



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Principais obstáculos e desafios à intervenção do Assistente Social no Serviço  
de Urgência Geral

Mafalda Bastos Sustelo

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Professora Doutora Maria João Barroso Pena, Professora Auxiliar

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2019

Principais obstáculos e desafios à intervenção do Assistente Social no Serviço  
de Urgência Geral

Mafalda Bastos Sustelo

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Professora Doutora Maria João Barroso Pena, Professora Auxiliar

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2019

*“There is no greater joy or greater reward than to make a fundamental difference in someone’s life.”*

*Mary Rose Mcgeady*

## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Doutora Maria João Pena, pela partilha do seu conhecimento e contribuições ao longo da construção desta dissertação.

À Coordenadora do Serviço Social, Dra. Maria Dulce Gonçalves e à Diretora do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Dra. Gabriela Rodrigues por terem permitido a realização desta investigação.

Deixo um agradecimento às minhas colegas que colaboraram no estudo e não só - pela partilha tão rica das suas vivências enquanto profissionais que admiro.

Um agradecimento muito especial às minhas tão queridas colegas – Vitalina, Rita e Tânia que partilham o gabinete comigo diariamente e acompanharam esta minha caminhada, contribuindo com os seus precisos conhecimentos para o enriquecimento deste estudo. Por estarem lá sempre para mim.

Aos meus amigos do coração, pelas palavras de força em todos os momentos.

Aos colegas e agora amigos que fizeram parte deste percurso tão desafiante – Pedro, Patrícia, Clarisse, Andreia F, Catarina e Andreia S.

A toda a minha família.

Ao Luís pelo seu amor incondicional, dedicação e muita paciência. Aos meus quatro irmãos, Filipe, Manuel, Miguel e Francisco que eu amo tanto. Ao Pai Zé e à Isabel por sempre acreditarem em mim. Aos avós, Joana e Cipriano pelos incentivos e força. À minha querida avó “Zeta” que apesar de já não estar connosco, sei que ficaria muito orgulhosa.

E claro, à mãe Ana que é o amor da minha vida.

A todos vocês, eu estarei eternamente grata.

## **Resumo**

O Serviço de Urgência é a porta de entrada dos doentes ao Serviço Nacional de Saúde e associado ao diagnóstico clínico, muitas vezes apresentam problemas sociais. O dilema do Serviço Social Hospitalar, e especialmente, na Urgência, passa por fazer coincidir, simultaneamente, a alta clínica e a alta social.

*Quais os obstáculos e desafios enfrentados pelos Assistentes Sociais a trabalhar neste Serviço?* Foi esta a pergunta que motivou o desenvolvimento desta investigação. Sustentada no enquadramento teórico, esta dissertação centra-se na intervenção do Assistente Social em contexto de Serviço de Urgência Geral. A metodologia utilizada assenta no paradigma interpretativo, lógica indutiva com recurso a abordagem qualitativa, complementada por quantitativa. Numa primeira fase, é feita uma caracterização do utente sinalizado ao Serviço Social. Numa segunda fase, através de entrevistas a Assistentes Sociais a trabalhar neste contexto, analisamos a intervenção que é efetuada junto dos utentes/famílias e em interação em equipa multidisciplinar, bem como com as instituições locais. Por fim, é feita uma análise dos desafios enfrentados no âmbito do exercício das suas funções, bem como as dificuldades ao nível intra e interinstitucional.

As dificuldades apresentadas neste estudo têm um impacto direto nos Assistentes Sociais que diariamente lidam e tentam contornar as limitações com que se deparam para garantir ao utente uma alta hospitalar com segurança e bem-estar. Esta investigação aborda esse impacto, fazendo-nos questionar acerca da emergência de repensar práticas e respostas à população mais vulnerável.

**Palavras-chave:** Serviço Social Hospitalar; Serviço de Urgência Geral; Obstáculos; Desafios.

## **Abstract**

The Emergency Health Service is the patients' gateway to the National Health Service and, along with the clinical diagnosis, often presents social problems. The dilemma associated with hospital social services – particularly in the Emergency Room – is to be able to coincide the clinical discharge and social discharge.

*What are the obstacles and challenges faced by Social Workers working on this Service?*

This is the question that motivated the development of this research. Sustained by the theoretical framework, this dissertation focuses on the Social Worker's intervention in a general urgency service context. The methodology is based on the interpretative paradigm and inductive logic, using a qualitative approach, also complemented by a quantitative approach. In a first phase, a description of the flagged health user is made to the Social Services. In a second phase, through interviews with Social Workers working in this context, we analyzed the intervention that is carried out with health users/families, in interaction with a multidisciplinary team, as well as with local institutions. Finally, it's made an analysis of the challenges faced during the performance of their functions, as well as the difficulties they found, at the intra and inter-institutional level.

The obstacles have an impact on social workers who deal with this limitations daily and try to work around them to ensure that the health user has a hospital discharge with safety and welfare. This research addresses that impact, making us wonder about the urgency of rethinking practices and responses to the population that's most vulnerable.

**Keywords:** Hospital Social Service; General Emergency Health Service; Obstacles; Challenges.

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

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	<b>1</b>
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	<b>3</b>
1. A DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA .....	3
2. OS PRINCIPAIS EIXOS TEÓRICOS .....	3
2.1. Serviço Social na Saúde.....	3
2.1.1. Serviço Social em contexto Hospitalar .....	5
2.1.2. Importância do trabalho em equipa multidisciplinar: .....	8
2.2. Intervenção em crise .....	10
2.3. Serviço Social no Serviço de Urgência Geral.....	11
2.3.1. Fatores de Risco e de Proteção .....	13
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE PESQUISA.....	<b>15</b>
1. Opções metodológicas .....	15
2. Campo empírico.....	16
2.1. O contexto da investigação .....	16
2.1.1. Serviço de Urgência Geral.....	18
2.1.2. Serviço Social de Apoio ao Serviço de Urgência Geral .....	19
3. Universo e amostra .....	19
4. Procedimentos de recolha de dados de investigação .....	20
5. Técnica de recolha e tratamento de dados .....	21
CAPÍTULO III- ANÁLISE DE DADOS .....	<b>25</b>
1. Caracterização biopsicossocial dos utentes sinalizados ao Serviço Social no SUG.....	25
2. Intervenção do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral.....	28
2.1. Redes de apoio .....	32
2.1.1. Apoio informal.....	33
2.1.2. Apoio formal.....	35
2.1.3. Resposta social integrada.....	36
3. Readmissões.....	36
4. Articulações intra e interinstitucional .....	38

5.	Trabalho em equipa multidisciplinar: .....	39
6.	Garantia dos Direitos do utente no Serviço de Urgência .....	41
6.1.	Participação ativa do utente/família.....	42
7.	Obstáculos à intervenção do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral .....	43
7.1.	Propostas estratégicas para colmatar os obstáculos à intervenção.....	46
8.	Desafios à intervenção do assistente Social.....	48
	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>51</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>57</b>
	<b>FONTES .....</b>	<b>60</b>
	<b>FONTES ELETRÓNICAS.....</b>	<b>60</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>I</b>



## Índice de Figuras

Figura 2.1 – Localização geográfica – HSC, HSFX e HEM.....	17
Figura 3.2 – Sexo.....	25
Figura 3.3 – Faixa Etária.....	25
Figura 3.4 – Residência.....	26
Figura 3.5 – Situação económica.....	27
Figura 3.6 – Grau de dependência.....	27
Figura 3.7 – Motivo do pedido de colaboração ao SS do SUG.....	28
Figura 3.8 – Dias entre o momento de entrada no doente e início da intervenção do SS.....	30
Figura 3.9 – Protelamento de alta por motivos sociais.....	30
Figura 3.10 – Tempo de permanência no Serviço de Urgência após-alta.....	32
Figura 3.11 – Apoios assegurados no pós-alta Hospitalar.....	33
Figura 3.12 – Redes de apoio informal.....	34
Figura 3.13 – Redes de apoio formal.....	35
Figura 3.14 – Redes de apoio integrado.....	36

## **Glossário de Siglas**

AVD's – Atividades de Vida Diária

CES – Comissão de Ética na Saúde

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CI – Consentimento Informado

CRP – Constituição da República Portuguesa

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECG - Eletrocardiograma

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

FIAS – Federação Internacional dos Assistentes Sociais

HEM – Hospital Egas Moniz

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

HSC – Hospital de Santa Cruz

IPSS's – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SAAS – Serviço de Apoio ao Assistente Social

SMN – Salário Mínimo Nacional

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SS – Serviço Social

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

## INTRODUÇÃO

O ingresso no 2º ciclo de estudos surge pela necessidade de consolidar os conhecimentos adquiridos acerca da área profissional, aliada à vontade de aspiração e enriquecimento profissional. Esta ambição surge também como resposta à necessidade de aprofundar conhecimento nesta área tão específica e complexa, dando origem à decisão de abordar o Serviço Social Hospitalar, mais precisamente, em contexto de Serviço Urgência Geral (SUG). Com a realização da presente Dissertação de Mestrado em Serviço Social, não se pretende apenas a aquisição e mobilização de conhecimentos sobre esta problemática, mas também, o contributo para a produção científica. Estudar o Serviço Social em contexto de Urgência Geral, considera-se uma investigação inovadora em Portugal, e de elevado interesse face à sua expressiva relevância.

A prática do Serviço Social pode contribuir para a previsão, prevenção e antecipação das causas e consequências dos riscos, uma vez que, tem um profundo conhecimento das desigualdades sociais e das condições de vida das populações, sendo que este conhecimento advém do contacto direto com as populações, com o seu contexto social, bem como, do contacto com outros profissionais (Guerra, 2019).

A investigadora principal, enquanto Assistente Social a trabalhar numa Urgência Geral de um Hospital em Lisboa, aliada à curiosidade e interesse pessoal em estudar as funções, e aprofundar os obstáculos e desafios à intervenção do Serviço Social neste contexto, deram origem ao ponto de partida para esta investigação. Encontra-se vinculada ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), exercendo funções como Assistente Social na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), no Serviço de Hematologia (internamento, consultas e hospital de dia) e Serviço de Urgência Geral (escala). Várias interrogações se colocaram em diversos momentos, no que diz respeito à missão e papel no desafio que é trabalhar num Hospital e no Serviço de Urgência Geral, tendo este último, muitas particularidades.

A investigação iniciou-se com a seguinte pergunta de partida: *“Quais os obstáculos e desafios que se colocam à intervenção do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral?”*. O objetivo geral prendeu-se com a compreensão e análise do papel do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral, mais especificamente, no que diz respeito à intervenção junto dos utentes/famílias. Perceber ainda a interação em equipa multidisciplinar, com as instituições locais e por fim, identificar e analisar os desafios que enfrentam face às inúmeras exigências colocadas e as dificuldades que encontram no seu quotidiano profissional, tanto ao nível intra, como interinstitucional.

O reconhecimento de que o processo saúde-doença é socialmente condicionado, trouxe à intervenção do Serviço Social, um importante espaço de afirmação, pelo que a atenção à saúde não está hoje centrada apenas no enfoque médico, mas também nas diferentes intervenções presentes no campo, nomeadamente o Serviço Social (Guerra, 2019). O Assistente Social que trabalha em contexto Hospitalar como parte integrante de uma equipa, tem uma intervenção direcionada para problemáticas sociais de vulnerabilidade que, mediante práticas de mediação e *empowerment*, procura potencializar a cidadania do utente, promovendo o seu bem-estar e dignidade humana.

O Serviço de Urgência é a porta de entrada dos doentes e associado ao diagnóstico clínico, muitas vezes apresentam problemas sociais. O dilema do Serviço Social Hospitalar, e especialmente, na Urgência, passa por fazer coincidir, simultaneamente, a alta clínica e a alta social, assegurando em paralelo a continuidade de cuidados dos utentes, nomeadamente através da defesa dos seus direitos. Foi este dilema, por vezes tão complexo, que levou ao desenvolvimento deste estudo.

A presente Dissertação de Mestrado em Serviço Social, intitulada de “Os Principias obstáculos e desafios à intervenção do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral”, tem como objetivo a análise da prática do Serviço Social no SUG, as características do perfil do utente sinalizado, bem como, as dificuldades e desafios encontrados pelo profissional de Serviço Social no seu dia-a-dia.

A investigação encontra-se estruturada em três capítulos centrais, que por sua vez estão estruturados em diferentes pontos. O primeiro tem uma natureza teórica, englobando os principais conceitos da temática em estudo, particularizando para a intervenção social em contexto Hospitalar e em contexto do SUG. No segundo capítulo é descrito os aspetos metodológicos da investigação, onde se expõe as opções metodológicas, o campo empírico, o universo e a amostra, os procedimentos de recolha de dados e a técnica de recolha e tratamento dos mesmos. No terceiro, será apresentada a análise dos dados obtidos, confrontados com a bibliografia, o que nos permite discutir com outros autores os resultados. Por fim, terminamos com a apresentação das conclusões do estudo.

## **CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1. A DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA**

A motivação que leva o investigador a refletir acerca de determinado tema, tem uma componente pessoal e por vezes, de difícil descrição. A escolha de uma problemática que leva à elaboração de um estudo é um processo individual e pessoal, sendo condicionado pela subjetividade do próprio investigador, bem como das suas experiências pessoais e profissionais. A escolha deste tema está diretamente relacionada à atividade profissional da investigadora principal e ao interesse em aprofundar o conhecimento sobre a teoria da prática do Assistente Social em contexto de Urgência.

A realidade é um processo dinâmico e encontra-se em constante mudança e transformação, pelo que, deparamo-nos constantemente com novos problemas, seja ao nível psicossocial, socioeconómico e político. Schutz (1987), citado por Campenhoudt (2003), afirma que os indivíduos não sofrem passivamente a realidade social, descrevem-na e interpretam-na com a intenção de atribuírem um sentido às suas ações, bem como, às ações dos outros. Desta forma, é também possível afirmar que a investigação é a prova que o Homem não aceita a realidade, sem a questionar. O trabalho de pesquisa constitui-se como uma aventura intelectual e humana, cujo objetivo é a elaboração de um tema de investigação, sujeitando-o à prova de uma rigorosa observação (Campenhoudt, 2003).

O trabalho de investigação proposto para desenvolvimento, tem a sua expressão através da reflexão sobre os desafios e os obstáculos que os Assistentes Sociais sentem no âmbito da sua intervenção em contexto de Urgência Geral. Os profissionais da área da saúde deparam-se com um conjunto de obstáculos e desafios para a concretização plena das suas atribuições. Estes desafios decorrem de diversas dimensões centradas no próprio, na família, na comunidade e serviços. É esse o principal foco da presente investigação.

## **2. OS PRINCIPAIS EIXOS TEÓRICOS**

### **2.1. Serviço Social na Saúde**

A presença do Assistente Social na área da saúde representa uma mais valia para a intervenção hospitalar. Atualmente, têm-se considerado necessário envolver os seus contributos aos diferentes níveis de cuidados de saúde: prevenção, cuidados primários, cuidados secundários, cuidados terciários, cuidados de reabilitação e cuidados continuados. A sua intervenção recai nos fatores sociais da saúde ou doença e pode ocorrer numa dimensão direta com o utente, na intervenção em casos concretos, ou com carácter mais global e abrangente, nos estudos epidemiológicos e de promoção da saúde (Guerra, 2019).

O Serviço Social é uma profissão alicerçada aos direitos humanos e à dignidade humana, onde se destacam os princípios da autodeterminação, liberdade e autonomia. Mas ao Serviço Social interessa tanto os direitos e liberdades individuais como os coletivos. Estes direitos orientam-se para a justiça social, potenciando um tratamento justo e equitativo em saúde (Carvalho, 2012). A definição da profissão dos Assistentes Sociais da Federação Internacional dos Assistentes Sociais (FIAS) remete para a justiça social e direitos humanos. O Serviço Social coloca o foco das suas preocupações num espaço de articulações entre o indivíduo (direitos humanos) e o societário (justiça social). O *Manual Direitos Humanos e Serviço Social*, salienta que a profissão deverá ter a capacidade de desenvolver um “conhecimento de inter-relação entre as estruturas e processos psíquicos, socioeconômicos e valorativos” (ONU, 1999). Os direitos correspondentes às necessidades humanas têm que ser garantidos e promovidos, sendo que, a defesa de tais direitos deverá fazer parte integrante do Serviço Social (ONU, 1999). O Assistente Social deverá, portanto, trabalhar o *empowerment* e a capacitação, permitindo que o sujeito de intervenção tenha as ferramentas, capacidades e autonomia que lhe permita interpretar e alterar a sua condição.

Fazendo uma breve contextualização histórica da saúde, considera-se importante salientar que a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Congresso de Alma-Ata, em 1978, redefiniu o conceito de saúde até então considerado como a “ausência de doença e de incapacidade” para “o estado de bem-estar completo, físico, mental e social”. Mais tarde, acrescentou uma nova orientação centrada no facto de que, a promoção da saúde para além da oferta a serviços clínicos, deverá similarmente ter em consideração outros aspetos mais amplos relacionados com a área social. Como refere Le Breton (2005), citado por Denise Jodelet (2014), surgiu um vasto movimento de resistência contra o tradicional modelo meramente biomédico, no qual o olhar do profissional de saúde, estava mais direcionado para o corpo e não para o doente, fazendo com que, a maior preocupação era a doença e não a pessoa doente. A prática da medicina não poderia ser eficaz sem a consideração da relação entre a doença e as condições sociais do utente. Deste modo, a relação do Serviço Social com a área da saúde não é recente, faz parte da própria identidade da profissão de Assistente Social (Branco, 2012).

A atividade do Ministério da Saúde é enquadrada e estruturada de acordo com diplomas legais. Um dos princípios fundamentais da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), assenta na proteção da saúde como um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição da Lei. Segundo o artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP) todos têm direito à proteção da saúde e o dever

de a defender e promover. Desta forma, este direito é assegurado, por um lado, através de um Serviço Nacional de Saúde universal, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito. Por outro lado, pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, a proteção da infância, da juventude e da velhice, pela melhoria das condições de vida e de trabalho, assim como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular. Podemos afirmar uma possível definição do Serviço Social na saúde como aquele que estabelece as relações entre necessidades pessoais e familiares e os casos de doença (Decreto-Lei nº 48 357, de 27 de Abril de 1968).

Assim, a intervenção dos Assistentes Sociais na saúde é pautada pela importância dos fatores psicossociais tanto na saúde como na doença e pela sua centralidade, quer nos processos de prevenção e promoção da saúde, quer nos processos de tratamento e reabilitação. Desta forma, a missão dos Assistentes Sociais na saúde é enfatizar a centralidade dos fatores psicossociais como determinantes da saúde e do tratamento num modelo de cuidados que integra a pessoa, os recursos e o ambiente (Guerra, 2019).

### **2.1.1. Serviço Social em contexto Hospitalar**

O Serviço Social Hospitalar pode ser considerado como um domínio do Serviço Social que, recorrendo ao conhecimento das ciências sociais e humanas, e ao seu próprio conhecimento, visa a promoção e proteção da saúde, ou seja, a promoção e proteção dos direitos do utente, no processo de reabilitação e cura. Neste processo, o Assistente Social considera-se como mediador privilegiado entre a instituição, doente/família/contexto social e equipa clínica (Carvalho, 2003). O Assistente Social que intervém em meio hospitalar tem um papel ativo junto dos utentes, bem como, das suas famílias. É uma intervenção que visa a promoção e prestação dos direitos no processo de reabilitação e integração social, procurando capacitar face a diversas situações provenientes do processo de hospitalização. Segundo o Manual de Articulação – Saúde e Segurança Social – para Planeamento das Altas Hospitalares (2015), o Assistente Social, tem como princípios e pressupostos da sua intervenção:

- *Respeito pelos direitos, liberdades e garantias dos beneficiários, plasmados na constituição da República Portuguesa, no Código Civil e outra legislação enquadradora aplicável;*
- *Respeito pela raça, sexo, orientação sexual, língua, território de origem, religião, cultura, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica ou qualquer outra circunstância pessoal ou social;*
- *Equidade, qualidade e universalidade no acesso aos cuidados necessários;*
- *Reconhecimento das particularidades em função do género, atendendo às necessidades distintas*

*entre homens e mulheres;*

- *Respeito pela intimidade, imagem e reserva da vida privada;*
- *Prevenção da dependência e promoção da autonomia, da participação cívica e política do cidadão e das suas famílias;*
- *Permanência do cidadão no seu meio habitual de vida;*
- *Valorização da família como suporte privilegiado;*
- *Manutenção, reforço ou restabelecimento das relações interpessoais e intergeracionais;*
- *Participação ao longo de todo o processo de intervenção social;*
- *Disponibilidade de serviços e produtos adaptados;*
- *Promoção do acesso aos serviços de proximidade e da personalização dos cuidados;*
- *Prevenção e intervenção nas situações de maus tratos e negligência.*

No sistema de saúde, o Serviço Social, desenvolve intervenções que têm como finalidade colaborar na resolução dos problemas do utente, ajudando a prevenir as disfunções que possam dificultar o tratamento e processo de reabilitação/cura com vista à reintegração social das pessoas no pós-alta hospitalar. Segundo a Circular Normativa nº 8/2002 do *Departamento de Modernização e Recursos de Saúde*, as funções do Assistente Social em meio hospitalar passam pela elaboração do diagnóstico social; acompanhamento psicossocial dos utentes e das suas famílias; participação na definição e concretização das políticas sociais; assegurar a continuidade de cuidados sociais a prestar em articulação com os parceiros da comunidade; envolver e orientar os utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades; articulação com os restantes profissionais do serviço para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados.

Ao longo do planeamento da alta, poderá ser necessária a cooperação das instituições da comunidade na definição de um novo projeto de vida do utente. Este planeamento, para garantir os melhores resultados, deve ser iniciado com a máxima antecedência, envolvendo sempre que possível o utente e família, implicando:

- Suporte emocional face à identificação e interpretação do utente e/ou família das perdas sofridas, facilitando a aceitação e capacitação para superar as mesmas;
- Gestão de expectativas quanto ao tempo de internamento e aos recursos disponíveis no pós-alta;
- Disponibilização de informação acerca de direitos sociais, tais como: pensões, complementos, subsídios e respostas sociais;
- Quando o projeto de vida no pós-alta passa pelo recurso a respostas sociais, apoio à integração do utente nas mesmas, prestando informações, nomeadamente sobre direitos



e deveres;

- Avaliação diagnóstica: recolha de informação pertinente à preparação da alta e continuidade dos cuidados.

O Assistente Social, atua através de um processo de escuta, estudo e reflexão, no sentido de permitir uma mudança objetiva no utente, colocando-o no centro da intervenção. É então, necessário o acompanhamento dos utentes e famílias de forma a prestar o apoio necessário, em todas as consequências que podem advir da situação de doença e dependência, aconselhando e informando de acordo com as suas necessidades (Mclaughlin, 2015). Este processo, implica a sua relação com o meio e a articulação com as redes de suporte do utente (Viscarret, 2007). Assim, Mariguêsa (2000), defende que a intervenção social em contexto hospitalar centra o seu foco no utente, tendo em conta, simultaneamente, os constrangimentos económicos e as transformações sociais e demográficas da população, sendo desta forma essencial trabalhar com as instituições da área de residência do utente, a fim de encontrar respostas concretas e adaptadas às necessidades previamente identificadas.

Conforme defendido por Rodrigues (2000), um doente mal reinserido é, potencialmente, um doente que vai reincidir em contexto hospitalar, acarretando custos sociais e económicos acrescidos. O Assistente Social deve procurar conhecer a situação socioeconómica e habitacional do doente e do seu agregado familiar, compreender o seu modo de vida, os seus hábitos, a sua cultura, avaliar o grau de isolamento e a qualidade das relações interpessoais, possibilitando a definição de estratégias e adoção de técnicas de intervenção mais adequadas, apelando sempre à participação ativa e consciente do doente e/ou da respetiva família.

Neste sentido, a rede familiar revela-se crucial ao longo da evolução histórica e nele assentou desde sempre o apoio necessário e imprescindível aos mais idosos, sobretudo na última etapa da vida quando as capacidades diminuem e a autonomia fica mais fragilizada (Fulbright, 2010). Esta pode ser tida como pedra angular de uma sociedade, pois é um lugar onde se privilegia a confraternização dos seus membros, a sua segurança, a partilha de afetos, de valores, constituindo-se um sistema forte e unido, com capacidade de adaptação a diferentes situações ocorridas no decorrer do ciclo vital (Gonçalves, 2011 citado por Soares, 2013). A família representa desse modo, parte fundamental na reabilitação do utente e é geralmente o primeiro recurso utilizado para garantir o suporte social, sendo indispensável à reinserção e reabilitação social do mesmo. É considerada um parceiro essencial na intervenção do Assistente Social, bem como de outros profissionais de saúde (Rodrigues, 2000).

No entanto, nem sempre a resposta está na família, ou por falta de capacidade, de disponibilidade ou vontade dos seus possíveis prestadores de apoio, ou por ausência de

condições socioeconómicas e/ou habitacionais, ou simplesmente por ausência da própria família. Nestas situações, mais do que nunca é importante criar e implicar no processo de ajuda uma rede de suporte social do doente. Intervir em rede significa, neste contexto, potencializar suportes sociais para o doente e para a sua família, de forma a garantir para estes o melhor bem-estar possível (Rodrigues, 2000). Infelizmente, as redes de apoio aos cuidados domiciliários, estão ainda muito pouco desenvolvidas. O apoio diário para a maioria dos utentes é de cerca de uma hora/dia, durante a semana. Tais ajudas, na grande maioria dos casos, são inexistentes durante o fim de semana, e feriados. Por outro lado, o número de lares e em particular, lares oficiais, é muito limitado face às necessidades da população idosa. Mesmo com o apoio da Segurança Social, os custos associados a estas instituições e os tempos de espera longos, acabam por comprometer a eficiência do sistema (Mariguêsa, 2002).

Para concluir, podemos afirmar que o Serviço Social representa, no âmbito da saúde/hospitalar, uma dimensão biopsicossocial centrada no tratamento holístico do indivíduo, intervindo no sentido de resolver ou atenuar os efeitos dos fatores sociais que possam colocar em causa a recuperação clínica do mesmo. Esta conceção biopsicossocial remete para a grande relevância do trabalho em equipa e da complementaridade de ações na intervenção em saúde (Branco e Farçadas, 2012).

### **2.1.2. Importância do trabalho em equipa multidisciplinar:**

Ao longo da evolução do sistema de saúde, observamos um distanciamento do tradicional modelo biomédico, em direção a modelos biopsicossociais e holísticos. Tais modelos são cruciais no que diz respeito à construção social da saúde, fazendo emergir outras dimensões na intervenção hospitalar, antes ignoradas ou secundarizadas, introduzindo novas dinâmicas de intervenção em equipa multidisciplinar, onde ganham espaço outras profissões que não apenas as centradas no tratamento da dimensão fisiológica. Esta visão holística da pessoa, defende novos papéis, tanto para o doente e família como para os profissionais (Guadalupe, 2011). Num hospital é basilar o trabalho em equipa multidisciplinar, uma vez que, os problemas de saúde não são exclusivamente do âmbito clínico e biológico, mas também influenciados por condicionantes sociais, económicas, políticas, culturais e ambientais. Desta forma, para uma intervenção eficiente em saúde é fundamental intervir num contexto multidisciplinar, onde exista um verdadeiro e coerente trabalho interdisciplinar (Guerra, 2019). O Assistente Social na sua atividade diária é um membro da equipa hospitalar com vocação para mediar e estabelecer pontes (Mariguêsa, 2000).

O envelhecimento progressivo da população e o aumento do número de doentes

dependentes de terceira pessoa são realidades da nossa sociedade a exigirem profundas mudanças organizacionais nos serviços de saúde. Estas transformações colocam novos desafios aos profissionais de saúde, que se confrontam com as crescentes exigências colocadas pela população, sobretudo pela população mais idosa. De forma a se adaptarem às novas exigências, as equipas hospitalares, são confrontadas com a necessidade de reverem os seus procedimentos, as suas estratégias e dinâmicas internas. Neste processo de mudança é cada vez mais evidente a necessidade de desenvolvimento das metodologias de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, como fator essencial da melhoria dos serviços a prestar aos utentes. Em particular nos serviços que mais diretamente se relacionam com a prestação de cuidados de saúde aos idosos, a intervenção do Assistente Social, inserida num contexto de trabalho interdisciplinar, parece assumir uma importância acrescida (Rodrigues, 2000).

O Serviço Social na Saúde tem, neste contexto, o objetivo de intervir sobre os aspetos psicossociais associados à doença, de forma a promover condições para a reabilitação e reinserção social dos doentes, reduzindo o impacto socioeconómico, cultural e ambiental desfavoráveis ao seu bem-estar. Desta forma, podemos considerar que a intervenção do Assistente Social se desenvolve junto de diversos sistemas em interação, designadamente o doente, a família, as redes de suporte social, os serviços e as instituições, com o objetivo comum de contribuir para a sua reabilitação e bem-estar (Carvalho, 2000). O processo de trabalho em contexto hospitalar, funda-se numa inter-relação profissional intensa, constituindo-se num processo de “interseção partilhada”, dada a existência de equipas interdisciplinares a trabalhar com o objetivo de dar resposta aos problemas, agindo em complementaridade (Guerra, 2019).

Como já mencionado, a saúde é entendida não apenas como a ausência de doença, mas sobretudo como o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos, dos grupos e comunidade. Desta forma, a este conceito, é importante acrescentar uma visão do Ser Humano como um ser simultaneamente uno e portador de diversidade (social, psicológica, biológica, cultural, moral, política e religiosa). Desta forma, para elaborar o diagnóstico social, é essencial que o Assistente Social tenha conhecimento do diagnóstico e do prognóstico clínico, dos cuidados de enfermagem necessários e do grau de dependência do utente. Neste ponto, o trabalho em equipa multidisciplinar é fundamental, uma vez que o Assistente Social não pode desenvolver o seu trabalho isoladamente e parece cada vez mais evidente que a evolução aponta para que tal princípio seja adotado, sem exceção, por todos os profissionais de saúde. A intervenção social pressupõe uma avaliação interdisciplinar que cruza informação clínica, de enfermagem, de entrevistas ao doente e à respetiva família e/ou junto da rede de suporte social.

Os programas de planeamento da alta baseiam-se numa visão holística, focando a sua atenção nos utentes e respetivas famílias, sendo um procedimento centralizado, coordenado e interdisciplinar. Desta forma, a preparação da alta por parte da equipa multidisciplinar, como um método de planeamento de intervenção bem estruturada, personalizada, com continuidade e sistematizada, pode levar a maior satisfação das pessoas e deste modo, a maior adesão a comportamentos adequados e a maior capacidade para realizarem o autocuidado e manutenção de uma vida saudável, evitando os internamentos sucessivos (Manual de Articulação – Saúde e Segurança Social – para Planeamento das Altas Hospitalares).

## **2.2. Intervenção em crise**

Algumas situações dão origem a mudanças na vida das pessoas, decorrente de uma situação de crise ou de emergência. Algumas dessas circunstâncias afetam o equilíbrio das pessoas e famílias. No decurso desses acontecimentos, a integridade física e/ou emocional das pessoas fica, de alguma forma, ameaçada. Tradicionalmente, os serviços de saúde, focam a sua intervenção com base na atenção médica imediata, pelo que não estão, na maior parte das vezes, preparados para um auxílio mais abrangente. Nestes casos, o apoio ao nível psicossocial torna-se igualmente, necessário (Samantha Dubugras Sá, *et.al*, 2008).

A expressão “crise” provém da palavra grega *Krisis*, que significa “decisão” e deriva do verbo *krino*, que quer dizer “eu decido, separo, julgo” (Moreno *et.al*, 2003 e Sánchez e Amor, 2005, citado por Samantha Dubugras Sá, *et al*, 2008). “Crise”, ainda pode ser definida como um estado de desequilíbrio emocional do qual uma pessoa se vê incapaz de sair com os seus próprios recursos, que habitualmente utiliza em situações que a afetam emocionalmente (Parada, 2004, citado por Samantha Dubugras Sá *et al*, 2008). Passar por uma situação de crise, reflete as oscilações do indivíduo na tentativa de procurar um equilíbrio entre si e o seu meio envolvente. A crise pode ser considerada uma manifestação violenta e repentina de rutura do equilíbrio e pode causar sentimentos de desorganização, desesperança, tristeza, confusão e pânico (Wainrib e Bloch, 2000). A crise, de uma forma geral, é limitada no tempo e quase sempre tem a sua expressão desencadeada por uma circunstância, dependendo a sua resolução de fatores de gravidade da situação, dos recursos pessoais e sociais da pessoa em questão (Moreno *et al*, 2003). A crise é entendida como uma resposta frente a uma situação de perigo, capaz de ameaçar a integridade da pessoa. Numa situação de desastre imprevisível, de ameaça, dano ou perda, são produzidas emoções muito intensas, tanto para a vítima como para os seus familiares e pessoas próximas, inclusive para a equipa que intervém (Sánchez e Amor 2005, citado por Samantha Dubugras Sá *et al*, 2008).

Uma situação de crise é um acontecimento na vida do sujeito que pode ser definido pela incapacidade da pessoa reagir de forma adequada. Desta forma, o profissional que intervém numa situação de crise tem a missão de apoiar o utente facilitando as condições necessárias para que se estabeleça na pessoa um modo de encarar a nova realidade (Wainrib e Bloch, 2000; Lória e Veja, 2002). De acordo com Moreno *et al* (2003), os profissionais que intervêm nestas situações devem ser ativos, orientados para objetivos rápidos. É necessário que o profissional seja ágil e flexível para colocar em prática ações para a resolução de problemas e responder às múltiplas dificuldades, procurando satisfazer as necessidades imediatas do utente, tudo isto, num período de tempo reduzido.

De uma forma geral, os indivíduos que se encontram numa situação de crise são inundados por pensamentos e sentimentos que dificultam a elaboração de prioridades. Neste sentido, é crucial que o profissional o ajude a organizar os pensamentos em dois grupos: um de metas a curto prazo e outro a longo prazo (Benveniste, 2000). Cada vez mais, frente a situações de emergência, os profissionais de saúde, têm o dever de desenvolver competências para intervir de forma breve e efetiva, prevenindo assim consequências psicossociais negativas.

### **2.3. Serviço Social no Serviço de Urgência Geral**

Segundo Giseçe *et al* (2008), existe desacordo entre a conquista dos direitos da população e as reais e insuficientes condições para garanti-los. Os Serviços de Urgência Geral são uma importante porta de entrada para o acesso a cuidados médicos, e grande parte da população procura-os através destes serviços, ao invés de procurar atendimento nos cuidados primários. O Serviço de Urgência Geral, oferece um tratamento imediato e provisório e é caracterizado pela sua disponibilidade permanente. Atualmente, dado o escasso contributo dos cuidados de saúde primários na resolução das situações urgentes e emergente, existe inevitavelmente, uma maior pressão sobre os Serviços de Urgência dos Hospitais. Trabalhar neste serviço, cada vez mais se revela uma atividade desafiante em que os profissionais de saúde, para poderem desempenhar o seu papel eficazmente e ajudar quem mais precisa, têm que lidar, muitas vezes com situações adversas e stressantes, correr riscos e lidar com níveis elevados de adrenalina.

Identifica-se uma crescente procura aos Serviços de Urgência, tanto no cenário nacional como internacional. Segundo Acosta e Silva (2013), muitos utentes têm demonstrado uma persistente preferência na procura pelos serviços de urgências hospitalares, recorrendo repetidamente a atendimento nesses serviços. A utilização frequente dos mesmos, tem-se tornado uma preocupação para os gestores e profissionais da saúde, pois gera mais custos para o sistema de saúde e contribui para a sua sobrecarga e superlotação. O perfil do utente que

recorre ao Serviço de Urgência é explicado através das suas necessidades de saúde, mas a escolha por utilizar este serviço é influenciada pela forma como o sistema de saúde se encontra estruturado, uma vez que o acesso a muitos dos serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é difícil, com grandes listas de espera para consulta e cirurgias, com a agravante da falta de camas de internamento e recursos humanos. Esta questão precisa de ser incorporada por gestores e profissionais para que seja possível corrigir a inadequada utilização dos mesmos. Os serviços de urgência funcionam com grande afluxo de procura espontânea, originando uma superlotação e, conseqüentemente, uma inevitável diminuição da qualidade (Giseçe *et al*, 2008).

Costa (2014), no seu livro “*Na Urgência*”, faz um relato do quotidiano atribulado e intenso de um Serviço de Urgência com objetivo de retratar a realidade, tal como ela é: “Neste mundo de paredes brancas cabem todos. Todas as pessoas, todos os problemas, de saúde e não só (...)”. Para enfrentar o turbilhão de cidadãos que recorrem a um Serviço de Urgência Geral, encontra-se disponível uma equipa multidisciplinar (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Assistentes Sociais, Técnicos, Administrativos, Polícias, entre outros). A maioria dos casos atendidos não constituem verdadeiras emergências e um dos motivos é a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde primários, pelo que muitas situações poderiam e deveriam ser resolvidas no Centro de Saúde ou em consultas externas nos Hospitais. Algumas das razões apontadas pelos utentes é por não terem médico de família ou pelo tempo de espera por uma consulta de especialidade. A falta de especialistas de Medicina Geral e Familiar terá múltiplas conseqüências: uma delas é o uso imoderado dos Serviços de Urgência, onde os custos do atendimento são muito elevados. Barros (2013) citado por Costa (2014), afirma que a utilização desnecessária das urgências significa “má utilização dos recursos disponíveis e um maior pagamento de impostos para financiar o serviço público”. O autor considera que, as “falsas urgências” impedem os casos realmente graves de serem atendidos de forma rápida. Este problema já se encontra diagnosticado, no entanto, sem resolução por parte dos órgãos competentes.

Os Serviços de Urgência Geral, têm cada vez mais idosos, com múltiplas patologias, sendo este um dos reflexos do aumento da esperança média de vida. É comum encontrar pessoas de idade avançada e em estado igualmente avançado de degradação física, deitadas em macas encostadas à parede, nas salas de espera dos doentes com menos prioridade, por vezes sem acompanhantes, podendo ficar assim, várias horas (Costa, 2014).

De acordo com Vettor e Kosinski (2000) citado por Catarina Sampaio (2012), os profissionais que trabalham em contexto de urgência, enfrentam diariamente stress crónico por

terem que lidar com determinadas situações. Também Beaton, *et al* (1998), defende que os técnicos que trabalham em contexto de urgência estão expostos a situações que envolvem sofrimento e tragédia e que no dia-a-dia se deparam frequentemente com situações que colocam a sua própria segurança em risco, referindo ainda, que essas situações podem provocar sentimentos de desgaste. De acordo com estes autores, existem variáveis que condicionam o processo, tais como o tipo de situação, a frequência com que acontecem, a idade dos utentes e o confronto com situações inesperadas e perigosas.

Nas situações de complexidade clínica associadas a situações de fragilidade familiar, a equipa médica sugere à família que procure o Serviço Social. Compete a este analisar o contexto dos utentes e tentar resolver quase todo o tipo de problemas: questões mais simples como o transporte de retorno ao domicílio, ou outras mais complexas que implicam a articulação com as redes locais de saúde e de Segurança Social. Quando um utente não tem condições de regressar ao seu domicílio, não existem familiares que o possam acolher e a segurança social não responde ou demora muito tempo, a solução é o internamento social<sup>1</sup>. Os casos mais frequentes que surgem no Serviço Social dizem respeito a idosos isolados ou dependentes. Questões relacionadas com a dependência de drogas e com a população em condição de sem-abrigo também fazem parte do quotidiano do gabinete (Costa, 2014).

O Serviço Social está em constante e permanente diálogo com as instituições existentes na comunidade, seja para o encontro de soluções permanentes ou temporárias. Valera e Turrini (2008), defendem que a atuação dos profissionais de saúde deve iniciar-se durante o internamento, para a preparação da alta e com acompanhamento domiciliário se necessário, sempre centrado na educação e capacitação do utente e família para os cuidados no ambiente comunitário.

### **2.3.1. Fatores de Risco e de Proteção**

Segundo o *Manual de Articulação – Saúde e Segurança Social – para Planeamento das Altas Hospitalares*, os fatores de proteção incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos fatores de risco. Estes fatores podem ter origem no próprio (saúde, autoestima, capacidade de resolução de problemas, capacidade de escolha, estímulo de relações interpessoais, entre outros) na família ou na comunidade (rede social de suporte, participação social / integração na comunidade, entre outros). São fatores de risco todos aqueles que podem originar alterações no

---

<sup>11</sup> Internamento sem critérios clínicos

processo de envelhecimento biopsicossocial e que têm implicações ao longo do ciclo da vida, com especial preponderância na velhice e na doença, podendo comprometer a qualidade de vida dos utentes. Apesar de não existirem fatores homogêneos e destes dependerem um conjunto de comportamentos individuais ao longo da vida, assim como do seu contexto socioeconómico e cultural, o seu conhecimento é fundamental para o reconhecimento de contextos de risco, o desenvolvimento de medidas preventivas e a adoção de procedimentos de intervenção social.

De uma forma geral, os estudos têm demonstrado que estas condicionantes estão relacionadas com os contextos sociofamiliares, com a saúde física e mental, situação económica, cultural e ambiental, que vão desde a viuvez recente, a insuficiência ou ausência de suporte familiar, os baixos rendimentos, internamentos recentes, falta de condições ou acessibilidade habitacionais, entre outros (Anexo A). Estes fatores podem interferir com a qualidade de vida, bem-estar e segurança, pelo que os serviços têm de se adaptar de forma a responder, em tempo útil e com qualidade, a cada situação. No seu desenvolvimento devem promover uma intervenção social que permita o respeito pela vontade do próprio, adaptada às especificidades do seu perfil, ao respeito pelo estilo de vida e responder o melhor possível às suas necessidades.



## **CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE PESQUISA**

A investigação em Serviço Social é de elevada importância no que respeita à compreensão dos problemas sociais, e uma vez que está diretamente relacionada com a componente prática, é crucial para tornar a intervenção do Assistente Social cada vez mais fundamentada e qualificada. No que diz respeito à escolha metodológica esta constitui-se como um suporte fundamental na orientação e execução de qualquer trabalho de pesquisa, pois é através desta que se estuda, descreve e explica todas as etapas da investigação. Esta ideia é conferida por Fortin (2003) quando afirma que a metodologia é um conjunto de passos a percorrer bem como também, dos meios que conduzem aos resultados da investigação.

Neste seguimento, iniciamos este capítulo com a apresentação dos procedimentos metodológicos aplicados na coleta e análise de dados, expondo de forma detalhada a construção da base empírica da dissertação para posteriormente, procedermos à sua análise. No que respeita à natureza da investigação, importa voltar a referir que o objeto empírico deste estudo se centra na prática do Assistente Social em contexto de Urgência Geral, procurando incidir nas apreciações e conceções dos profissionais relativamente aos obstáculos e desafios que encontram ao longo da sua prática.

### **1. Opções metodológicas**

O estudo baseia-se num paradigma interpretativo, de lógica indutiva, com abordagem qualitativa, complementada por abordagem quantitativa. Segundo Bryman (2004), a lógica indutiva, encontra-se associada ao método qualitativo. O processo indutivo envolve o desenho das conclusões/observações antes da criação da teoria, pelo que, o problema de investigação gerou-se pela aproximação à realidade. Recorre-se à lógica indutiva pela sua característica de compreensão do fenómeno (Creswell, 1994, citado por Coutinho, 2014), centrando-se frequentemente na descoberta de significados associados às práticas e tentam apreender o modo como os atores atribuem sentido às situações (Maroy, 1997).

Conforme mencionado, a investigação baseia-se no paradigma interpretativo em que a realidade é encarada como múltipla, intangível, divergente e holística, procurando compreendê-la e interpretá-la. Este paradigma caracteriza-se pelo relacionamento e influência recíproca entre a teoria e a prática e assenta em critérios de credibilidade, confirmação e transferibilidade (Coutinho, 2005). Esta investigação segue numa primeira fase, uma metodologia quantitativa com a finalidade da elaboração de uma caracterização biopsicossocial dos utentes que necessitam de intervenção social no decorrer do seu episódio de urgência. Esta análise permite olhar o fenómeno estudado no seu todo e tem como principal função, a exploração da

investigação. Os estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável, o que significa que as informações recolhidas podem ser traduzidas em números, para proceder à sua análise (Vilelas, 2009). Posteriormente, numa segunda fase, a orientação corresponde a uma metodologia qualitativa, cujo objetivo é proceder à análise das perspetivas dos Assistentes Sociais a exercer funções no SUG, em relação aos desafios/dificuldades que encontram ao longo da sua intervenção. Com o recurso à análise qualitativa, centramo-nos na descrição e compreensão de detalhes dos fenómenos em estudo, possuindo um carácter mais particular e específico. Recorre a descrições em profundidade, através da imersão nos contextos em que ocorre (Moreira, 2007).

Fortin (2003), defende que a abordagem qualitativa pretende fazer uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno de estudo, de forma a observar, descrever, interpretar e precisar o meio e o fenómeno como este se apresenta. A utilização desta metodologia de investigação possibilita a análise do modo como os seres humanos interpretam e atribuem sentido à sua realidade subjetiva (Vilelas, 2009).

## **2. Campo empírico**

Para a investigação, foi necessário definir e delimitar fronteiras, pelo que o campo empírico deste trabalho foi selecionado pela possibilidade de recolha de dados. Neste sentido, o local da recolha de dados foi o SUG do Hospital de São Francisco Xavier - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e Oeiras, EPE. O principal motivo para a escolha deste local prendeu-se com o facto de ser o local de trabalho da investigadora principal, uma vez que existe um conhecimento prévio do mesmo. Conforme defende Fortin (1996), é fundamental que o investigador garanta que o meio é acessível havendo conseqüentemente uma maior facilidade na colaboração dos seus profissionais. Pertencer ao local onde decorre o presente estudo tornou-se uma mais valia uma vez que permitiu uma melhor acessibilidade aos dados e à informação, possibilitando ainda registar e observar diretamente o contexto autêntico, enriquecendo desta forma, a análise dos dados.

### **2.1. O contexto da investigação**

O presente estudo, tem lugar no Hospital de São Francisco Xavier - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). A investigação pretende identificar os desafios e obstáculos enfrentados diariamente pelo Assistente Social que exerce funções no Serviço de Urgência Geral. Importa neste sentido, realizar um breve enquadramento institucional.

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, criado a 29 de Dezembro de 2005 pelo

Decreto Lei nº 233/2005, é composto pelo Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), Hospital de Egas Moniz (HEM) e Hospital de Santa Cruz (HSC). É um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde e dispõe de todas as valências de cuidados de saúde diferenciados, beneficiando da reconhecida qualidade assistencial. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e às decisões superiormente aprovadas. No desenvolvimento da sua atividade, o CHLO rege-se pelos princípios da humanização e não discriminação; do respeito pela dignidade individual de cada doente; da promoção da saúde na comunidade; da atualização face aos avanços da investigação e da ciência; da excelência técnico-profissional; da ética profissional; da promoção da multidisciplinaridade e do respeito pelo ambiente. Segundo o Regulamento Interno do centro hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E, na sua atuação, o CHLO pauta-se pela prossecução dos seguintes objetivos de natureza estratégica:

- *Prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno;*
- *Aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável;*
- *Desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde;*
- *Implementação de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização;*
- *Promoção da investigação e da formação profissional.*

A prestação de cuidados de saúde rege-se de acordo com as áreas geográficas de influência que se observam na figura 2.1, e com as redes de referência de doentes por áreas de especialidade médica, tendo como fio condutor o cumprimento dos contratos – programa celebrados, em articulação com as instituições que integram a rede de cuidados do SNS.

Figura 2.1 – Localização geográfica – HSC, HSFX e HEM.



Fonte: Adaptado do Google

As áreas de influência direta do CHLO correspondem às freguesias de São Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável do concelho de Lisboa. Inclui ainda os concelhos de Oeiras, Cascais, Amadora e Sintra.

O edifício que posteriormente deu origem ao Hospital de São Francisco Xavier foi criado no início dos anos 70, por uma entidade privada, com o nome de “Clínica do Restelo”. Foi vendido posteriormente à Companhia União Fabril - CUF mesmo antes de ter sido inaugurado. Tornou-se, entretanto, urgente expandir a rede hospitalar de forma a satisfazer as necessidades das populações, quer a nível de urgências, quer a nível de internamento. A afluência cada vez maior às urgências hospitalares de São José e de Santa Maria, a acumulação de doentes para internamento que aguardavam vagas em enfermarias e a degradação dos edifícios onde os hospitais se encontravam instalados, forçaram a criação de uma terceira zona de que viria a resultar o Hospital de São Francisco Xavier. Em 1987 o Ministério da Saúde comprou então o edifício ainda com o nome de "Clínica do Restelo" para a criação do novo hospital. Inaugurada a 24 de abril de 1987, esta nova instituição hospitalar foi criada, ao abrigo do Decreto-Lei nº 11/1986, de 5 de novembro, com o objetivo de prestar assistência médico-hospitalar à área Ocidental de Lisboa. Passou a ser considerado um Hospital Geral Central, onde estão sediadas a Urgência Geral de grau 4, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica da Zona Ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes. Em 29 de dezembro de 2005, o hospital foi integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., juntamente com os Hospitais de Egas Moniz e de Santa Cruz (Figura 2.1).

### **2.1.1. Serviço de Urgência Geral**

A urgência da Zona Ocidental de Lisboa funciona 24 horas por dia, durante todo o ano. Tem a missão de, com eficiência, prestar assistência clínica ajustada a cada caso, atempada, digna e de qualidade aos doentes que a ela acedem. Estão presentes os valores como a ética, seriedade, integridade, humanismo, respeito, qualidade e eficiência. Relativamente ao seu funcionamento, o Serviço de Urgência Geral é assegurado, na valência de Medicina, por uma Equipa Fixa que funciona nos dias úteis entre as 08h00 e as 20h00 horas. Os períodos de tempo remanescentes são assegurados por Equipas de Medicina que asseguram 12 horas do período noturno dos dias úteis, (entre as 20h00 e as 08h00), e 24 horas aos fins-de-semana e feriados, de acordo com um esquema de rotação, comum às Equipas de Cirurgia. No que diz respeito às restantes especialidades (Anestesia, Ortopedia, Imagiologia, Cirurgia Plástica, Patologia Clínica, Pneumologia, Neurologia, Neurocirurgia, Psiquiatria, Imunohemoterapia, Cirurgia Vascular,

Endoscopia, Nefrologia, Urologia, Cirurgia Torácica), são asseguradas por equipas específicas segundo escalas elaboradas pelos respetivos serviços.

De acordo com o regulamento da Urgência interna no Hospital de São Francisco Xavier - CHLO, o hospital deve garantir a resolução das situações de Urgência que ocorram com doentes e com cidadãos que estejam internados, circulem e/ou trabalhem na instituição. Assim, devem existir condições organizadas e eficazes que assegurem rapidez, eficiência e qualidade na resolução destas situações.

### **2.1.2. Serviço Social de Apoio ao Serviço de Urgência Geral**

O Serviço Social que presta apoio ao Serviço de Urgência do CHLO, funciona dias úteis, das 09:00h às 20:00h, sendo que existem dois turnos: uma técnica assegura das 09:00h às 17:00h e outra segunda técnica assegura até às 20:00h. Por não existir apoio durante fim-de-semana e feriados, na segunda-feira, pelo acumular de situações, para além da técnica escalada nesse dia, existe outra de reforço, ou seja, mais uma técnica de apoio (que é chamada quando o número de utentes sinalizados extravasa os 4 doentes). O Serviço Social do CHLO está integrado no universo dos Serviços de Apoio à Ação Médica. Constituem suas atribuições, segundo o artigo 5º, do regulamento interno do Serviço:

- *Contribuir para a humanização e qualidade dos Serviços do Centro Hospitalar;*
- *Assegurar o apoio psicossocial dos utentes do Centro Hospitalar e exercer funções de estudo, conceção e adaptação de métodos técnico-científicos nesta área;*
- *Articular com as redes sociais de suporte, as necessidades dos utentes do Centro Hospitalar;*
- *Prevenir, evitar e minimizar casos em que a alta clínica possa não coincidir com a alta social;*
- *Assegurar a estatística do Serviço de acordo com as normas em vigor.*

### **3. Universo e amostra**

Neste estudo existem dois universos. O primeiro diz respeito aos utentes que, entre o mês de janeiro e fevereiro de 2018, no decorrer da sua vinda ao SUG, foram sinalizados ao Serviço Social através da plataforma HCIS<sup>2</sup>. Do universo total de utentes sinalizados (211 utentes), selecionou-se uma amostra de 107 utentes (N=107), através da técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Esta técnica consiste em selecionar uma amostra da população que seja acessível, ou seja, foram selecionados por terem uma informação mais completa para

---

<sup>2</sup> Sistema hiperconvergente integrado. É o sistema informático utilizados pelos profissionais do SUG.

o estudo. O segundo universo em estudo corresponde aos Assistentes Sociais do CHLO. Este universo é composto por 21 profissionais, tendo sido selecionados 5 elementos (N=5). Importa aqui referir que dos 21 Assistentes Sociais, apenas 16 fazem escala de urgência e 5 estão escalados de forma mais regular (uma ou mais vezes por semana).

Segundo Fortin (1996), esta técnica é também designada por amostragem por seleção racional, uma vez que tem por base o julgamento do investigador. O critério que também presidiu a estas escolhas foi a tentativa de capturar, na diversidade das experiências dos entrevistados, sujeitos socialmente significativos (Guerra, 2006), pelo que optámos pela escolha das Assistentes Sociais a exercer funções no serviço de urgência com maior regularidade. Procuramos também profissionais com mais anos de experiência, e outras em início de atividade, o que nos dá uma diversidade de discurso e visão da realidade. O critério de proximidade com os entrevistados também foi um dos critérios que deu origem a esta escolha.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho de cada um, ao longo do mês de outubro de 2018. Na relação estabelecida com os entrevistados, e salvaguardando todas as questões de ordem ética, tentou-se dentro do possível, manter a neutralidade e o controlo sobre qualquer juízo de valor.

#### **4. Procedimentos de recolha de dados de investigação**

O processo inerente à abertura de terreno, pode condicionar a implementação e realização do projeto de investigação, pelo que é uma parte decisiva do trabalho e condiciona ao nível de tempo a sua realização/continuação. Assim, a abertura do terreno foi efetuada através de diversas fases uma vez que foi necessário solicitar autorização para a recolha e tratamento de dados dos utentes. Foi uma negociação constante para a obtenção das autorizações junto das instâncias superiores. Este processo dividiu-se em três partes principais. Numa primeira fase, foi efetuado pedido formal, por escrito à Coordenadora do Social do CHLO, aprovado em fevereiro de 2018 (anexo B). Posteriormente à Diretora do Serviço de Urgência Geral do CHLO, aprovado em fevereiro de 2018 – anexo C. Por fim, ao Conselho de Administração que remeteu todo o processo para a Comissão competente de proteção de dados da própria instituição - Comissão de Ética na Saúde (CES) CHLO: Receção do pedido de apreciação do projeto a 05 de março de 2018. A documentação solicitada foi: Carta de apresentação; Protocolo; Curriculum Vitae – Investigadora Principal; Curriculum Vitae – Orientadora do Projeto; Carta comprovativa da Orientadora em como aceitou a orientação do projeto; Termo de Responsabilidade da Investigadora Principal; Modelo de consentimento informado; Caderno de recolha de dados. No período entre abril e setembro foi solicitada reformulação dos

documentos, esclarecimentos e revisão no âmbito do novo Regulamento Geral sobre proteção de Dados nº 2016/679. Finalmente, a 02 de outubro de 2018 a CES dá o seu parecer favorável – anexo D.

Foram elaborados Consentimentos Informados (CI) para todos os intervenientes diretamente envolvidos, neste caso, os Assistentes Sociais. O CI, conforme anexo E, presta informação acerca do propósito do estudo e esclarece questões relacionadas com a confidencialidade e proteção de dados, estabelecendo com precisão os compromissos assumidos pela mestrandia e orientadora. Informa cada entrevistado acerca dos seus direitos, incluindo o seu direito de recusar imediatamente ou a qualquer momento; identifica a investigadora, bem como todos os elementos participantes no estudo. Através do pedido de consentimento informado, foi manifestado o devido respeito pelos profissionais enquanto seres humanos livres e soberanos. O pedido foi expresso de forma oral e escrita aos entrevistados e a informação foi facultada de uma forma clara e acessível e o consentimento informado foi dado por meio de um ato de assinatura escrita do documento.

## **5. Técnica de recolha e tratamento de dados**

As técnicas utilizadas na recolha de dados foram a análise documental e aplicação de entrevistas semi-estruturadas aos profissionais. A recolha de dados revela-se como uma etapa muito importante num trabalho de investigação, na medida em que é através desta que são fornecidos os elementos base para a verificação das hipóteses de investigação. Por conseguinte, a decisão da técnica escolhida deve ser fundamentada, essencialmente, em critérios que tenham em conta a natureza do problema e o tipo de investigação, a quantidade de informação que se pretende obter, o grau de acessibilidade à informação, os recursos disponíveis, e o tipo de amostra que se possui (Graça, 2004). Esta investigação teve início com uma pesquisa bibliográfica e leituras adicionais com o objetivo de, em primeiro lugar, clarificar a definição do objeto de estudo e a construção de um quadro teórico de análise. Foi feita uma análise documental às normas jurídicas do CHLO e do HSFX e análise documental dos processos sociais, tendo sido este o ponto de partida desta investigação.

Numa primeira fase, no sentido de realizar uma caracterização do perfil do utente que no seu episódio de urgência, necessitou de intervenção do Serviço Social, foi elaborado uma grelha de análise documental, na qual se submeteu os dados dos processos sociais presentes da plataforma informática de registo – Sistema de Apoio ao Assistente Social (SAAS) e do HCIS. Esta grelha (Anexo F) foi construída tendo por base os indicadores-chave definidos, tais como: motivo do pedido de colaboração do Serviço Social; idade; género; concelho de residência;

situação económica; grau de dependência; diagnóstico social; rede de suporte formal/informal; diligências efetuadas/em curso; data de admissão no Serviço de Urgência Geral; data da intervenção do Serviço Social; data da alta clínica; data da alta hospitalar/transferência; apoios assegurados no pós alta hospitalar; encaminhamento/resposta social; necessidade de internamento em quota social. Esta grelha de análise é uma das técnicas mais comuns da recolha de dados quantitativos. É composta por questões fechadas, previamente estabelecidas e posteriormente codificadas, sendo em última análise possível generalizar os resultados da pesquisa (Victoria, 2000, citado por Vilelas, 2009). No que diz respeito ao período temporal da recolha de dados, estes foram realizados no mês de outubro e novembro de 2018. Procedeu-se ao tratamento dos dados com suporte do programa Excel, uma vez que o objetivo era obter uma caracterização da população.

Numa segunda fase, para complementar a informação obtida através da análise da população e das suas necessidades, tornou-se necessário a realização de entrevistas às Assistente Social que exercem funções no Serviço de Urgência. Recorremos a este método com o fim de conseguirmos identificar as dificuldades e os obstáculos à intervenção social. A visão destes profissionais dará um contributo crucial para a presente investigação. Desta forma, optou-se por selecionar cinco profissionais da equipa de Serviço Social que exercem funções no SUG: uma Assistente Social a tempo inteiro do Serviço de Urgência Geral; uma Assistente Social, subcoordenadora do SS do Serviço de Urgência e a desempenhar funções noutros serviços; uma Assistente Social que desempenhou funções no serviço de urgência em acumulação de serviços; duas Assistentes Sociais a desempenhar funções do serviço de Urgência por escala com acumulação de outros serviços.

As entrevistas foram realizadas presencialmente e gravadas com autorização das entrevistadas por escrito mediante assinatura do consentimento informado. Para a sua aplicação, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas. Desta forma, partiu-se de um guião que procurou conciliar quer a experiência dos entrevistados, quer a perspetiva dos entrevistados sobre o tema que compõe modelo de análise. O guião disponível no Anexo G, contém as questões que foram feitas e apesar de seguir uma estrutura, deixa espaço para alguma ambiguidade controlada, garantindo assim a liberdade ao entrevistado em relação à forma como aborda as temáticas. Foi prestada informação às entrevistadas relativamente ao âmbito temático da investigação e foi garantido o anonimato das declarações e dada total liberdade para responder ou não. As entrevistas tiveram lugar no mês de outubro de 2018.

No que diz respeito ao tratamento dos dados, foi efetuado através de análise de conteúdo. Esta pode ser definida como uma técnica de pesquisa que torna inferências do



material analisado válidas e reproduzíveis seja qual for o contexto da sua utilização (Krippendorff, 2004), ou seja, através de procedimentos objetivos de descrição do conteúdo de determinado material, podemos inferir um conjunto de conhecimentos relativos a esse conteúdo. Deste modo, a análise procura revelar diferentes sentidos que estão presentes ao longo do discurso dos entrevistados. Assim, na realização da análise de conteúdo optou-se pela análise temática ou categorial, construindo-se categorias de modo a que o texto fosse reorganizado mediante as mesmas (Vilelas, 2009), com o propósito de identificar uma relação entre a construção das categorias, o guião de entrevista e os objetivos do estudo. Desta forma, a análise do conteúdo das entrevistas permite que a sua análise seja mais rápida e sistemática das informações recolhidas.



### CAPITULO III- ANÁLISE DE DADOS

Este capítulo irá abordar dois pontos principais: o primeiro diz respeito à caracterização biopsicossocial dos utentes sinalizados ao Serviço Social no decorrer do seu episódio de urgência. A caracterização da população dá-nos uma percepção das necessidades dos utentes, permitindo assim, compreender a intervenção desenvolvida com o utente/família, em interação ao nível intra e interinstitucional. O segundo ponto terá como base as entrevistas realizadas aos Assistentes Sociais que se centrou na compreensão do trabalho do Serviço Social, tal como é atualmente desenvolvido no contexto de urgência de um hospital público. Em concreto, as dificuldades e os desafios que o Assistente Social encontra a intervir no serviço de urgência.

#### 1. Caracterização biopsicossocial dos utentes sinalizados ao Serviço Social no SUG

A compreensão em relação às características dos utentes, possibilita a identificação das necessidades de saúde e a elaboração de estratégias para qualificar a assistência e diminuir as reincidências nos serviços de urgência, de forma a encontrar alternativas para reduzir a utilização frequente e a superlotação dos serviços de urgência (Acosta e Lima, 2013). Sabe-se que os Serviços de Urgência são uma das portas de entrada ao Serviço Nacional de Saúde. Devido à grande complexidade organizacional e às dificuldades na estruturação desses serviços, torna-se importante a caracterização do perfil dos utentes. Estudar as admissões dos utentes que procuraram serviços de urgência numa situação de agravamento clínico, pode contribuir para a identificação dos problemas e dificuldades enfrentadas pelo Assistente Social na resolução das mais diversas situações.

Figura 3.2 – Sexo

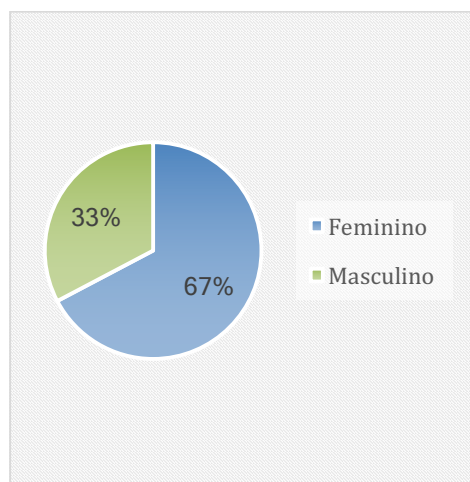
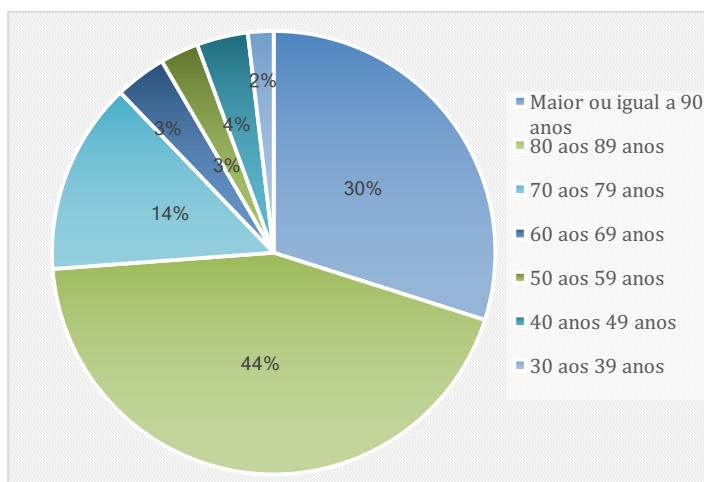


Figura 3.3 – Faixa Etária

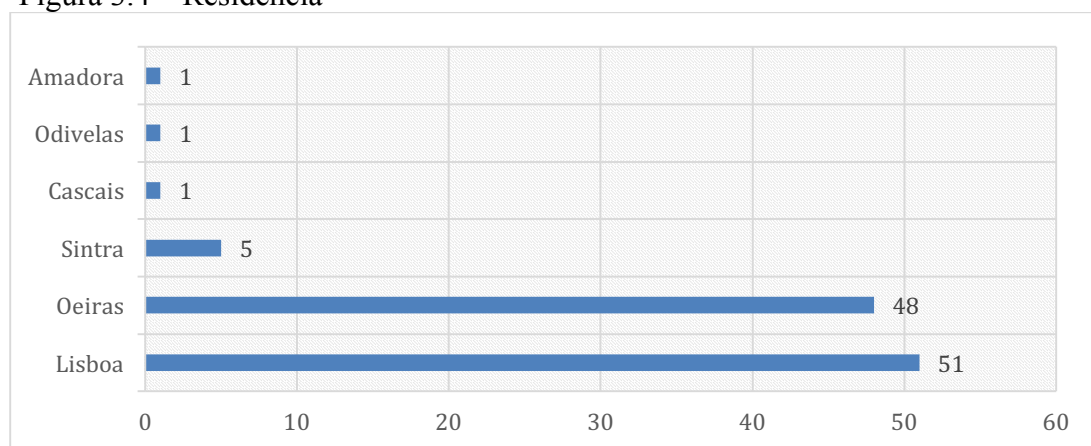


Fonte: Amostra dos utentes sinalizados ao SS do SUG (n=107)

Através da figura 3.2, apuramos que dos 107 utentes sinalizados ao Serviço Social, a maioria são do sexo feminino (67%) e com idades compreendidas entre os 30 até acima dos 90 anos. Analisando a composição segundo os grupos etários (Figura 3.3), realça-se maior representação de idosos com idades entre os 80 e 89 anos (44%).

É o envelhecimento da população que tem mais impacto nos serviços de saúde, sobretudo nos hospitais. A velhice associa-se às doenças crónicas e incapacidades, necessidades de saúde mais complexas e conseqüentemente, à necessidade de recorrer a serviços de saúde. Desta forma, os idosos tornam-se um grupo alvo de intervenção, sendo a idade avançada só por si um indicador de risco, uma vez que neste contexto surgem dificuldades multifatoriais, tornando-o especialmente vulnerável (Marques e Johnson, 1999).

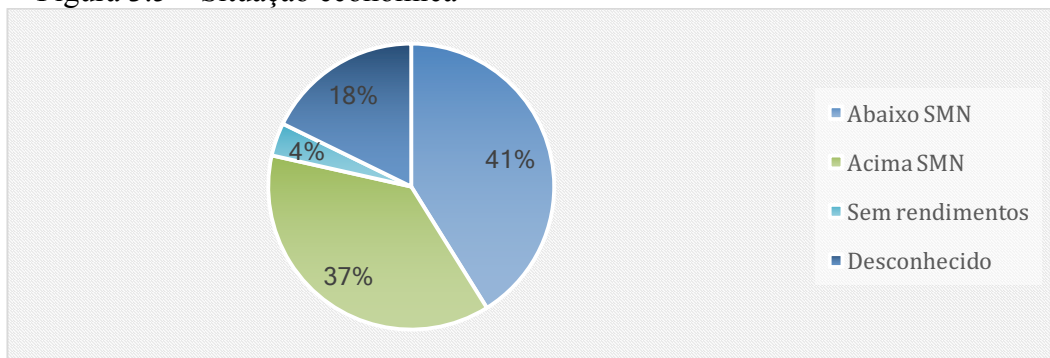
Figura 3.4 – Residência



Fonte: Amostra dos utentes sinalizados ao SS do SUG (n=107)

Geograficamente, os doentes encontram-se distribuídos pelos Concelhos do Distrito de Lisboa, distinguindo-se o concelho de Lisboa com 51 utentes, seguido de Oeiras com 48 utentes (Figura 3.4), sendo estes os concelhos da área de influência do CHLO (Figura 2.1). Neste momento, o sistema de cuidados centra-se sobre o doente e em relação ao desejo destes serem acolhidos e tratados o mais próximo do seu domicílio. Ao nível local, ou seja, o mais próximo da população, aparece também como o mais adequado para identificar as suas necessidades, bem como o encontro de respostas concretas, rápidas e mais adequadas (Mariguêsa, 2002).

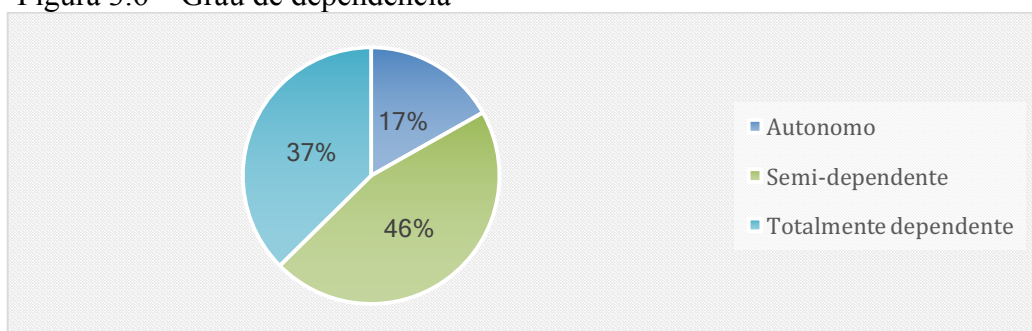
Figura 3.5 – Situação económica



Fonte: Amostra dos utentes sinalizados ao SS do SUG (n=107)

Relativamente à situação económica dos utentes apuramos através da figura 3.5 que quase metade dos utentes (41%) auferem rendimentos abaixo do Salário Mínimo Nacional (SMN). A precariedade da condição económica da maioria dos utentes tem impacto significativo na saúde e em especial para a garantia de continuidade de cuidados de saúde e sociais.

Figura 3.6 – Grau de dependência



Fonte: Amostra dos utentes sinalizados ao SS do SUG (n=107)

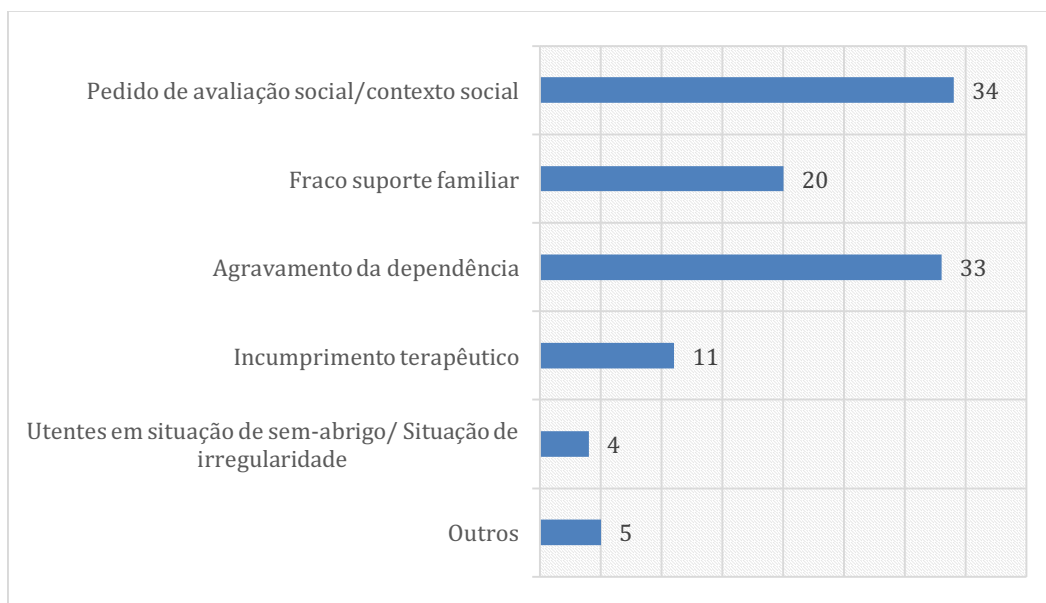
Através da figura 3.6, observa-se que a grande maioria dos utentes apresenta dependência na realização das suas AVD's, sendo que 37% encontram-se totalmente dependentes e 46% semi-dependentes. Sendo a saúde um determinante na qualidade de vida dos cidadãos, esta revela-se especialmente importante quando o utente fica dependente de cuidados de terceiros, sendo uma questão que merece especial atenção aos profissionais do Serviço de Urgência, em particular ao Serviço Social que tem um papel de crucial no encontro de respostas para colmatar esta fragilidade.

## 2. Intervenção do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral

O Assistente Social inicia a sua intervenção após receção do pedido de colaboração que pode ser efetuado através de:

- Equipa Médica e Enfermagem, via plataforma HCIS, presencial ou telefone;
- O próprio utente, por intermédio da equipa clínica;
- Família por intermédio da equipa clínica/serviço informativo ou presencial;
- Profissionais de outras instituições.

Figura 3.7 – Motivo do pedido de colaboração ao SS do SUG



Fonte: Amostra dos utentes sinalizados ao SS do SUG (n=107)

Existem determinadas características específicas do cidadão sinalizado ao Serviço Social:

- *em situação de risco social, familiar e ambiental/habitacional;*
- *em situação de vulnerabilidade económica;*
- *em manifesta incapacidade para gerir a sua vida e os seus bens;*
- *em situação de potencial vítima de negligência e ou maus tratos.*

A figura 3.7, mostra-nos que são muitos os motivos pelos quais é solicitada a colaboração do Assistente Social no SUG. Inseridos nos pedidos de avaliação social/contexto social, estão questões relacionadas com apoio para a alta hospitalar, algumas recusas de alta ou situações a pedido da família. Nas situações de fraco suporte familiar, estão incluídos pedidos de apoio para contactar familiares, ou utentes sem acompanhantes no SU. Situações sinalizadas por agravamento da dependência, dizem respeito também a exaustão do cuidador, utentes que

apresentam maus cuidados de higiene ou por quedas frequentes. Os pedidos por incumprimento terapêutico estão relacionados com dificuldades económicas que impedem a estabilização clínica do utente. Nas situações exibidas como "Outros" dizem respeito a pedidos para utentes em fase paliativa, altas contra parecer médico ou utentes que não fornecem história.

As entrevistadas destacam as situações de isolamento, dependência e utentes sem rede de suporte: "Idosos dependentes com alta, idosos com doença crônica, isolados, com alta clínica e sem rede de suporte." (E2)

"(...) são pessoas sozinhas que acabam por vir ao serviço de urgência devido ao isolamento." (E4)

"Idosos e dependências, idosos isolados sem rede de suporte familiar, ou então com famílias que trabalham e que não têm como receber aquele utente no domicílio. Cada vez mais as nossas respostas na comunidade são escassas, portanto nós sabemos à partida que: se um doente que entra no serviço de urgência, e não tem autonomia para retorno ao domicílio, não temos resposta por parte da comunidade. Este doente, o mais certo é subir para uma quota social para se resolver o problema. Se o doente for de Lisboa, sabemos que à partida, em um ou dois meses resolvemos a situação, mas se for da Amadora ou de Oeiras levamos meses e meses de trocas de emails, de imensos telefonemas e a resposta demora imenso tempo a chegar. Acho que o problema principal do serviço de urgência é mesmo este, a dependência e o idoso." (E5)

Foram também mencionadas as problemáticas de utentes em situação de sem-abrigo, e situações de abuso de drogas e álcool.

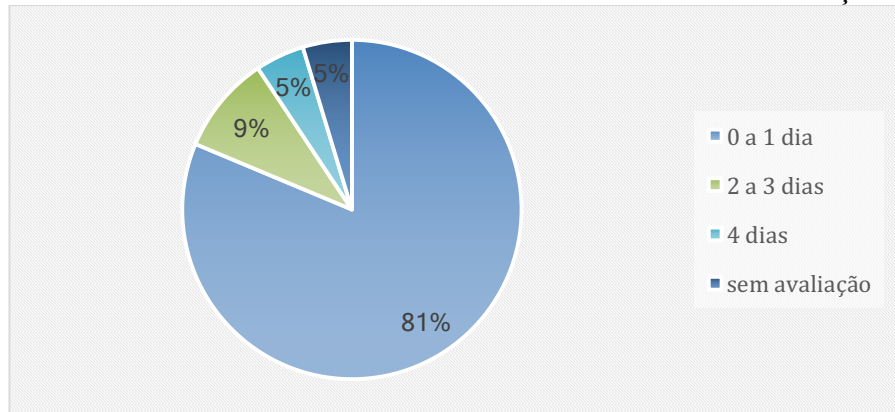
"Bastantes toxicodependentes e alcoólicos, sem abrigo, que acabam por recorrer variadíssimas vezes. Por muitas tentativas que nós façamos com eles acabam por nunca aceitar nenhum plano. Basicamente preferem ir dormir para a rua, a ir para algum centro de acolhimento ou serem referenciados a uma unidade de toxicodependência. São situações muito graves no serviço de urgência e muitas vezes só quando a pessoa quer mesmo ser ajudada é que temos algum sucesso na intervenção." (E4)

Outras situações que acabam por ser encaminhadas para o Serviço Social, estão relacionadas com utentes que já estão previamente acompanhados/integrados em apoios na comunidade, no entanto, estes deixam de estar adequados às necessidades e por falta de respostas/vagas, não podem transitar diretamente para outra valência.

"Tem precisamente a ver com situações que são encaminhadas por instituições da comunidade que detêm as respostas necessárias à resolução da situação. Embora eu compreenda que as vagas sejam poucas ou nulas, mas que o hospital (...) não é uma resposta. Aparentemente a situação é acompanhada pela instituição, já numa valência de apoio, mas a colega da instituição considera que já não pode prestar mais apoio àquela pessoa porque ultimamente tem mostrado um

comportamento desajustado (...) depois ficamos com essa pessoa, não sei quanto tempo, porque não conseguimos agilizar um apoio. (...) porque é frustrante para nós e custa-nos bastante (pelo menos a mim) ver que as pessoas são postas no hospital como se fosse uma resolução, mas aqui as pessoas correm o risco de apanhar uma infeção e depois morrer.” (E3)

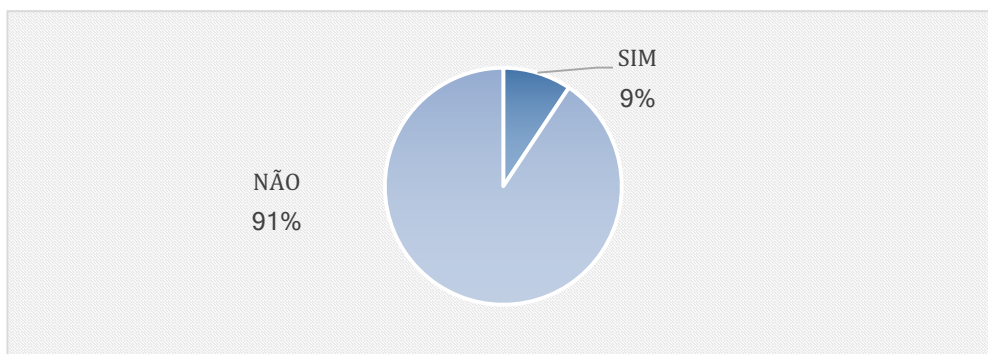
Figura 3.8 – Dias entre o momento da entrada do doente e início da intervenção do SS



Fonte: Amostra dos utentes sinalizados ao SS do SUG (n=107)

É possível verificar que na maioria das situações, a intervenção do Serviço Social inicia até um dia após entrada do utente, correspondendo a 81% do total da amostra (figura 3.8). Este é um fator relevante na medida em que importa perceber em que momento é sinalizado ao Serviço Social.

Figura 3.9 – Protelamento de alta por motivos sociais



Fonte: Amostra dos utentes sinalizados ao SS do SUG (n=107)

Dos 107 utentes, 17 tiveram protelamento de alta por motivos sociais (figura 3.9). As causas pelas quais os utentes tiveram que permanecer no SUG após alta clínica, foram os seguintes:

- a) Agravamento de dependência em doente sem suporte formal/informal;
- b) Recusa de alta;



- c) Necessidade de agilização do processo de integração em ERPI em doente sem suporte forma/informal;
- d) Necessidade de orientação/encaminhamento para resposta social, para garantir alta em segurança;
- e) Necessidade de referência para a RNCCI para beneficiar de cuidados específicos;
- f) Internamento do cuidador principal;
- g) Utente com maus cuidados de higiene, habitação insalubre e recusa de apoio;
- h) Sem chaves do domicílio.

Importa ainda referir que no total de 17 utentes em protelamento, 8 tiveram que ser internados em internamento protetor<sup>3</sup> para resolução social (não tendo sido possível no decorrer do período em que esteve na urgência). Conforme relata uma das Assistentes Sociais, esta considera que o principal motivo se deve ao tempo de espera das respostas sociais.

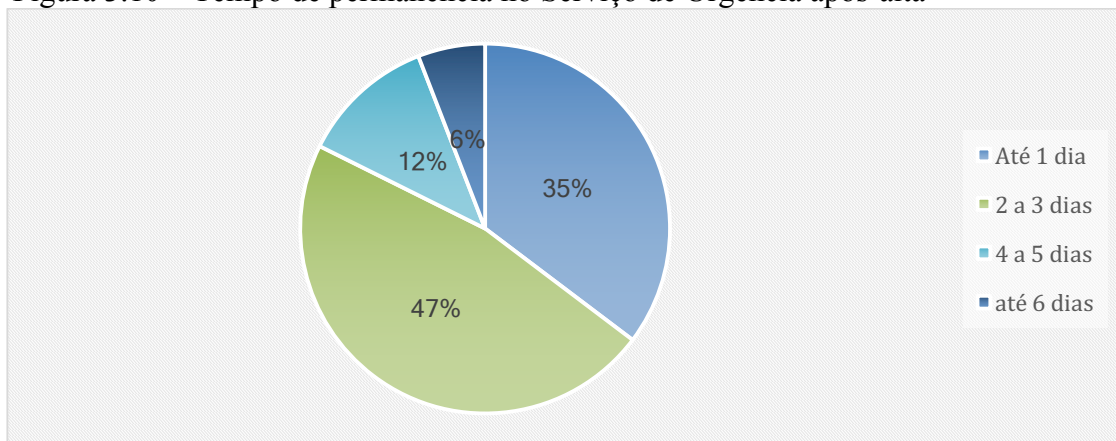
“(…) na maioria das vezes ficamos dependentes de respostas de terceiros, de outras instituições, nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia, Segurança Social, Serviços de Apoio Domiciliário locais, que por norma não nos dão uma resposta em tempo útil o que para nós, acaba por causar alguns embaraços (...) e acabam por se tornar situações mais complexas que por vezes têm de subir para quotas sociais. Portanto, aqui muito resumidamente, acho que as situações, algumas são resolvidas com rapidez, mas uma grande maioria quando ficamos dependentes de respostas da comunidade, demoram muito tempo (...)” (E5)

Pese embora existam pessoas com capacidade, recursos e suporte familiar para a procura ativa de uma solução na continuidade de cuidados no pós-alta, existem cidadãos que, limitados na doença ou dependência, acrescido da insuficiente ou ausente rede de suporte social, não podem sair do hospital em segurança (Manual de Articulação – Saúde e Segurança Social – para Planeamento das Altas Hospitalares).

---

<sup>3</sup> Internamento sem critérios clínicos.

Figura 3.10 – Tempo de permanência no Serviço de Urgência após-alta



Fonte: Amostra dos utentes sinalizados ao SS do SUG (n=107)

A figura 3.10, mostra-nos que quase metade dos utentes (47%), estiveram no Serviço de Urgência com alta clínica 2 a 3 dias, e 35% esteve até um dia após alta clínica. Algumas situações de maior complexidade (6%), tiveram que permanecer até 6 dias. Conforme é referido por uma das Assistentes Sociais, há algumas situações mais complexas em que não se consegue resolver com a rapidez e eficácia desejada, pelo que o utente acaba por ter que permanecer na urgência embora com alta.

“Quando são referenciadas antecipadamente, e o estado ideal seria na triagem, acabamos por ter um tempo maior para avaliar a situação. Na grande maioria das vezes, são resolvidas com rapidez, eficiência e qualidade, mas há muitas situações como a falta de cuidador, conflitos familiares e conflitos institucionais, podem não ter a rapidez desejada” (E3).

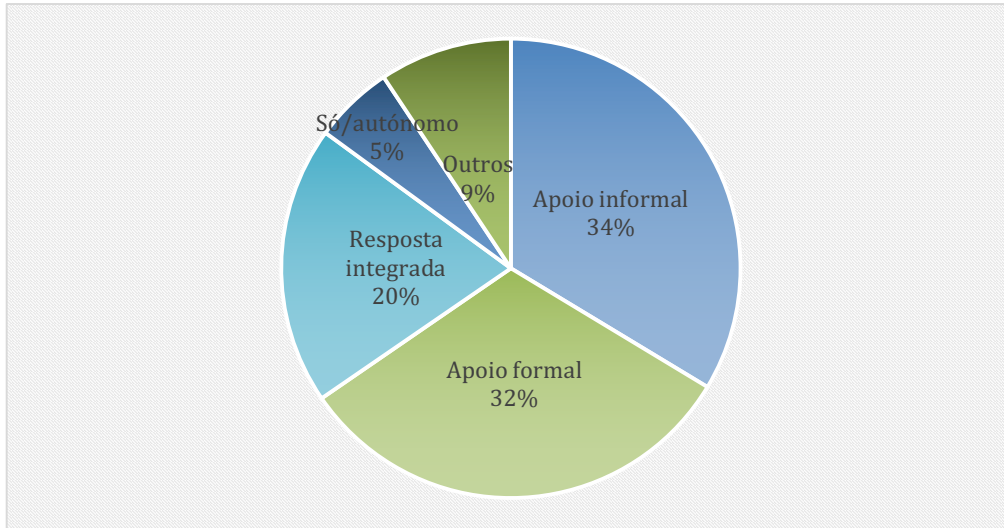
“Dado ser uma resposta que tenha que ser emergente é natural que tenhamos que encontrar um plano e uma resposta mais imediata. Por vezes não é tão possível, também derivado aos recursos que existem na comunidade não estarem disponíveis (...) ou não haver resposta também acontece.” (E1)

## 2.1.Redes de apoio

Os Assistentes Sociais contextualizam a sua prática e agem tendo em consideração o contexto em que as pessoas conduzem as rotinas do quotidiano – família, vizinhança, grupo de pares e outros sistemas e redes (Guerra, 2019). A estrutura das relações sociais, ou seja, a rede de apoio, refere-se à organização do vínculo das pessoas umas com as outras, quer falemos de rede de apoio formal ou informal. Analisar as redes de apoio implica preparar, acompanhar e amparar a família, a comunidade e os grupos de voluntários que se envolvem na tarefa de cuidar (Serbim *et al*, 2013). A manutenção da qualidade de vida e o bem-estar dos doentes, implica um plano de cuidados e de suporte social que permita a recuperação física, cognitiva e/ou funcional.

Contudo, a transição do nível de cuidados a partir do hospital deve considerar a multidimensionalidade dos doentes após internamento (Costa e Gonçalves, 2015).

Figura 3.11 – Apoios assegurados no pós-alta hospitalar



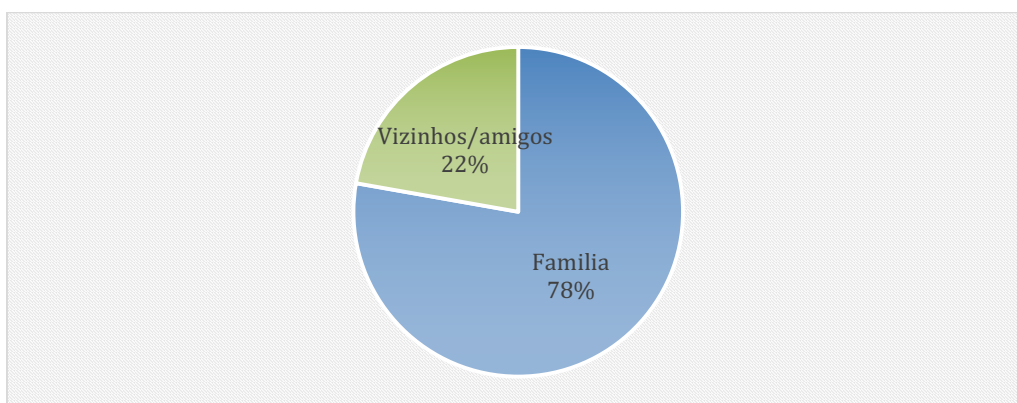
Fonte: Amostra dos utentes sinalizados ao SS do SUG (n=107)

De referir que no pós-alta, 34% dos utentes saíram com apoio da rede informal, 32% de apoio formal e ainda 20% saíram com apoio de resposta integrada (figura 3.11). Em Portugal, com o aumento das pessoas idosas dependentes e com doenças crónicas, tem originado uma maior necessidade de cuidados pessoais, sociais e de saúde a nível formal e informal (Campos, 2008).

### 2.1.1. Apoio informal

A existência de sistemas informais de apoio, de acordo com Hespanha (1994), permite resolver muitos dos problemas de saúde do idoso sem intervenção das instituições. Tais sistemas, baseiam-se antes de mais na família, mas podem envolver também outros núcleos, designadamente, os amigos e vizinhos.

Figura 3.12 – Redes de apoio informal



Fonte: Amostra dos utentes sinalizados ao SS do SUG (n=107)

A figura 3.12 demonstra que a família ocupa o lugar cimeiro enquanto principal prestadora de cuidados no pós-alta do SUG. Segundo Dibai e Cade (2009), o apoio da família constitui-se como fundamental não apenas em questões de ordem prática na prestação dos cuidados necessários, mas também no apoio e suporte emocional do utente. Ferreira (2007), enfatiza a importância da participação da família na recuperação do doente. Segundo o autor, o Assistente Social também tem uma missão junto da família para a fortalecer. A importância do papel da família, foi destacado pela maioria das entrevistadas: “O papel da família é sempre prioritário quando esta existe e quando nos é possível comunicar com ela (...) será sempre o nosso primeiro recurso e é sempre chamada a intervir (...)” (E2)

“(...) a família tem um papel muito importante porque verificamos que todos os utentes em contexto de hospital agudizam o seu estado de dependência. Quando retornam ao domicílio, recuperam a autonomia no seu *habitat* natural com as suas vivências, as suas histórias de vida com o seu contexto familiar, rede de suporte de vizinhança.” (E5)

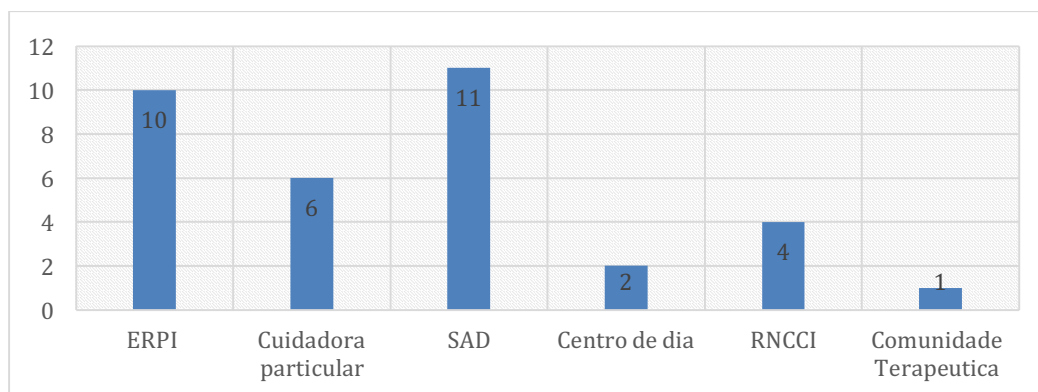
No entanto, na visão de uma das Assistentes Sociais, é também sentido que a família nem sempre se mostra colaborante e por vezes até pode colocar obstáculos à intervenção social.

“O papel da família é bastante importante (...) temos muitas famílias que colaboram, mas infelizmente falando no geral, se calhar há mais famílias que não colaboram, que simplesmente colocam entraves naquele que é o nosso plano de intervenção e dificultam bastante e acabam por prejudicar a reabilitação do utente.” (E4)

### 2.1.2. Apoio formal

Os utentes recorrem tendencialmente ao apoio formal quando já se esgotaram as estruturas de apoio informal - quando estas entram em rutura ou são inexistentes - vendo as suas necessidades satisfeitas quando ingressam em equipamentos sociais (Fulbright, 2010).

Figura 3.13 – Redes de apoio formal



Fonte: Amostra dos utentes sinalizados ao SS do SUG (n=107)

Através da figura 3.13, podemos concluir que, no que diz respeito a apoio formal, os utentes/famílias recorrem maioritariamente à resposta de SAD ou ERPI. Mesmo quando se recorre a apoio formal, também a família assume um papel importante: “A família tem um papel fundamental e, portanto, é a base estruturante para a alta do doente e para a sua reabilitação, tanto em casa, como se for para uma unidade da rede, como se tiver em lar (...)” (E1)

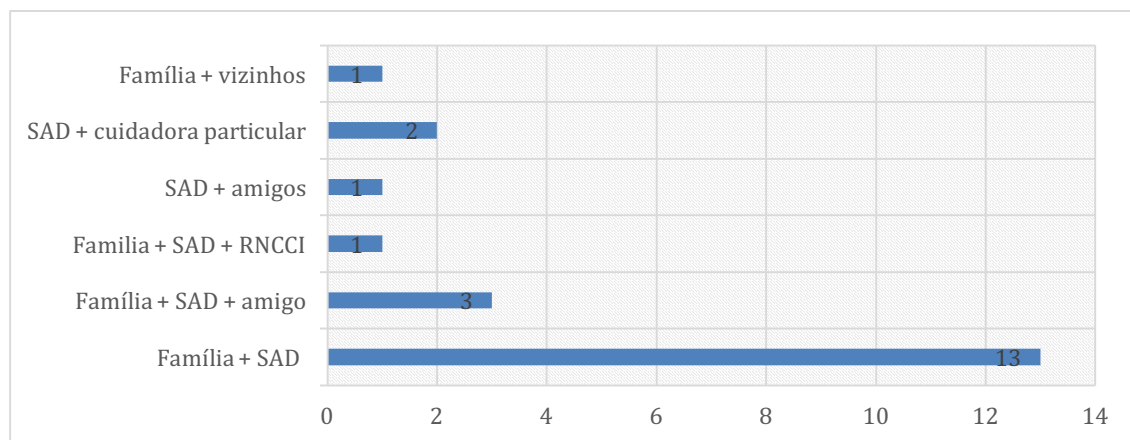
“O papel da família é fulcral para nos apoiar a saída do doente e para encontrar resposta na comunidade e também para salvaguardar a segurança e bem-estar.” (E3)

Uma das entrevistadas aponta que os encaminhamentos para as respostas da comunidade, estão a tornar-se cada vez mais burocráticos, o que acaba por exigir mais tempo e trabalho ao Assistente Social.

“Nós vamos fazendo a “magia” acontecer por assim dizer, vamos conseguindo algumas respostas, que nem sempre é fácil. (...) nos serviços de apoio domiciliário, vamos tentando conseguir, embora alguns vão criando aqui uma visão cada vez mais burocrática e a sinalização já não pode ser feita simplesmente de forma verbal ou por telefone. Vamos ter de fazer uma sinalização mais elaborada, e aqui a importância de não estar um técnico sozinho e poder estar eventualmente dois técnicos.” (E5)

### 2.1.3. Resposta social integrada

Figura 3.14 – Redes de apoio integrado



Fonte: Amostra dos utentes sinalizados ao SS do SUG (n=107)

Conforme é possível verificar através da figura 3.14, no que diz respeito às respostas integradas, a grande maioria corresponde ao apoio combinado entre a família e o SAD. Combinar as redes de suporte formal e informal não é seguramente um processo fácil, nem o mesmo pode ser possível em muitas circunstâncias. Não obstante, uma possível complementaridade faz providenciar a perspetiva de um eventual equilíbrio no apoio pós alta. A qualidade de vida do utente só pode ser atingida com planos de atuação participados e também muito complexos e frágeis, porque envolvem vários esforços nomeadamente familiares e institucionais segundo um mesmo ritmo e tempo (Marques e Johnson, 1999).

“Quando são utentes com famílias estruturadas, com rede de suporte familiar, por norma conseguimos sempre fazê-los rodear de meios existentes na comunidade, como os apoios domiciliários, a rede nacional de cuidados continuados integrados em ECCI no domicílio (...) algumas famílias até fazem umas escalas e conseguimos imensos ganhos porque por norma se mostram todos muito colaborantes, inclusive o utente, portanto vamos de encontro aquilo que é necessário. Quando não existe esta retaguarda familiar é mais complexo, se bem que por exemplo no caso da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa os utentes residentes em Lisboa, esta consegue prestar um excelente apoio em utentes totalmente dependentes (...)” (E5).

### 3. Readmissões

Dos 107 utentes sinalizados ao Serviço Social, 14 representam readmissões. Neste sentido, questionamos as Assistentes Sociais se consideram que as admissões que ocorrem no Serviço de Urgência estão relacionadas com fatores predominantemente clínicos ou sociais. Uma das

entrevistadas começa por dizer que a grande lacuna está na falta de recursos e na inadequação das respostas sociais.

“(…) por falta destes recursos na comunidade, fragmentação do acompanhamento, indisponibilidade de um acompanhamento ajustado aquelas que são as necessidades reais. Estas pessoas vêm mais vezes ao serviço de urgência porque sofrem uma queda, porque tem um período de desorientação (...). E o número tem vindo a aumentar e no meu ponto de vista não vai diminuir. Enquanto na comunidade não forem feitas alterações na intervenção, que na avaliação e no meu ponto de vista, não é o Serviço Social hospitalar que tem resposta (...). É muito importante haver Serviço Social no hospital precisamente (...) para informar as famílias dos direitos e ajudar a definir aquilo que as famílias não conseguem definir sozinhas: um plano de intervenção.” (E4)

Outra Assistente Social também dá relevância ao apoio inadequado das instituições, acrescentando ainda a agravante de fatores clínicos que também condicionam o planeamento da alta.

“(…) temos tido cada vez mais pessoas com dificuldades cognitivas, basicamente demências que acabam por agravar bastante o planeamento de alta. De momento, há muitos doentes dependentes e com demência que acabam por ter uma rede de suporte muito fraca ou inexistente. Acho que é um *mix* fator clínico e social. Clínico: cada vez há mais idosos, cada vez há demências, mais pessoas isoladas (...) social: basicamente existem algumas instituições que não tem apoio domiciliário, nem o apoio adequado às necessidades da pessoa, estão sem vaga, estão ocupados (...)” (E3)

São referidas também algumas situações encaminhadas pelos serviços da comunidade:

“Clínico (...), mas também muito por situação social ou porque as colegas da comunidade têm muito o hábito, o mau hábito, de encaminhar as situações para o hospital resolver, quer seja pelo Centro de Saúde, quer seja inclusive por colegas da Segurança Social que encaminham as situações para o serviço de urgência.” (E1)

Por vezes, os serviços da comunidade não têm respostas adequadas, acabando por ficar o Serviço Social no hospital, a definir e redefinir planos. Também há utentes que têm plano de intervenção previamente definido, e ainda assim, acontecem as readmissões por diversos motivos:

“Os doentes voltam nem que seja, por mais que exista plano definido, quer seja de apoio domiciliário ou porque acabaram por não pedir, ou porque a família ficou de entregar um documento e não entregou. Às vezes até com alta do serviço de internamento, ao dia seguinte volta para o hospital (...) temos o caso do L em que não havia qualquer tipo de resposta. Nós fizemos tudo, quer a nível de Segurança Social, quer a nível de rede de Centro de Saúde. Foi tudo recusado. Não houve um plano que aceitasse o L, ninguém aceitou o L. Referenciamos

para a saúde mental e não o aceitaram também (...) referenciamos inclusive para o PISÃO<sup>4</sup> e também não acolheram o L. (...) O L neste momento estará em casa, com SAD (...) Ele é um doente que já tem uma situação clínica, mas que não é evidenciado agora. Não há aqui nada clínico que o obrigue a estar aqui no hospital com situação clínica, porque ele tem uma doença psiquiátrica grave. A própria psiquiatria não o aceita. Portanto lá em baixo na urgência, ninguém avalia o L porque o L não precisa de ser avaliado (...).” (E1)

#### **4. Articulações intra e interinstitucional**

Ao longo do seu dia-a-dia, o Assistente Social não trabalha de forma isolada, está em constante interação quer a nível intra ou interinstitucional. Nas entrevistas, ao nível intrainstitucional, foram destacadas aquelas desenvolvidas junto da equipa clínica, nomeadamente com os Médicos e Enfermeiros.

“As articulações que estão mais presentes no Serviço Urgência Geral, a nível intrahospitalar, é com o médico que está com o doente, com o enfermeiro que o conhece (...) outros profissionais que possam estar envolvidos. Também claro, contar com a colaboração de outras colegas para tentar partilhar aqui, qual é que é o nosso plano.” (E4)

As articulações mais presentes ao nível intrainstitucional estão relacionadas com a equipa clínica, por ser através desta que o pedido de colaboração chega ao Serviço Social: “Em termos de pedidos, é equipa médica e equipa de enfermagem que também nos sinalizam as situações.” (E1). São referidas ainda articulações com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, bem com colegas de outras áreas de intervenção para discussão e partilha de situações mais específicas como é o caso dos utentes em fase paliativa.

“Intra: basicamente agora estamos muito com as equipas inter-hospitalares de cuidados paliativos automaticamente tem que ser esta equipa a fazer a avaliação dos doentes paliativos também acabamos por conversar e discutir os doentes com outros colega. Nós temos sempre que nos apoiar noutras colegas quando não sabemos ou temos algum medo de estar a errar na intervenção com o doente.” (E3)

No que diz respeito às articulações interinstitucionais, estas acontecem “(...) com os recursos da comunidade que tenham uma resposta que seja adequada para aquela situação.” (E4). O Assistente Social sente necessidade de recorrer a um vasto leque de respostas.

“(...) são muitos chamados a intervir serviços como a Segurança Social, Emergência Social, Centro de Acolhimento, Juntas de Freguesia, porque a resposta aqui é sempre emergente. (...)

---

<sup>4</sup>PISÃO é o Centro de Apoio Social do Pisão (CASP).



depois articulamos com toda a comunidade em diversas áreas, centro de saúde também é um dos nossos serviços prioritários (...) e depois uma série de IPSS's e outros serviços.” (E2)

“(…) contatamos muitos serviços de apoio domiciliário, e serviços de ação local nomeadamente Segurança Social e Santa Casa da Misericórdia. “(E3)

No âmbito das articulações com o exterior, na perspetiva de uma das Assistentes Sociais entrevistada, estas respostas nem sempre se adequam às necessidades:

“(…) na verdade, é muito difícil às vezes, conseguirmos que uma resposta se adequa exatamente à necessidade, porque o que existem são respostas já estruturadas e as pessoas têm necessidades específicas, portanto, uma pessoa que precise de um apoio domiciliário e tenha uma necessidade mais específica, vai ter o mesmo que têm os outros todos. Não vamos ter aqui em atenção a necessidade daquela pessoa, mas os recursos vão se adaptando à medida que vão conseguindo (...)” (E4)

Por outro lado, há a perspetiva de que se adequam, no entanto não em número suficiente face aos inúmeros utentes a necessitar, e também não dentro do tempo que é desejável.

“Adequam-se, não no imediato e não em números suficientes e não nos *timings* que necessitávamos, mas ainda são os serviços de apoio domiciliário e alguns serviços da comunidade que constituem a nossa rede de suporte quando sobretudo não há família ou em articulação com a família(...)” (E2)

“(…) a comunidade vai respondendo, se bem que os recursos existentes na comunidade são poucos (...) por exemplo no caso da Amadora é difícilimo encontrar uma vaga em apoio domiciliário, e quando estas respostas são escassas cria-se um problema.” (E5)

## **5. Trabalho em equipa multidisciplinar:**

No trabalho multidisciplinar, o sujeito de intervenção é analisado nas dimensões, biopsicossociais, culturais e espirituais, partindo do princípio que a intervenção da equipa clínica integra essas mesmas dimensões, de forma a uma compreensão da pessoa como um todo – *wole person*. Para tal, é necessária a contribuição de todos os profissionais da equipa, proporcionando uma visão integradora da pessoa para que se estabeleça uma “dialética que se refere a uma interpretação e integração entre as várias dimensões do ser humano. Não há fronteiras entre o biológico, o psicológico e o social, estes constituem um todo integrado” (Carvalho, 2003). O Serviço Social, de um modo geral e na área da saúde em particular, atua em parceria com outros profissionais. No entanto, de acordo com Olivar e Vidal (2006), a falta de tempo para reunir os membros da equipa e o não pensar de forma coletiva fazem com que a fragmentação do trabalho na área da saúde seja uma característica. Através da análise das

entrevistas, apuramos opiniões distintas em relação ao trabalho multidisciplinar na urgência. Existe a opinião de que funciona bem, em que cada profissional tem conhecimento do seu papel:

“A equipa do serviço de urgência geral funciona bastante bem em termos multidisciplinares, e cada um sabe o seu papel: Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais. Basicamente esta equipa consegue observar o doente nas suas várias dimensões e tentamos sempre que o doente saia do serviço de urgência tratado tanto da parte clínica como da parte social, mas inserido na comunidade sempre.” (E3)

“Cada vez mais estamos focados enquanto instituição hospitalar num modelo sistémico, portanto o doente deixou de ser só visto pelo Médico como uma doença em si, portanto, atualmente (...) enquanto equipa falamos e verificamos sempre que temos de estar todos em sintonia, e só desta forma conseguimos progressos, só desta forma conseguimos garantir o retorno ao domicílio com qualidade e bem-estar para o doente.” (E5)

É realçada a importância de trabalhar em equipa, mais precisamente, do facto do Assistente Social ter que recorrer a outros membros para um adequado plano de alta. Conforme sublinha Carvalho (2003), o Assistente Social é parte integrante da equipa, permitindo acolher, acompanhar e apoiar todas as situações, sendo propício o desenvolvimento de competências sociais no doente e família, preparando-o para o regresso à comunidade – domicílio, família, contexto social – mobilizando os recursos internos e externos, necessários ao seu bem-estar.

“No Serviço de Urgência Geral a nossa intervenção, é uma intervenção muito em crise. Surge um problema que vamos ter que o resolver num curto espaço de tempo. De qualquer das formas, é sempre importantíssimo falar, quer com a equipa de enfermagem, quer com a equipa médica. Nós precisamos de verificar que aquele doente que recorre ao serviço de urgência (...) se é capaz de andar para percebermos se esta pessoa pode regressar ao seu domicílio ou não, se eventualmente vai ser necessário algum cuidado mais específico, como por exemplo, se vai precisar de cuidados de enfermagem no domicílio (...)” (E5).

Por outro lado, temos a opinião de que esse trabalho em equipa multidisciplinar, não acontece quando falamos em intervenção no Serviço de Urgência:

“(...) temos que ver o doente como um todo. Agora os profissionais a trabalharem nesse sentido, como uma equipa, isso não está a acontecer e sobretudo na urgência, que seria fundamental essa participação ativa e conjunta de todos. (...) a equipa multidisciplinar na urgência não existe. Deveria existir, não existe. Nos internamentos já vai existindo sim (...), mas na urgência não.” (E1)

É sentido ainda que existem visões compartimentadas por parte das equipas que compõem o SUG, em que muitas vezes o utente permanece com alta clínica, apenas para resolução da sua situação social.

“Da minha experiência no serviço de urgência, tudo tem que ser rápido: A avaliação é rápida, o diagnóstico tem que ser rápido (...) de forma que é parcelar. A equipa Médica avalia e tenta passar a outros técnicos, sejam eles de Serviço Social, sejam especialistas. Os doentes às vezes têm alta e ficam unicamente com o Serviço Social.” (E2).

“Não é quando o doente tem alta que nos vêm dizer: “o doente tem alta, resolvam. Está a cargo do Serviço Social” (...) como tantas vezes acontece.” (E1)

Não obstante, algumas entrevistadas afirmam que esta visão de trabalhar em equipa tem vindo a sofrer alterações, nomeadamente nos elementos mais jovens, estando estes mais despertos para esta questão. “(...) ultimamente já se nota que as equipas com elementos mais jovens (...) já têm outro critério de avaliação. Tendem a ver a situação social e a situação clínica, mas ainda encontro poucos elementos com essa disponibilidade.” (E2)

“(...) estas (equipas) também já estão muito sensibilizadas (...) para a vertente social. (...) e esta sensibilidade tem sido crescente embora haja alguns elementos, talvez os mais antigos das equipas que continuam a fazer algum tipo de resistência, mas verifico cada vez mais que as equipas jovens estão muito viradas para este termo de equipa multidisciplinar (...).” (E5)

“Daquela que é a minha intervenção, a equipa médica e os elementos mais novos, estão mais abertos a este tipo de questões e conseguem com alguma facilidade, notar alguma fragilidade do ponto de vista social e pedir a nossa colaboração, mas no geral, eu acho que estamos a conseguir ultrapassar as visões compartimentadas.” (E4)

## **6. Garantia dos Direitos do utente no Serviço de Urgência**

O trabalho com pessoas hospitalizadas e seus familiares torna visível a vulnerabilidade que abrange todos os que passam por essa situação, mostrando a importância da luta pela humanização do atendimento. Isso fica ainda mais evidente quando se considera que, além de estarem a viver um momento de fragilidade e ansiedade devido à doença, muitas pessoas têm o seu sofrimento agravado por desconhecerem seus direitos de cidadania (Ferreira e Lunardi, 2007).

“Muitas das vezes os doentes não estão informados daqueles que são os seus direitos e de quais os recursos a que podem ter acesso, ou onde podem recorrer, e é aqui (...) a Assistente Social que diz aos doentes, às famílias quais são os seus direitos.” (E4)

Segundo Ferreira e Lunardi (2007), o Serviço Social intervém junto do utente no sentido de fortalecer a sua autonomia e informar-lhe acerca dos seus direitos como cidadão. “(...) sobretudo o acesso aos cuidados, a questão dos direitos a que têm à posteriori, sejam doentes que tenham necessidades depois, doenças oncológicas, ou necessidades de transporte, de serem devidamente informados (...)” (E1) A última entrevistada afirma que, atualmente já se nota uma

população mais informada no que respeita aos seus direitos, apesar de o mesmo não se verificar nos utentes mais idosos.

“Eu verifico que embora a população atualmente seja uma população mais informada, mais reivindicativa (...) também existe uma franja da sociedade maioritariamente idosa, e os utentes no serviço de urgência com 80, 90 e 100 anos são cada vez mais, e esta população sim, desconhece os seus direitos (...) porque são pessoas isoladas, porque não têm familiares que consigam reivindicar os seus direitos por eles. Portanto até faria sentido que esta franja da sociedade fosse também triada por nós, Serviço Social. Isto é humanamente impossível (...), mas seria interessante. No serviço de urgência existe uma triagem feita pelas equipas de Enfermagem e nós vamos atuar apenas naqueles que à partida têm um critério ou outro que deva acionar a nossa intervenção. Mas também seria interessante fazermos à semelhança do que se faz no internamento que fazemos a triagem de todos, seria interessante também fazer isto em contexto de urgência.” (E5)

A urgência é o lugar onde se dá o inesperado e o Assistente Social deve estar preparado para atender os diversos conflitos e orientar os utentes em relação aos seus direitos sociais, bem como para a resposta mais adequada às suas necessidades (Anjos, *et al*, 2004). No entanto, por se tratar de um contexto de urgência, existe a condicionante do tempo que, na maioria das vezes é insuficiente.

“Creio que na medida do possível e que será sempre insuficiente (...) num serviço de urgência geral, são dadas informações muito de carácter geral, sobre alguns direitos. Há utentes que seria preciso dar maior informação e salvaguardar alguns direitos que não é possível devido ao curto espaço de tempo em que estão connosco e da sua incapacidade também de assimilar as informações que temos para dar.” (E2)

### **6.1.Participação ativa do utente/família**

Respeitar o doente na sua individualidade, dignidade e vontade, sem impor os conceitos e preconceitos culturais e morais de cada profissional, constitui um princípio básico a ter em conta neste processo. O objetivo não deve ser o de “mentalizar” o doente para determinado modo de vida ou o de impor um modelo de bem-estar, uma vez que o conceito de bem-estar é culturalmente relativo e subjetivo. Por esse motivo, a prática do Assistente Social só fará sentido se tiver como objetivo consciencializar (e não mentalizar) e auxiliar o doente na procura do que considera ser o seu bem-estar (Rodrigues, 2000).

“(...) os utentes têm sempre uma participação ativa. O utente decide o plano, portanto, desde que esteja consciente e orientado, nós fazemos essa intervenção (...) quando o doente não está capaz de tomada de decisão, aí temos que definir com a família (...) agora, o utente tem sempre essa

participação ativa e eles têm que ser envolvidos no processo.” (E1)

O utente, como ser humano tem o direito e o dever de se desenvolver e contribuir para a capacitação de si próprio e dos outros tendo como fim último o bem-estar pessoal (Marques e Johnson, 1999). Carvalho (2003) defende ainda que o Serviço Social hospitalar, adquire um carácter emancipador para o doente e família, uma vez que os coloca no centro da decisão, estabelecendo-se uma relação profissional de segurança, no qual a ação profissional valoriza a dimensão humana. Neste sentido é realçada a participação ativa do utente, bem como da família.

“Na minha opinião, o utente e a família devem sempre ser envolvidos no plano de intervenção. É algo que vai mudar na vida dele. E família porque à partida será a rede de suporte informal e quem tem que prestar alguma vigilância... e sim, devem participar, devem transmitir-nos qual a sua vontade, se concordam, se não (...)” (E4)

## **7. Obstáculos à intervenção do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral**

Um dos obstáculos mencionados está relacionado com o fator tempo, nomeadamente com a exigência de encontrar respostas imediatas:

“Os principais obstáculos (...) no decorrer da minha intervenção, está relacionado com o facto de termos de dar uma resposta, quase que imediata (...) no meu ponto de vista, a nossa intervenção não tem uma resposta num prazo de um dia, 24h. Não existe, porque estamos a falar de um utente: um utente que tem uma história, que envolve família, que envolve vizinhos, pode envolver ou não instituições, e nós temos que apurar toda a informação possível para termos a informação mais real daquela pessoa.. para então conseguirmos aqui, trabalhar bem a situação (...)” (E4)

“No serviço de urgência geral os principais obstáculos são o fator tempo, uma resposta célere que vá de encontro aquilo que a minha instituição pretende. Ao fim ao cabo eu estou cá para garantir os direitos dos utentes, mas também para não permitir que o hospital de um momento para o outro fique cheio de situações sociais para resolução, portanto tenho que ser rápida a resolver.” (E5)

“(…), portanto aqui os obstáculos, acho que é o curto espaço de tempo para resolver situações demasiado complexas. Às vezes são situações que carecem de uma sinalização ao Ministério Público e, portanto, terá de ser um trabalho mais formal, mas entretanto, tenho uma lista de dez doentes que também precisam de uma resposta célere e daqui a importância de não estar um elemento sozinho a trabalhar.” (E5)

O isolamento do profissional, a acumulação de serviços a que o técnico tem que dar resposta em simultâneo, bem como aos inúmeros pedidos que podem cumprir os critérios de risco social,

ou não: “O técnico está isolado. A urgência é um sítio muito complexo para se trabalhar como único elemento” (E2)

“(…) Há dias que preciso vir reunir com os colegas para me ajudarem a pensar porque há situações complexas em que eu sozinha não consigo solucionar o problema por diversas razões. Deste modo, eu acho que o principal obstáculo é muitas vezes me sentir sozinha naquilo que estou a fazer e precisar de vir reunir com a colegas.” (E5)

“Dependemos dos pedidos que (...) vêm dos médicos, do exterior, das famílias, dos utentes, dos especialistas, internamente de outros doentes porque também trabalhamos em simultâneo noutros serviços, portanto, damos uma resposta ao serviço de urgência como único técnico, asseguramos em simultâneo, serviços de internamento. Temos tarefas administrativas com dois programas informáticos. (...), portanto temos uma equipa assoberbada, a querer respostas, as articulações intra, portanto internas, entre os múltiplos intervenientes são os que nos consomem a maior parte do tempo. Escrevemos, registamos e simultaneamente temos que estar a dar feedback a todos os serviços, seja o serviço informativo, seja à família, seja à polícia, seja a colegas da comunidade (...)” (E2)

São também referidas algumas situações em que é solicitada a colaboração da Assistente Social por questões como a perda das chaves de casa ou do telemóvel:

“Podem-nos referenciar um doente com alguns indicadores de risco, ou apenas um doente que perdeu uma placa ou um telemóvel e vai demorar imenso tempo.. ou um utente que saiu sem uma chave e que volta para cá no mesmo dia e que fica mais alguns dias internado se não descobirmos a dita chave” (E2)

A rotatividade das equipas de serviço de urgência e a falta de trabalho em equipa multidisciplinar:

“(…) sendo que estas equipas estão sempre a mudar, a equipa de Enfermagem, a equipa Médica e nós vamos ter de ir explicando a todos os intervenientes o porquê de esta pessoa ainda estar cá, apenas para resolução de uma situação social, tornando-se um trabalho às vezes um bocadinho repetitivo, às vezes com alguns conflitos porque faz parte (...)” (E5)

Estes conflitos mencionados pela profissional, estão relacionados pelo facto de o Serviço Social agir para atingir, simultaneamente, os objetivos específicos, da instituição, da organização e os da profissão, o que resulta numa dinâmica complexa e por vezes tensa (Guerra, 2019).

Destacam-se também situações de recusa de alta e falta de respostas na comunidade associadas à situação económica dos utentes e seus agregados:

“Temos famílias a recusar altas (...); quando procuramos apoios na comunidade não haver resposta para que possamos encaminhar e orientar as famílias (...) Temos a parte económica das famílias que também em regra geral é um grande obstáculo, portanto, hoje em dia aparecem-

nos famílias com um salário muito abaixo (...) são agregados que não têm rendimentos para fazer suprir às necessidades” (E1)

“Acima de tudo, situações de demência, recusa de alta por parte da família e alteração de grau de autonomia” (E3)

Todas as entrevistadas consideram não haver um espaço adequado para atendimento a utentes/famíliares: “(...) não existe um gabinete ou um espaço adequado para fazer o atendimento.” (E3). Esta situação pode levantar outras questões como por exemplo, a salvaguarda da privacidade do utente.

“(...) estou a pensar, por exemplo, na sala de inalatórios quando vamos fazer uma triagem e se aquele doente estiver autónomo, conseguimos levá-lo para um local mais calmo, mais recatado, para termos alguma privacidade, mas isto nem sempre é possível. Se for um doente dependente eu deparo-me a fazer entrevistas às vezes no meio de macas, de cadeirões. Isto é complexo (...) é claro que o tentamos todas fazer com um máximo de discrição possível, mas isto não é correto. Devíamos ter um local para atender estes doentes, uma sala onde só estivéssemos os dois a falar, e de facto isto não se verifica.” (E5)

“Os atendimentos começam no corredor, em pé, perante outros utentes e outras famílias. São feitos em contextos maus, ao pé de doentes (...) O técnico não tem um gabinete, um espaço próprio para atendimento, para salvaguardar, para que possa ser mais sigiloso. Situações mais sensíveis, nomeadamente violência doméstica e situações de conflitos são tratadas em corredor ou em balcão. Na medida do possível tentamos sempre encontrar um cantinho, um espaço mais reservado, mas não é muito fácil de encontrar e acaba por ser um atendimento com uma grande exposição a outros.” (E2)

Neste sentido, outra questão também levantada está relacionada com a segurança dos profissionais. A entrevistada dá como exemplo uma situação em que foi roubada por um utente:

“(...) não temos uma sala em que possamos falar com a família e o utente com segurança, porque nem sempre as famílias são fáceis e são situações calmas. Algumas das situações são complicadas e precisamos daqui de alguma ajuda da equipa de segurança e não temos esse espaço e depois, por isso, acontecem inconvenientes, não é? Por ter sido roubada por um utente, que supostamente veio às nossas infraestruturas para falar comigo, não é? Podia ter acontecido pior.” (E4)

As Assistentes Sociais têm acesso a uma sala, no entanto esta tem que ser partilhada pelos restantes profissionais, pelo que estão condicionadas pela disponibilidade da mesma. Conforme aponta uma das entrevistadas, por vezes acontecem interrupções dos atendimentos por outros profissionais que também precisam de utilizar a sala, o que pode provocar alguns constrangimentos.

“(…) o nosso gabinete, portanto é partilhado com uma equipa de ECG<sup>5</sup>, embora tenhamos uma sala de chamada de “sala de más notícias” onde podemos atender pessoas sim, mas essa sala é utilizada por todos os profissionais do serviço de urgência, inclusive para a equipa Médica transmitir o óbito ou transmitir alguma situação clínica. Nós próprios já fomos confrontadas: estar a atender famílias e a equipa da psiquiatria bater-nos à porta e perguntar se estamos muito demoradas e, pronto, são coisas que acontece com muita frequência.” (E1)

### **7.1. Propostas estratégicas para colmatar os obstáculos à intervenção**

As Assistentes Sociais entrevistadas reconhecem algumas possíveis estratégias que poderiam ajudar a colmatar as necessidades identificadas anteriormente. A primeira passa por a identificação precoce da problemática social por parte da equipa clínica a fim da sinalização chegar ao SS, o mais atempadamente possível. “A sinalização atempada por parte da equipa” (E1).

“Uma delas (…) é ter precisamente, na altura da triagem, ou no primeiro contacto da equipa Médica, ou Enfermeiro com o utente, tentar perceber se existe ali alguma fragilidade especial e referenciar no imediato ao Serviço Social (...)” (E4)

Ou até a criação de uma triagem social, no entanto, por falta de recursos humanos esta hipótese não pode ser equacionada:

“Outra estratégia possível será, (mas no meu ponto de vista não é exequível, porque o nosso trabalho no serviço de urgência é muito e tem que ser feito de uma forma muito rápida) era de alguma forma termos, tipo uma triagem do Serviço Social, mas claro, não só com uma pessoa num serviço de urgência, não é?” (E4)

As entrevistadas consideram que seria importante o reforço da equipa de Serviço Social a apoiar o SU, dadas as situações de grande fragilidade e com necessidade de respostas urgentes.

“E outra coisa muito importante, como é obvio temos falta de recursos humanos, não é? Portanto, neste momento temos só uma pessoa na urgência, é rotativo sim, mas é muito importante haver dois elementos na equipa do serviço social para tentar responder às situações. São situações muito frágeis, são respostas urgentes e que não são imediatas.” (E1)

Para além da estratégia de aumentar a equipa, é também referida a necessidade de desenvolvimento de competências pessoais.

“(…) num serviço de urgência devia estar uma equipa com pelo menos dois elementos. Acho que isto seria importantíssimo, pelo menos para fazermos um bom trabalho, para não estarmos em constante pressão, para conseguirmos desempenhar um bom trabalho. Se tivessem duas

---

<sup>5</sup> Eletrocardiograma. Nome utilizado para os Técnicos Superior de Diagnóstico e Terapêutica – Cardiopneumologistas.



colegas, acho que seria importantíssimo. Infelizmente as nossas estratégias estão sempre dependentes de terceiros, e eu sinto que seria, sem dúvida melhor técnica se eventualmente na comunidade as respostas fossem realmente mais rápidas. Não são, portanto como não são, eu vou ter de arranjar aqui uma estratégia que passa muitas vezes pela rede de vizinhança - pela nossa capacidade de negociar com utentes, com famílias e isto são estratégias que nós vamos adquirindo com o passar do tempo. Eu acho que me tornei muito mais capaz de negociar agora do que quando cheguei há quatro anos atrás, não é? tinha esta dificuldade e percebi que estou em constante campo de negociação. Eu estou constantemente a fazer negociações com famílias, com colegas, com parceiros hospitalares como Enfermeiros, Médicos.” (E5)

Ao longo da sua intervenção, o Assistente Social depara-se com fatores inerentes ao exercício das suas funções, sendo que estes passam não apenas pela mediação de relações interpessoais, mas também ao nível organizacional, nomeadamente na gestão de tensões, resolução de problemas, procura de recursos e criação de métodos de intervenção (Serafim e Santo, 2012). Na visão da segunda entrevistada, era necessária a criação de linhas de orientação para os Assistentes Sociais a trabalhar neste contexto: definição das prioridades e indicadores de risco. Também considerando que as estratégias passam pelo desenvolvimento de competências técnicas e pessoais. No atual contexto de intervenção, marcado por rápidas mudanças, riscos e incertezas, onde é crescente a procura por inovações e pela capacidade de tomar decisões imediatas, sem apoio em normas preestabelecidas, a habilidade para questionar, refletir e reconstruir é um dos recursos mais preciosos (Guerra, 2019).

“As estratégias não podem ser do técnico de Serviço Social (...) têm que ser duma equipa e têm que ser de uma coordenação que oriente e que especifique um pouco melhor as tarefas que este técnico tem que fazer. (...) que tenha definido melhor o que é que se deve fazer num serviço de urgência. O que é que implica atender um utente em contexto urgência? Quais são as prioridades? E tudo isto devia estar escrito: indicadores de risco, prioridades, tarefas. (...) a estratégia acaba mais por ser do próprio técnico. É as capacidades intrínsecas a cada técnico que resolvem não só (...) as capacidades técnicas, mas sobretudo os pessoais (...) cada um, de pesquisa, de investimento, de procura de soluções, de reuniões e de ajuda do doente para além daquilo que seria impotável a um técnico de Serviço Social.” (E2)

Também é apontada como estratégia questões mais do âmbito político, direcionado para os serviços da comunidade:

“Como estratégia, eu penso que o hospital (mas isto são questões políticas) eu penso que o serviço de urgência, tem que se voltar para o exterior, para os serviços da comunidade e que articular e planear altas a partir do serviço de urgência com a comunidade, para mim é grande lacuna do serviço de urgência.” (E2)

“É no fundo reunir com esses serviços, nomeadamente, a ação local de Segurança Social de Oeiras como também da Santa Casa da Misericórdia: fazê-los ver que quando um doente está num Serviço de Urgência Geral, deve existir um caminho ou uma espécie de via verde para, automaticamente as equipas estarem preparadas para nos darem apoio na resolução do problema. Acima de tudo essa é a grande estratégia.” (E3)

Para que uma intervenção seja eficiente e eficaz, é indispensável reforçar as instituições e as redes da comunidade e atribuir-lhe os recursos e as competências necessárias para que se possam desenvolver e assegurar a continuidade de cuidados segundo *standards* de qualidade. Isso implica, para além de investimentos significativos a nível local, na constituição das redes complementares, um enorme esforço, por parte dos profissionais e serviços, para ultrapassar visões compartimentadas e abordagens unívocas, em benefício de verdadeiras parcerias, tendo por objetivo fundamental a resposta às necessidades das populações (Mariguêsa, 2002)

## **8. Desafios à intervenção do Assistente Social**

No que respeita aos desafios, as Assistentes Sociais afirmam existirem diversos, sendo um deles o encontro de resposta adequada em tempo útil. “Desafios são bastantes, em termos de Serviço social há vários desafios, portanto o acompanhar as situações e o tentarmos resolver. A sinalização em si já é um desafio, portanto, responder dentro do *timing*.” (E1)

Outro desafio apresentado está relacionado com a diversidade de situações, que consequentemente, exigem preparação para intervir.

“Os desafios são constantes, eu acho que a nossa profissão é muito apaixonante, e apaixono me cada vez que sinto a diversidade a entrar no meu campo de ação. Eu não gosto de um trabalho repetitivo, gosto de coisas diferentes. A urgência apaixona me por isto, porque as situações são complexas, são diferentes e acho que este é o grande desafio, é perceber que consigo ser transversal, muitas vezes com sucesso outras vezes com insucesso, mas o desafio é mesmo este: ir me adaptando à sociedade, (...) noto que só mesmo quem passa pelo serviço de urgência nota como a sociedade está a mudar, como as famílias estão cada vez mais reivindicativas.” (E5)

É inegável que estamos a viver um período histórico marcado por transformações que afetam diretamente o conjunto da vida social, incidindo fortemente sobre as profissões e as formas de trabalho social e respetivas áreas de intervenção (Guerra, 2019). Outra entrevistada destacada ainda como desafio, a reflexão acerca das problemáticas para que sejam identificadas fragilidades de forma a transmiti-las aos parceiros.

“Os desafios são olharmos para cada caso e vermos o que é que podemos fazer de melhor com aquela situação e no fundo fazermos ver às equipas do exterior que quando o doente está no

serviço de urgência, a resposta tem de ser imediata ou celeremente revolvida porque senão lá está, temos que ficar com os doentes no serviço de urgência desnecessariamente.” (E3)

Neste sentido, outra Assistente Social, considerava importante a elaboração de projetos com as instituições do exterior, bem como *follow up* das mesmas.

“Faltava-nos o conhecimento, a articulação, os projetos com o exterior e o *follow up* das nossas situações. Os utentes vão para o exterior, (...) até podem ter tido um bom acompanhamento e uma boa solução do ponto de vista do imediato, mas depois perde-se a continuidade (...) e o doente volta a ser internado. Os reinternamentos no serviço de urgência é muito oneroso para o doente, sobretudo para a família e para os técnicos que voltamos a trabalhar a mesma situação e passado alguns meses, verificamos que está no mesmo ponto ou pior, com grandes retrocessos (...)” (E2)



## CONCLUSÃO

A presente investigação iniciou-se com a pergunta de partida: “*Quais os obstáculos e desafios que se colocam à intervenção do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral?*”. O objetivo geral prendeu-se com a compreensão e análise do papel do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral, mais especificamente, no que diz respeito à intervenção junto dos utentes/famílias. Perceber ainda a sua interação em equipa multidisciplinar e com as instituições locais e por fim, identificar e analisar os desafios que enfrentam face às inúmeras exigências colocadas e as dificuldades que encontram no seu quotidiano profissional, tanto ao nível intra, como interinstitucional.

O Serviço Social na saúde apresenta-se com um papel relevante para os ganhos na situação da saúde da população, no acesso aos cuidados de saúde e na qualificação e humanização dos serviços. As profundas transformações da sociedade e os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde colocam o Assistente Social, perante um campo complexo que requer um processo de permanente adaptação a renovadas missões no seu campo de jurisdição profissional e no âmbito de um exercício multidisciplinar e multiprofissional (Guerra, 2019).

Em contexto de Urgência, o Assistente Social encontra-se perante uma população envelhecida, dependente e profundamente afetada pela pobreza. Condicionado pela dinâmica característica do Serviço de Urgência, o profissional exerce a sua atividade numa complexificação de intervenção, decorrente da situação de carência das pessoas, das famílias e das instituições, percebendo-se como indispensável priorizar a atenção à população mais vulnerável.

Através da análise, foi possível apurar que os motivos pelos quais é solicitada a intervenção do Assistente Social não seguem indicadores de risco, nem diretrizes o que faz com que exista uma grande disparidade de motivos, uns com relevância, outros nem tanto, originando que a intervenção social por vezes, extrapole em muitos os limites do profissional, bem como do próprio hospital.

Pelas Assistentes Sociais, foram destacadas as problemáticas sociais mais recorrentes no Serviço de Urgência: a) utentes em situação de sem-abrigo ou abuso de drogas e álcool b) inúmeras situações de isolamento social, dependência de terceiros e falta de redes de suporte; c) Situações previamente acompanhadas e integradas na comunidade, que em dado momento, necessitam de transitar para outra valência, mas por falta de resposta ou vagas, não é possível de forma imediata.

Algumas situações com um grau de complexidade maior, têm que permanecer em contexto hospitalar mesmo após alta clínica (protelamento por motivos sociais) sendo necessário até em

alguns casos, o seu internamento protetor para resolução social. Apesar dos motivos serem diversos e variáveis, estes centram-se essencialmente, na insuficiência de condições e recursos dos utentes/família ou até mesmo a nível comunitário, pelo tempo de espera das respostas, pela inexistência de vagas ou a inadequação dos recursos. A falta de recursos na comunidade e inadequação dos mesmos, pode estar também na origem das readmissões dos utentes. Apesar de ultrapassar as competências do hospital, este acaba por assumir estas situações como forma de proteção do cidadão. Desta forma, trabalhar no serviço de urgência implica identificar logo que possível, situações de fragilidade social que possam condicionar a alta hospitalar do utente.

Apuramos que o suporte social desempenha um fator crucial na saúde, não só física, como também emocional dos utentes, uma vez que é através desta que garantimos a integração social com planeamento de cuidados, evitando o seu isolamento social. Assim, quer seja para planeamento de alta com suporte familiar ou institucional, a família assume um papel de destaque, sendo realçada a participação ativa do utente, bem como da própria família em todo o processo. É notória a crescente preocupação pelo respeito dos direitos do utente e a consequente proteção das pessoas em situação mais vulnerável.

No planeamento de alta, o Assistente Social trabalha em constante interação quer, a nível interinstitucional, com os diversos serviços da comunidade, quer a nível intra, junto da equipa clínica, tendo ainda a necessidade de recorrer a outras colegas de diferentes áreas de atuação para discussão e partilha acerca de problemáticas mais específicas.

Na área da saúde coexistem profissionais de diferentes áreas disciplinares, ainda que todos prossigam o mesmo objetivo: a melhoria das condições de saúde e a promoção do bem-estar da população (Guerra, 2019). Apesar de não ser uma opinião unânime, a maioria das entrevistadas considera que subsiste uma falha no que respeita ao trabalho em equipa multidisciplinar, que é ainda marcado por visões compartimentadas por parte dos diferentes profissionais que compõem o SUG. Esta perspetiva apesar de ainda presente, tem vindo a sofrer alterações com a presença dos elementos mais jovens que estão mais atentos a esta questão. Segundo Guerra (2019), a colaboração interdisciplinar tem enormes potencialidades e vantagens para a intervenção, sendo o seu objetivo reunir diferentes olhares profissionais para refletir sobre as necessidades/problemas de um doente, reconhecendo que diferentes saberes disciplinares trazem diferentes conceitos, atitudes, valores, habilidades e orientações de serviço para as deliberações sobre o que pode ser melhor para o doente e sua família, num dado contexto. Os Assistentes Sociais têm conquistado uma renovada dimensão, considerando que a componente social é indispensável da própria doença e implica diretamente com ela, no entanto ainda há um caminho necessário a percorrer neste sentido. Dado que a base de trabalhar

num hospital trata-se de um processo de interação entre profissionais, é cada vez mais emergente pensar no trabalho multidisciplinar como prioritário para fazer frente à complexidade dos problemas e que desta forma, se consiga proporcionar uma intervenção mais eficaz para cada situação.

Os Assistentes Sociais ao longo da sua prática em contexto de Urgência, mencionaram diversos obstáculos, indo estes em resposta à pergunta de partida da investigação:

- O fator tempo pela exigência de encontro respostas imediatas;
- O isolamento do profissional, associado à acumulação de serviços a que o técnico tem que dar resposta em simultâneo;
- Pedidos de colaboração que não cumprem critérios de risco social (questões como a perda das chaves de casa ou do telemóvel);
- A rotatividade das equipas de serviço de urgência e a falta de trabalho em equipa multidisciplinar;
- Falta de respostas na comunidade associadas à situação económica dos utentes e seus agregados;
- Falta de um espaço adequado para atendimento a utentes/familiares;
- Os encaminhamentos sociais cada vez mais burocráticos;

Todos estes fatores fazem com que seja necessário um esforço acrescido pelo profissional para atenuar as fragilidades do sistema. As Assistentes Sociais entrevistadas reconhecem algumas estratégias que poderiam ajudar a colmatar as dificuldades identificadas anteriormente. A primeira passa pelo reforço da equipa de SS a apoiar o SUG dadas as situações de grande fragilidade e com necessidade de respostas urgentes. Um fator facilitador seria também a identificação precoce da problemática social por parte da equipa clínica a fim da sinalização chegar ao SS, o mais atempadamente possível ou até mesmo a criação de uma triagem social. Outra estratégia passaria pela criação de linhas de orientação: definição das prioridades e indicadores de risco. O desenvolvimento de competências técnicas e pessoais também surge como relevante na preparação do profissional para conseguir responder à diversidade e complexidade de situações, uma vez que o planeamento de alta é um trabalho árduo que exige decisões rápidas e eficazes. Foram ainda mencionadas estratégias mais de âmbito político, direcionadas para os serviços da comunidade.

Trabalhar com uma população maioritariamente idosa e em situação de dependência, para as quais nem sempre há resposta, torna-se um verdadeiro e constante desafio ao Serviço Social em contexto de Urgência. Há uma diversidade de situações, onde as problemáticas

sociais cada vez mais se complexificam, exigindo preparação do profissional para intervir de forma adequada. O Assistente Social sente assim, necessidade de pensar e repensar a sua prática aos diferentes níveis de intervenção, tonando-se este o grande desafio. Esta reflexão acerca das problemáticas leva também a que sejam identificadas fragilidades de forma a transmiti-las aos parceiros.

O Assistente Social a trabalhar no Serviço de Urgência, tem um papel importante no apoio à alta clínica, investindo para isso na capacitação, mobilização e agilidade de negociação com as famílias e ainda, de mediação inter e intrainstitucional célere e resiliente com o objetivo de colmatar as necessidades detetadas junto dos utentes, permitindo que os mesmos tenham alta em segurança e bem-estar.

Analisando o perfil dos utentes a necessitar de intervenção social, bem como as dificuldades da intervenção do Assistente Social, torna-se premente a reflexão acerca das respostas da comunidade para que estes sejam mais flexíveis e adequadas a cada situação permitindo a transição do hospital para o domicílio com as devidas condições asseguradas e respetiva qualidade de vida. Sendo que neste sentido, no que diz respeito à articulação entre o Assistente Social hospitalar com estes serviços, seria interessante pensar numa lógica de trabalho mais estreito e de partilha, podendo resultar numa mais valia em termos de qualidade de atendimento, acompanhamento e na escolha mais estratégica de recursos, bem como, da rentabilização dos mesmos.

Este estudo levanta algumas questões para reflexão: sendo que a população está cada vez mais envelhecida, em situações de dependência e conseqüentemente necessidades mais específicas e complexas, não será emergente repensar nos apoios disponibilizados a estes utentes? Será suficiente, o esforço feito pelo profissional, em procurar ajustar os apoios dentro da possibilidade dos mesmos? Neste momento contamos com a família para colmatar muitas das falhas institucionais, mas até quando será possível? Continuará a família a assumir este papel? Cada vez se nota mais a necessidade de familiares recorrerem apoios a institucionais. Estarão as instituições preparadas para dar resposta a este aumento da procura? Continuarão as unidades hospitalares a ter capacidade para proteger as situações que não têm resposta nos serviços da comunidade?

Torna-se emergente repensar nas medidas adequadas à garantia dos cuidados de saúde, quer prestados pela família, quer pelas instituições.

As dificuldades apresentadas neste estudo têm um impacto direto e imediato nos profissionais de saúde, mais concretamente, nos assistentes sociais que diariamente lidam e tentam contornar



as limitações com que se deparam para garantir cuidados de saúde adequados aos utentes no pós alta hospitalar.

Seria interessante, em futuras investigações, incluir a perspetiva do utente/família, bem como, dos profissionais de outras áreas e também alargar o estudo a outros Centros Hospitalares.



## BIBLIOGRAFIA

- Amaro, Inês (2015), *Urgências e Emergências do Serviço Social: fundamentos da profissão na contemporaneidade*, Lisboa, Universidade Católica Editora.
- Acosta, Aline Marques e Lima, Maria Alice Dias da Silva (2013), “Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa”, *Revista Eletrônica de Enfermagem*.
- Anjos, Kátia *et al.* (2007), “Pacientes Vítimas de Violência de trânsito: Análise do Perfil Socioeconômico, características do acidente e intervenções do Serviço Social na Emergência”, São Paulo, Nº5.
- Barros, Pedro (2013), *Pela Sua Saúde*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos, citado por Costa, Joana Bénard (2014), *Na Urgência*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Beaton, R. *et al* (1998) “Exposure to duty related incidents stressors in urban firefighters and paramedics”, *Journal of Traumatic Stress*, Nº 11.
- Beneveniste, D. (2000), “Intervención em Crisis Después de Grandes Desastres Trópicos” *La revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*, VIII, 1-6, citado por Samantha Dubugras Sá *et al.* (2008) “Crisis intervention”, *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Volume 4, Nº 1
- Valera, Rangel e Ruth Turrini (2008), “Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência”, *Ciencia y Enfermeria*, São Paulo.
- Branco, Francisco e Maria Farçadas. (2012), *O serviço Social nos cuidados de saúde primários: contexto, perspectivas e desafios*, Lisboa, Pacto.
- Bryman, Alan (2004), *Social Research Methods*, Oxford, University Press.
- Caiano, Paula (2005), “Políticas de Saúde: Envelhecimento e Cuidados Continuados”, *Revista Intervenção Social*, Nº 31.
- Campenhoudt, Luc Van (2003), *Introdução à análise dos fenómenos sociais*, Lisboa, Gradiva;
- Campos, António (2008), *Reformas da Saúde*, Coimbra, Almedina.
- Carvalho, Maria Irene *et.al* (2012), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Editora Pactor.
- Carvalho, Maria Irene (2003), “Reflexões sobre a profissão do serviço social em contexto hospitalar”, *Revista de Intervenção Social*, Nº 28.
- Creswell, John (1994), “Qualitative and Quantitative Approaches”, Thousand Oaks, Sage Publications, citado por Coutinho, Clara (2014), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*, Coimbra, Almedina.
- Coutinho, Clara (2014), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*, Coimbra, Almedina.
- Coutinho, Clara (2005), *Percursos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal: Uma abordagem Temática e metodológica a publicações científicas*, Braga, Universidade do Minho.
- Costa, Joana Bénard (2014), *Na Urgência*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Costa, Jorge e Maria Dulce Gonçalves (2015) A extrema vulnerabilidade na transição dos cuidados hospitalares para o domicílio: uma análise sobre determinantes sociais na saúde. *Revista Intervenção Social*, Lisboa, nº 42/45.
- Dibai Márcia e Nálega Cade (2009), “A experiência de acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar”, *Revista Enfermagem*, Rio de Janeiro.
- Denise Jodelet (2014), *A contribuição do estudo das representações sociais no campo da saúde e Psicologia Social da Saúde*, Investigação e intervenção em Portugal – Volume 1, Lisboa.
- Ferreira, Magda e Laura Lunardi (2006), “Estratégias do Serviço Social para atenuar o sofrimento e

- tornar a ajuda ao paciente mais humana”, *Revista Bioética*, Nº1.
- Fortin, Marie-Fabienne (1999), *O processo de investigação da conceção à realização*, loures, Lusociência.
- Fortin, Marie-Fabienne (2003), *O Processo de investigação*, Loures, Lusociência.
- Fulbright, Sydney (2010), “Rates of depression and participation in senior center activities in community-dwelling older persons” *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Nº 17.
- Giseçe, O’Dwyer *et al* (2008) “Avaliação dos Serviços Hospitalares de Emergência do Estado do Rio de Janeiro” *Ciência e Saúde Coletiva*, Nº 005, Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- Gonçalves, M, (2011), *Mulheres, famílias e adaptação. Procurando luz no túnel da depressão Major*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem ao Instituto de Ciências Biomédicas, Porto, Abel Salazar da Universidade do Porto, citado por, 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
- Guadalupe, Sónia (2011), “Anotações Cronológicas sobre a trajetória do Serviço Social no Sistema de Saúde em Portugal”, *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP Campinas, Nº 12.
- Guerra, Inês (2019), *O que é o Caso Social?*, Lisboa, Universidade Católica Editora.
- Guerra, Isabel Carvalho (2006), *Pesquisa Qualitativa e análise de conteúdo – sentido e formas de uso*, Editora Príncipia.
- Hespanha, António (1994), Os sistemas Informais de apoio aos Idosos: Um estudo de caso. *Actas do Congresso da Semana do Idoso, Envelhecer: Os Desafios do Século XXI*, Porto.
- Instituto da Segurança Social, I.P. e Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2015) “Manual de Articulação – Saúde e Segurança Social – para Planeamento das Altas Hospitalares”, Lisboa
- Krippendorff, klaus (2004), *Content analysis: An introduction to its methodology*, thousand Oaks, CA Sage.
- Le Breton, (2005), “Antropologia do Corpo e Modernidade” Petrópolis, Editora Vozes. Citado por Denise Jodelet (2014), *A contribuição do estudo das representações sociais no campo da saúde e Psicologia Social da Saúde*, Investigação e intervenção em Portugal – Volume 1, Lisboa.
- Liria, A. F. e Veja, B. R. (2002), *Intervención en Crisis*, Madrid, Editorial Sintesis, citado por Samantha Dubugras Sá *et al.* (2008) “Crisis intervention”, *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Volume 4, Nº 1.
- Lopes, Maria Augusta *et al* (2012), “Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar”, em Maria Irene Carvalho (org.), *Serviço Social na Saúde*, Pactor.
- Mariguêsa, Maria Luísa (2000), “As redes de saúde e o serviço social hospitalar na Europa: O assistente social hospitalar mediador ou facilitador de novas parcerias”, *Revista de Intervenção Social* nº 25/26.
- Mariguesa, Maria Luís (2002), “As redes de saúde e do serviço social hospitalar na Europa: o assistente social hospitalar mediador ou facilitador de novas parcerias”, *Revista Intervenção Social*, Nº 25/26.
- Maroy *et al* (1997), *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*, Gradiva.
- Marques, Ana. e Branda Johnson (1999), “Com os pés bem assentes no ar” Ideia em projeto de um centro de apoio hospitalar. *Revista Intervenção Social*, Nº20.

- 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.
- Moreira, Carlos Diogo (2007), *Teorias e práticas de investigação*, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.
- Moreno, R. et.al. *Intervención Psicológica en Situaciones de crisis y emergências*, Madrid, Dykinson.
- Nações Unidas, Organização (1999), "Direitos Humanos e Serviço Social", Série Formação Profissional, Nº1.
- Olivar, Mónica e Vidal, Dolores (2006), "O trabalho dos Assistentes Sociais em Hospitais de Emergência", *Revista do Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Edição 92.
- Parada, E (2004), "Psicologia Comportamental Aplicada al Socorrismo Profesional", *Primeros Auxilios Psicologicos*, citado por, Samantha Dubugras Sá et al. (2008) "Crisis intervention", *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Volume 4, Nº 1.
- Rodrigues, António (2000), "O doente idoso e a intervenção do Assistente Social na Equipa de Saúde Hospitalar", *Revista de Intervenção Social*, nº 21.
- Samantha Dubugras Sá et al. (2008) "Crisis intervention", *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Volume 4, Nº 1.
- Sampaio, Catarina (2012) *Burnout, Engagement e sensation seeking em técnicos de ambulância de emergência do INE*, Dissertação de Mestrado, Porto, Universidade do Porto
- Sánchez, J. I. R. e Amor, J. L. M (2005), *Intervención Psicológica en las Catástrofes*, Madrid, Editorial Síntesis, citada por, Samantha Dubugras Sá et al. (2008) "Crisis intervention", *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Volume 4, Nº 1.
- Schutz, Alfred (1987), *Le Chercheur et le quotidien*, Paris, Méridiens Klincksieck, citado por Campenhoudt, Luc Van (2003), *Introdução à análise dos fenómenos sociais*, Lisboa, Gradiva;
- Campos, António (2008), *Reformas da Saúde*, Coimbra, Almedina.
- Serafím, Rosário; Santo, Maria (2012), "Criação e Validação de uma Escala de Complexidade da Intervenção Social com Adultos em Contexto Hospitalar (ECISACH)", *Intervenção Social*, Lisboa, Nº39.
- Serbim, Andreiavna et al (2013), "Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idoso usuários de um serviço de emergência", *Revista Gaúcha Enfermagem*, Nº 34.
- 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.
- Vettor, M. e Kosinski, A. (2000), "Work-stress and burnout in emergency medical thecnicians and the use of early recollectious", *Journal of employment Counseling*, Nº 37, citado por Sampaio, Catarina (2012) *Burnout, Engagement e sensation seeking em técnicos de ambulância de emergência do INE*, Dissertação de Mestrado, Porto, Universidade do Porto.
- Victoria C. G et al. "Técnicas de pesquisa" em Victoria C. G. (2000), *Pesquisa Qualitativa em Saúde*, Porto Alegre, Tomo Editorial, citado por, Vilelas, José (2009), *Investigação – O processo de construção do conhecimento*, Edições Sílabo.
- Viscarret, Juan Jesús (2007), *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*, Madrid, Alianza editorial.
- Vilelas, José (2009), *Investigação – O processo de construção do conhecimento*, Edições Sílabo.

Wainrib, B. R. e Bloch, E. L. (2000), *Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma: teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer, citado por Samantha Dubugras Sá *et al.* (2008) “Crisis intervention”, *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Volume 4, Nº 1.

## **FONTES**

Artigo 64º da lei Constitucional nº 1/92 de 25-11-1992, Constituição da República Portuguesa.  
Circular Normativa nº 8/2002 do *Departamento de Modernização e Recursos de Saúde*  
Decreto Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro  
Decreto-Lei nº 11/1986, de 5 de Novembro  
Decreto-Lei nº 48 357, de 27 de Abril de 1968  
Lei nº 48/90 de 24 de Agosto  
Regulamento da Urgência Interna do Hospital de São Francisco Xavier – CHLO, EPE.  
Regulamento Geral sobre proteção de Dados nº 2016/679  
Regulamento Interno do Centro hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.  
Regulamento Interno do Serviço Social do CHLO, EPE, 2013.

## **FONTES ELETRÓNICAS**

Plataforma Online do chlo: <http://www.chlo.min-saude.pt>  
SciELO – A Scientific Electronic Library Online: <http://www.scielo.mec.pt/>

## ANEXOS

### Anexo A – Fatores de Risco

<b>PESSOAIS</b>	Viuvez recente Autoimagem negativa Inadaptação ao processo de envelhecimento Baixa escolaridade Baixos níveis culturais
<b>SOCIAIS</b>	Viver só Falta / impossibilidade de suporte familiar e social Exaustão familiar / cuidador Ter sido institucionalizado Deficiente / insuficiente participação na sociedade Falta / insuficiência de respostas sociais
<b>ECONÓMICOS</b>	Baixos rendimentos Ausência/insuficiência de outros recursos económicos para além dos rendimentos mensais
<b>SAÚDE</b>	Falta / insuficiência de serviços de saúde Múltiplos internamentos Patologia que condiciona a capacidade funcional Polimedicação Necessidade de cuidados clínicos no domicílio Doença terminal Doença prolongada Deterioração cognitiva Sedentarismo Hábitos aditivos Tentativos de suicídio Patologia psiquiátrica
<b>AMBIENTAIS E HABITACIONAIS</b>	Viver isolado Mudança de domicílio há menos de 12 meses Exposição às condicionantes ambientais (ondas de frio/calor) Falta ou inadequação das condições de habitabilidade Difícil acessibilidade

Fonte: Manual de Articulação – Saúde e segurança Social – para planeamento das Altas Hospitalares

Anexo B – Autorização da Coordenadora do Serviço Social do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e Oeiras

De 2/2/2018

Coordenador Serviço Social:

Não existem impedimentos, relativamente ao acesso pretendido, no âmbito da intervenção do Serviço Social.

Deixa aqui ser colocada suficientemente

ISCTE IUL

Instituto Universitário de Lisboa

A Exma. Coordenadora do Serviço Social do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

**Assunto:** Pedido de autorização de recolha e tratamento de dados relativos aos doentes admitidos no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Francisco Xavier, que foram sinalizados ao Serviço Social através do HCIS no decorrer do mês de janeiro e fevereiro de 2018, para efetivação da dissertação de Mestrado em Serviço Social. Solicita-se ainda autorização para realização de entrevistas a, pelo menos, 4/5 Assistentes Sociais que intervêm no Serviço de Urgência e a cerca de 10 utentes que, dentro de período acima descrito, foram alvo de intervenção do Serviço Social.

Exma. Dr.ª Maria Dulce Gonçalves,

Eu, Mafalda Bastos Sustelo, aluna de Mestrado em Serviço Social no ISCTE-IUL, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Maria João Pena, venho requerer anuência para a efetivação da minha tese de dissertação intitulada: "Principais obstáculos e desafios à intervenção do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral". Pretendo, com esta investigação, compreender o papel do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral, bem como a importância da sua intervenção junto do doentes e das suas famílias. Perceber e analisar quais os desafios que os Assistentes Sociais enfrentam face às inúmeras exigências colocadas e os obstáculos que sentem, tanto a nível intra como inter institucional.

Para o alcance do objetivo principal do presente estudo, será imprescindível realizar uma caracterização dos doentes admitidos no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Francisco Xavier com a finalidade de obter uma perspetiva das suas necessidades. Para tal, pretendo trabalhar as situações sinalizadas ao Serviço Social, através da plataforma HCIS, pelo que venho solicitar autorização de recolha e tratamento de dados dos doentes entrados no SUG, no decorrer do mês de janeiro e fevereiro de 2018. Os dados que se pretende recolher são:

- Motivo do pedido de colaboração do Serviço Social;
- Idade;



- Concelho de residência;
- Grau de dependência;
- Diagnóstico Social;
- Rede de suporte formal/informal;
- Diligências efectuadas/em curso;
- Data de admissão no Serviço de Urgência Geral;
- Data da intervenção do Serviço Social;
- Data da alta clínica;
- Data da alta hospitalar / transferência;
- Se existir protelamento de alta por motivos sociais, identificar causa/motivos;
- Apoios assegurados no pós alta hospitalar;
- Encaminhamento / resposta social.

Neste estudo, pretende-se ainda realizar entrevistas:

- i) a cerca de quatro/cinco Assistentes Sociais que exerçam funções no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Francisco Xavier. As entrevistas decorrerão mediante autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- ii) a cerca de dez utentes, que foram alvo de intervenção do Serviço Social no período de janeiro e fevereiro de 2018, sobre a apreciação que têm relativamente à intervenção de que foram alvo por parte do Assistente Social em contexto da sua vinda ao Serviço de Urgência. Também estas entrevistas decorrerão mediante autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este último item ainda a decidir mediante pertinência no decorrer do desenvolvimento do estudo proposto.

Prevê-se a realização das entrevistas presencialmente (no caso dos utentes que permaneceram internados) e/ou via telefone até maio/junho de 2018.

Importa ainda referir que a investigadora principal do presente estudo, encontra-se vinculada à instituição e exerce funções como Assistente Social no Hospital de São Francisco Xavier, estando adstrita ao Serviço de Hematologia e Serviço de Urgência Geral.

→ O presente estudo, será ainda submetido à CES (Comissão de Ética para a Saúde) do CHLO para aprovação.

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigadora principal, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras. Mais declaro que, no decorrer do estudo, serão respeitados os direitos humanos

e o estabelecido na lei, nos códigos deontológicos e nas recomendações constante nos documentos relativos à investigação.

Sem outro assunto, e na expectativa de vossas prezadas notícias, subscrevo-me com elevada estima e consideração,

Mafalda Bastos Sustelo (A Investigadora: Mafalda Sustelo - Nº Mecanográfico  
73751 / Nº de aluna do ISCTE-IUL 60362)

Lisboa, janeiro de 2018

**Anexo C – Autorização Diretora do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE**



À Exma. Diretora do Serviço de Urgência Geral do  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

**Assunto:** Pedido de autorização de recolha e tratamento de dados relativos aos doentes admitidos no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Francisco Xavier, que foram sinalizados ao Serviço Social através do HCIS no decorrer do mês de janeiro e fevereiro de 2018, para efetivação da dissertação de Mestrado em Serviço Social. Solicita-se ainda autorização para realização de entrevistas a, pelo menos, 4/5 Assistentes Sociais que intervêm no Serviço de Urgência e a cerca de 10 utentes que, dentro de período acima descrito, foram alvo de intervenção do Serviço Social.

Exma. Dra Gabriela Rodrigues,

Eu, Mafalda Bastos Sustelo, aluna de mestrado em Serviço Social no ISCTE-IUL, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Maria João Pena, venho requerer anuência para a efetivação da minha dissertação de mestrado intitulada: "Principais obstáculos e desafios à intervenção do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral". Pretendo, com esta investigação, compreender o papel do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral, bem como a importância da sua intervenção junto dos utentes e das suas famílias. Perceber e analisar quais os desafios que os Assistentes Sociais enfrentam face às inúmeras exigências colocadas e os obstáculos que sentem, tanto a nível intra como inter institucional.

Para o alcance do objetivo principal do presente estudo, será imprescindível realizar uma caracterização dos doentes admitidos no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Francisco Xavier com a finalidade de obter uma perspetiva das suas necessidades. Para tal, pretendo trabalhar as situações sinalizadas ao Serviço Social, através da plataforma HCIS, pelo que venho solicitar autorização de recolha e tratamento de dados dos doentes entrados no SUG, no decorrer do mês de janeiro e fevereiro de 2018. Os dados que se pretende recolher são:

- Motivo do pedido de colaboração do Serviço Social;

- Idade;
- Concelho de residência;
- Grau de dependência;
- Diagnóstico Social;
- Rede de suporte formal/informal;
- Diligências efectuadas/em curso;
- Data de admissão no Serviço de Urgência Geral;
- Data da intervenção do Serviço Social;
- Data da alta clínica;
- Data da alta hospitalar / transferência;
- Se existir protelamento de alta por motivos sociais, identificar causa/motivos;
- Apoios assegurados no pós alta hospitalar;
- Encaminhamento / resposta social.

Neste estudo, pretende-se ainda realizar breves entrevistas:

- i) a cerca de quatro/cinco Assistentes Sociais que exerçam funções no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Francisco Xavier. As entrevistas decorrerão mediante autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- ii) a cerca de dez utentes, que foram alvo de intervenção do Serviço Social no período de janeiro e fevereiro de 2018, sobre a apreciação que têm relativamente à intervenção de que foram alvo por parte do Assistente Social em contexto da sua vinda ao Serviço de Urgência. Também estas entrevistas decorrerão mediante autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este último item ainda a decidir mediante pertinência no decorrer do desenvolvimento do estudo proposto.

Prevê-se a realização das entrevistas presencialmente (no caso dos utentes que permaneceram internados) e/ou via telefónica até maio/junho de 2018.

Importa ainda referir que a investigadora principal do presente estudo, encontra-se vinculada à instituição e exerce funções como Assistente Social no Hospital de São Francisco Xavier, estando adstrita ao Serviço de Hematologia e Serviço de Urgência Geral.

O presente estudo, já foi apresentado à Coordenadora do Serviço Social do CHLO, Dr.ª Maria Dulce Gonçalves, que aprovou no dia 02/02/2018. Posteriormente, será também submetido ao Conselho de Administração e à CES (Comissão de Ética para a Saúde) do CHLO para aprovação.

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigadora principal, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras. Mais declaro que, no decorrer do estudo, serão respeitados os direitos humanos e o estabelecido na lei, nos códigos deontológicos e nas recomendações constante nos documentos relativos à Investigação.

Sem outro assunto, e na expectativa de vossas prezadas notícias, subscrevo-me com elevada estima e consideração,

Mafalda Bastos Sustelo

Lisboa, Fevereiro de 2018

(A Investigadora: Mafalda Sustelo - Nº Mecanográfico  
73751 / Nº de aluna do ISCTE-IUL 60362)

Nada a opor  
Autorizado  
J. Rodrigues  
23/2/18

Dr.ª Gabriela Rodrigues  
Directora Serviço Urgência  
C.H.L.O.

## Anexo D – Parecer favorável CES



Exma. Senhora,  
**Dra. Mafalda Bastos Sustelo**  
Assistente Social  
Serviço Social do CHLO  
Hospital de São Francisco Xavier  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

Nossa referência  
154 | CES – 2018

Exma. Senhora,  
Na sequência da entrada em vigor a 25.05.2018 do novo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) 2016/679, lembramos aos Investigadores Principais e Promotores de estudos que envolvam doentes do CHLO, os seguintes pontos:

1. O Consentimento Informado (CI) deve sempre traduzir uma manifestação de vontade livre, específica, informada e explícita.
2. Nos termos do Considerando (42) do RGPD, *“Para que o consentimento seja dado com conhecimento de causa, o titular dos dados deverá conhecer, pelo menos, a identidade do responsável pelo tratamento dos mesmos e as finalidades a que o tratamento se destina”*.
3. No que diz respeito à conservação e utilização de dados clínicos, estes serão guardados durante o período necessário à conclusão do estudo para que foram autorizados e não para fins de investigações futuras, a não ser que voltem a ser sujeitos a novo CI dos doentes envolvidos, tendo em conta o novo objetivo da investigação.
4. O Encarregado da Proteção de Dados (DPO) no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental é a Senhora Dra. Ana Luísa Caetano, nomeada pela Ordem de Serviço nº 16, de 14.09.2017.
5. No caso de estudos multicêntricos internacionais e/ou cujo Promotor seja uma Empresa Internacional, deverá existir um DPO sediado em Portugal, de modo a viabilizar os contactos dos titulares dos dados com aquele, conforme previsto no RGPD.
6. Os modelos de CI para estudos clínicos devem referir o nome e contacto do DPO.

Lisboa, 11 de junho de 2018.

A Presidente da CES do CHLO

**Prof. Doutora Maria Teresa Marques**



Comissão de Ética para a Saúde (CES) do CHLO  
Hospital de Egas Moniz | Rua da Junqueira, 126 - 1349-019 Lisboa  
Telefone: 210 432 665 | Correio eletrónico: [anavalho@chlo.min-saude.pt](mailto:anavalho@chlo.min-saude.pt)

Exma. Senhora,  
**Dra. Mafalda Bastos Sustelo**  
Serviço Social do CHLO  
Hospital de São Francisco Xavier  
  
Mestranda no ISCTE –  
Instituto Universitário de Lisboa

Nossa referência  
252/CES – 2018

Data  
03-10-2018

Nº Páginas  
2 (incluindo este)

Nº Anexos  
1

**Assunto:** Parecer favorável ao Projeto de Mestrado “Principais obstáculos e desafios à intervenção do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral”

Exma. Senhora,

Após reunião de 01 de outubro de 2018 e estando atualmente o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, informo que segue em anexo o **parecer favorável**.

Aproveitamos para chamar a atenção para o facto de o CHLO ter uma nova DPO, Dra. Maria João Lupi, nomeada a 02 de outubro de 2018.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



**Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques**

MARIA TERESA MARQUES  
Presidente da Comissão  
de Ética para a Saúde



**Comissão de Ética para a Saúde**

N.º Registo no RNEC: 20170700050

**PARECER**

Projeto de Mestrado,

Título: "Principais obstáculos e desafios à intervenção do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral"

Investigadora Principal: **Dra. Mafalda Bastos Sustelo** (Serviço Social do CHLO – HSFX | Mestranda no ISCTE - IUL)

Serviço onde decorrerá o estudo: **Serviço de Urgência Geral do HSFX – CHLO**

Após reunião de 01 de outubro de 2018 e no seguimento da receção dos documentos | esclarecimentos solicitados, estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

Solicita-se que no modelo de consentimento informado e esclarecido seja substituído o nome e contacto do Encarregado de Proteção de Dados do CHLO (DPO): **Dra. Maria João Lupi** (nomeada a 02.10.2018), contacto – [mlupi@chlo.min-saude.pt](mailto:mlupi@chlo.min-saude.pt).

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental presentes em reunião de 01 de outubro de 2018:

Presidente: Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques

Enf.ª Clara Carvalho, Dra. Helena Farinha, Dra. Paula Peixe,

Dr. José Santana Carlos, Dr. Rui Campante Teles e Padre João Valente

Pelo exposto, emitiu-se a 03 de outubro de 2018, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques **MARIA TERESA MARQUES**

Presidente da Comissão  
de Ética para a Saúde

Comissão de Ética para a Saúde (CES) do CHLO  
Hospital de Egas Moniz | Rua da Junqueira, 126 - 1349-019 Lisboa  
Telefone: 210 432 665 | Correio eletrónico: [anavalho@chlo.min-saude.pt](mailto:anavalho@chlo.min-saude.pt)





### CONSENTIMENTO INFORMADO – PROFISSIONAIS

#### Investigação no âmbito do Serviço Social

O presente trabalho de investigação, intitulado: “Principais obstáculos e desafios à intervenção do Assistente Social em contexto de urgência Geral”, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Serviço Social. Tem como principal objetivo clarificar o papel do Assistente Social no Serviço de Urgência Geral, bem como a sua intervenção junto dos utentes e das suas famílias. Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de Assistentes Sociais que exerçam funções no Serviço de Urgência Geral. É por esse motivo que a sua colaboração é fundamental.

O resultado da investigação, orientada pela Professora Dr.ª Maria João Pena, será apresentado no ISCTE-IUL podendo, se desejar, contactar a autora a fim de ter acesso aos resultados obtidos.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas através de entrevista que deverão ser gravadas para permitir uma melhor compreensão dos factos.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode recusar participar ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem que tal facto tenha consequências para si.

Mais se informa que toda a informação obtida será estritamente confidencial e a identidade do profissional não será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada com esta investigação sem autorização prévia por escrito do participante.

Encarregado da Proteção de Dados (DPO-Data Protection Officer) do CHLO: Dra. Maria João Lupi (nomeada a 02.10.2018), contacto – mlupi@chlo.min-saude.pt

ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUAS VIAS: A ORIGINAL PARA O PROCESSO E O DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Eu, \_\_\_\_\_ aceito de minha livre vontade, participar neste estudo. Compreendi a explicação que me foi dada acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de 2018

Assinaturas:

\_\_\_\_\_  
O/A participante

\_\_\_\_\_  
A investigadora Principal: Mafalda Bastos Sustelo  
(Telemóvel: 969544114; Email: mafaldabsustelo@gmail.com)

Encarregado da Proteção de Dados (DPO-Data Protection Officer) do CHLO: Dra. Maria João Lupi  
(nomeada a 02.10.2018), contacto – mlupi@chlo.min-saude.pt

ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUAS VIAS: A ORIGINAL PARA O PROCESSO E O DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

## Anexo F – Grelha de recolha de dados

Necessidade de internamento em quota social																						
ENCAMINHAMENTO / RESPOSTA SOCIAL																						
APOIOS ASSEGURADOS NO PÓS ALTA HOSPITALAR																						
PROTEJAMENTO DE ALTA POR MOTIVOS SOCIAIS: SE SIM IDENTIFICAR CAUSAS/MOTIVOS																						
DATA DA ALTA HOSPITALAR/T RANSFERÊNCIA																						
DATA DA ALTA CLÍNICA																						
Dias entre a admissão e a intervenção do SS																						
DATA DA INTERVENÇÃO DO SS																						
DATA DE ADMISSÃO NO SUG																						
DILIGÊNCIAS / EM CURSO																						
REDE DE SUPORTE FORMAL/ INFORMAL																						
DIAGNÓSTICO SOCIAL																						
GRAU DE DEPENDÊNCIA																						
Situação económica																						
CONCELHO DE RESIDÊNCIA																						
Sexo																						
IDADE																						
MOTIVO DO PEDIDO DE COLABORAÇÃO																						
UTENTE																						

## **Anexo G - Guião das entrevistas**

1. Considera que a resolução das situações (clínicas e sociais) são resolvidas com a rapidez, eficiência e qualidade esperada?
2. De que forma é que os Direitos relativamente às necessidades humanas são garantidos pelo Serviço Social em contexto de Serviço de Urgência Geral?
3. Qual o papel da família no processo de reabilitação do utente?
4. De que forma é que os utentes e a sua família têm uma participação ativa e consciente na elaboração do plano de intervenção?
5. A visão do utente como um ser biopsicossocial tem vindo a consolidar-se. Na sua perspetiva, de que forma é que os profissionais e os serviços têm trabalhado para ultrapassar as visões compartimentadas?
6. Em que medida em que considera importante o trabalho em equipa multidisciplinar no planeamento da alta, quando falamos num Serviço de Urgência Geral? Justifique.
7. Quais as articulações que estão mais presentes ao longo da intervenção do Assistente Social no Serviço de Urgência Gera? Quer ao nível intra ou interinstitucional.
8. Como é que as respostas da comunidade se adequam às situações sociais com que se depara no SUG?
9. Quais os principais obstáculos encontrados ao trabalhar no Serviço de Urgência Geral?
10. Quais os desafios sentidos ao longo da intervenção?
11. Refira possíveis estratégias para colmatar as fragilidades apontadas.
12. O que é que era fundamental mudar, de modo a que o SS de urgência pudesse responder às necessidades dos sujeitos?
13. Considera que o SS que presta apoio a SUG tem infraestruturas adequadas para atendimento aos utentes/família?
14. Diga o que considera como espaço adequado para o efeito?
15. Sabemos que a utilização frequente dos serviços de urgência tem se tornado uma preocupação para os gestores e profissionais de saúde. Na sua visão porque motivo o número tem vindo a aumentar? Considera que está relacionado com fatores predominantemente ao nível clínico ou social?
16. Consegue-me dar um exemplo de uma situação mais frequente no SUG?