pelos princípios dos Direitos Humanos, foi possível constatar de uma forma transversal no discurso dos profissionais o ênfase na defesa e garantia dos mesmos. Numa primeira instância salientaram a necessidade de serem priorizados os direitos básicos como a saúde, alimentação e higiene, que permitem a garantia das condições básicas de vida e dignidade humana. Por outro lado, evidenciaram que a defesa pelos Direitos Humanos não se esgota apenas pela garantia dos direitos básicos, pelo que conceitos como a justiça social, autonomia, igualdade, liberdade e privacidade regem todo o desenvolvimento da intervenção.

Evidencia-se que o protelamento da alta hospitalar é muitas vezes utilizado como uma resposta alternativa e que embora não constitua uma situação ideal, muito pelo contrário, num contexto provisório e a curto prazo permite a manutenção das condições básicas de vida, como a saúde, alimentação e higiene. No entanto, tal como foi referido pelos profissionais, o prolongamento a longo prazo da efetivação da alta hospitalar sem critérios clínicos, em nada beneficia os utentes tendo implicações diretas nos Direitos Humanos. Esta situação inibe não só valores como a privacidade, conforto, autonomia e liberdade, como também o contacto constante com outros utentes infetados pode conduzir a alterações graves na sua situação clínica.

Na figura seguinte pode ser observada uma breve síntese dos resultados, quanto ao desenvolvimento da alta hospitalar, a partir do momento em que o utente entra na unidade hospitalar até à sua efetivação, os determinantes do seu protelamento, bem como a sua relação com os Direitos Humanos.

Figura. 15. Alta Hospitalar, Serviço Social e Direitos Humanos



Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016, respostas dos profissionais e coordenação no *focus group online* e entrevista

Como observado na figura 15, as vantagens ou desvantagens do protelamento da alta hospitalar na efetivação dos Direitos Humanos estão na sua maioria, correlacionadas com a disponibilidade e capacidade dos recursos da comunidade e das famílias. Esta questão coloca os profissionais em situações complexas que implicam, como enumerado anteriormente, a priorização da manutenção das condições básicas de vida e conseqüentemente o protelamento da alta hospitalar, em detrimento da sustentação de outros direitos até estarem reunidas as condições sociais necessárias para a efetivação da alta hospitalar. Efetivamente, os dados mostram um número significativo de utentes que tiveram a sua alta protelada (n=378) por diversas causas, o que evidencia que, a manutenção das condições básicas de vida é priorizada em detrimento dos potenciais prejuízos noutra tipo de direitos. Todavia, esta questão não significa que outros direitos sejam desprezados na intervenção social, muito pelo contrário, os resultados demonstram que a garantia dos Direitos Humanos rege toda a intervenção dos profissionais, o que se pode concretizar em procedimentos base da intervenção social como a partilha de informações e a integração do utente e família no processo de intervenção, dotando os mesmos de competências e capacidades para discernir acerca dos procedimentos a seguir num desenvolvimento adequado da intervenção bem como em conformidade com suas crenças e vontades. No entanto a um certo momento da intervenção, de forma a promover a resposta mais eficaz e adequada ao contexto do utente, por vezes a única opção é aguardar, o que conseqüentemente origina o aumento no número de dias de protelamento da alta hospitalar.

Importa realçar algumas questões: O assistente social promove ativamente a manutenção dos Direitos Humanos da pessoa doente, no entanto face à inexistência ou diminutas respostas sociais, como podem esses direitos ser assegurados? Até que ponto a criatividade e inovação são suficientes sem a expansão de respostas sociais, adequadas e eficazes que permitam abranger a diversidade de situações sociais? Considera-se questões muitíssimo pertinentes para uma pesquisa futura. É imperativo promover políticas sociais e de saúde que permitam salvaguardar a plena efetivação dos Direitos Humanos em contexto hospitalar. Poderá existir a necessidade de uma maior indagação e exploração mais abrangente, uma vez que a presente investigação apenas englobou um centro hospitalar. Em futuras investigações poderá ser interessante e enriquecedor incluir a participação dos utentes e familiares e a sua perspetiva no que concerne ao planeamento e protelamento da alta hospitalar. Por fim, torna-se necessário referir que embora exista uma escassez de recursos e respostas sociais, o assistente social possui um papel fundamental, como parte integrante das equipas multidisciplinares em contexto hospitalar, contribuindo ativamente

para minimização do tempo de protelamento da alta hospitalar, através da gestão equilibrada da complexidade dos problemas sociais, bem como o desenvolvimento de estratégias que permitam um planeamento da alta eficaz, seguro e adequado às particularidades de cada utente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. (2010), “Os instrumentos técnico-operativos na prática profissional do Serviço Social” (online), consultado em: 19/08/2017. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/os-instrumentais-tecnico-operativos-na-pratica-profissional-do-servico-social/36921/>
- Amaro, Maria Inês (2008), “Os campos paradigmáticos do Serviço Social: proposta para uma categorização das teorias em presença”, Centro de Estudos de Serviço Social e Sociologia, Faculdade de Ciências Humanas- Católica Portuguesa
- Banks, S., Nohr, K. (2008), *Ética Prática para as Profissões do Trabalho Social*, Porto, Porto Editora
- Barros, Luísa (s/d), “Família, saúde e doença: A intervenção dirigida aos pais”
- Bauer, M., et al. (2011), “How family carers view hospital discharge planning for the older person with dementia, *Dementia*, Sage publications, Vol. 10(3), p. 317-323
- Beder, J (2006), *Hospital Social Work. The interface of Medicine and Caring*. Routledge, Nova Iorque
- Benard, B. (2006), “Using Strengths Based Practice to Tap the Resilience of Family’s”, em Saleebey, D. (2006), *The strengths perspectives in social work practice*, Boston, MA: Allyn and Bacon
- Branco, F. (2015), “Itinerário das profissões sociais em Portugal, 1910-1962”, análise social, revista do instituto de ciências sociais da universidade de Lisboa, nº 214
- Branco, F., Farçadas, M. (2012), “Serviço Social nos cuidados de saúde primários: contextos, perspetivas e desafios” em Carvalho, M. et al (2012), *Serviço Social na saúde*, Pactor, Lisboa
- Campos, A. (2011), *O percurso da saúde: Portugal na Europa*, Coimbra, Almedina, citado por: Silva, M. (2012), “Políticas Públicas de saúde: tendências recentes”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 69, p.121-128
- Canhão, A., et al. (1996), “Doença Crónica”, *Revista Psiquiatria Clínica*, 17 (3), pp. 181-88, citado por: Mendes, M., (2004), *Mudanças familiares ao ritmo da doença: implicações da doença crónica na família e no centro de saúde*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Braga, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais
- Carapinheiro, G., Pinto, M. (1986), “Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, Vol. (1), p. 71-109, citado por: Silva, M. (2012), “Políticas Públicas de saúde: tendências recentes”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 69, p.121-128
- Carvalho, Maria Irene (2003), “Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto Hospitalar”, em *Revista de Intervenção Social*, nº28, Lusíada
- Carvalho, M. et al (2012), *Serviço Social na saúde*, Pactor, Lisboa
- Castro, M., Oliveira, L. (2012), “Serviço Social e saúde: Os instrumentos e técnicas em questão”, *Intervenção Social*, Lusíada, nº39, Lisboa
- Cegano, S., et al. (2004), “Compreendendo o contexto familiar no processo de doença”, *Acta Scientiarum, Health Sciences*, Vol. 26 (1), p.107-112, Maringá
- Chichorro, Ana et al (2006), *Respostas sociais- nomenclaturas/conceitos*, Segurança Social, Lisboa.



- Circular Normativa., (2002), “Enquadramento funcional do serviço social na área da saúde”, Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde, nº8
- Circular Normativa., (2004), “Planeamento da alta do doente com AVC: intervenção dos assistentes sociais”, Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde, nº7
- Cleak, H., Turczynski, M. (2014), “Hospital Social Work in Australia: Emerging trends or more of the same?”, *Social Work in Healthcare*, Vol. 53, 199-213
- Couto, B., *et al.* (2007), “Manual de boas práticas para os assistentes sociais da saúde na rede nacional de cuidados continuados integrados, Direção Geral da saúde, Lisboa
- Dahlgren, V., Öberg, G. (2007), “Learning in focus group: an analytical dimension for enhancing focus group research, *Qualitative Research*, SAGE publications, Vol. 7 (2), 249-267
- Dibai M., Cade, N. (2009), “A experiência de acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar”, *Revista Enfermagem*, Vol. 17 (1), Rio de Janeiro
- Dill, A. (1995), “The ethics of discharge planning for older adults: an ethnographic analysis”, *Social Science and Medicine*, Vol. 41, p. 363-371, citado por: Soskolne, V., *et al.* (2010), “Social Work Discharge Planning in Acute Care Hospitals in Israel: Client’s Evaluation of the Discharge Planning Process and Adequacy”, *Research on Social Work Practice*, Sage Publications, Vol. 20(4), p.368-379
- Dhooper, S. (1997), *Social Work in Health Care in the 21<sup>st</sup> Century*, Thousand Oaks: Sage Publications, citado por: Branco, F., Farçadas, M. (2012) “Serviço Social nos cuidados de saúde primários: contextos, perspetivas e desafios” em Carvalho, M. et al (2012), *Serviço Social na saúde*, Pactor, Lisboa
- Dubet, F. (2006), *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos ante la reforma del Estado*, Barcelona, Gedisa, citado por: Úcar, X. (2010) “El trabajador social entre la complejidad social y las profesiones de lo social”. P. 145-153, em RODRIGUEZ, A. RAYA, E.E. (Coords.) *Una Europa social y plural. Actas del VII Congreso Estatal de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social*
- Dumoulin, P., Dumont, R *et al.* (2004), *Travailler en réseau, Méthodes et pratiques en intervention sociale*, Paris, Dunot, citados por: Guadalupe, S. (2009), *Intervenção em rede: Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra
- Faleiros, V. P. (s/d), “Serviço Social: Trajetórias e Estratégias, Intervenção Social
- Fazenda, I. (2006), “Empowerment e participação, uma estratégia de mudança”, Centro português de investigação e história e trabalho social
- Ferreira, J. *et al.* (2016), “Derechos humanos y justicia social en la formación de trabajo social” em Diez, E., Seller, E. (2016), *Trabajo Social, Derechos Humanos e Innovación Social*, Navarra, Editorial Aranzadi
- Fortin, M. F. (1999), *O processo de investigação: da conceção à realização*, Loures, Lusociência
- Glasby, J., *et al.* (2004), “Show me the way to go home: a narrative review of the literature on delayed hospital discharges and older people, *Br J Social Work*, citado por: Santaella, A. (2010), “From Bed-blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept”, *Health Service Management Research*, Vol23, p.121-127

- Góngora, J. N. (1991), “Intervención en grupos sociales”, *Revista de psicoterapia*, Vol 2(6/7), p. 139-158, citado por: Guadalupe, S. (2009), *Intervenção em rede: Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra
- Greene, G.J., Lee, M.Y. (2002), “The social construction of empowerment” em M. O’Melia e K.K Miley (eds), *Pathways to Power: Readings in Contextual Social Work Practice*, Boston, MA: Ally and Bacon, citados por: Kondrat, D. (2010), “The strengths perspective by David C. Kondrat” em Teater, B. (2010), *An introduction to applying social work theories and methods*, England, Open University Press, McGraw-Hill Education
- Guadalupe, S. (2003), *Políticas e Sistemas de Saúde*, Textos académicos, Coimbra, Instituto Superior Miguel Torga
- Guadalupe, S. (2009), *Intervenção em rede: Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra
- 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
- Guerreiro, I. (2009), *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados*, Unidade de missão para os Cuidados Continuados Integrados, Lisboa.
- Harlow, E (2003). “New managerialism, social service departments and social work practice today”, *Practice*, 15(2), 29-44. Citado por: 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) 135-154
- Hermosilla, M. (2006), “Principales Modelos para la Intervención de Trabajo Social en individuo y familia”, Departamento de Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad Tecnológica Metropolitana
- Howe, D. (2009), *A Brief Introduction to Social Work Theory*, London, Palgrave Macmillan
- IFSW. (2014), *Global Definition of the Social Work Profession*, (online), Consultado em: 23/08/2017. Disponível em: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>
- Johnson, B., Côrte-Real, F. (2000), “O Som do Silêncio: Uma reflexão a partir do Serviço Social da saúde em hospital”, *Intervenção Social*, Lusíada, nº 21, Lisboa
- Judd, R.G., & Sheffield, S. (2010) “Hospital social work: Contemporary roles and professional activities”, *Social Work in Health Care*, Vol. 49(9), 856–871, citado por: Cleak, H., Turczynski, M. (2014), “Hospital Social Work in Australia: Emerging trends or more of the same?”, *Social Work in Healthcare*, Vol. 53, 199-213
- Kitzinger, J. (1994), “The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants”, *Sociology of Health and Illness* Vol. 16 (1)
- Kondrat, D. (2010), “The strengths perspective by David C. Kondrat” em Teater, B. (2010), *An introduction to applying social work theories and methods*, England, Open University Press, McGraw-Hill Education
- Magri, et al. (2013), “Direitos Humanos e Serviço Social”, Congresso Catarinense dos Assistentes Sociais, Florianópolis

- Mariguêsa, M. (2002), “As redes de saúde e o Serviço Social hospitalar na Europa: o assistente social hospitalar mediador ou facilitador de novas parcerias”, *Intervenção Social*, Lusíada, n.º 25/26, Lisboa
- Marôco, J. (2011), *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, Pêro Pinheiro, Report Number
- Maroy, C *et al* (1997), *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Gradiva
- Martins, C. (2000), “A Família e a Hospitalização: A participação da Família no Cuidar. Servir”, Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde, Vol. 48 (3). pp.133-135, Lisboa, citado por: Soares, E. (2013), *Os familiares e o processo de internamento de um membro da família no hospital: vivenciar uma transição*, Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Porto, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Martinelli, M. (2003), “Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica”, *Intervenção social*, Vol. 28, 9-18
- Martinelli, Maria Lúcia (2011), “O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos”, São Paulo
- Masfret, D. (2012), “O serviço social de saúde e o planeamento da alta para a continuidade dos cuidados na comunidade”, em Carvalho, M. (2012), *Serviço Social na Saúde*, Pactor, Lisboa
- Matias, A. (s/d), “As condições do exercício profissional dos assistentes sociais na saúde”, Centro de Investigação em História e Trabalho Social [CPIHTS]
- 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) 135-154
- Mendes, M. (2004), *Mudanças familiares ao ritmo da doença: implicações da doença crónica na família e no centro de saúde*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Braga, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais
- Monteiro, M. (2010), *Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar – o início da dependência*, Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Porto, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Moody, H. (2004), “Hospital discharge planning: carrying out orders?”, *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 43, p. 107-118, citado por: Soskolne, V., *et al.* (2010), “Social Work Discharge Planning in Acute Care Hospitals in Israel: Client’s Evaluation of the Discharge Planning Process and Adequacy”, *Research on Social Work Practice*, Sage Publications, Vol. 20(4), p.368-379
- Morgan, D. (1996), “Focus Groups”, *Annual Review of Sociology*, Vol. 22, 129-152
- Nações Unidas (1994), “Human Rights and Social Work: A Manual for Schools of Social Work and The Social Work Profession, Centro de Direitos Humanos, Genebra
- Oringderff, J. (2004), “My way: piloting an online focus group”, *International Journal of Qualitative Methods*, Vol. (3), International Institute for Qualitative Methodology
- Parker, S.G (2005), “Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status?”, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe
- Payne, M. (1995), *Teoria do Trabalho Social Moderno*, Coimbra, Quarteto Editora

- Phillips, J., & Waterson, J. (2002), "Care management and social work: A case study of the role of social work in hospital discharge to residential or nursing home care", *European Journal of social work*, 5(2), 171-186
- Pires, Luísa (2000), "A Formação dos Assistentes Sociais da Saúde", *Revista de Intervenção Social*, nº 21, Lusíada
- 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
- Pocket, R., Beddoe, L. (2015), "Social work in health care: An internacional perspective", *International Social Work*, SAGE publications
- Rendeiro, Sofia (2015), *Impacto das políticas de austeridade no protelamento das altas sociais em hospitais públicos e no trabalho dos assistentes sociais*, Dissertação de Mestrado em Serviço social, Coimbra, Escola superior de altos estudos, Instituto superior Miguel Torga
- Robertis, Cristina (2011), *Metodologia da Intervenção em Trabalho Social*, Porto, Porto Editora
- Roberts, P., Houghton M. (1996), "In search of a block buster", *Health Service J*, Vol. 5, citado por: Santaella, A. (2010), "From Bed-blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept", *Health Service Management Research*, Vol23, p.121-127
- Rodrigues, António P. (2000), "O doente idoso e a intervenção do assistente social na equipa de saúde hospitalar", *Intervenção Social* nº 21
- Rolland, J.S. (2000), *Familias, enfermedad discapacidad—Una propuesta desde la terapia sistémica*, Barcelona: Gedisa
- Santaella, A. (2010), "From Bed-blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept", *Health Service Management Research*, Vol23, p.121-127
- Serafim, M. (2004), "O reconhecimento da condição ética dos cidadãos- um imperativo para o serviço social", *Revista de Intervenção social* nº29, Lusíada, Lisboa
- Serafim, M.R.; Santo, M.I.E (2013), Criação e Validação de uma Escala de Complexidade da Intervenção Social com Adultos em Contexto Hospitalar (ECISACH). "CIES e-Working Paper N.º 152/2013".  
[http://cies.iscte-iul.pt/np4/?newsId=453&fileName=CIES\\_WP152\\_Serafim\\_e\\_Santo.pdf](http://cies.iscte-iul.pt/np4/?newsId=453&fileName=CIES_WP152_Serafim_e_Santo.pdf)
- Silva, Manuel (2003), "Empowerment: possível estratégia da prática profissional em direção à cidadania ativa", *Revista de Intervenção Social* nº 27, Lusíada
- Silva, M. (2012), "Políticas Públicas de saúde: tendências recentes", *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 69, p.121-128
- Sluzki, C. E. (1996), *La red social: frontera de la practica sistémica*, Barcelona, Gedisa Editorial, citado por: Guadalupe, S. (2009), *Intervenção em rede: Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra
- Soares, Eduardo (2013), *Os familiares e o processo de internamento de um membro da família no hospital: vivenciar uma transição*, Dissertação em Ciências da enfermagem, Porto, Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
- Soskolne, V., et al. (2010), "Social Work Discharge Planning in Acute Care Hospitals in Israel: Client's Evaluation of the Discharge Planning Process and Adequacy", *Research on Social Work Practice*, Sage Publications, Vol. 20(4), p.368-379

- Sousa, P. (2009), “O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios”, *Acta Paul Eferm*, Vol. (22)
- Stewart, K., Williams, M. (2005), “Researching online populations: the use of online focus groups for social research”, *Qualitative Research*, SAGE publications, Vol. 5(4), 395-416
- Suleman, F. (1995), *Perfis profissionais, conceitos, métodos e dilemas para Portugal*, Tese de Mestrado em Políticas de Gestão de Recursos Humanos, Lisboa: ISCTE, citada por Carvalho, Maria Irene (2003), “Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto Hospitalar”, em *Revista de Intervenção Social*, nº28, Lusíada
- Teater, B. (2010), *An introduction to applying social work theories and methods*, England, Open University Press, McGraw-Hill Education
- Teixeira, M. (2012), *Planeamento integrado da alta hospitalar nos idosos*, Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas
- Turney, L., Pocknee, C., (2005), “Virtual focus groups: New Frontiers in Research”, *International Journal of Qualitative Methods* Vol. 4 (2), International Institute for Qualitative Methodology
- Úcar, X. (2010) “El trabajador social entre la complejidad social y las profesiones de lo social”. P. 145-153, em RODRIGUEZ, A. RAYA, E.E. (Coords.) *Una Europa social y plural*. Actas del VII Congreso Estatal de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social
- Underhill, C., Olmsted, M. (2003), “An experimental comparison of computer-mediated and face-to-face focus groups”, *Social Science Computer Review*, Vol. 21 (4), 506-512
- Viscarret, J. J. (2009), “Modelos de intervención en Trabajo Social”, em García, T. (2009), *Fundamentos del Trabajo Social*, Madrid, Alianza
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2010), “The Spirit Level. Why Greater Equality makes society stronger”, Bloomsbury Press, New York
- Wilson, H. S. (1985), *Research in nursing*, Menlo Park, CA: Addison-Wesley, Citado por: Fortin, M. F. (1999), *O processo de investigação: da conceção à realização*, Loures, Lusociência

## Webgrafia

- Lusa (2014), “Mais de 250 camas de grandes hospitais do país ocupadas este ano com casos sociais” (online), consultado em 15.04.2016, disponível em: <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/mais-de-250-camas-de-grandes-hospitais-do-pais-ocupadas-este-ano-com-casos-sociais-1664362>
- Organização Mundial da Saúde (1946), “Trade, foreign policy, diplomacy and health” (online), consultado em 23.05.2016, disponível em: <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>
- Plataforma online CHLC, EPE, (2010), consultado a 16 de janeiro de 2017, <http://www.chlc.min-saude.pt>



# ANEXOS

## Anexo 1: Dias de protelamento

**Statistics**

Diasprotelamento

N	Valid	378
	Missing	0
Mean		25,0714
Median		14,0000
Mode		1,00

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

## Anexo 2: Escala de Complexidade da intervenção social

**Quadro 1.** Associação entre a escala de complexidade e o número de dias de protelamento: Coeficiente de ETA

**Measures of Association**

	Eta	Eta Squared
Diasprotelamento * Escalacomplexidade	,297	,088

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

**Nota:** O Coeficiente de ETA é uma medida de associação entre variáveis qualitativas e quantitativas e é utilizado com o objetivo de medir a intensidade da relação. Esta medida varia entre 0 e 1 sendo que quanto mais próximo de 1, maior o grau de associação.

**Quadro 2.** Associação entre a escala de complexidade e a situação de saúde: V de Cramer

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,353	,000
	Cramer's V	,250	,000
N of Valid Cases		378	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016



**Nota:** O V de Cramer é uma medida de associação para variáveis qualitativas utilizado com o objetivo de medir a intensidade da relação. Esta medida varia entre 0 e 1 sendo que quanto mais próximo de 1, maior o grau de associação.

**Quadro 3.** Relação entre o nível de complexidade e a situação familiar: teste do Qui-quadrado

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47,074 <sup>a</sup>	10	,000
Likelihood Ratio	47,210	10	,000
N of Valid Cases	378		

a. 3 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,69.

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

Para verificar se a relação entre as variáveis é significativa é necessário a realização de testes. Neste caso, como se tratam de duas variáveis qualitativas nominais deve utilizar-se o Teste Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) que apresenta duas hipóteses estatísticas:

- $H_0$  (hipótese nula): A escala de complexidade e a situação familiar são variáveis independentes não existindo, desta forma, relação entre as mesmas.
- $H_a$  (hipótese alternativa): A escala de complexidade e a situação familiar estão relacionadas.

#### **Tomada de decisão:**

Na realização deste teste pode existir uma margem de erro, cujo valor é  $\alpha=0,05$ , neste sentido se o valor da probabilidade de erro estatístico do teste for inferior a 0,05 deve rejeitar-se  $H_0$  e aceita-se  $H_a$ . Por outro lado, se for superior a esse valor não se rejeita  $H_0$ .

Neste caso visto  $p$  apresentar um valor inferior a 0,05 rejeita-se  $H_0$  e aceita-se  $H_a$ , ou seja, a relação entre as variáveis é significativa.

**Quadro 4.** Associação entre o nível de complexidade e a situação de saúde: V de Cramer

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,333	,000
	Cramer's V	,235	,000
N of Valid Cases		376	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

**Quadro 5.** Relação entre o nível de complexidade e a situação de saúde: teste do Qui-quadrado

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41,627 <sup>a</sup>	10	,000
Likelihood Ratio	40,694	10	,000
N of Valid Cases	376		

a. 3 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,63.

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

#### **Hipóteses estatísticas:**

- $H_0$  (hipótese nula): O nível de complexidade da intervenção e a situação de saúde são variáveis independentes não existindo, desta forma, relação entre as mesmas.
- $H_a$  (hipótese alternativa): O nível de complexidade da intervenção e a situação de saúde estão relacionadas.

#### **Tomada de decisão:**

Neste caso visto  $p$  apresentar um valor inferior a 0,05 rejeita-se  $H_0$  e aceita-se  $H_a$ , ou seja, a relação entre as variáveis é significativa.

**Quadro 6.** Associação entre o nível de complexidade e a causa do protelamento: V de Cramer

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,715	,000
	Cramer's V	,320	,000
N of Valid Cases		378	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

**Quadro 7.** Associação entre o nível de complexidade e o destino pós alta: V de Cramer

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,772	,000
	Cramer's V	,345	,000
N of Valid Cases		349	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

**Anexo 3: Protelamento social: principais causas e determinantes**

**Quadro 8.** Associação entre o número de dias de protelamento e a causa de protelamento: Coeficiente de ETA

**Measures of Association**

	Eta	Eta Squared
Diasprotelamento *	,186	,035
Causaprotelamento		

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

**Quadro 9.** Associação entre a causa de protelamento e a situação de saúde: V de Cramer

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,245	,012
	Cramer's V	,173	,012
N of Valid Cases		376	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

**Quadro 10.** Relação entre a causa de protelamento e a situação de saúde: teste do Qui-quadrado

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,573 <sup>a</sup>	10	,012
Likelihood Ratio	23,224	10	,010
N of Valid Cases	376		

a. 1 cells (5,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,35.

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

#### **Hipóteses estatísticas:**

- $H_0$  (hipótese nula): A causa do protelamento e a situação de saúde são variáveis independentes não existindo, desta forma, relação entre as mesmas.
- $H_a$  (hipótese alternativa): A causa do protelamento e a situação de saúde estão relacionadas.

#### **Tomada de decisão:**

Neste caso visto  $p$  apresentar um valor inferior a 0,05 rejeita-se  $H_0$  e aceita-se  $H_a$ , ou seja, a relação entre as variáveis é significativa.

**Quadro 11.** Associação entre o número de dias de protelamento e a situação de saúde: Coeficiente de ETA

**Measures of Association**

	Eta	Eta Squared
Diasprotelamento * Situacaodesaude	,088	,008

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

**Quadro 12.** Associação entre a causa de protelamento e a situação familiar: V de Cramer

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,461	,000
	Cramer's V	,326	,000
N of Valid Cases		378	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

**Quadro 13.** Relação entre a causa de protelamento e a situação familiar: teste do Qui-quadrado

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	80,442 <sup>a</sup>	10	,000
Likelihood Ratio	82,962	10	,000
N of Valid Cases	378		

a. 1 cells (5,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,15.

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

### Hipóteses estatísticas:

- $H_0$  (hipótese nula): A causa do protelamento e a situação familiar são variáveis independentes não existindo, desta forma, relação entre as mesmas.
- $H_a$  (hipótese alternativa): A causa do protelamento e a situação familiar estão relacionadas.

### Tomada de decisão:

Neste caso visto  $p$  apresentar um valor inferior a 0,05 rejeita-se  $H_0$  e aceita-se  $H_a$ , ou seja, a relação entre as variáveis é significativa.

**Quadro 14.** Associação entre o número de dias de protelamento e a situação familiar: Coeficiente de ETA

Measures of Association		
	Eta	Eta Squared
Diasprotelamento * Situacaofamiliar	,290	,084

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

**Quadro 15.** Associação entre a causa de protelamento e o destino pós alta: V de Cramer

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	1,183	,000
	Cramer's V	,529	,000
N of Valid Cases		349	

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

**Quadro 16.** Associação entre o número de dias de protelamento e o destino pós alta:  
Coeficiente de ETA

<b>Measures of Association</b>		
	Eta	Eta Squared
Diasprotelamento * Destinopósalta	,261	,068

Fonte: Universo de utentes (n= 378) com alta protelada no ano de 2016

#### **Anexo 4: Entrevista Semiestruturada à Coordenadora do Serviço Social do CHLC**

Entrevista nº 1

Local da entrevista: Hospital de Santa Marta, CHLC

Data: 09/06/2017

Entrevistada: Coordenadora da área de serviço social do CHLC

E: Entrevistadora

EC: Entrevistada (coordenadora)

E: Vamos dar então início à entrevista do trabalho de investigação em Serviço Social com o título alta hospitalar, Serviço Social e Direitos Humanos \* sei que a doutora A desempenha a função de coordenadora ah de Serviço Social aqui do centro hospitalar, mas mais especificamente quais é que são as funções que desempenha na instituição?

EC: Bom é coordenadora dessa área e se se era para me perguntar isso eu trazia-lhe as minhas funções \* a função de coordenação está definida em mmh e depois no fim posso-lhe fazer um print e dar-lhe mas em relação à alta talvez focar-me mais na – nas reuniões semanais que que tenho e que faço supervisão dos casos nomeadamente os que estão protelados eh talvez por ai é uma das funções E: #exatamente tem um papel ativo na parte

do planeamento# EC: #realmente que# \* exato que a nível e em todos os polos a nível das reuniões que se fazem semanais se discutem e se \* vêm as situações dos doentes sobretudo os que estão protelados os motivos etc o que é eh as iniciativas que se devem tomar é é no fundo acaba por ter um bastante um papel bastante ativo nessas situações

E: E na no seu no seu ponto de vista pronto de coordenação de supervisão ah quais são para si os principais motivos do do protelamento social?

EC: Os protelamentos sociais eh estão mais que identificados e depois há de ver nos relatórios mas eh existem dois ou três que que normalmente acontecem um é as redes de suporte social não terem as respostas para já com os timings que os hospitais têm por um lado por outro não ter mesmo as respostas mmh quando é um apoio domiciliário quando é a frequência de um centro de dia acontece ah não ter vaga e e lá está tem a ver com os Direitos Humanos não pomos uma pessoa daqui para fora sem ter as respostas que nós achamos necessárias ah uma das \* é uma das mmh um dos E: dos principais EC: das principais questões outra será mmh a família mmh nós na nossa vida organizamo-nos para milhares de coisas sermos estudantes para sermos mulheres mães esposas eh por ai fora para ser cuidador de doente é uma coisa que a gente acha que acontece aos outros portanto é muito frequente a gente ver a família desorganizada não ser ai agora o que é que eu faço ai agora portanto a organização familiar é um uma das situações que que nos cria protelamentos de alta ah já falei nas redes de suporte eh e basicamente são estas duas questões sendo que as redes de suporte eh são o grande #culpado# E: #o grande# EC: dos nossos protelamentos de alta

E: Então eh considera que hospital acaba por ser utilizado como uma resposta social alternativa EC: É se formos para os menores o próprio tribunal define muitas vezes a criança fica à guarda do hospital até encontrar eh a resposta em instituição temos protelamentos super longos porque se o tribunal chegou à conclusão que aquela família não é adequada para eh eh cuidar daquela criança fica à nossa guarda \* a nível dos adultos é muito frequente nós termos casos sociais que o doente eh só com internamento cujo o diagnóstico é problema social porque porque os vizinhos descobriram o idoso caído no chão não tem nenhuma retaguarda familiar ah vai vai para o hospital ah vai para o hospital e obviamente que nós aqui não vamos por os doentes #debaixo da ponte,# E: #claro.# EC: portanto é é um pouco nós somos temos essa função social e é assumido tanto das redes de suporte até como



nós da nossa parte assumirmos cuidar o doente e esperar pela resposta\* E: pela melhor resposta para aquela situação. EC: Sim.

E: Ah quais são então as estratégias que o serviço social ah promove para responder a esta a esta questão não só da parte da #coordenação mas também dos profissionais# EC: #Vou vou vou# lhe chamar estratégia mas a principal ah atitude ou comportamento profissional é o o profissional atempadamente conhecer a situação portanto se costumamos dizer que o planeamento de altas começa no internamento eh no momento do internamento ah se nós atempadamente eh fizemos o estudo da situação fazermos o encaminhamento provavelmente vai haver menos dias de protelamento ou até pode não haver portanto é uma questão de se começar cedo nós temos aqui eh a prática de fazer o acolhimento sistemático que implica precisamente conhecer o doente no momento em que ele entra no internamento

E: todos os doentes para perceber #se precisam ou não de intervenção social#\_EC: #Sim para fazer uma triagem# se é um caso social ou não e sendo começar logo a trabalhar eh E: claro EC: nessa \* eh nessa situação.

E: ah e considera que \* em algumas situações os Direitos Humanos acabam por ser postos em causa ou ser estar comprometido EC: bom ah a resolução de uma situação social que passou pelo Serviço Social \* os Direitos Humanos estão assegurados \* posso lhe dar exemplos \* o doente tem uma casa eh com dignidade etc mas não tem capacidade para se cuidar depois de se verificar isso nem que o doente fique protelado até ter vaga num lar até a família se organizar até mmh uma série de coisas não saem portanto estamos a assegurar os Direitos Humanos eh a esse doente eu acho que isso é assegurado eh posso lhe dizer \* também não é a gente apanha famílias que chega aqui e fazem exigências do arco da velha \* vamos lá ver é dentro do que os técnicos acham os próprios a própria rede de suporte também vem muitas vezes fazer a sua avaliação e é o que os técnicos acham não é o que a família entende também. E: claro. EC: portanto há de haver sempre queixas ah porque não era isso que eu queria ah porque era aquilo mas vamos lá ser razoáveis e também os recursos são para ser utilizados com racionalidade não é \* mesmo assim (riso) há escassez de recursos E: vai se conseguindo dar as melhores respostas mesmo havendo #poucos recursos# EC: #eu considero que sim# considero que sim e e é isso que a gente faz semanalmente ah vão vão vê-se o que é que existe dentro do que existe a melhor resposta de acordo com a família com o cuidador etc eu eu penso que o nosso trabalho se pauta por isso precisamente.

E: E mmh na no protelamento considera que existe pressão #por parte # EC: #muita# E: #dos profissionais# EC: #da equipa# E: sim. EC: há muita muita pressão isso é uma coisa que eu acho que o assistente social eh sofre diariamente no serviço de internamento é eh uma equipa inteira a olhar para o assistente social então e quando é que sai quando é que quando é que ta porque não estão minimamente eh por dentro destes miandros todos o tempo de espera o de organização que a família necessita do tempo que necessita para se organizar e então pressionam muito muito o assistente social E: e essa ah considera que essa pressão pode levar porque o tempo já não é eh se calhar as vezes o mais favorável para EC: Não é. E: o profissional conhecer bem a pessoa conhecer as suas características e particularidades e depois adequar a a resposta social considera que essa pressão pode fazer com o profissional acabe por acelerar o #processo e depois não tenha em conta# EC: #eu espero que não# eu espero que não eu acho que o assistente social eh tem que ter essa capacidade de resiliência de de responder com dignidade à situação e não porque estão a pressionar isto não quer dizer que o doente fique aqui eternamente eu acho que o assistente social tem que ser diligente tem que fazer as coisas bem e depressa e insistir com as redes de suporte tudo isso tem de ser feito mas não não quero acreditar que haja algum assistente social que despacha menos bem porque está a ter #pressão da equipa# E: #pressão por parte da equipa# EC: ninguém vai tirar o nosso ordenado ou o nosso emprego porque nós estamos a defender os direitos de um utente eu espero que não (riso) sinceramente E: ah e da parte do conselho de administração do hospital ah #existe alguma pressão# EC: #nós nós# existe uma coisa já sistematizada semanalmente eu tenho de mandar e não é só para o nosso conselho vai para nosso conselho mas vai para a CSS (coordenadoria dos serviços de saúde) a lista dos doentes protelados exclusivamente por motivos sociais portanto semanalmente eu tenho de reportar superiormente os doentes que tenho protelados e há situações que francamente sobretudo as de tribunal que que é uma vergonha que \* mas pronto quando a situação chega à ah à decisão a estar dependente de uma decisão de um tribunal \* o que fazer nada E: acaba por haver um controlo mas não tão pressão como há a pressão da parte das equipas EC: não a própria equipa acho que pressiona mais mas de qualquer maneira nos nos picos de crise da gripe agora vem o verão agora nana ah o conselho ah faz reuniões semanais e insiste claro pressiona nesse caso pressiona-me a mim mas o meu papel não é ceder só porque estou a ser pressionada é \* o meu papel é garantir até porque eu acho que eticamente é o que está correto ponto mas também é é um falso é uma falsa solução a gente despachar a situação porque o doente não foi com as condições não não lhe dou muito tempo em casa até fazer um reinternamento e a gente volta a ter o mesmo problema \*

portanto se racionalmente se pensar não deve ser nunca porque eh ético eticamente é reprovável e acho que não há nenhum assistente social a trabalhar assim mas se tiver essa tentação se parar para pensar vê que isso não é a melhor solução E: claro depois tem o risco de reinternamentos EC: dos reinternamentos eles mesmo tendo já o que a rede de suporte nos oferece tendo já as condições todas muitas vezes não corre como a gente quer porque pronto as pessoas são donas da vida delas da vontade delas combinam fazer uma coisa e depois não fazem os doentes crônicos fazem muitos reinternamentos por serem indisciplinados por não não cumprirem o que lhes é prescrito etc portanto já basta esses quanto mais estar a resolver a coisa E: pois claro e havendo essa pressão existe também algum a partilha de alguma ideia de soluções por parte da equipa EC: na supervisão eh as reuniões semanais têm essa portanto basicamente é da minha responsabilidade mas a equipa é toda chamada a opinar sobre a situação que se está ali a discutir e é muitas vezes nesses momentos de partilha e supervisão que um colega- ah mas olha eu conheço uma instituição que abriu agora a pouco tempo que tem esta e esta resposta mmh ou o que quer que seja E: mas isso falando da equipa de serviço social EC: sim. EC: e da parte também da equipa da parte clinica ah EC: não que eu EC: acaba por fazer pressão mas #não têm soluções# EC: #não não# têm soluções muitas vezes não têm sequer uma noção muito exata as vezes vêm com soluções que são absolutamente ao lado é é isso eu acho que não E: acabando se calhar por não ter eh em conta a parte se calhar dos Direitos Humanos que o Serviço Social tenta aqui... EC: eh eu penso que que as equipas multidisciplinares cada um tem o seu campo de atuação e assim é que funciona E: claro EC: eu eu penso que a nível de eh a participação desde fazer eh informações clinicas eh isso eles colaboram muito bem mas agora soluções da nossa área estão mesmo a espera que sejamos nós e bem. E: claro.

Crítérios de transcrição baseados em:

Flick, Uwe (2014), *An Introduction to Qualitative Research*, 5 ° Ed., Londres, Sage Publications

