

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

**O Idoso Hospitalizado: Responder às necessidades  
perspectivando a satisfação do utente**

Fátima Ferreira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Serviço Social

Orientador:

Doutor Jorge Ferreira  
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

## **Agradecimentos**

Aos idosos e idosas presentes na minha vida, que entre palavras e ensinamentos, sorrisos e lágrimas me fazem crescer todos os dias...

Aos idosos e idosas, cuidadores e cuidadoras que participaram neste estudo...

Ao Professor Doutor Jorge Ferreira, pela dedicação e orientação...

À Dr.<sup>a</sup> Maria Augusta Lopes e aos meus queridos colegas da Área de Apoio Social do Hospital de Santa Marta pela motivação, colaboração e amizade....

Aos meus amigos e amigas...

E aos que me tornaram na pessoa que sou hoje: os meus pais e irmãos...

O meu muito obrigado!

## **Resumo**

A intervenção do assistente social no sistema hospitalar centra-se no apoio psicossocial ao doente e família, estabelecendo elos de mediação entre as dimensões pessoal, sócio relacional, familiar, comunitária, organizacional, escolar e laboral. Uma das intervenções abrange o grupo designado de 3.<sup>a</sup> idade em que a dependência física, as situações de solidão, as fragilidades económicas e até as condições habitacionais se tornam, muitas vezes, um impedimento a uma alta hospitalar com dignidade.

A presente investigação é de natureza qualitativa, exploratória e tem subjacente um método indutivo/dedutivo. Utilizamos como instrumentos de pesquisa empírica, o questionário para caracterização da população-alvo e a técnica da entrevista.

Concluimos através dos resultados, que a intervenção do assistente social no decorrer do internamento foca-se no diagnóstico das necessidades dos idosos e cuidadores em situação de grande vulnerabilidade social agravadas pela situação de doença. As necessidades físicas, técnicas, emocionais e económicas são uma realidade na vida destes idosos e cuidadores. As soluções sociais encontradas pelo assistente social embora possam colmatar a necessidade sentida por estes, muitas vezes não são as mais adequadas nem resolvem o problema na íntegra.

**Palavras-chave:** Cuidador; Idoso Hospitalizado; Necessidades; Satisfação; Serviço Social;

## **Abstract**

The intervention of the social assistant in the hospital system is centred on the psychosocial support to the patient and family, establishing mediation links between the personal, socio related, family, community, organizational, academic and laboral dimensions. One of the interventions embraces the designed group of elderly people, in which the physical dependence, the loneliness situations, the economic fragilities and even the housing conditions become, many times, an obstacle to a dignified hospital wing.

The present investigation is of qualitative and exploratory nature and has an underlying inductive/deductive method. As instruments of empiric research, we use the questionnaire for the target population's characterization and the technique of the interview.

We conclude, through the results, that the social assistant's intervention during the internment is focused on the diagnosis of the elderly people and caretakers' needs in a great social vulnerability situation, aggravated by the illness situation. The physical, technical, emotional and economical needs are a clear reality in the lives of these elderly people and caretakers. The social solutions found by the social assistant, although may soften the needs felt by them, are often not the most adequate nor do they solve the problem in its' totality.

**Key words:** caretaker; hospitalized elder; needs; satisfaction; social service.

## ÍNDICE

Índice de Quadros .....	7
Índice de Figuras .....	8
Glossário de Siglas .....	9
<b>Introdução</b> .....	11
<b>Capítulo I: Envelhecimento e Saúde</b> .....	15
1. Contextualização demográfica do envelhecimento: Ser idoso na sociedade atual.....	15
2. O processo de envelhecimento .....	20
3. Problemas de saúde decorrentes do envelhecimento .....	24
4. Políticas de saúde e sistema de protecção social .....	26
<b>Capítulo II: O Idoso Hospitalizado: Da Admissão à Alta Hospitalar</b> .....	31
1. O idoso hospitalizado: Dimensões conceptuais .....	31
2. Necessidades e expectativas do doente e do cuidador em relação a intervenção do assistente social .....	39
3. Serviço Social hospitalar: Contextualização teórico-conceptual .....	41
4. Processo de intervenção do assistente social com idosos hospitalizados .....	42
<b>Capítulo III: Metodologia de Pesquisa</b> .....	47
1. Opções metodológicas .....	47
2. Modelo de análise .....	48
3. Universo e amostra .....	49
4. Técnica de recolha e tratamento de dados .....	50
<b>Capítulo IV: O Idoso Hospitalizado: Responder às Necessidades Perspetivando a Satisfação do Utente e Cuidador</b> .....	53
1. O idoso hospitalizado .....	53
2. O cuidador do idoso hospitalizado .....	62
3. A intervenção do Serviço Social hospitalar na perspectiva do assistente social	70
<b>Conclusões</b> .....	77
<b>Bibliografia</b> .....	81

<b>ANEXOS</b> .....	LXXXIII
Anexo A: Questionário de caracterização do idoso hospitalizado .....	LXXXIII
Anexo B: Questionário de caracterização do cuidador do idoso hospitalizado.....	LXXXVI
Anexo C: Guião de entrevista aos idosos hospitalizados .....	LXXXVIII
Anexo D: Guião de entrevista aos cuidadores dos idosos hospitalizados .....	LXXXIX
Anexo E: Questionário – Escala de satisfação do idoso hospitalizado em relação à intervenção do assistente social .....	XC
Anexo F: Questionário - Escala de satisfação do cuidador do idoso hospitalizado em relação à intervenção do assistente social .....	XCII
Anexo G: Autorização para a realização da pesquisa .....	XCIV
Anexo H: Guião de entrevista aos profissionais .....	XCVI
Anexo I: Dados relativos à nacionalidade e residência dos idosos hospitalizados e dos cuidadores .....	XCVII
Anexo J: Resultados relativos ao diagnóstico social dos idosos hospitalizados.....	XCVIII
<b>CURRICULUM VITAE</b> .....	XCIX

## **Índice de Quadros**

Quadro 1.1: Síntese das tendências demográficas na UE- 22 .....	16
Quadro 1.2: Previsão da evolução do índice de envelhecimento em Portugal .....	17

## Índice de Figuras

Figura 1.1: Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001 e 2011 .....	17
Figura 1.2: Dimensões que influenciam o processo de envelhecimento .....	21
Figura 3.1: Modelo de análise .....	49
Figura 4.1: Idade/género do idoso .....	53
Figura 4.2: Estado civil/género do idoso .....	54
Figura 4.3: Habilitações literárias e género do idoso .....	55
Figura 4.4: Proveniência dos rendimentos .....	55
Figura 4.5: Agregado familiar/estado civil do idoso .....	56
Figura 4.6: Perspectivas de apoio/género do idoso .....	57
Figura 4.7: Satisfação do idoso em relação à intervenção do assistente social .....	61
Figura 4.8: Satisfação do idoso em relação à intervenção do assistente social <sup>2</sup> .....	62
Figura 4.9: Idade/género do cuidador .....	63
Figura 4.10: Estado civil/género do cuidador .....	63
Figura 4.11: Habilitações literárias/género do cuidador .....	64
Figura 4.12: Relação de parentesco entre o cuidador e o idoso .....	64
Figura 4.13: Situação do cuidador perante o trabalho .....	65
Figura 4.14: Tipo de emprego do cuidador .....	65
Figura 4.15: Reside com o idoso? .....	66
Figura 4.16: Satisfação do cuidador do idoso hospitalizado em relação à intervenção do assistente social .....	69
Figura 4.17: Satisfação do cuidador do idoso hospitalizado em relação à intervenção do assistente social .....	70



## **Siglas**

OMS – Organização Mundial da Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

INE, IP – Instituto Nacional de Estatística, Instituto Público

UE – União Europeia

DGS – Direcção Geral de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Actividades de Vida Diária

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CHLC, HSM – Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital de Santa Marta

SCML – Santa Casa de Misericórdia de Lisboa

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados



## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1947 define que a “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades.” Num passado ainda recente a doença era definida como "ausência de saúde", sendo a saúde definida como “ausência de doença”. Outros encararam a doença e a saúde como estados de desconforto físico ou de bem-estar. Definições mais flexíveis, quer de saúde quer de doença, consideram múltiplos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como factores psicológicos, sociais e biológicos.

Contudo, e apesar dos esforços para caracterizar estes conceitos, não existem definições universais. Ainda que se tenham verificado ao longo dos anos avanços na pesquisa biomédica, o ideal de atingirmos ou mantermos uma saúde física e mental é uma utopia, apesar de valer a pena continuar a sonhar face aos efeitos da doença nos indivíduos e na sociedade (Diener,1984), tomando em consideração que a presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social. É pessoal, porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionado com a saúde física e mental da pessoa. É social, pois a doença de uma pessoa pode afectar outras pessoas significativas (família, amigos e colegas).

Em Portugal a saúde é um direito e um dever. A Constituição da República Portuguesa consagra o artigo 64º à Protecção da Saúde, que assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. Apesar de este ser o único artigo que se refere claramente à saúde, existem na Constituição outros valores associados: o Direito à Vida (Art. 24º), o Direito à Integridade Pessoal (Art. 25º) e o Direito ao Ambiente e Qualidade de Vida (Art. 66º). O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa defende um Serviço Nacional de Saúde (SNS) tendencialmente gratuito, salvaguardando sempre as diferenças económicas e sociais dos cidadãos bem como protegendo camadas da sociedade consideradas de maior vulnerabilidade, nomeadamente a infância, a juventude e a velhice. Na Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de Dezembro de 1948 (publicada no Diário da República a 9 de Março de 1978 em Portugal), no artigo 25º salienta-se o direito a um nível de vida suficiente para assegurar a saúde e o bem-estar, protegendo também grupos mais vulneráveis tais como mulheres mães, crianças, indivíduos com doença, invalidez ou perda de meios de subsistência, necessitem da garantia da prestação de cuidados de saúde bem como a todos os cidadãos que ficarem

doentes. É neste âmbito que o Serviço Social foca a sua intervenção no meio hospitalar, tendo como objetivo primordial responder às necessidades sociais do doente tendo em vista a satisfação do mesmo. Sob o ponto de vista social, o internamento hospitalar é um acontecimento necessário e dispendioso. Dispendioso porque cada vez mais aposta-se em tecnologias médicas mais avançadas e sofisticadas que são, evidentemente, mais caras. Por isso, numa época de grande austeridade económica em que os ganhos e os custos no sector da saúde se contabilizam, tenta-se intervir o mais precoce possível de modo a rentabilizar recursos e com o objectivo primordial de encurtar, cada vez mais, a duração do tempo de internamento hospitalar. Os dados estatísticos mostram que apesar de todos nós utilizarmos os serviços de saúde, é a população idosa que consome grande parte dos cuidados prestados, tendo os serviços de internamento registado grandes percentagens de população com 65 ou mais anos, essencialmente nos serviços de medicina, onde chegam a ser mais de metade do total dos utentes internados (Cabete, 2005:2)

No Serviço Social, a investigação tem como objectivo central a aquisição de conhecimentos sobre a realidade em que actua – voltada para a acção sobre o real – respondendo aos desafios da construção do saber sobre essa realidade (Baptista, 2001). A presente dissertação tem como objectivo geral sistematizar informação sobre as necessidades e satisfação do idoso hospitalizado e do seu cuidador em relação a intervenção do Serviço Social. Os objetivos específicos passam por:

- Identificar as situações que conduzem o idoso hospitalizado e sua família/cuidador a necessitarem da intervenção do Serviço Social no período de internamento hospitalar;
- Categorizar as necessidades do idoso hospitalizado e do seu cuidador;
- Tipificar as respostas apresentadas pelo assistente social ao idoso hospitalizado e ao seu cuidador;
- Analisar o grau de satisfação do idoso hospitalizado e do seu cuidador ao nível da qualidade dos serviços e das respostas apresentadas pelo assistente social;

Para o efeito, será levado a cabo um estudo exploratório e considerando a escassez de conhecimento nesta matéria, através de uma abordagem qualitativa, procurar-se-á conhecer a realidade do ponto de vista de quem a vive. A presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. No primeiro e segundo capítulo, apresenta-se o enquadramento teórico. Inicia-se com uma abordagem teórica acerca da

problemática do envelhecimento associado à saúde. No segundo capítulo, através de uma abordagem multidisciplinar pretende-se abordar a intervenção do Serviço Social junto dos idosos hospitalizados. No terceiro capítulo é apresentada a problemática, levantada a pergunta de partida, a partir da qual se traçam os objectivos do estudo. De seguida, são expostas as opções metodológicas, o campo empírico, o universo e amostra do estudo e por último as técnicas de recolha e tratamento de dados utilizadas. O quarto e último capítulo incide sobre a apresentação e análise dos resultados obtidos. Por último, nas conclusões, serão discutidos os resultados obtidos à luz da teoria e dos objectivos estipulados.



## CAPÍTULO I: ENVELHECIMENTO E SAÚDE

### 1. Contextualização demográfica do envelhecimento: Ser idoso na sociedade actual

O fenómeno do envelhecimento da população vem ocorrendo há várias décadas, à escala global, pelo que não se trata de uma nova preocupação, mas que tem vindo a acentuar-se ao longo dos últimos anos sobretudo devido aos avanços registados ao nível da medicina, higiene e nutrição. Este fenómeno constitui-se actualmente como um dos principais desafios das sociedades modernas devido às vincadas repercussões sociais, económicas, políticas e culturais que derivam do aumento da percentagem de idosos no conjunto da população, ao que designamos de envelhecimento demográfico.

Nas últimas décadas tem-se verificado nos países desenvolvidos tais como França e Alemanha, a drásticas alterações na estrutura da população, a esperança média de vida<sup>1</sup> aumenta e a taxa de natalidade diminui, verificando-se desta forma ao aumento da percentagem de população idosa. O envelhecimento demográfico característico das sociedades industrializadas surge essencialmente como resultado da *transição demográfica*, isto é, da passagem de elevados níveis de natalidade e mortalidade para taxas de natalidade e mortalidade com uma fraca intensidade (INE, 2002:15), observando-se desta forma a um duplo envelhecimento da população, onde por um lado se verifica um aumento do número de idosos e, por outro, uma diminuição do número de jovens.

Actualmente, a União Europeia (UE) confronta-se com este desafio demográfico. Segundo dados das projecções da população da EUROSTAT (2008), este envelhecimento da população é consequência de várias tendências demográficas concomitantes: o número médio de filhos por mulher é 1,5 filhos na UE em 2006, enquanto o limiar de renovação das gerações é 2,1. A UE prevê para 2030 um declínio da taxa de fecundidade, a esperança média de vida (que aumentou 8 anos entre 1960 e 2006) poderá ainda aumentar 5 anos entre 2006 e 2050, fazendo assim aumentar a proporção de pessoas com idades de 80 e 90 anos, verificando-se uma população que já é bastante idosa, e cada vez o será mais. Prevê-se que com estas tendências a população

---

<sup>1</sup> Número médio de anos que um grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano pode esperar viver, se mantidas, desde o seu nascimento, as taxas de mortalidade observadas no ano de observação.

total da UE (quadro 1.1) sofra uma ligeira diminuição, tendo uma população muito mais idosa.

Quadro 1.1: Síntese das tendências demográficas na EU - 27

Tendências Demográficas:	Resultados:
<b>População em idade de trabalhar em 2050 (dos 20 aos 64 anos)</b>	52%
<b>População dos 15 aos 24 anos em 2050</b>	19%
<b>População com idade igual ou superior a 65 anos em 2050</b>	29%
<b>Taxa de dependência em 2050</b>	50%
<b>Taxa de fecundidade em 2060</b>	1,68 filhos por mulher (limiar de renovação 2,1)
<b>Esperança de vida das mulheres em 2060</b>	89 anos
<b>Esperança de vida dos homens em 2060</b>	84,5 anos
<b>Saldo migratório em 2007</b>	+1,9 milhões

Fonte: EUROSTAT (2008), Projecções da População UE-27.

À semelhança dos países membros da UE, Portugal tem acompanhado as mesmas tendências demográficas. Através da análise do quadro 1.2, é possível verificar que o número de pessoas idosas (65 ou mais anos) já ultrapassa o número de jovens com menos de 14 anos, representando em 2001 16,4% do total da população portuguesa, estimando-se que em 2021 o número de idosos em relação aos jovens seja de 127,4 idosos para cada 100 jovens com menos de 14 anos (INE, 2002). Efectivamente, a população idosa em Portugal não tem parado de crescer e simultaneamente a este fenómeno assiste-se ao aumento da proporção de idosos com 75 ou mais anos, designado por Neugarten (1976) *in* Simões (2006:19) de subgrupo dos idosos médios (“*middle-old*”) dos 75-84 anos e subgrupo dos muito idosos (“*old-old*”) com 85 ou mais anos.



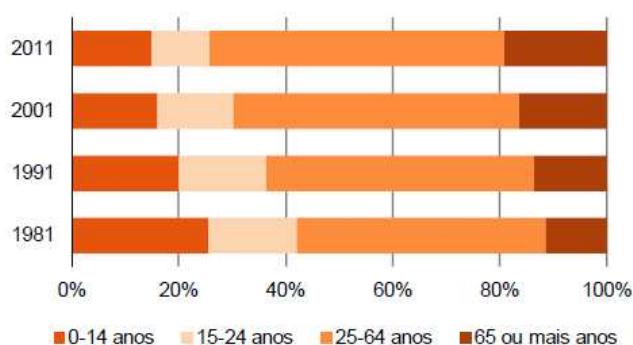
Quadro 1.2: Previsão da evolução do Índice de Envelhecimento em Portugal

Ano	Índice de Envelhecimento
1960	27 idosos para cada 100 jovens com menos de 14 anos
1972	34 idosos para cada 100 jovens com menos de 14 anos
1998	90,3 idosos para cada 100 jovens com menos de 14 anos
2001	102 idosos para cada 100 jovens com menos de 14 anos
2021	127,4 idosos para cada 100 jovens com menos de 14 anos

Fonte: Adaptado INE, IP, (2002), Previsão da evolução do Índice de Envelhecimento em Portugal.

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua visível nos resultados dos Censos 2011. Há 30 anos, em 1981, cerca de  $\frac{1}{4}$  da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade.

Figura 1.1: Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001 e 2011



Fonte: INE, IP, (2011), Censos 2011 – Resultados provisórios.

Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respectivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%.

As transformações demográficas, especialmente as mudanças dos padrões de distribuição de idades estão a levar a uma atenção especial aos mais idosos numa proporção que é nova na história humana. O aumento do número de idosos levanta inúmeros desafios às sociedades contemporâneas e novos problemas sociais. O aumento do número de idosos *per si* não se constitui um problema social. Contudo, quando tidos em conta outros factores, tais como a diminuição da taxa de natalidade, a crescente instabilidade da organização familiar, a falta de disponibilidade e capacidade das famílias para dar apoio às pessoas idosas, sobretudo as que se encontram dependentes de terceiros, a crise do Estado Providência e a despersonalização das relações sociais, poderão agravar as condições de vida desta faixa etária, que por si só já se encontram numa fase de maior vulnerabilidade física e cognitiva, ficando assim numa posição de grande risco social.

O envelhecimento demográfico, as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades no campo da saúde. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, constitui actualmente um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. O envelhecimento não pode ser visto como um problema mas como uma parte inevitável do ciclo de vida. Para que possa ser vivida de uma forma saudável é necessário um trabalho integrado ao “nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançadas.” (DGS, 2006:3)

Segundo a DGS (2006), o processo de envelhecimento demográfico que estamos a viver, associado a outras mudanças determinará, nos próximos anos, novas necessidades na saúde, lançando desafios aos sistemas de saúde no que se refere não apenas à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas. No estudo realizado pela DGS (1997): *A Saúde dos Portugueses*, da população idosa portuguesa, 49% das pessoas que integram o grupo etário entre os 65 e os 74 anos e 54% dos que têm 75 ou mais anos, consideram a sua saúde como má

ou muito má. Num estudo mais recente<sup>2</sup>, das pessoas entrevistadas com 65 e mais anos, 12% declararam precisar de ajuda para o exercício de actividades de vida diária e 8% declararam ter sofrido, no último ano, pelo menos um acidente doméstico ou de lazer. De notar, ainda, que 52% das pessoas idosas inquiridas referiram viver na companhia de apenas uma pessoa e 12% referiram viver em situação de isolamento.

### **Ser Idoso na Sociedade Actual**

Ao longo da história da humanidade a imagem das pessoas idosas foi alvo de diversas concepções, desde a gerontocracia à eliminação ou auto-eliminação, ou seja, desde o prestígio e poder à inutilidade e carga social. A palavra “velho” carrega em si uma conotação negativa e até depreciativa. Actualmente ainda prevalece a visão tradicional da pessoa idosa como alguém inútil, isolado, em declínio biológico e mental associado normalmente a problemas de saúde e dependente tanto fisicamente como economicamente de terceiros. Continuamos a encarar o envelhecimento numa perspectiva de inactividade, de inutilidade social e de dependência, continuamos resistentes em encarar a velhice em trâmites que não estejam ligados a “perdas” e “*handicaps*”. Esta visão negativa e muitas vezes preconceituosa que prevalece na nossa sociedade é justificada em grande parte pelo desconhecimento do processo de envelhecimento que leva a um reforço da ideia de que envelhecer é por si só um problema.

Contudo, e apesar de muitos autores defenderem a prevalência deste estatuto social do idoso fragilizado, Ester Vaz (1998), embora considere igualmente que a concepção dominante identifica a velhice como a imagem de “muita idade” e de inactividade, afirma que existem casos que contradizem esta imagem estereotipada, pois nem sempre o facto de ter muita idade é correspondente a inactividade existindo efectivamente muitos idosos que continuam a exercer diversas actividades e a manter uma participação social activa.

Ser idoso na sociedade actual é para a maioria desta população uma tarefa difícil e ingrata. O cenário actual obriga-nos a um olhar mais atento sobre as necessidades dos idosos de modo a garantir a sua dignidade e cidadania. É imprescindível ultrapassar os preconceitos que continuam a marginalizar a pessoa idosa, restabelecer os seus direitos

---

<sup>2</sup> ONSA; MOCECOS, (2001). *Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*.

e reintegrar o idoso na comunidade e na família. Os estigmas sobre a velhice ameaçam transformar o idoso num ser à margem da sociedade, e como tal urge reunir esforços para que seja criada uma política que efective a protecção à população idosa<sup>3</sup>, com o objectivo de assegurar os seus direitos e promover a sua autonomia, integração e participação activa na sociedade. Esta política deve assegurar acima de tudo os direitos relacionados com a saúde, violência e abandono, habitação, trabalho e transportes. A alteração do actual estatuto do idoso não se pode operar exclusivamente na lei, mas principalmente nas mentalidades e nas representações sociais acerca da velhice.

## **2. O processo de envelhecimento**

Há uma grande dificuldade em apresentar uma definição concreta e unânime de envelhecimento, por se tratar de um conceito multifactorial, multidimensional e complexo que comporta várias perspectivas científicas. Sabe-se, contudo, que o envelhecimento é um processo inevitável e irreversível. Para Ladislav Robert (1995:7) “o envelhecimento é certamente o fenómeno biológico mais equitativamente partilhado pelo reino animal e vegetal, ainda que alguns seres vivos envelheçam muito depressa, outros de forma muito mais lenta e outros, ainda, pareçam sofrer de senescência<sup>4</sup>. O envelhecimento resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam.”

As diferentes áreas científicas, sobretudo a biologia, psicologia e sociologia, ostentam às suas perspectivas do que é o envelhecimento. Na óptica dos biólogos, o envelhecimento é um processo natural e universal, em que o organismo vivo experiencia um conjunto de alterações, do nascimento até à morte. A sociologia e

---

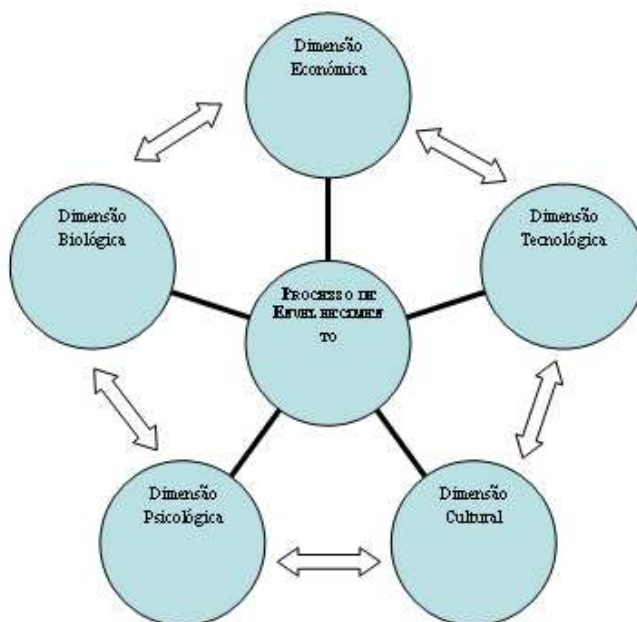
<sup>3</sup> A Constituição Portuguesa de 1976 no seu artigo 63<sup>a</sup> prevê uma política de terceira idade que “garanta a segurança económica das pessoas idosas e a política da terceira idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização das pessoas idosas e lhes ofereçam as oportunidades de criarem e desenvolverem formas de realização pessoal através de uma participação activa na vida da comunidade.”

<sup>4</sup> A senescência é um processo normal de deterioração biológica geral que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo à doença e à morte, uma vez que se assiste à diminuição da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas, levando à diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente (Figueiredo, 2007:32).

psicologia defendem que existem também processos de desenvolvimento social e psicológico que influenciam notavelmente o processo de envelhecimento.

Nesta lógica, o envelhecimento não pode ser definido tendo em conta apenas critérios cronológicos, tornando-se assim numa análise simplista do conceito. É necessária uma análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo, não limitando aos fisiológicos, sendo absolutamente necessário integrar nessa reflexão todos os aspectos que não são de origem biológica e que vão ocorrendo ao longo do tempo, porque como afirma Levet (1998: 25), “todos os acontecimentos de uma vida, sejam históricos, políticos, económicos ou tecnológicos, influenciarão e orientarão o seu desenrolar”, sofrendo influência tanto de factores intrínsecos, como também de factores extrínsecos, ou seja, do meio ambiente (figura 1.2).

Figura 1.2: Dimensões que influenciam o processo de envelhecimento



Fonte: Ferreira, F., 2012, Dimensões que influenciam o processo de envelhecimento.

O processo de envelhecimento biológico refere-se ao conjunto de transformações físicas que diminuem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição gradual da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático. Quando este declínio é muito significativo, leva a alterações na

capacidade funcional, colocando em causa a autonomia e independência física e funcional do idoso, deixando-o numa situação de maior vulnerabilidade (Figueiredo, 2007). Ainda não existe uma teoria detalhada que explique o processo de envelhecimento biológico do organismo. De entre as seis teorias gerais do envelhecimento biológico<sup>5</sup>, apenas a teoria do desgaste descreve as consequências do envelhecimento, sendo que as restantes explicam as suas causas.

Na perspectiva biológica do envelhecimento defende-se que, de um modo geral, os tecidos do organismo perdem alguma flexibilidade, os órgãos e sistemas reduzem a sua qualidade e funcionamento. Na dimensão fisiológica, a senescência provoca a deterioração das estruturas e do aspecto geral do corpo humano, assim como o declínio das funções orgânicas. Observa-se um conjunto de alterações estruturais e funcionais, onde se destacam as alterações ao nível das células e tecidos, da composição global do corpo e peso corporal, dos músculos, ossos e articulações, da pele e tecido subcutâneo e dos tegumentos, como a perda de cabelo (Weineck, 1991). As alterações funcionais acontecem com maior frequência ao nível do sistema cardiovascular, sistema respiratório, sistema renal e urinário, sistema gastrointestinal, sistema nervoso e sensorial, sistema endócrino e metabólico, sistema reprodutor e sistema imunitário (Figueiredo, 2007). Estas alterações funcionais e estruturais provocam modificações a vários níveis e a perda da funcionalidade base destes sistemas, originando uma série de patologias e o surgimento de doenças crónicas, colocando o idoso numa situação de maior dependência física e funcional comprometendo, assim, a normalidade da sua vida quotidiana. De facto, a diminuição das capacidades físicas, sensoriais e cognitivas, potencia o decréscimo do bem-estar dos idosos, desencadeando sentimentos de vulnerabilidade, incapacidade e desmotivação, que coloca deste modo em risco, as condições sociais e psicológicas das pessoas idosas.

As investigações no âmbito da psicologia do envelhecimento têm dado importância às áreas da personalidade e do funcionamento cognitivo. Embora, muitos estudos concluam que é possível conservar as capacidades cognitivas até ao final da vida, vários estudos longitudinais mostram um aumento da morbidade com a idade (Ermida, 1999; Hall et al, 1997), confirmando que o declínio das funções cognitivas

---

<sup>5</sup> Teoria do desgaste, teoria genética, teoria do erro da síntese proteica, teoria imunológica, teoria neuro-endócrina e teoria dos radicais livres (Berger, 1995).

está directamente ligado ao processo de envelhecimento, sendo considerado um fenómeno universal e inevitável.

Nesta fase da vida, os principais distúrbios psíquicos estão relacionados com as síndromes depressivas e demenciais. As causas da depressão nestas idades estão frequentemente relacionadas com acontecimentos traumáticos, como a perda de um ente querido ou mesmo a perda dos papéis sociais. Verifica-se nesta fase a uma quebra da capacidade de adaptação, que se pode manifestar pela incapacidade de aceitar ou resolver uma situação incontornável, ou até mesmo pela total incapacidade de se adaptar a situações simples como a perda de parte da autonomia física que limita a mobilidade, necessitando de ajuda de terceiros. O declínio da capacidade de adaptação na velhice manifesta-se essencialmente através da dificuldade na aceitação da mudança, seja ela de carácter temporário ou definitivo

A perda dos papéis que anteriormente desempenhavam socialmente, as diversas situações de stress, a doença, o cansaço, o isolamento provocado muitas vezes pela dependência física, e outros acontecimentos que dificultam a vivência normal do quotidiano desencadeiam nesta população sentimentos de angústia, desconforto e tristeza, que levam a ciclos depressivos sucessivos. Por outro lado, é nesta fase da vida que se vivencia também a perda de pessoas significativas (cônjuge, familiares, amigos) que desde sempre constituíram o núcleo afectivo e relacional do idoso.

Segundo Levet (1998), o envelhecimento é caracterizado por uma diminuição das capacidades físicas, psicológicas e sociais e se não for acompanhado por estímulos afectivos e positivos direccionados para a manutenção do papel social da pessoa idosa, levará o idoso a adoptar uma postura de doente e dependente, incapaz e improdutivo.

Concomitantemente às alterações biológicas e psicológicas que se sucedem com o envelhecimento, verifica-se a nível social a uma retracção da vida social, perda de familiares e amigos, perda do papel profissional, da sociedade e da família.

O momento de entrada na reforma marca a perda de determinados papéis sociais activos e representa um marco de entrada na velhice, sobretudo porque na nossa sociedade o estatuto de reformado está associado a falta de produtividade e competência (Figueiredo, 2007). Esta perda de utilidade é sentida pelo idoso reformado e confirmada pela sociedade que exclui estes indivíduos, independentemente da sua competência e eficácia para o trabalho. Neste sentido, a entrada para a reforma poderá constituir-se como um momento de grande ansiedade, gerando no indivíduo um sentimento de falta

de importância, utilidade e auto-estima, principalmente em sociedades marcadas por regras económicas e orientadas para o produtivismo. Para além da perda do papel profissional o idoso confronta-se com maior quantidade de tempo disponível, com a diminuição dos seus rendimentos e com a perda de vários contactos sociais. Todas estas perdas e alterações no quotidiano vão exigir adaptações às quais cada idoso reage de uma forma particular (Barreto, 1988; Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Ermida; 1999 *in* Cabete; 2002).

Relativamente às relações familiares, na velhice verificam-se alterações na organização e estrutura familiar, já que os filhos são adultos e necessitam de outro tipo de apoio. Com a saída dos filhos de casa - “ninho vazio” - os pais enfrentam outro ciclo da vida familiar. Ao contrário do que se pensa, a saída dos filhos de casa não constitui uma situação necessariamente penosa para os pais, a maioria organiza-se e refaz uma vida novamente a dois (Figueiredo, 2007). Os filhos adultos estabelecem com os pais uma relação diferente de outrora, constituindo-se na sua grande maioria, os pilares de apoio instrumental e emocional para os idosos.

Para muitos idosos a rede social é sinónimo de família, sendo as suas redes constituídas essencialmente por familiares. Contudo, existem também idosos cujas redes sociais pessoais não integram qualquer elemento familiar. Nestas situações, as redes sociais são sobretudo constituídas por vizinhos, amigos e conhecido. Frequentemente assume-se que são as famílias que dão resposta às necessidades do idoso, mas alguns idosos têm redes sociais mais alargadas, onde as famílias coexistem a par de outras respostas sociais. A ideia de ruptura dos laços sociais de parentesco e a ideia de que a família nuclear sobrevive sem apoio da família de origem é, segundo Fernandes (1997), uma noção aparente.

De acordo com Simões (2006), há formas de as pessoas viverem o tempo pós-reforma positivamente, tais como, a participação na vida social, política, económica e cultural, a manutenção de antigas relações e a dedicação do tempo a actividades de lazer, de desporto e de criatividade.

### **3. Problemas de saúde decorrentes do envelhecimento**

Relativamente às doenças que se constituem como a principal causa de morte da população idosa destacam-se as doenças não transmissíveis e de evolução prolongada devido às suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade.



No contexto da patologia crónica que, em geral, mais afecta as pessoas idosas, não são, habitualmente valorizadas as deficiências visuais e auditivas, assim como os problemas de saúde oral, os quais têm importante repercussão negativa, nomeadamente no isolamento e estado de nutrição destas pessoas bem como em todo o seu equilíbrio bio-psico-social (DGS, 2004). No que se refere à doença de Parkinson, a sua prevalência aumenta de 0,6% aos 65 anos, para 3,5% aos 85 e mais anos, sendo uma das doenças crónicas neurodegenerativas mais comuns na população idosa. A prevalência da demência aumenta, de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade, duplicando, entre os 60 e os 95 anos, em cada cinco anos e sobrevivendo as mulheres com demência mais tempo do que os homens com esta doença, apesar de ser maior a incidência de doença de Alzheimer no sexo feminino (Idem).

De igual modo, a prevalência de acidente vascular cerebral - AVC aumenta com a idade, de 3% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos, sendo o AVC uma importante causa de morte. Refira-se que as pessoas com doença cardiovascular têm um mais elevado risco, estimado em cerca de 30%, de desenvolverem demência, incluindo a doença de Alzheimer.

Em Portugal, as principais causas de mortalidade a partir dos 64 anos, tanto para homens como para mulheres, são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, o que também se observa, em ambos os sexos, as doenças do aparelho respiratório. É de realçar o facto de Portugal ser o País da União Europeia com a mais elevada mortalidade masculina e feminina, acima dos 65 anos (Idem).

Actualmente verifica-se que a organização e funcionamento dos serviços de saúde não estão, em muitos casos, adaptados às actuais necessidades da população idosa, decorrentes das novas realidades demográficas e sociais, constituindo muitas vezes barreiras à promoção ou manutenção da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias. Contudo, muitos dos factores determinantes da saúde da população idosa não estão única e exclusivamente ligados a acção do sector da saúde, muitas vezes estão relacionados com a protecção social, habitação, violência, negligência (DGS, 2004). Como tal, a intervenção junto da população idosa deverá ter um carácter multidisciplinar e multisectorial capaz de desenvolver uma actuação integrada que avalie e responda numa base holística as necessidades do idoso.

#### **4. Políticas de saúde e sistema de protecção social**

O direito à saúde e as políticas de saúde que o concretizam são uma das dimensões básicas do chamado Estado-Providência. Segundo Boaventura de Sousa Santos (1987:14) o Estado-Providência designa a forma política do Estado de que resulta um compromisso entre o capital e o trabalho, ou seja, os capitalistas renunciam a sua parte da autonomia e dos seus lucros e os trabalhadores a parte das suas reivindicações. Esta dupla renúncia, segundo o mesmo autor, é gerida pelo Estado que transforma os recursos financeiros que lhe advêm da tributação do capital privado e dos rendimentos salariais, em capital social. O capital social assume duas formas essenciais: o investimento social (despesas em bens e serviços que aumentam a produtividade do trabalho – despesas com parques industriais, auto-estradas) e o consumo social (despesas em bens e serviços, consumidos gratuitamente ou a preços subsidiados pelos trabalhadores – políticas sociais). Este modelo entrou em crise em meados dos anos setenta, resultado da crise financeira internacional e da expansão dos direitos sociais subsequentes ao 25 de Abril de 1974. Santos, B. (1993), considera que no caso português se pode falar em “semi-Estado-Providência”, pois se por um lado houve o esforço que levou a implementação de uma grande variedade de serviços e responsabilidade pública, por outro a sua extensão e qualidade eram inferiores ao que o discurso político e os textos legais estabeleciam havendo uma discordância entre os quadros legais e as práticas sociais.

Em Portugal, existe uma sociedade-providência forte que compensa/substitui o Estado em algumas funções previdenciais que este não é capaz de assegurar. Especificamente no caso das políticas direccionadas para a terceira idade, um estudo realizado por Hespanha (1993), demonstra que em algumas freguesias rurais do centro do país, existem exigências de reciprocidade e um sentido de obrigatoriedade em relação às trocas que garantem a satisfação das necessidades dos elementos mais vulneráveis que constituem a rede de interrelações. O estudo refere-se, especificamente, ao difícil equilíbrio nas interacções entre famílias e idosos quando estes se tornam de alguma forma dependentes.

Segundo a mesma autora, o principal problema dos idosos é que as famílias modernas não têm condições para prestar-lhes os cuidados, e para além da indisponibilidade das famílias não existem instituições que consigam assegurar-lhes os cuidados que necessitam. Ao contrário de outras sociedades onde o Estado tomou a seu

cargo criar ou apoiar serviços destinados a apoiar idosos, na sociedade portuguesa o envolvimento do Estado é muito baixo, e por essa razão as instituições são insuficientes. Apesar desta insuficiência assistimos nos últimos anos à criação de serviços facilitadores da satisfação das necessidades básicas e desenvolvimento pessoal dos idosos: Centros de Dia, Centros de Convívio, Centros de Férias e Lazer, Serviços de Apoio Domiciliário e Serviço de Apoio Domiciliário Integrado<sup>6</sup>, Lares e Residências e Centros de Noite<sup>7</sup>. Contudo, e segundo o estudo realizado por Hespanha (1993), os cuidados aos idosos em Portugal são assegurados maioritariamente pela família, pela rede de vizinhança e pelos amigos.

Nas últimas décadas tem-se assistido a um distanciamento dos indivíduos perante o Estado, a um enfraquecimento do Estado-Providência, a diminuição ou mesmo ausência de exercício de cidadania e fraca participação social da população, desencadeando mecanismos de estagnação e aceitação de baixas condições de vida. Estas mudanças reflectem-se, actualmente, nos valores das pensões de reforma da população idosa portuguesa e respectivas carreiras contributivas. Estas reformas, na maioria dos casos são insuficientes para assegurar as necessidades básicas e garantir uma vida digna. Os rendimentos da grande parte da população idosa provêm das baixas reformas estabelecidas<sup>8</sup> pelas baixas qualificações e ausência de ligação ao sistema de previdência destes idosos durante a vida activa.

Apesar das baixas reformas que bloqueiam o desenvolvimento e manutenção dos estilos de vida desejáveis, existem idosos que após a reforma continuam a ter uma vida social activa, embora a realidade nos mostre que a maioria dos idosos acaba por cair na inactividade e desinteresse. A maioria da população idosa tem uma fraca participação comunitária provocando, conseqüentemente, sentimentos de solidão e situações de isolamento, com repercussões quer ao nível da integração social quer ao nível da saúde física e mental. Segundo Ester Vaz (2001), as débeis condições de vida em que a maioria da população idosa vive, induzem-na a uma fraca mobilidade e a um consumo

---

<sup>6</sup> O Serviço de Apoio Domiciliário Integrado para além dos cuidados básicos de higiene pessoal, alimentação, trabalhos domésticos, higiene da roupa inclui cuidados de saúde a prestar no domicílio.

<sup>7</sup> “O Centro de Noite tem como finalidade o acolhimento nocturno prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que por vivenciarem situações de isolamento, solidão ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite” (Romão, A., Pereira, A., Gerardo, F., 2008: 48)

<sup>8</sup> De acordo com os números da Segurança Social, a pensão média no primeiro semestre de 2010 foi de 396,80 euros.

passivo de serviços que lhe são oferecidos sem alternativas de escolha. A pessoa idosa é frequentemente afastada das actividades da sociedade e persuadida a inércia, sendo assim vedado ao acesso à participação e intervenção nas decisões que lhe dizem respeito como membro activo da sociedade.

Relativamente às políticas de saúde destaca-se a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta resposta foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho e constitui-se como o modelo organizativo e funcional destinado a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011). Foram igualmente implementadas no nosso país várias medidas por forma a melhorar as condições de vida dos idosos designadamente no acesso aos bens e serviços, nomeadamente o acesso a ajudas técnicas (adaptações de casas, cadeiras de rodas, camas articuladas, próteses, etc.), a isenção do pagamento das taxas moderadoras, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e a bonificação na comparticipação para a aquisição dos medicamentos, segundo condições de recursos (Romão, A., Pereira, A., Gerardo, F., 2008).

O Complemento por Dependência em vigor no nosso país desde 1999 é atribuído de acordo com o grau de dependência do idoso e destina-se a pensionistas de invalidez, velhice ou de sobrevivência que necessitem de apoio de terceiros para a realização das suas Actividades de Vida Diária (AVD), mesmo que esse apoio seja prestado por estabelecimentos de apoio social, oficial ou particular sem fins lucrativos (idem). Para além deste complemento existe o Complemento Solidário para Idosos, destinados aos idosos com baixos recursos. É de referir igualmente o Rendimento Social de Inserção que embora seja uma medida transversal à população em geral em muito beneficia a população idosa.

Embora já sejam visíveis alguns progressos no desenvolvimento de políticas sociais e de saúde direccionados para a população idosa, as novas formas de organização familiar, exigem renovadas políticas de apoio. A construção de alternativas viáveis à crise do Estado Providência passará “ (...) pela articulação e complementaridade entre o formal e o informal, de modo a encontrar uma solução de

compromisso que permita responder adequadamente a diferentes tipos de necessidades através de formas apropriadas de solidariedade.” (Pimentel, L. 2001).



## **CAPÍTULO II: O IDOSO HOSPITALIZADO: DA ADMISSÃO À ALTA HOSPITALAR**

### **1. O idoso hospitalizado: Dimensões conceptuais**

O hospital como espaço de cuidados evoluiu nas últimas décadas, ultrapassando as suas funções de assistência sob um desígnio caritativo e religioso, até ao espaço actual em que estão disponíveis cuidados altamente medicalizados, especializados e diferenciados. O aumento da longevidade e a tendência de aumento de doenças crónicas traduzem-se numa maior necessidade de cuidados, sobretudo especializados, para os quais os hospitais são os locais preferenciais para dar resposta.

Nos últimos anos a tendência é para reduzir, ao estritamente necessário, a durabilidade dos internamentos hospitalares apostando-se no tratamento da doença em regime de ambulatório. Se por um lado, imperam razões económicas (rentabilização de custos, resolução de listas de espera para internamento/cirurgias...), por outro, minimiza-se os tão preocupantes inconvenientes da hospitalização, mais evidenciados no caso de pessoas idosas: as infecções hospitalares, situações de stress, depressões, bem como perda de autonomia, de entre outras. Favorecer o regresso, o mais precocemente possível, ao meio familiar minimizando assim interrupções nos hábitos de vida da pessoa idosa, assim como, no seu projecto individual de vida é uma das principais preocupações de qualquer equipa de saúde.

A hospitalização constitui, normalmente, um momento de grande tensão e angústia para o idoso. O doente pode recear a lesão corporal, a invalidez ou ainda outro tipo de receios, nomeadamente, o medo de ser manipulado, medo de que não se ocupem dele, medo de ser mobilizado, medo de exames diagnósticos dolorosos, medo das mãos inábeis e muito bruscas, medo de ficar diminuído, de ser humilhado e inútil. No caso dos idosos, além destes medos, pode existir com particular relevo o medo de ser abandonado. Muitos dos medos dos idosos hospitalizados advêm da ameaça que sente à integridade física e à alteração da sua imagem corporal. Contudo, o espaço hospitalar não é unicamente um espaço de sentimentos negativos, é também um espaço que transmite segurança aos doentes, pois é onde se oferecem condições para prevenir, tratar e reabilitar.

O internamento exige à pessoa idosa uma readaptação na gestão do seu espaço pessoal. O facto de ter de ser forçosamente afastado do seu espaço habitual, onde tem a

sua privacidade, exige do idoso uma readaptação ao novo meio onde se encontra, onde não dispõe dos seus objectos pessoais nem espaço privado onde possa realizar as AVD's. Para Hall citado por Cabete (2004), o envelhecimento torna os indivíduos menos flexíveis e apegados à sua rotina, onde os pequenos hábitos são essenciais e a sua alteração pode provocar desorientação e confusão. O facto da rotina hospitalar diferir da rotina diária dos idosos pode ser uma fonte de irritação constante.

Os diferentes serviços do hospital apresentam características que os diferem uns dos outros. Os serviços de medicina, porque vocacionados para um conjunto de patologias designadas por não especializadas fazem com que nos mesmos se encontrem maior número de pessoas idosas. A população idosa apresenta, maioritariamente, múltiplas patologias e doenças crónicas associadas, acabando por ser os doentes com períodos de internamento mais prolongados. A estes aspectos, acrescem frequentes situações sociais complexas que condicionam ou impedem a alta clínica.

Os serviços hospitalares têm uma dinâmica específica, muito modelada pela rotinização e padronização das actividades, que leva aos profissionais muitas vezes de forma inconsciente, a executarem as suas tarefas de forma mecanizada esquecendo que estão a trabalhar com pessoas. O novo regulamento baseado na tecnicidade das práticas, onde a avaliação dos profissionais assenta apenas na quantificação, exige práticas cada vez mais rotineiras, baseadas em procedimentos que esgotam a força dos profissionais na procura de respostas imediatas, descurando a componente humana e deixando de ter importância o trabalho necessário a realizar junto dos doentes e famílias para melhor lidarem com a doença, o sofrimento e a morte. Cabete (2004) apresenta diversos desafios para os profissionais de saúde de forma a melhorar a qualidade dos serviços prestados assim como o bem-estar da pessoa idosa hospitalizada:

- Dar mais atenção à pessoa que tem uma determinada patologia, em vez de olhar apenas para a patologia que a pessoa tem;
- Investir na melhoria do ambiente terapêutico, tornando-o um espaço mais acolhedor, mais humano, mais compreensível, menos ansiogénico;
- Criar espaços de análise e de reflexão sobre práticas instituídas;
- Desenvolver na formação pré e pós-graduada, a vertente da gerontologia e da geriatria, dando especial atenção à utilização dos serviços de saúde pela população idosa e ao impacto dos cuidados de saúde na saúde e bem-estar.



### **Alta social e protelamento da alta hospitalar**

No quotidiano hospitalar a notícia da alta, nem sempre é um momento de contentamento para os doentes e para os cuidadores, tornando-se frequentemente um momento de angústia e conflito. Por vezes o doente com alta hospitalar depara-se com um meio ambiente externo que pode tornar-se angustiante e de enorme tensão emocional. Ao mesmo tempo que o satisfaz e entusiasma o seu regresso a casa, também o atemoriza e gera ansiedade deixar a segurança do hospital. A alta hospitalar é definida como o momento em que o utente abandona fisicamente o hospital. Em algumas situações e em determinados casos que apresentam complexos problemas sociais, a alta clínica não supõe a saída do doente do hospital, ou seja, embora o doente não apresente condicionantes do foro clínico para permanecer no hospital, por vezes o contexto social do doente não reúne as condições necessárias/básicas para a sua reinserção na comunidade, e como tal, o doente permanece hospitalizado enquanto a sua situação social não é resolvida. No trabalho em equipa a responsabilidade da alta contempla a alta clínica, alta social e alta hospitalar como três momentos que algumas vezes acontecem em tempos diferentes (Colom, 2000:288). O termo “alta social” é entendido, segundo Colom (2000), como a alta que se dá pelo serviço social, quando o problema social é considerado resolvido ou simplesmente inexistente. A “alta social” pressupõe que estejam reunidas todas as condições psicossociais para que o doente possa ser reinserido no seu meio natural após a hospitalização, assegurando que todas as suas necessidades básicas sejam satisfeitas. Quando o doente tem alta clínica e o seu problema social ainda não está resolvido, devido a inúmeros factores que veremos adiante, o doente encontra-se numa situação de protelamento da alta hospitalar. Por protelamento da alta hospitalar entende-se o tempo em que o doente permanece hospitalizado, sem razões clínicas que justifiquem a sua permanência no hospital, mas que por razões de ordem social não é possível a saída efectiva do mesmo. A título de exemplo, no ano de 2010 e segundo o Relatório Anual de Actividades da Área de Apoio Social do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2011), ficaram em situação de protelamento social um total de 270 doentes, que correspondem a 2,7% dos Episódios Sociais (10100). Ao nível do grau de dependência verificou-se que 48,8% se encontravam totalmente dependentes de terceiros para a realização das suas AVD's e 36,9% parcialmente dependentes. Relativamente à situação económica verificou-se que a maioria dos doentes não possuíam recursos económicos suficientes para assegurar

autonomamente a resposta que perante o actual estado de saúde e dependência necessitam. Trata-se de utentes que subsistem com base na pensão mínima contributiva, sendo que 88% obtêm rendimentos abaixo do Salário Mínimo Nacional. No que concerne aos principais motivos de protelamento destacaram-se a integração em instituição, o encaminhamento para apoio domiciliário e, em menor escala, a organização familiar.

De modo a evitar estas situações, o assistente social em contexto hospitalar tem como principal função a planificação da alta hospitalar, especialmente quando trabalha com pessoas idosas. A hospitalização embora seja uma experiência temporal acarreta graves consequências para o futuro do idoso doente. Por isso, o assistente social de modo a preparar a alta do doente deve conhecer aspectos prévios ao internamento do doente e as condições físicas do mesmo. A articulação entre a medicina, a enfermagem, a terapia ocupacional, fisioterapia e psicologia é essencial para a preparação eficaz do regresso do doente à comunidade.

Segundo a American Hospital Association & Social Work Directors Society (1973), citado por Colom (2000), “a planificação da alta hospitalar é um processo centralizado, coordenado e interdisciplinar, no qual os membros da equipa de saúde colaboram com os doentes e suas famílias, antecipando as necessidades destes depois da hospitalização, desenvolvendo um plano que os ajudará a ganhar independência e a manter os benefícios ganhos durante a estadia no hospital.” O planeamento da alta hospitalar, realizada pelo assistente social, acontece sobretudo quando são identificadas condições sociais que impedem ou interferem no processo normal de saída do doente do hospital. Este planeamento da alta hospitalar deverá ter início no momento da admissão do doente envolvendo, sempre que possível o idoso doente e o cuidador tendo por base um planeamento que ultrapasse os limites do doente e seja pensado numa lógica de continuidade de cuidados. É importante que o assistente social identifique precocemente os problemas que poderão impedir a alta do doente, definindo um plano de intervenção adaptado às suas reais necessidades de modo a garantir a inserção deste na comunidade. Segundo Colom (2000:247-248), na planificação da alta o assistente social deverá conhecer a situação familiar do doente, as possibilidades próprias do doente para seguir as indicações terapêuticas (autonomia funcional e instrumental), as possibilidades da rede informal (família, vizinhos ou amigos) ou rede formal (instituições) para garantir a continuidade de cuidados, as necessidades que o doente terá após a alta, as condições

habitacionais do doente, os sentimentos do doente no que respeita a sua doença, os sentimentos/expectativas dos familiares relativamente à doença do familiar, os desajustes no núcleo familiar provocados pela nova situação e a capacidade de resposta dos serviços comunitários. É necessário que o assistente social verifique a existência de todos os recursos necessários à alta do doente; verifique se o entendimento feito pelo doente e/ou cuidador do plano de cuidados está correcto; facilite ao doente e/ou ao cuidador a elaboração de notas escritas sobre o plano, nomeadamente sobre os vários profissionais, instituições ou equipamentos que vai ter de ir contactando ou procurando durante o percurso da prestação dos cuidados; informe o doente e/ ou cuidador que o plano é flexível e que poderá mudar com o evoluir das condições do doente e do funcionamento dos serviços; informe o doente e/ ou cuidador que pode sempre pedir esclarecimentos ou outro apoio, facultando os contactos para facilitar a comunicação bidireccional (Procedimento Sectorial da Área de Apoio Social, 2011).

Embora a intervenção atempada, organizada e eficaz do assistente social seja determinante para a efectivação da alta hospitalar, existem um conjunto de causas internas e externas que poderão impedir a alta. A intervenção tardia do Serviço Social, o desconhecimento das funções e sobretudo das competências do Serviço Social hospitalar por parte dos outros profissionais, informar mal o doente acerca da sua situação clínica, a falta de contacto e partilha de informação entre os diferentes grupos profissionais poderão constituir-se como causas internas que interferem com a saída efectiva do doente. Das muitas causas externas ao hospital poderemos destacar a dificuldade em encontrar respostas rápidas que possibilitem o seguimento do doente fora do hospital, a ausência e má utilização dos recursos comunitários existentes, estilos de vida pouco saudáveis de muitas famílias que não permitem o regresso do doente ao domicílio, más condições habitacionais e recusa da família em levar e acompanhar o doente no domicílio (Colom, 2000).

### **O que é ser cuidador?**

O envelhecimento não corresponde a uma fase de abandono do idoso pela família, ao invés parece haver uma alteração de papéis no núcleo familiar. Efectivamente existem famílias que abandonam os seus elementos mais velhos ou são negligentes e abusivos. Contudo, a realidade mostra que a família é o principal pilar de apoio dos idosos. A própria tradição e cultura portuguesa atribui às famílias, em

especial aos seus elementos femininos, a responsabilidade e dever de cuidar dos elementos mais velhos e com laços de proximidade (Figueiredo, 2007). Deste modo, cuidar parentes idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família, o que aliado a alguma hostilidade para com as instituições pressiona a família no sentido de manter esse papel (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Porém, um conjunto de mudanças sócio-demográficas, tais como, a crescente participação da mulher no mercado de trabalho e na vida pública, o aumento do número de divórcios, a diminuição da taxa de fecundidade, têm vindo a alterar o panorama dos cuidados informais pois existem cada vez menos familiares disponíveis para prestar apoio e cada vez mais idosos a necessitar dele. Actualmente e perante este cenário, não são apenas as famílias e as instituições sociais que têm o dever de apoiar e confortar o idoso, mas também o Estado tem um papel que lhe é conferido pela Constituição da República Portuguesa. A precariedade do emprego e os consequentes baixos rendimentos, as limitações habitacionais e temporais são algumas das dificuldades com que as famílias se deparam actualmente. Estes desafios poderiam levar ao maior afastamento das famílias relativamente aos seus elementos mais velhos. Porém, tal não se verifica e ainda é a família quem assume maior importância na satisfação das necessidades do idoso dependente.

Segundo Squire (2004) citado por Figueiredo (2007) a prestação de cuidados pode ser dividida em três níveis: os cuidados formais (prestados por profissionais); quase formais (prestados por associações de voluntários ou por departamento de serviços sociais) e cuidados informais ou familiares (prestados pela família, vizinhos, amigos). O termo “cuidador informal”, habitualmente utilizado no contexto de cuidados à pessoa com algum grau de dependência, refere-se às interações entre um membro da família, amigo ou vizinho, que ajuda outro, de maneira regular e não remunerada, a realizar as AVD’s que são necessárias para viver com dignidade (Figueiredo, 2007). Geralmente, este serviço é prestado num contexto de relacionamento afectivo e duradouro. É uma expressão de afectividade por um membro da família, amigo ou simplesmente por um outro ser humano em necessidade. Pelo contrário, a designação de “cuidador formal” diz respeito aos profissionais que prestam cuidados e que formalmente assumem o exercício de uma profissão, para a qual optaram e tiveram preparação académica e profissional.

Relativamente ao género alguns estudos revelam a predominância nas mulheres na assunção do papel de cuidador (Santos, 2006; Sequeira, 2001; Figueiredo, 2007). De facto esposas, filhas, netas ou noras estão maioritariamente envolvidas na experiência do cuidar. Tendo por base o estudo elaborado por Sarmiento, Pinto e Monteiro (2007) com uma amostra de 50 pessoas, concluímos que a maioria dos cuidadores é do género feminino (82%), denotando-se prevalência de cuidadores com idades compreendidas entre os 31-49 anos (44%), sendo a maioria casados (88%). Relativamente a variável situação laboral damos conta de prevalência de cuidadores domésticos. São geralmente membros da família ou comunidade que prestam cuidados de forma parcial ou integral, a pessoas com dificuldades ou incapacitadas de se auto-cuidarem, e diferenciam-se dos formais pela natureza da motivação (afectos e obrigação) para ajudar, pelas habilidades trazidas para as tarefas e pelo facto de não serem remunerados por essa actividade (Rica e Hernando, 1994; Fernandes, Pereira & Ferreira, 2002; Martins, 2002).

As razões pelas quais alguém se torna cuidador podem ir do voluntarismo afectivo até o dever moral e social. Independentemente das circunstâncias que levam uma pessoa a cuidar da outra, normalmente a maioria destas pessoas não está preparada para desempenhar essa tarefa, uma vez que apesar de muitos cuidadores informais considerarem a tarefa de cuidar de um familiar como algo emocionalmente gratificante, tal tarefa tem consequências negativas.

Na maior parte da literatura gerontológica utiliza-se o termo “sobrecarga” para descrever os efeitos negativos da tarefa de cuidar. Esta “sobrecarga” definida por Pearlin *et al* (1990) como sendo o resultado do decréscimo dos sentimentos de bem-estar e um aumento dos problemas de saúde, pode ter duas dimensões: objectiva e subjectiva, ou seja, as consequências que a prestação de cuidados tem nas várias dimensões da vida do cuidador (familiar, económica, social e profissional), e a sobrecarga que resulta das atitudes e respostas emocionais do cuidador à tarefa de cuidar (Figueiredo, 2007:119). A prestação de cuidados durante longos períodos de tempo pode ser física e psicologicamente esgotante e interferir directamente com a sanidade física e mental do cuidador, assim como no seu bem-estar geral. Segundo o mesmo autor, é muito frequente nos cuidadores o cansaço físico e a sensação de deterioração da saúde, como também a depressão e sentimentos de ansiedade. Relativamente à componente relacional, é incomum que a prestação de cuidados não afecte o conjunto das redes relacionais. A situação de maior dependência da pessoa

idosa provoca reajustamentos familiares e novas dinâmicas no seio da família. Os cuidados pessoais prestados ao idoso exigem novas reedificações no relacionamento. Esta relação de dependência vai interferir numa esfera muito privada do idoso, a sua intimidade. Tal situação desencadeia uma ligação de constrangimentos tanto por parte do idoso, que perde a sua privacidade, como pelo próprio cuidador, que tem de assumir as tarefas de natureza estritamente íntima com o familiar dependente (Mendes, 1998 citado por Figueiredo, 2007). É oportuno salientar que quando a relação estabelecida é entre pai e filha os constrangimentos poderão ser altamente embaraçosos e complexos, levando muitas vezes à recusa dos cuidados por parte do idoso.

As consequências negativas abrangem igualmente a esfera profissional e a situação financeira do cuidador. Conciliar as responsabilidades de prestação de cuidados ao idoso e a manutenção de uma profissão pode provocar constrangimentos. Chappell e Litkenhaus (1995) verificaram que os cuidadores que trabalham a tempo inteiro reportam uma série de impactos, tais como, ter de sair do trabalho para acompanhar o idoso a consultas médicas, necessidade de abandonar o trabalho repentinamente, necessidade de faltar e mudar de horário, interromper e atrasar o trabalho e chegar mesmo a considerar a hipótese de deixar de trabalhar. Os problemas financeiros podem ser provocados sobretudo pelas despesas que os cuidados exigem (fraldas, medicação, materiais de apoio, cuidados médicos e de enfermagem).

Apesar da maioria das investigações existentes privilegiarem a análise sobre os impactes negativos da prestação informal de cuidados, estudos recentes sugerem que a tarefa de cuidar de um idoso dependente acarreta um conjunto de satisfações para o cuidador. As razões apontadas de tais recompensas e satisfações variam entre a manutenção da dignidade da pessoa idosa, ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz, ter a consciência que se dá o melhor, encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressão de amor e carinho, manter a pessoa de quem se cuida fora de uma instituição, perceber que as necessidades da pessoa dependente são entendidas, encarar a prestação de cuidados como uma possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal, sentido de realização e desenvolvimento de novos conhecimentos e competências (Nolan, Grant e Keady, 1996, 1998 citado por Figueiredo, 2007:130). As recompensas ou as experiências positivas na experiência de cuidar incluem um sentimento de satisfação, de gratificação e de orgulho no papel de cuidar, aumento do sentido de domínio, competência e realização, assim como um

sentido de finalidade e significado para a vida (Depuis, Epp e Smale, 2004 citado por Figueiredo, 2007:131). As satisfações apontadas pelos cuidadores são de carácter emocional, levando a crer que “(...) a felicidade que nos advém de tornar mais doce o fim de vida de quem nos é querido, são razões de sobra para tornar positiva a eventual sobrecarga e desgaste físico que a prestação de cuidados a um idoso acarreta” (Pául 1997:129).

## **2. Necessidades e expectativas do doente e do cuidador em relação à intervenção do assistente social**

Segundo Abraham Maslow (1951) citado por Pimentel (2005), o Homem é motivado segundo as suas necessidades que se manifestam em diferentes graus de importância onde as fisiológicas são as necessidades básicas e as de realização pessoal as ulteriores. As necessidades fisiológicas que se encontram na base da pirâmide que representa a hierarquia das necessidades, segundo Maslow, representam as necessidades relacionadas com o organismo nomeadamente a alimentação, sono, abrigo, água, excreção e outros. As necessidades de segurança aparecem após o suprimento das necessidades fisiológicas. São representadas por necessidades de segurança e estabilidade, como protecção contra a violência, protecção para saúde, recursos financeiros. As necessidades sociais dizem respeito ao campo da amizade, socialização, aceitação em novos grupos. As necessidades de estima ocorrem após a supressão das necessidades anteriormente referidas e são necessidades de estima a autoconfiança, reconhecimento, conquista, respeito dos outros, confiança. As necessidades de auto-realização que se encontram no topo da pirâmide hierárquica representam a moralidade, criatividade, espontaneidade, auto desenvolvimento e prestígio.

O tema das necessidades na área da saúde pode ser abordado sob diferentes bases teórico-conceptuais. Pode traduzir necessidades individuais ou colectivas; pode focalizar-se na prestação de cuidados ou num contexto mais alargado, incorporando determinantes ambientais e sociais; entre outras abordagens (Wright *et al.*, 1998). Neste âmbito a tipologia das necessidades sociais de Bradshaw (1972), surge como o quadro teórico mais completo para o melhor entendimento do conceito. Bradshaw (1972) apresenta quatro categorias de necessidades sociais:

- 1) Necessidades normativas: definidas de acordo com uma norma ou critério institucional e reconhecidas pelos profissionais.
- 2) Necessidades comparativas: resultam das diferenças encontradas na comparação entre dois grupos semelhantes quanto à prestação de um serviço.
- 3) Necessidades sentidas: conotadas geralmente com os “desejos”, podem ser vividas sem que haja uma manifestação concreta das mesmas.
- 4) Necessidades expressas: correspondem a necessidades que, sendo sentidas, são também efectivamente manifestas, sendo importante reter que “as pessoas podem sentir necessidades que não expressam, como podem também expressar necessidades que não sentem”.

Muitas das definições referidas na literatura para o conceito de necessidades em saúde, encerram dificuldades na resposta às necessidades genuínas dos cidadãos, uma vez que não incorporam o conceito de eficiência, parecendo servir apenas para justificar os constrangimentos financeiros” dos sistemas de saúde.

Relativamente ao conceito de expectativas, muitas vezes associado às necessidades expressas ou às exigências do cidadão, tem sido pouco estudado na generalidade da literatura, pelo que actualmente ainda não é possível compreender a forma como as expectativas são moldadas e sobre o modo como afectam os comportamentos, as atitudes e os resultados em saúde. Na literatura, o modelo mais explorado identifica quatro tipos de expectativas (Thompson e Sunol, 1995): a expectativa ideal (por referência a resultados desejados ou preferidos), a preditiva (por referência a resultados esperados), a normativa (por referência ao que é suposto acontecer) e a não-formada (por ausência ou por incapacidade de expressão).

As expectativas constituem ainda um dos factores que determinam a satisfação com os serviços de saúde (Thompson e Sunol, 1995; Murray, 2001). A satisfação resulta de uma equação onde entram as expectativas prévias e a experiência concreta vivenciada. Por isso, as apreciações subjectivas/”satisfação” dos utilizadores são, em geral, mais positivas entre os utilizadores em relação às dos não utilizadores dos serviços (Picker Institute Europe, 2007).

Especialmente nos serviços de internamento hospitalares, a identificação das necessidades do doente e do cuidador, a gestão de expectativas quanto ao tempo de internamento/ acompanhamento, a identificação das condições de vida tendo em vista o plano individual de intervenção e a preparação da alta: graus de autonomia física,



mental, económico – financeira e sócio - profissional/ escolar, compete ao assistente social e deverá ser equacionado o mais precocemente possível de modo a evitar situações de protelamento de altas.

### **3. Serviço Social Hospitalar: Contextualização teórico-conceptual**

A história do Serviço Social da saúde está intimamente relacionada com o percurso do próprio Serviço Social enquanto disciplina profissional. O então denominado "Trabalho Médico - Social", foi oficialmente implementado em 1905, no Hospital Geral de Massachussets, em Boston. Em 1941, nasce o Serviço Social hospitalar nos Hospitais Universitários de Coimbra, em 1942, em Lisboa, no Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos, e em 1948, no IPO de Lisboa alargando-se depois a outros estabelecimentos de saúde.

Nos anos 50, as trabalhadoras sociais iniciaram movimentos de reflexão e avaliação crítica que conduziram a um salto qualitativo. O Serviço Social queria libertar-se de uma doutrina de “higienismo social” e de uma actuação assistencialista, paliativa e casuística para fomentar uma intervenção social que fosse sistematizada, promocional e global.

A publicação da Reforma Hospitalar de 1968 (Decreto-Lei n.ºs. 48 357 e 48 358) vem especificar a situação do Serviço Social. Nestes diplomas, em que o hospital é caracterizado como “serviço de acção médico – social” da comunidade dando primado à pessoa doente como razão de ser e objectivo final da instituição, consagra-se definitivamente a importância do Serviço Social definindo-se finalidades e as suas funções, bem como a sua posição no organograma hospitalar. No Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968, sublinha-se uma definição possível do Serviço Social da Saúde como aquele que estabelece "as relações entre necessidades pessoais e familiares e os casos de doença" e o papel da investigação nas "técnicas médicas sociais" e ainda na orientação e coordenação do corpo de voluntários.

Em 2002, através da Circular Normativa n.º 8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde (16 de Maio de 2002), estabelece-se as funções dos assistentes sociais que vigoram actualmente nos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde. Agrupa 10 funções e estabelece que os assistentes sociais se reportem ao respectivo órgão dirigente máximo:

- Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respectivo diagnóstico social;
- Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respectivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;
- Proceder à investigação, estudo e concepção de processos, métodos e técnicas de intervenção social;
- Participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respectivos serviços ou estabelecimentos;
- Definir, elaborar, executar e avaliar programas e projectos de intervenção comunitária na área de influência dos respectivos serviços e estabelecimentos;
- Analisar, seleccionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação;
- Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade;
- Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades;
- Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados;
- Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social.

#### **4. Processo de intervenção do assistente social com idosos hospitalizados**

##### **A preparação da alta hospitalar na perspectiva do assistente social**

O envelhecimento da população e o aumento do número de idosos dependentes de terceiros para a realização das suas AVD's são realidades cada vez mais presentes na nossa sociedade que exigem mudanças organizacionais e qualitativas nos serviços de saúde. As transformações sociais e as oscilações em curso colocam aos profissionais da saúde desafios que, nos seus locais de trabalho, se confrontam com crescentes exigências colocadas pela população, sobretudo pela população idosa. De maneira a dar respostas eficazes e que propiciem o bem-estar do doente, as equipas de saúde vêm-se

obrigadas a redefinirem métodos e estratégias de trabalho, havendo cada vez mais a necessidade de definir metodologias de trabalho multidisciplinares e interdisciplinares, onde o papel do assistente social assume primordial importância, sobretudo nos serviços que mais directamente se relacionam com a prestação de cuidados de saúde aos idosos.

O Serviço Social da saúde define-se como uma disciplina que a partir do estudo, diagnóstico e intervenção psicossocial atende as pessoas doentes e as suas redes sociais mais próximas, de modo a que a doença aguda não seja motivo para a perda da qualidade de vida, discriminação ou marginalização social. Neste âmbito cabe ao assistente social conceber, planear, organizar e prestar cuidados a nível psicossocial, relacional e cultural, nas vertentes da promoção, prevenção, tratamento e recuperação. Da análise da informação obtida na sua intervenção, o assistente social propõe acções orientadas a melhorar o regresso a casa da pessoa hospitalizada (Colom, 2000). O desempenho dos assistentes sociais no campo da saúde abrange um leque multifacetado de acções, actuando a diferentes níveis.

O desempenho dos assistentes sociais desenvolve-se tanto ao nível do apoio psicossocial ao doente e família, como ao nível da articulação dos serviços, internos e externos, assegurando a ligação à rede de suporte ao doente e família/ cuidador, onde se insere o planeamento da alta. Este é o processo realizado com o doente e/ou cuidador para avaliar e diligenciar a continuidade de cuidados ou outras necessidades dos intervenientes. É importante salientar que o doente é sempre que possível envolvido no plano de acção, solicitando a referência do cuidador. Em todo o processo o assistente social deverá verificar o entendimento feito pelo doente e/ou cuidador em relação ao plano de cuidados e se concorda com as propostas apresentadas, facilitar ao doente e/ou ao cuidador a elaboração de notas escritas sobre o plano, nomeadamente sobre os vários profissionais, instituições ou equipamentos que vai ter de ir contactando ou procurando durante o percurso da prestação dos cuidados, e sobretudo informar o doente e/ ou cuidador que o plano é flexível e que poderá mudar com o evoluir das condições do doente e do funcionamento dos serviços. (CHLC, 2011).

### **Metodologia de intervenção do Serviço Social hospitalar**

O Serviço Social hospitalar desenvolve a sua intervenção fundamentalmente em quatro fases: o acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade de cuidados são os

momentos metodológicos identificados na intervenção do assistente social e a seguir descritos, sendo que as especificidades da sua acção em cada tipo de serviço dependem da natureza da doença e estágio da sua evolução, bem como da vocação da instituição, do tipo de cuidados e serviços que presta e dos tempos de internamento/acompanhamento que tem previsto (CHLC, 2011).

O acolhimento é a primeira entrevista de recolha de dados para elaboração de um pré – diagnóstico social. Geralmente aplicam-se diversos tipos de acolhimento consoante as Unidades em que os assistentes sociais se encontram inseridos: o acolhimento sistemático consiste na intervenção em que o acolhimento é feito a todos os doentes dos Serviços de Internamento/ Serviços Ambulatório onde, por razões de ordem biopsicossocial, se considera fundamental iniciar o planeamento da alta o mais precocemente possível; o acolhimento por triagem de indicadores críticos é realizado por critérios pré – definidos para a abordagem de cada doente, podendo ser aplicado pelos próprios assistentes sociais ou por outros profissionais que posteriormente sinalizam ao Serviço Social; o acolhimento em regime de chamada é realizado a todas as situações sinalizadas pelos demais profissionais (CHLC, 2011). Nesta fase o assistente social presta apoio à integração do doente e família/ cuidador, prestando informações nomeadamente sobre direitos e deveres e essencialmente procede à recolha de informação pertinente à preparação da alta e continuidade de cuidados, nomeadamente: nacionalidade e situação no País; língua, etnia, religião, especificidades culturais, escolaridade, orientação profissional, profissão, situação laboral, local de residência, vizinhança, habitação, acesso à habitação, condições de habitabilidade, núcleo familiar, conviventes com ou sem possibilidade de serem identificados como familiar – cuidador, entre outros.

A elaboração do plano individual de cuidados deverá ser preparado com a equipa multidisciplinar havendo partilha de informação de âmbito clínico e psicossocial e tendo em consideração as especificidades psicossociais, espirituais e religiosas do doente e cuidador na elaboração e gestão do plano de cuidados. Com o doente e/ou cuidador deverão ser confirmados os cuidados previstos, o esclarecimento de dúvidas e reforço de informação sobre os direitos e deveres dos doentes e cuidadores, bem como o acesso a serviços e bens.

O acompanhamento psicossocial deverá ser prestado junto ao doente e/ou cuidador através da prestação de:

- Suporte emocional permitindo ou facilitando a expressão dos sentimentos e receios suscitados pela doença, pelo tratamento e suas consequências ou pela previsão da morte;
- Suporte ao doente e/ ou cuidador, ajudando-o a enfrentar as mudanças provocadas pela doença/ tratamento e em situações decorrentes de agressão/ maus tratos, nomeadamente, promovendo e protegendo a integridade física, psíquica e emocional;
- Suporte ao doente e/ ou cuidador no desenvolvimento da coesão familiar, na gestão de conflitos, na redistribuição de papéis, na selecção de estratégias, na melhoria da comunicação e na prevenção da exclusão do doente do seu sistema familiar/ social;
- Incentivo e estímulo à adesão ao ensino/ aprendizagem, tanto do doente como do familiar/ cuidador ou, na falta deste, de outras pessoas, tendo em conta a continuidade dos cuidados;
- Informação, orientação e capacitação dos doentes e familiares/ cuidadores no âmbito da protecção social na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral;
- Capacitação do doente e/ ou cuidador para uma gestão eficaz da doença, nomeadamente na maximização dos recursos pessoais e comunitários e na integração dos cuidados;
- Exercício de advocacia em favor do doente e família/ cuidador e relativamente ao acesso a prestações sociais e/ ou serviços;
- Provisão dos meios necessários ao contacto, regresso ou ingresso em unidade de saúde em situações programadas ou de urgência;
- Incentivo à reinserção profissional ou escolar do doente e / ou à promoção da sua participação em actividades adaptadas ao seu estado de saúde;
- Orientação dos doentes e cuidadores para serviços de apoio especializado, nomeadamente jurídico, outros.
- Preparação para a morte e apoio no luto, quando apropriado.

De acordo com o previsto no Procedimento Sectorial – Intervenção da Área de Apoio Social (2011), nesta fase o assistente social deverá avaliar a situação numa perspectiva de alta e de continuidade dos cuidados através da identificação de necessidades, dificuldades ou constrangimentos, bem como de recursos e potencialidades para a

prestação dos cuidados necessários ao doente, tendo em conta a sua situação específica de doença, dependência, reabilitação e/ ou reinserção possíveis, e através da avaliação da existência ou não de familiares ou outra pessoa com competências para ser cuidador: condições físicas, emocionais, de relacionamento e intimidade com o doente.

A preparação da continuidade de cuidados consiste na identificação em equipa e com o doente e/ou cuidador das necessidades diversas decorrentes da situação de doença, bem como das dimensões psicossociais individuais e familiares presentes (económicas, emocionais, culturais/ religiosas, profissionais e/ou ocupacionais, habitacionais ou outras) decorrentes da situação de doença e/ou dependência e da necessidade da continuidade dos cuidados. Integra igualmente a negociação com o doente e cuidador para a elaboração do plano individual de cuidados e organização da prestação dos mesmos: definição de objectivos e tempos previstos, identificação dos intervenientes profissionais e institucionais da prestação dos cuidados ou serviços (CHLC, 2011).

## **CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE PESQUISA**

A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos. Constitui-se como um método de aquisição de conhecimentos, uma forma metódica e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação (Fortin, 2009:15). Especificamente, a investigação em Serviço Social orienta-se para a compreensão dos problemas sociais existentes, e uma vez que está estreitamente relacionada com a prática, o objectivo principal é tornar a intervenção profissional cada vez mais fundamentada e qualificada.

A presente investigação insere-se num quadro exploratório/descritivo, tendo por base o paradigma funcionalista, ou seja, pretendeu-se explorar conceitos e descrever experiências através de explicações racionais do que se passa na realidade, com o objectivo de investigar soluções práticas para problemas de ordem prática.

### **1. Opções metodológicas**

Segundo Fortin (2009:240) a escolha da metodologia a utilizar numa investigação depende de vários factores: dos objectivos do estudo, do tipo de questões a que pretende responder, do fenómeno estudado e das condições em que esse fenómeno decorre. O método escolhido deve ser o caminho a percorrer na investigação mediante um conjunto de operações, regras e procedimentos seleccionados de forma voluntária e reflexiva, para alcançar um determinado fim. Os métodos e as técnicas escolhidas devem adaptar-se ao problema seleccionado. Todo o método necessita de técnicas ou seja, de procedimentos específicos que façam referência ao conhecimento e habilidades operativas, permitindo assim, o controlo, registo ou manipulação de uma parte específica da realidade.

Para esta investigação optou-se pela utilização de uma metodologia de carácter qualitativo. Com este método pretendeu-se compreender amplamente quais as necessidades, respostas sociais e o grau de satisfação relativamente à intervenção do assistente social do idoso hospitalizado e cuidadores. Na investigação qualitativa a fonte directa de dados é o ambiente natural constituindo o investigador o instrumento principal. É uma investigação descritiva que tenta analisar toda a riqueza dos dados recolhidos, respeitando tanto quanto possível a forma como foram registados. A recolha

de dados na investigação qualitativa não tem como objectivo confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente, pois dá-se grande relevância às perspectivas dos participantes.

## **2. Modelo de Análise**

### **Construção de conceitos**

A construção de conceitos é “ uma construção abstracta que visa dar conta do real. Para isso não retém todos os aspectos da realidade em questão, mas somente o que exprime o essencial dessa realidade, do ponto de vista do investigador” (Quivy, 1998: 121-122). A definição dos conceitos advém de uma generalização abstracta que emerge da reflexão do problema e ajudam na construção das variáveis.

O tema da investigação centra-se nas necessidades e satisfação do idoso hospitalizado e do seu cuidador em relação a intervenção do assistente social em contexto hospitalar, e como tal considera-se importante salientar os seguintes conceitos:

- Idoso hospitalizado
- Cuidador
- Necessidades
- Satisfação
- Intervenção do assistente social

Nos capítulos I e II estes conceitos foram analisados e clarificados.

### **Operacionalização de conceitos - Modelo de Análise**

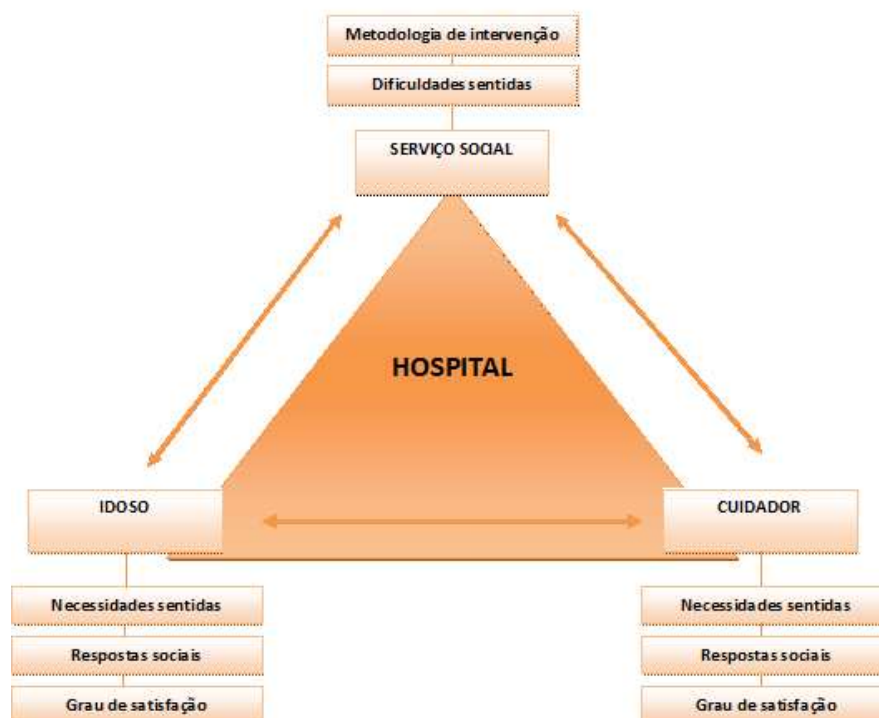
Partindo do pressuposto que a população mundial está a envelhecer e que os idosos são responsáveis pela ocupação de cerca de metade das camas hospitalares, torna-se relevante perceber quais as necessidades destes idosos e dos seus cuidadores e analisar que tipo de intervenção o Serviço Social desenvolve com este grupo, em contexto hospitalar. A triangulação abaixo representada (figura 3.1) define o modelo de análise da presente investigação, colocando em jogo três intervenientes directos na experiência do internamento hospitalar – o idoso, o cuidador e o Serviço Social.

Deste modo, apresentam-se como eixos analíticos as necessidades, respostas e o grau de satisfação na perspectiva do idoso hospitalizado e do cuidador, e a metodologia de intervenção e dificuldades sentidas por parte dos profissionais de Serviço Social que desempenham a sua profissão em meio hospitalar. Esta triangulação define os três focos



principais desta investigação, baseados na dinâmica relacional e na funcionalidade da interacção entre o idoso, o cuidador e o Serviço Social.

Figura 3.1: Modelo de análise



Fonte: Ferreira, F., 2012, Modelo de Análise

### 3. Universo e amostra

O universo desta investigação é constituído por idosos hospitalizados em internamento de curta duração no Serviço de Medicina do Hospital Santa Marta, EPE – Centro Hospitalar Lisboa Central e seus cuidadores.

A amostra é constituída por dois grupos: idosos hospitalizados e os cuidadores destes idosos. O grupo dos idosos hospitalizados no serviço de Medicina no CHLC – HSM que constituem a amostra respeitam os seguintes critérios:

- 65 ou mais anos;
- Internados no Serviço de Medicina do Hospital Santa Marta, EPE – Centro Hospitalar Lisboa Central de 23 / 04 / 2012 a 6 / 05 / 2012;
- Com intervenção do Serviço Social;

- Intervenção consentida pelo utente.

Os cuidadores destes idosos não foram alvo de critérios de selecção, tendo-se optado por uma amostragem não probabilística do tipo conveniência

Realizou-se uma caracterização dos idosos internados no período definido para a recolha de dados perfazendo um total de 30 idosos (lotação do serviço de internamento).

Realizou-se igualmente a caracterização de 30 cuidadores no mesmo período de tempo.

A amostra seguiu os critérios definidos e é constituída por 6 idosos e 6 cuidadores.

Para análise da intervenção do Serviço Social com idosos hospitalizados optou-se por seleccionar aleatoriamente dois profissionais da equipa de apoio social do CHLC, HSM para a aplicação da entrevista semi-estruturada.

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

No concernente as técnicas de recolha de dados segundo Carmo (1998:175), “ são procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis, susceptíveis de serem novamente aplicados nas mesmas condições, adaptados ao tipo de problema e aos fenómenos em causa. A escolha das técnicas depende do objectivo que se quer atingir, o qual, por sua vez, está ligado ao método de trabalho.

Numa primeira fase da pesquisa levou-se a cabo uma pesquisa bibliográfica e leituras adicionais de forma a clarificar a definição do objecto de estudo e a construção de um quadro teórico de análise. A análise documental às normas jurídicas do CHLC - HSM e a análise documental dos processos sociais foram o ponto de partida desta investigação.

A metodologia do projecto assenta numa estratégia intensiva, e como tal baseia-se por isso em técnicas apropriadas a este tipo de estratégia: a observação participante, a aplicação de questionários e de entrevistas semi estruturadas e a aplicação de análise de conteúdo. Para o cumprimento dos objectivos fixados, optou-se pela aplicação de um questionário (Anexo A e B) para a caracterização da população-alvo e, posteriormente a aplicação de entrevistas semi-estruturadas (Anexo C e D) a uma amostra representativa do universo dos idosos hospitalizados e cuidadores. Para a análise do grau de satisfação do idoso e do cuidador relativamente a intervenção do assistente social aplicou-se uma escala adaptada do SUCEH21 - Formulário de avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no hospital (Anexo E e F).

Para a aplicação das entrevistas partiu-se de um guião de entrevista que pode ou não ser respeitado, e que apesar de seguir uma estrutura há espaço para alguma ambiguidade controlada, garantindo assim liberdade ao entrevistado na maneira como aborda os temas e as questões. A selecção deste método de recolha de dados deveu-se sobretudo ao facto de se pretender verificar no campo empírico a realidade presente na análise do conteúdo documental efectuado *à priori* e explorar o discurso dos entrevistados, procurando nova informação e outros aspectos peculiares que possam não ter sido contemplados nessa análise. Pretendeu-se essencialmente dar voz aos idosos hospitalizados e seus cuidadores incentivando-os a exporem as suas reais necessidades, medos e descontentamentos.

Inicialmente foram solicitadas autorizações para a realização da investigação ao director da Unidade de Internamento de Medicina 4 do CHLC, HSM e a coordenadora da Área de Apoio Social do CHLC, tendo ambas sido deferidas (Anexo G).

Aplicou-se presencialmente entre o dia 23 de Abril de 2012 e o dia 6 de Maio de 2012, 30 questionários a idosos hospitalizados na unidade de internamento de Medicina 4 do CHLC, HSM e 30 questionários a cuidadores. Posteriormente, e tendo por base os critérios definidos para a amostragem, entrevistou-se 6 idosos e 6 cuidadores. As entrevistas foram realizadas presencialmente e gravadas com autorização dos entrevistados. A escala para análise do grau de satisfação dos entrevistados relativamente à intervenção do assistente social foi aplicado por pessoas alheias a área do Serviço Social, por forma a não enviesar as respostas. Entrevistou-se no mesmo período, dois profissionais da Área de Apoio Social do CHLC, HSM utilizando-se igualmente um guião de entrevista (Anexo H).

Por fim, procedeu-se ao tratamento dos dados dos questionários aplicados com suporte do programa Excel e a análise do conteúdo das entrevistas, assistida pelo programa informático, MAXqda, permitindo assim, a análise rápida e sistemática das informações recolhidas.



## CAPÍTULO IV: O IDOSO HOSPITALIZADO: RESPONDER ÀS NECESSIDADES PERSPECTIVANDO A SATISFAÇÃO DO UTENTE E CUIDADOR

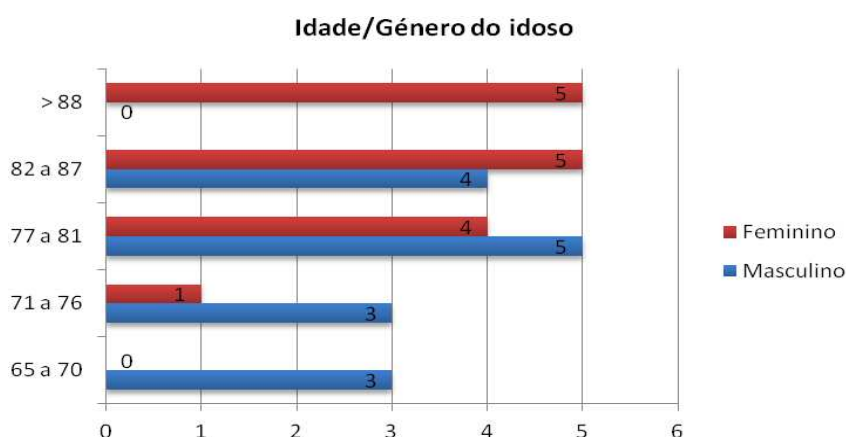
### 1. O idoso hospitalizado

#### Caracterização do idoso hospitalizado

O universo em análise é constituído por 30 idosos hospitalizados, que se encontraram internados no serviço de medicina do CHLC, HSM no período definido no capítulo metodológico.

Os idosos hospitalizados são 15 do sexo feminino (50%) e 15 do sexo masculino (50%), e têm idade superior a 76 anos. Analisando a composição segundo os grupos etários, realça-se maior representação de idosos com idades compreendidas entre os 77 e 81 anos (30%) e entre os 81 e os 87 anos (30%), sendo que nas idades mais avançadas acentua-se nitidamente a maior representação das mulheres, o que traduz uma maior esperança média de vida destas (na faixa etária dos > a 80 anos não se verificou nenhum idoso do sexo masculino, contrariamente ao sexo feminino que se faz representar com 16,7%).

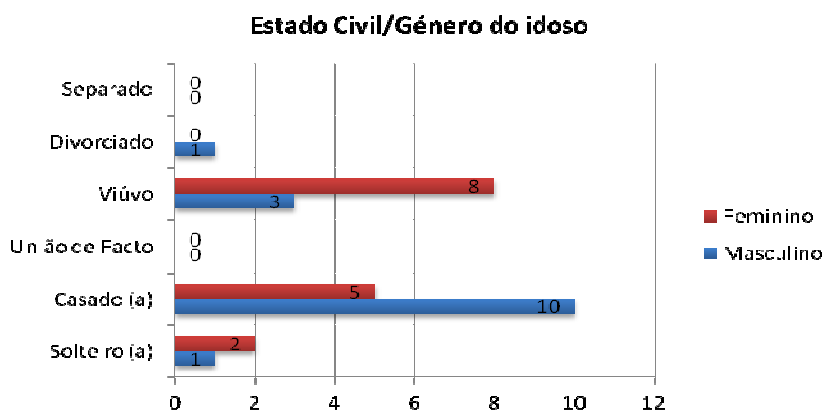
Figura 4.1: Idade/género do idoso



A maioria dos idosos internados no serviço de medicina do CHLC, HSM são casados (50%) e viúvos (36,7%). Cruzando estes dados com o género, verificou-se que as mulheres são maioritariamente viúvas (26,7%) e 10% são homens. Pelo contrário, a maioria dos homens encontram-se casados (33,3%). Salienta-se a não existência de

idosos separados ou em união de facto. Poderemos apontar como causas desta ausência às alterações que ocorreram num passado recente na dinâmica familiar.

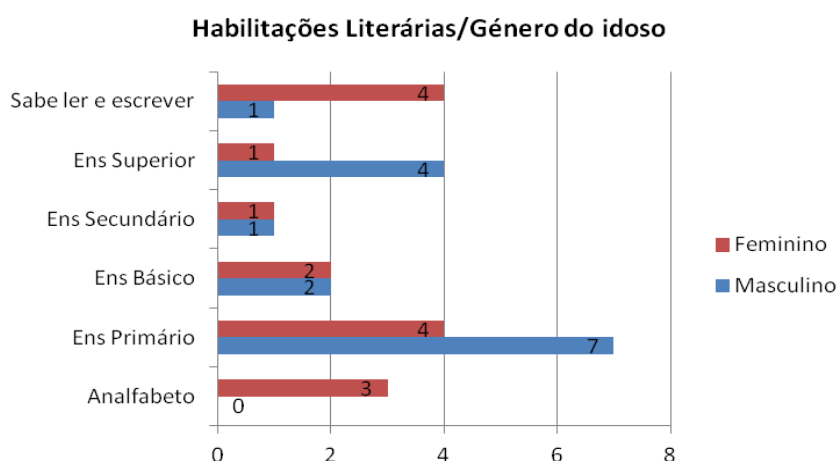
Figura 4.2: Estado civil e género dos idosos



Relativamente à residência destes idosos, 96,7% reside em Lisboa e Vale do Tejo e apenas um idoso é proveniente da zona norte. 96,7% dos idosos têm nacionalidade portuguesa e apenas um estrangeira (Anexo I).

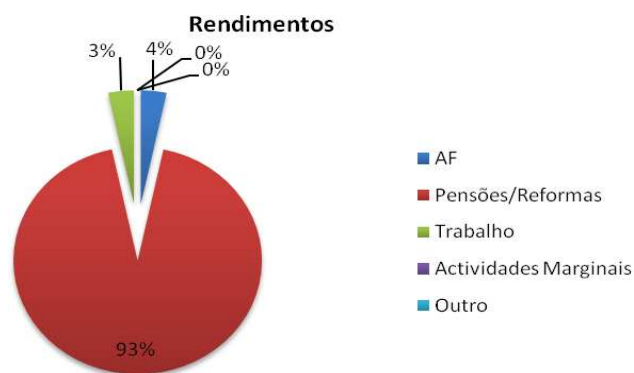
No que concerne às habilitações literárias destes idosos constatou-se que a maioria de homens e mulheres têm o Ensino Primário (N= 11; %= 36,7). Salienta-se o facto de ainda 16,7% destes idosos só saberem ler e escrever e 10% serem analfabetos. Contudo, 16,7% destes idosos têm o ensino superior, contradizendo o discurso de senso comum que caracteriza os idosos como uma camada populacional analfabeta. Salienta-se o facto de serem as mulheres as que têm habilitações literárias mais baixas, comparativamente aos homens (3 delas são analfabetas e 4 sabe ler e escrever). Contrariamente, são os idosos do sexo masculino que estão em maioria quando se fala no Ensino Superior (4 homens e 1 mulher).

Figura 4.3: Habilitações literárias e género do idoso



Os rendimentos destes idosos provêm maioritariamente de pensões/reformas (93%), sendo que apenas um destes por não beneficiar de qualquer tipo de pensão/reforma sobrevive com o apoio monetário do agregado familiar. Importa referir que um destes idosos apesar de já se encontrar na idade de reforma ainda se encontra no activo e como tal os seus rendimentos provêm do trabalho.

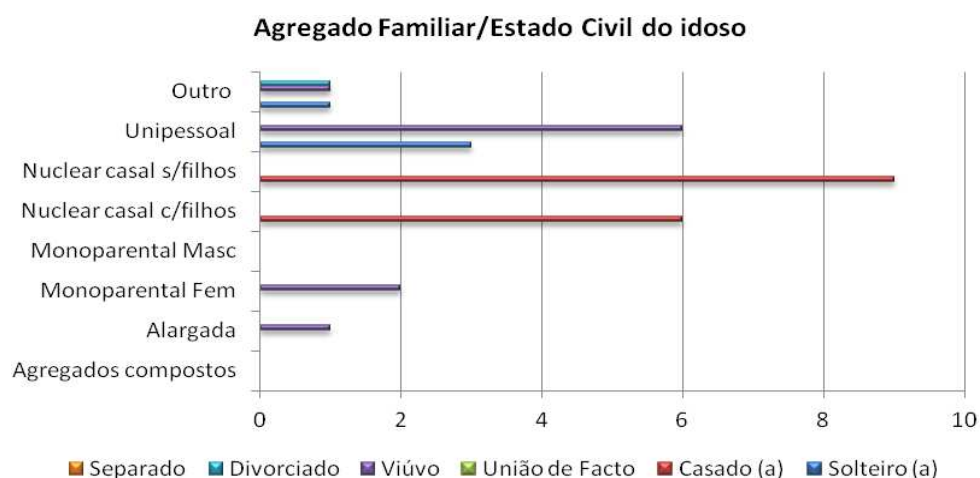
Figura 4.4: Proveniência dos rendimentos do idoso



De modo a caracterizar o agregado familiar do idoso, utilizou-se as estruturas familiares definidas por serem as mais frequentes. Verificou-se que 30% dos idosos residem com o respectivo cônjuge sem filhos, sobressaindo o número de idosos a viver só que iguala esta situação (30%). Quando se dissolve o casal, presume-se que por viuvez atendendo às classes etárias em questão, ocorrem essencialmente duas possibilidades: ficar só ou ser acolhido pelos filhos (Figura 4.5).

O cruzamento entre a composição do agregado familiar do idoso e o respectivo estado civil não mostra diferenças peculiarmente expressivas, destacando-se apenas que dos 11 idosos em situação de viuvez 6 residem sozinhos, 2 em famílias monoparentais femininas, 2 estão integrados na rede familiar alargada e outro encontra-se noutra situação, confirmando deste modo as possibilidades anteriormente apontadas. Os 3 idosos que se encontram noutra situação, dois deles estão institucionalizados e ainda um reside com a senhoria.

Figura 4.5: Agregado familiar/estado civil do idoso



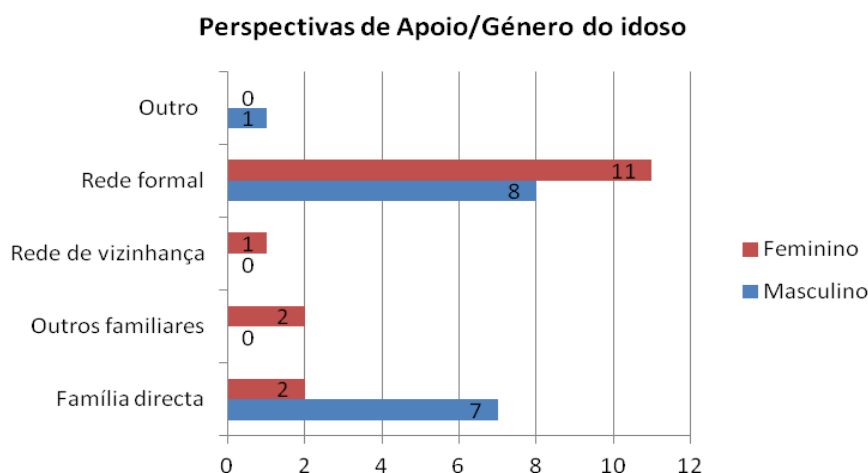
Relativamente ao diagnóstico social e as causas possíveis para o desencadeamento da intervenção do serviço social com estes idosos destacam-se os problemas associados com doença crónica, no qual quase a totalidade do universo apontou como sendo um problema (25 idosos), seguindo-se 17 idosos que se encontravam em situação de dependência/deficiência, 11 em que a rede de suporte familiar não tinha capacidade para a prestação de apoio, 11 que se encontravam em situação de isolamento ou ausência de suporte familiar, 10 desses idosos apresentavam um desajustamento psicossocial e 8 em situação de precariedade económica. Foram diagnosticados outros problemas contudo com menos relevância relativamente aos anteriormente referidos (Anexo J).

Tendo em conta as perspectivas de apoio após a alta hospitalar, estes idosos na sua grande maioria contam com o apoio da rede formal para lhe prestarem apoio (63,3%). Tal facto justifica-se pelo número significativo de idosos a residirem sozinhos, e mesmo aqueles que residem com o respectivo cônjuge, pelas idades já avançadas de



ambos, muitas vezes necessitam de apoio institucional conjugado com o apoio dos familiares que normalmente se encontram no activo e não dispõem de disponibilidade para a prestação total dos cuidados. 30% dos idosos contam com o apoio dos familiares, 10 % com o apoio de outros familiares. Cruzando estes dados com o género dos idosos não se verificam diferenças significativas. Salienta-se que os idosos do sexo masculino apenas contam com o apoio da rede formal ou da família directa, sendo que apenas um conta com o apoio de outrem.

Figura 4.6: Perspectivas de apoio/género do idoso



### O quotidiano do idoso: dificuldades e mudanças sentidas

Dos idosos entrevistados, as respostas a questão “Antes do presente internamento conseguia realizar com autonomia as suas actividades de vida diária (higiene pessoal, alimentação, etc)? Verificou alguma alteração?” foram heterogéneas. Uma das idosas refere que: “Sim, graças a Deus ainda consigo fazer tudo sozinha. O meu marido é que já não. Eu ainda o ajudo,(...)” [EI#3]. Outra utente verbaliza que “Fazia e ainda tratava do meu marido, mas agora não [a chorar](...)” [EI#4]. Dos restantes entrevistados concluímos que já antes do internamento apresentavam alguma dependência física para a realização autónoma das AVD’s, tendo apoio da rede formal, da família directa ou da rede de vizinhança:

La fazendo as minhas coisinhas, com a ajuda da minha filha (...). Quando fico mais aflita chamo a minha vizinha a D. Belmira (...) [EI#1].

Eu já não consigo... a minha senhora é que me ajuda... (...) [EI#5].

Eu vivo sozinha e já tenho 98 anos (...) as meninas da SCML vão lá muitas vezes por dia e fazem tudo, dão-me banho, o comerzinho, arrumam a casa, vão lá no fim de semana e tudo (...) [EI#6].

Através da análise do discurso dos idosos entrevistados, foi possível constatar o medo que a maioria tem em relação ao futuro. Quando questionados acerca das alterações que pensam ter ocorrido como consequência da doença e do internamento, apenas uma entrevistada mostrou-se otimista em relação a sua recuperação e regresso ao domicílio, após a alta hospitalar. Os restantes idosos entrevistados encontravam-se amedrontados e inseguros relativamente ao futuro. Os idosos verbalizaram: “(...) Agora não sei, tou aqui doente, sem forças, não sei. (...)” [EI#1] ; “(...) Acho que estou igual sem forças, já velho (...)” [EI#5]; “(...) Eu tou cada vez pior menina, cada vez pior, mas não quero ir para nenhum lar, eu vou é para a minha casinha.” [EI#6]

As alterações funcionais e estruturais que ocorrem na velhice provocam modificações a vários níveis e a perda da funcionalidade origina o surgimento de uma série de patologias e de doenças crónicas, colocando o idoso numa situação de maior dependência física e funcional comprometendo, assim, a normalidade da sua vida quotidiana. De facto, devido a estas alterações inevitáveis estes idosos no seu quotidiano sentem dificuldades de várias índoles. Um dos utentes referiu que “(...) o pior pior é ir ao supermercado buscar as coisinhas para comer... carregar os sacos e pior é subir os dois lanços de escadas!” [EI#1]. Outros dizem que sentem dificuldade “(...) em tudo, infelizmente já não consigo fazer muito doutora. Dão-me banho, fazem-me o comer, ... antes ainda me conseguia levantar agora nem isso... só me apetece morrer!” [EI#2]; (...) tudo... eu não consigo fazer nada [a chorar].” [EI#5]

Efetivamente, a diminuição das capacidades físicas, sensoriais e cognitivas, potencia o decréscimo do bem-estar dos idosos, desencadeando sentimentos de vulnerabilidade, incapacidade e desmotivação, que coloca deste modo em risco, as condições sociais e psicológicas das pessoas idosas.

### **A necessidade do apoio do Serviço Social em contexto hospitalar**

Como já referido anteriormente, é a população idosa quem mais utiliza os serviços de saúde, tendo os serviços de internamento registado grandes percentagens de população com 65 ou mais anos, essencialmente nos serviços de medicina, onde chegam a ser mais de metade do total dos utentes internados (Cabete, 2005:2). Desta

feita, e tendo em conta o estado biopsicossocial do idoso, o Serviço Social em meio hospitalar funciona como parte integrante e indispensável da equipa multidisciplinar, sendo solicitado em variadas situações.

A maioria dos idosos entrevistados deram indicações que foi realizado um diagnóstico social e proposta de respostas a nível institucional por forma a colmatar as necessidades sentidas, por parte da assistente social. Verifica-se que estas necessidades advêm sobretudo da deterioração física destes idosos provocada pelas patologias que apresentam e que deram origem ao internamento:

A doutora veio aqui quando entrei... falamos um bocadinho sobre o meu dia em casa e depois de lhe dizer as minhas dificuldades ela falou-me nas senhoras que podem ir lá a casa acho que são da SCML, agora só quando sair é que vou ter a ajuda delas, vamos ver. [EI#1]

(...) eu piorei e muito... estive a morrer e quem me dera que morresse e agora os senhores doutores o senhores enfermeiros e a doutora (assistente social) disseram-me que não posso voltar a casa nestas condições, e a verdade é essa... a assistente social foi lá a casa com a minha senhoria e disse que a casa não tem condições e é verdade... mas também não queria ir para um lar... eu sei lá... não tenho força para viver (...). A assistente social falou-me num centro para recuperar mas tenho de esperar que tenha um lugar para mim. Não sei se fico aqui no hospital enquanto não tenha vaga mas sei que não pode ser, é ela (assistente social) que está a tratar de tudo.” [EI#2]

(...) tenho um tumor e isso está-me a matar... já não ando... mal consigo comer sozinha... a minha cabeça é que ainda está bem! O meu marido quase cego nada consegue fazer! Já da outra vez que tive internada a assistente social falou-me em ir para um lar mas eu não quis nem o meu marido, ficamos por casa, mas foi pior... não imagina o que foi este mês, estou sem força e não posso voltar para casa (...). [EI#5]

Observou-se que a necessidade do apoio do serviço social no internamento hospitalar não se esgota no idoso internado. Muitas vezes abrange o núcleo familiar deste idoso:

(...) a assistente social veio falar comigo aqui no hospital... e está a ajudar-me a mim e a minha senhora (...). [EI#5]

Após a alta hospitalar todos os idosos hospitalizados que fazem parte desta amostra irão ter apoio de alguma instituição, e a maioria refere que no momento consideram ser a resposta mais adequada. As respostas passam pelo apoio domiciliário ou integração institucional. Um idoso refere que “já tinha apoio do centro... agora como piorei o que me parece é que vou para alguma instituição, ou recuperar ou para um lar, depende de como ficar! [EI#2]”. Outro utente verbaliza: “(...) vou ter apoio da SCML as meninas que vão a casa ajudar... acho que vai ser muito bom para mim e para a minha senhora (...).” [EI#5]

No entanto é também referido por uma das entrevistas que a resposta não é a mais adequada a sua situação, sendo possível perceber, através da análise do seu discurso, o desejo de permanecer no hospital e a recusa da alta hospitalar:

Vou ter a ajuda das meninas do centro como já tinha.... Sinceramente não acho que seja a melhor solução ir para casa mas para lar já disse que não vou e que não me venham mais com essa ideia... se fosse para ficar ficava aqui mais uns diazinhos, mas não deixam, querem me mandar para casa que me mandem daqui a dois dias tou aqui outra vez! [EI#6]

Contrariamente a esta situação, a maioria dos idosos entrevistados manifestaram grande vontade de regressar ao domicílio e alegaram concordarem com a alta. Consideraram ainda estarem reunidas as condições sociais para poderem ter alta hospitalar:

Sim a senhora doutora já me deu uma grande ajuda em pedir o apoio a SCML para ajudar com o meu marido, muito obrigada. [EI#3]

mais ou menos... a sra doutora disse que ia ter apoio das sras da SCML agora não sei... so depois de tar em casa... mas acho que sim... sabe já tou farto de ca estar isto mal se dorme aqui!" [EI#5]

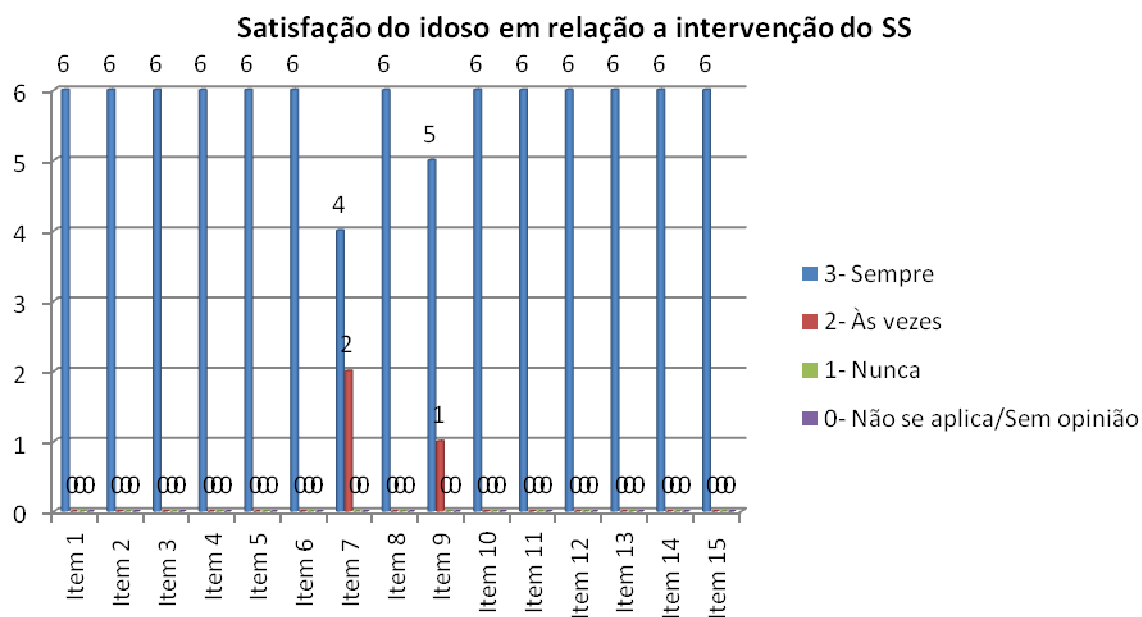
Os que teriam que aguardar para a resolução da situação social manifestaram-se confiantes relativamente ao seu futuro, verbalizando que "(...) a senhora doutora disse que enquanto não tivesse uma vaga num lar ou num centro de recuperação eu não saia do hospital, ainda bem, porque eu não posso ir para casa." [EI#2]

### **Satisfação do idoso hospitalizado em relação a intervenção do assistente social**

O aumento das expectativas e do grau de exigência dos cidadãos é hoje uma determinante fulcral de qualquer organização de prestação de cuidados de saúde. A avaliação da satisfação dos utentes é cada vez mais utilizada para medir a eficácia dos cuidados e a qualidade dos cuidados prestados. Foi partindo deste pressuposto que nesta pesquisa optou-se por avaliar o grau de satisfação do idoso em relação a intervenção do assistente social, por forma a rever a intervenção do Serviço Social em meio hospitalar, redescobrimo novas formas de actuar adequadas ao cenário actual.

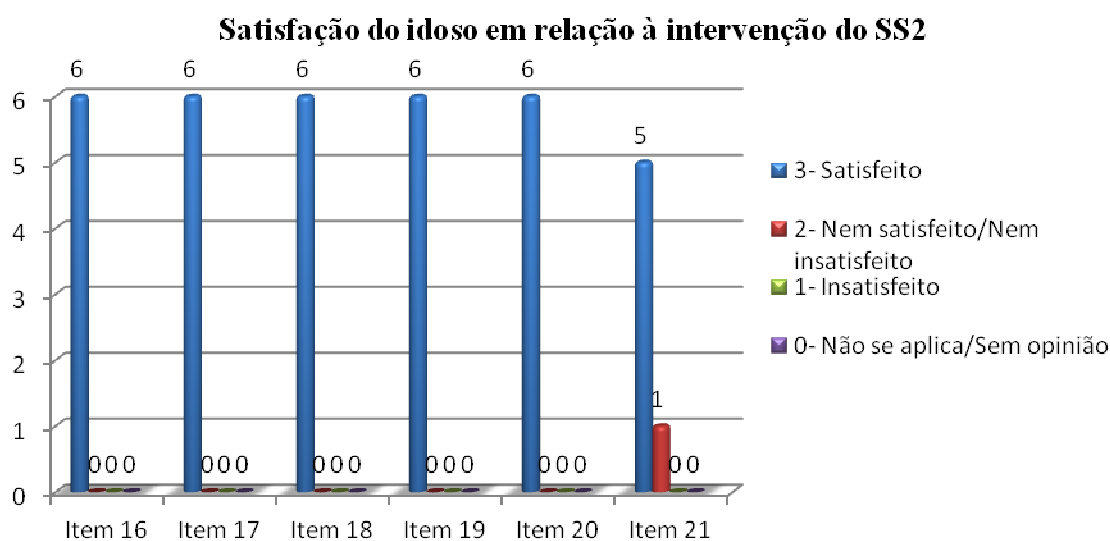
Como se pode verificar no gráfico abaixo representado, relativamente aos factos que aconteciam a maioria dos idosos responderam para todos os itens "sempre", excepto no item 7 "O AS preocupou-se em fornecer-lhe a informação em suporte escrito?", em que 33% da amostra respondeu "às vezes" e no item 9 "No internamento foi fácil obter a ajuda do Serviço Social?" em que 17% responderam igualmente "às vezes".

Figura 4.7: Satisfação do idoso em relação a intervenção do SS



No que diz respeito aos itens se está satisfeito, nem satisfeito/nem insatisfeito, insatisfeito e não se aplica/sem opinião, a maioria dos idosos encontram-se satisfeitos com a intervenção do assistente social. De referir que o único item onde não se obteve 100% de satisfação foi no item 21 “Relativamente a adequabilidade do encaminhamento para a resolução do seu problema”, sendo que à semelhança do que se verificou nas entrevistas um idoso não se encontra nem satisfeito nem insatisfeito.

Figura 4.8: Satisfação do idoso em relação à intervenção do SS2



Relativamente a sugestões acerca do apoio que deve ou deveria ser dado a pessoas da mesma idade dos entrevistados e com os mesmos problemas, a maioria dos idosos não apresentou sugestões concretas, apenas verbalizaram que se sentiram bem durante o internamento e que foram bem tratados. Apenas um idoso verbalizou que: “eu gostava que tivesse uma televisão na enfermaria... sabe só tem no refeitório e eu não consigo ir até lá... ou alguma coisa para a gente se distrair, tar todo o dia aqui sem fazer nada... a minha senhora vem na hora da visita é o que me vale.” [EI#5]

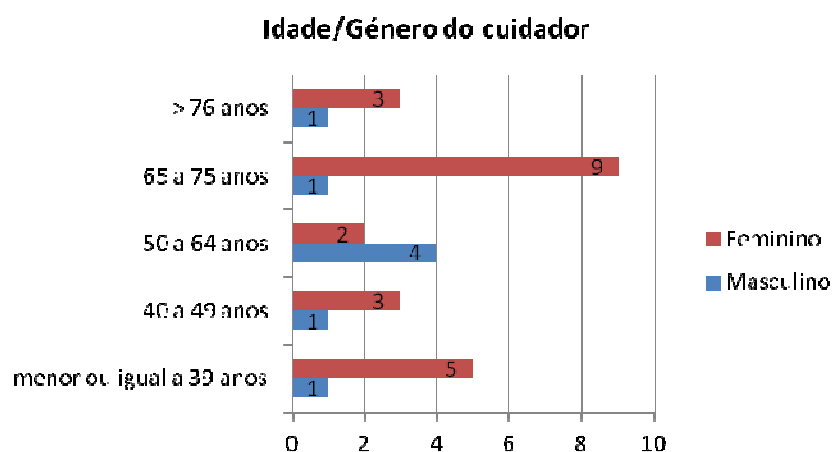
## 2. O cuidador do idoso hospitalizado

### Caracterização do cuidador

O universo em análise é constituído por 30 cuidadores dos idosos hospitalizados, que se encontraram internados no serviço de medicina do CHLC, HSM no período definido no capítulo metodológico.

A maior parte dos cuidadores são mulheres (N=22; %= 73,3) com predominância na faixa etária entre os 65 e 75 anos (30%). Já nos homens cuidadores (N=8; %= 26,7) prevalece a maior representação no grupo dos 50 aos 64 anos (13,3%).

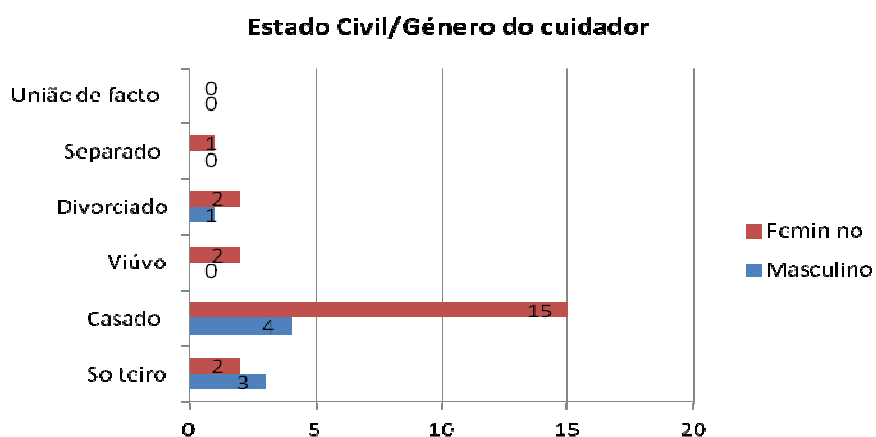
Figura 4.9: Idade e género do cuidador



Apesar de 53,3% dos cuidadores ou cuidadoras encontrarem-se em idade activa, uma significativa fatia destes cuidadores são igualmente idosos e prestam apoio aos seus próximos (N= 14; %= 46,7). Os cuidados prestados pelos cuidadores mais velhos são essencialmente prestados aos respectivos cônjuges, irmãos ou vizinhos. Já os mais jovens dão assistência preferencialmente aos seus pais.

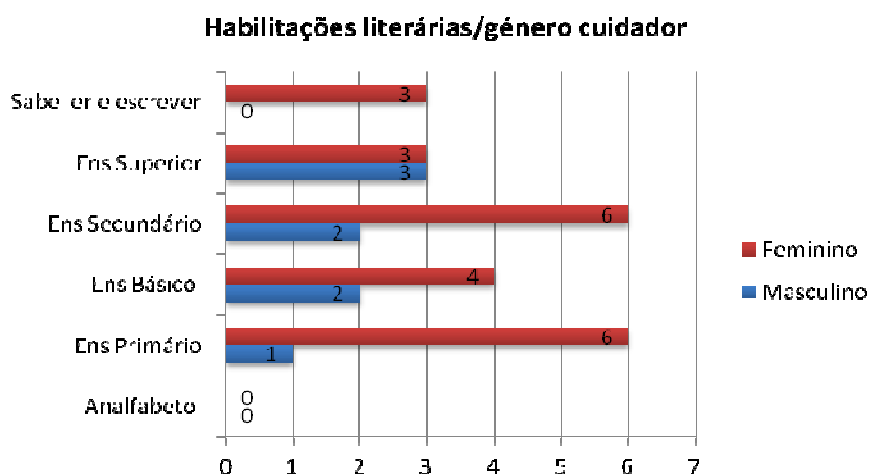
Os cuidadores dos idosos internados no CHLC, HSM são maioritariamente casados (N= 19; %= 63,3) e solteiros (N=5; %= 16,7). Quanto ao estado civil e o género não se observam grandes diferenças entre homens e mulheres sendo que como já referido ambos os cuidadores são maioritariamente casados (Figura 4.10). Relativamente ao local de residência, tal como os idosos, 96,7% dos cuidadores residem em Lisboa e Vale do Tejo e apenas um na zona norte. Quanto à nacionalidade, e à semelhança dos idosos, 96,7% destes têm nacionalidade portuguesa e um estrangeiro (Anexo I).

Figura 4.10: Estado civil/género do cuidador



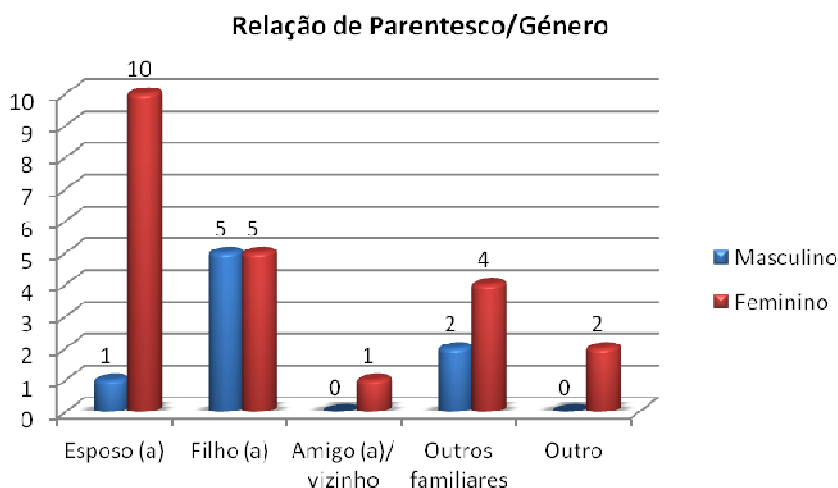
Relativamente às habilitações literárias verifica-se que 23,3% dos cuidadores têm o ensino secundário e 7 destes terem o ensino primário. Ao contrário das habilitações literárias dos idosos, os seus cuidadores apresentam uma distribuição mais homogénea nos diferentes níveis, destacando-se o facto de nenhum cuidador ser analfabeto e 3 saberem ler e escrever.

Figura 4.11: Habilitações literárias/género do cuidador



Os idosos internados no CHLC, HSM têm na sua maioria apoio dos respectivos cônjuges (N= 11; %= 36,7). Os filhos constituem um total de 33,3% dos cuidadores. Apesar de ser os cônjuges e os filhos os principais cuidadores destes idosos, a assumpção da responsabilidade no cuidar por outros familiares não pode ser considerada insignificante, representando 20%, o que reflecte uma representação bastante significativa.

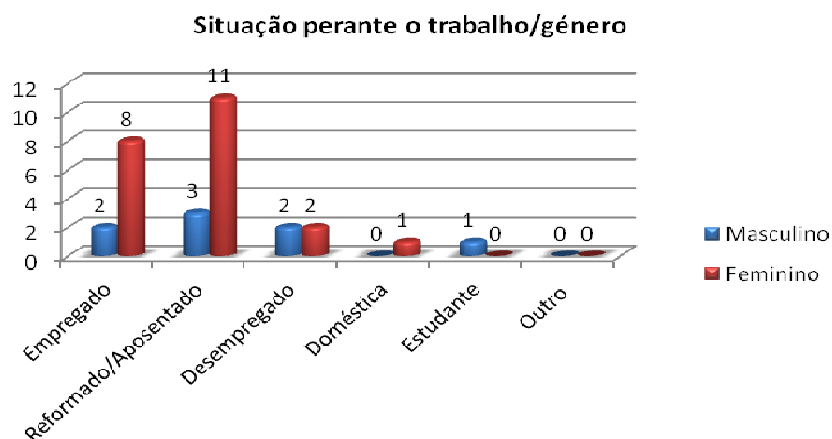
Figura 4.12: Relação de parentesco entre o cuidador e o idoso





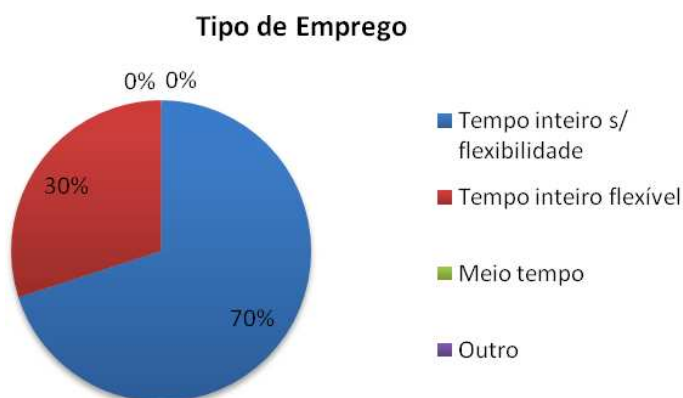
A compatibilização com o exercício de uma actividade profissional pode ser considerada como um constrangimento ao apoio que o cuidador pode dar ao idoso, razão pela qual achamos ser relevante quando se trata de caracterizar o prestador dos cuidados. Dissecando a situação perante o trabalho, verifica-se que quase metade dos cuidadores (N=14) encontram-se reformados/aposentados, valores esperados devido às idades destes indivíduos. Os empregados representam 33,3%. Os cuidadores em situação de desemprego, embora representem uma percentagem menos evidente (N=4; %= 13,3) retratam a situação actual do nosso país a este nível.

Figura 4.13: Situação do cuidador perante o trabalho



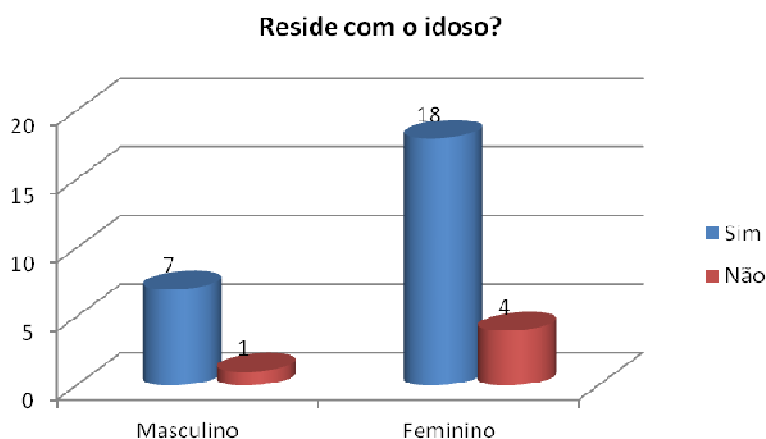
Dos cuidadores que se encontram empregados (N=10), 70% trabalham a tempo inteiro sem flexibilidade de horário e 10% verbalizam ter mais flexibilidade embora trabalhem igualmente a tempo inteiro. Não se verificou nenhum cuidador a trabalhar a tempo parcial (Figura 4.14).

Figura 4.14: Tipo de emprego do cuidador



Em apreciação final importa referir que (N=25; %= 83,3) dos cuidadores que prestam cuidados a estes idosos coabitam com o idoso. Das 22 cuidadoras do género feminino 7 não coabitam com o idoso e apenas 1 cuidador do género masculino não reside com o idoso a quem presta apoio.

Figura 4.15: Reside com o idoso?



### **O quotidiano do cuidador: dificuldades e mudanças sentidas em relação ao idoso**

A importância que a família assume na prestação de cuidados ao idoso é já largamente conhecida. Mesmo nos países (p.e. Dinamarca) onde a oferta e rede de serviços formais de apoio é alargada e onde o Estado assume a maior parte da responsabilidade na prestação dos cuidados, a família continua a desempenhar um papel importante no suporte à pessoa idosa. A amostra representativa é constituída por 6 cuidadores informais dos idosos hospitalizados. De referir que a maioria dos cuidadores da amostra são os respectivos cônjuges dos idosos, com idades já avançadas ou filhas que se encontram empregadas.

Quando questionados acerca do estado físico e cognitivo dos idosos antes do internamento e sobre possíveis alterações que possam ser desencadeadas pelo internamento a maioria dos cuidadores refere que os idosos já apresentavam alguma dependência motora e eram eles quem os auxiliavam na realização das AVD's, cuidados que muitas das vezes são conciliados com um emprego ou com dificuldades físicas do próprio cuidador. Um cuidador refere que: "A minha mãe ainda andava, com a minha ajuda. Costumo acordar, preparo o pequeno-almoço, ela come, já deixo o almoço feito. Vou trabalhar e ela fica sozinha, mas até agora tem-se desenrascado bem, até agora tem

sido assim. Quando chego ao fim o dia ajudo-a a tomar o banhinho e pronto. Se vejo alguma alteração? Ela agora como está doente está mais debilitada mas penso que vai conseguir recuperar, se ficar mais dependente estarei pronta a ajudar nem que para isso tenha de meter baixa.” [EC#1]. Outro cuidador afirma que “Já não minha senhora. Eu dou o comer e ajudo no que posso, sabe eu também já sou velha e as vezes sou eu que preciso de ajuda (...) As meninas do centro vão lá dar o banho ao meu marido (...)” [EC#2]

O episódio de doença que leva ao internamento de um idoso muitas vezes altera integralmente o seu estado funcional e as necessidades de apoio têm de ser accionadas, e muitas vezes conjugadas com o apoio formal e informal.

Fazia tudo sozinho, com a minha mãe. O AVC pô-lo na cama. Não sei como vai ser agora. Nem se consegue levantar. [EC#4]

Identificar as dificuldades/necessidades dos cuidadores informais é um processo complexo, dada a variabilidade individual, a fase da prestação dos cuidados e o contexto onde ocorre (Figueiredo, 2007). As respostas à questão “Que dificuldades sente com maior frequência na prestação dos cuidados?” assumiram uma dimensão muito díspar:

Como trabalho a falta de tempo é o pior, mas se não trabalhasse como é que iria ser? A reforma dela é baixinha, não dá para nada (...) [EC#1]

Nesta situação está patente a necessidade de ajudas práticas e de ajudas técnicas, de apoio financeiro e necessidade de tempo livre. Várias investigações têm concluído que a conjugação entre a prestação dos cuidados ao idoso e o emprego influenciam fortemente o desenvolvimento de sentimentos de stress e sobrecarga no cuidador familiar. Outros cuidadores referem que uma vez que já têm apoio da rede formal de cuidados as dificuldades são irrisórias:

Tenho lá as meninas da SCML que dão o banho, mas sabe durante a noite ela como as vezes tá agitada acaba por ser preciso trocar fraldas ou levantá-la e como sabe ela é bastante pesada. O que me tem safado são os meus filhos... não lhe disse mas agora vão-se revezando e todas as noites tenho lá um, são três cada noite vai um. [EC#3]

### **A necessidade do apoio do Serviço Social em contexto hospitalar**

Os cuidadores entrevistados verbalizaram que a assistente social é que veio ao encontro destes no período de internamento tendo sido realizado o diagnóstico social e encaminhamento para as respostas mais adequadas à situação e, em alguns casos reavaliação da situação por se tratarem de situações já conhecidas de anteriores

internamentos. A intervenção do Serviço Social, sobretudo nas áreas onde são os idosos os principais utentes, assume um carácter pró activo realizando acolhimento em regime sistemático ao idoso e sempre que possível ao respectivo cuidador no sentido de serem encontradas as respostas sociais adequadas às necessidades identificadas.

Uma vez que a minha mãe fica todo o dia sozinha, a assistente social veio falar connosco e propôs que ela passasse o dia a ir ao Centro de Dia. Para mim era óptimo ficava mais descansada e tirava-me um peso de cima. A assistente social disse que ela podia almoçar lá e sempre ficava acompanhada. Ia pô-la de manhã e buscava a tarde. Vamos ver se a mãe aceita! [EC#1]

“A assistente social veio falar connosco porque o meu pai pode recuperar o andar. Então há uns centros onde ele pode ficar internado durante um mês para fazer fisioterapia, tipo o Alcoitão, e como não se paga nada... entretanto acho que o pai vai ter alta daqui e já tratamos também de ter apoio em casa porque a minha mãe sozinha já não pode (...). [EC#4]

A alteração do estado físico e funcional causado pela doença e pelo próprio internamento do idoso, o desgaste emocional e físico do cuidador, a falta de tempo livre para cuidar do idoso são as principais razões que levam o cuidador a necessitar do apoio do Serviço Social em meio hospitalar.

Relativamente a proposta de colaboração da rede formal/ institucional na prestação dos cuidados ao idoso, a totalidade dos cuidadores refere que após a alta hospitalar do idoso terá apoio institucional quer seja ao nível de frequência em centro de dia, apoio domiciliário ou integração em alguma instituição, referindo que “Se a mãe aceitar frequentar o Centro de Dia sim. É o centro da SCML lá perto de casa (...)” [EC#1]; “Vou continuar com o apoio da SCML (...)” [EC#2]; “(...) sim a minha mãe deve ir para um lar, com ajuda da SCML (...)” [EC#6]

Em relação a adequabilidade das respostas sugeridas, os cuidadores na sua grande maioria acharam ser a mais adequada, embora também tivessem referido que a falta de alternativas não permite obter outro tipo de apoio:

Se acho ser a mais adequada? Sim, claro, para já parece-me ser a melhor, enquanto andar e está boazinha da cabeça. [EC#1]

Olhe perfeito perfeito não é, o ideal seria ter lá uma senhora em casa o dia todo, mas as reformas não dão para pagar isso, só em fraldas e medicação nem queira saber quanto gastamos por mês. [EC#3]

O momento da alta hospitalar nem sempre é uma notícia bem aceite pelo idoso e pelo cuidador. São levantados vários entraves de várias índoles que por vezes exigem o protelamento da própria alta, para a solução dos problemas sociais apresentados. No

entanto, da amostra representativa no momento da alta hospitalar a totalidade dos cuidadores achou estarem reunidas as condições sociais para a efectivação da alta:

Sim está tudo pronto. Logo que ele sair ou vai para um lado ou para outro. [EC#4]

Sim está tudo orientado. [EC#5]

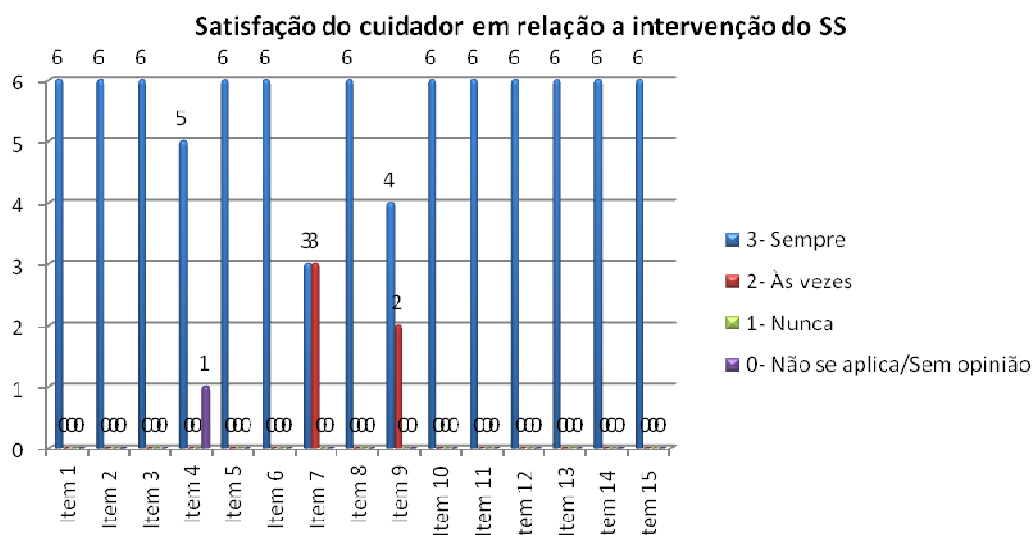
A Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> disse que enquanto não tivermos um lar e as coisas todas prontas a mão não sai.

Graças a Deus que isso é possível, porque como ela já tem alta e se me obrigassem a levá-la não sei o que fazia. [EC#6]

### Satisfação do cuidador do idoso hospitalizado em relação a intervenção do assistente social

Como se pode verificar no gráfico abaixo representado, relativamente aos factos que aconteciam a maioria dos cuidadores responderam para todos os itens “sempre”, excepto no item 7 “O AS preocupou-se em fornecer-lhe a informação em suporte escrito?”, em que 50% da amostra respondeu “às vezes” e no item 9 “No internamento foi fácil obter a ajuda do Serviço Social?” em que 33% responderam igualmente “às vezes”.

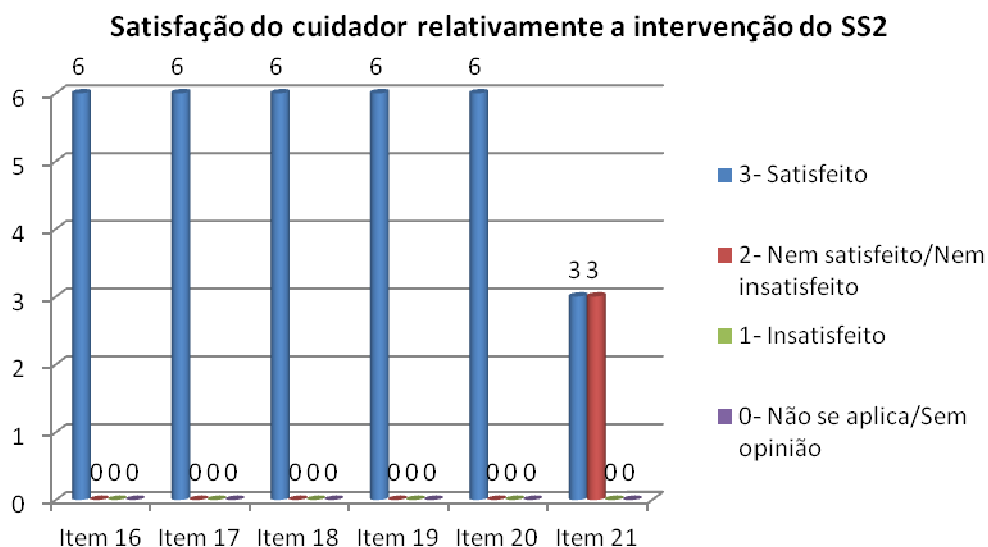
Figura 4.16: Satisfação do cuidador em relação a intervenção do SS



No que diz respeito aos itens se está satisfeito, nem satisfeito/nem insatisfeito, insatisfeito e não se aplica/sem opinião, a maioria dos cuidadores encontram-se satisfeitos com a intervenção do assistente social. De referir que o único item onde não se obteve 100% de satisfação foi no item 21 “Relativamente a adequabilidade do

encaminhamento para a resolução do seu problema”, em que 50% não se mostram nem satisfeitos nem insatisfeitos.

Figura 4.17: Satisfação do cuidador em relação à intervenção do SS2



Relativamente a sugestões acerca do apoio dado pelo Serviço Social no hospital, os cuidadores apresentaram várias sugestões nomeadamente a nível do alargamento de horário do serviço e localização do mesmo:

As vezes é difícil falar com a menina, porque o gabinete do Serviço Social fica longe daqui. O melhor era ter aqui na enfermaria um gabinete para ficar a mão [EC#3]

O horário do serviço social podia ser mais alargado, ou venho na hora do almoço falar com a assistente social ou não consigo... ao fim-de-semana ela não tá cá... é difícil... [EC#4]

O apoio é excelente. O Serviço Social é que me tem ajudado em tudo. Bastante disponíveis. So acho que a senhora Dr.<sup>a</sup> deveria ter um gabinete na enfermaria para ser mais fácil falar com ela. [EC#6]

### 3. A intervenção do Serviço Social hospitalar na perspectiva do assistente social

Ser assistente social é ter a capacidade de afirmação das questões éticas na defesa dos direitos sociais e pela qualidade dos serviços prestados aos sujeitos que necessitam de cuidados de saúde e que por uma situação de doença se encontram mais vulneráveis, é trabalhar em prol da sociedade e dos sujeitos. Num mundo cada vez mais emaranhado na instabilidade económica, social e política é este o papel do assistente social, acolher, integrar, promover, reabilitar e encaminhar... Mais que um trabalho é uma missão.

O Serviço Social hospitalar tem como missão “colaborar na remoção dos problemas dos utentes/ doentes bem como a desenvolverem todas as suas potencialidades e a enriquecerem as suas vidas ajudando a prevenir as disfunções que possam dificultar o seu tratamento e reabilitação / cura com vista à reintegração social destes no pós alta hospitalar, utilizando métodos e técnicas específicas”. (Regulamento da Área de Apoio Social, 2011).

De modo a perceber qual a perspectiva dos próprios profissionais de Serviço Social relativamente a intervenção desenvolvida em contexto hospitalar junto dos idosos hospitalizados, aplicou-se duas entrevistas semi estruturadas a dois profissionais da área de apoio social do CHLC, EPE Hospital de Santa Marta.

A intervenção do Serviço Social com idosos hospitalizados baseia-se numa perspectiva holística, sistémica e empática:

(...) É uma intervenção sistémica baseada sobretudo na empatia e confiança com o doente, (...) [EP#2]

A intervenção do Serviço Social hospitalar (seja com idosos ou não) tem que ser em rede. (...) O papel do assistente social hospitalar tem que ser cada vez mais o de elemento mediador entre a equipa prestadora de cuidados de saúde e a comunidade, quer seja no âmbito das redes de suporte informal quer no que concerne às redes de suporte formal, garantindo uma continuidade de cuidados, procurando respostas sociais e outras para garantir condições pós alta com mais dignidade e humanidade. (...) o assistente social tem que ser, cada vez mais, criativo e insistente na procura de soluções / respostas, tendo em atenção as mudanças a que se assiste na sociedade, nomeadamente no que toca ao idoso doente, não esquecendo que a cronicidade de muitas doenças acarreta questões sócio-demográficas agravantes da visão do idoso doente quer pela família, quer pelas instituições de saúde e sociais.[EP#1]

O Serviço Social em contexto hospitalar desenvolve a sua actividade tendo por base um conjunto de bases teóricas e metodológicas, que permite a eficácia e cientificidade da sua intervenção. Quando questionados acerca de quais as perspectivas teóricas e metodológicas mais adequadas para a intervenção do Serviço Social com os idosos hospitalizados ambos os profissionais consideram que a principal metodologia é a entrevista presencial, que nos permite conhecer a realidade exterior ao hospital do doente e todo o meio envolvente por forma a melhor solucionar os problemas diagnosticados, destacando a importância da complementaridade que deve existir entre a teoria e a prática.

A intervenção do Serviço Social deve ser cada vez mais um meio para garantir aos mais fragilizados o exercício da cidadania de forma informada, consciente e participativa, tanto nas

decisões que lhes dizem respeito como na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los, sendo o assistente social o profissional por excelência e eticamente responsável pela aplicação das políticas sociais, respeitando as diferenças das pessoas e atuando em função dessas mesmas diferenças. Muitos profissionais do Serviço Social baseiam a sua ação exclusivamente na prática e na resolução de questões problema dos utentes dos serviços. A grande lacuna dos assistentes sociais (em geral) é precisamente a falta de teorizar a sua prática, como forma de investigação e de reflexão da prática com o objetivo de melhorar as práticas de intervenção.

É a atitude investigativa que permite revelar a essência do problema e pensar as novas questões, atendendo à alteração da sociedade, tendo a teoria e método que ser coerentes entre si, não aspetos distintos de uma prática. A teoria fundamenta a prática e encontra-se no nível da abstração e o método, por sua vez, norteia a prática, devendo ambos complementar-se.

Intervir na realidade de forma crítica e criativa, associada à produção de teorias baseadas na investigação e no conhecimento da realidade é o que poderá garantir ao assistente social um maior rigor e consistência teórico-metodológica no cotidiano da intervenção.

Também a formação permanente dos profissionais é condição essencial para uma intervenção mais adaptada à realidade das pessoas com as quais trabalhamos, permitindo a partilha de novos conhecimentos, novas práticas de intervenção e de novas instituições ou respostas sociais (...). A partilha quer de necessidades, de ideias e de conhecimentos é, na minha opinião, uma das formas para desenvolver parcerias e projetos para responder de forma mais completa às necessidades dos utentes com os quais o Serviço Social trabalha. [EP#1]

No quotidiano profissional do assistente social surgem dificuldades que se prendem com diferentes causas, que poderão condicionar ou impedir o desenvolvimento eficaz do plano de intervenção do doente. A análise do discurso dos profissionais dá conta que a principal dificuldade com que o Serviço Social hospitalar se depara é depender das respostas da comunidade que muitas vezes tardam em se efectivarem, não tendo autonomia nem capacidade de ter respostas internas capazes de dar resposta aos problemas apresentados pelos doentes.

As principais dificuldades do SS Hospitalar é e será sempre o facto de depender, em grande escala, das respostas da comunidade e de não ter respostas internas que possam solucionar as questões apresentadas pelos doentes/ famílias, mesmo que por curto prazo até a resposta da comunidade poder ser efetivada (...) as estruturas comunitárias muito por falta de respostas atempadas ou por questões de diferenças de timings tornam-se grandes obstáculos à efetivação de alta com resposta social atempada e minimamente adequada. Considero que há, ainda, muito por fazer na questão das respostas aos idosos, principalmente no que toca aos idosos das grandes cidades, em que o isolamento social se faz sentir com todo o seu impacto, em que as relações sociais e familiares são tão ténues que em situação de crise se desvanecem, agravadas com outros aspetos mais logísticos nomeadamente os monetários (baixas reformas) e os habitacionais (casas com poucas condições de salubridade), não esquecendo os avanços da medicina que são



bastante positivos, mas que arrastam situações clínicas de cronicidade e de grande fragilidade humana. Perante situações em que vários destes fatores estão juntos, a sociedade ainda não se organizou para que haja uma resposta imediata e adequada para estas pessoas (...). [EP#1]

Nem sempre os doentes se encontram em condições cognitivas e psíquicas para nos fornecer as informações necessários para melhor diagnóstico social (...). O espaço inadequado (enfermarias com 6 camas) que não permite a confidencialidade (...). Por serem doentes já em idades bastante avançadas, a dependência física dificulta toda a intervenção (...). [EP#2]

No plano individual de cuidados e no planeamento da alta hospitalar a envolvimento do cuidador poderá ser considerada vantajosa permitindo uma resolução atempada e eficaz da situação, contudo também poderá trazer ao profissional uma série de constrangimentos e dificuldades que condicionam todo o plano de intervenção.

(...) A família deve ser, sempre que possível, envolvida nas decisões relativas ao doente, desde que haja uma concordância por parte deste, logicamente quando reúne condições para tomar decisões. É o elo primordial para desenvolver e implementar um plano de intervenção com vista à alta do doente e continuidade de cuidados. Não devemos esquecer que é a família que a seguir ao próprio doente se ressentir mais com a doença ou mudança de situação no estadio da mesma (crónica ou terminal). Efetivamente, este aspeto é muitas vezes negligenciado pela equipa prestadora de cuidados de saúde, mas a verdade é que a envolvimento da família num episódio agudo deve ser numa linha de cuidados a curto prazo, retomando tanto o doente como a própria família o seu quotidiano (...). Independentemente do tipo de doença a família/ cuidador é por excelência o elemento ativo e participativo nas decisões e no plano de continuidade de cuidados, pois uma doença não afeta apenas a pessoa que tem fisicamente a doença, mas toda a estrutura familiar que no seu quotidiano tem que viver com a doença e com as limitações impostas pela mesma. O assistente social deve proteger o doente e a família, devendo informar de estruturas comunitárias que servem de suporte e complemento aos cuidados prestados pela família, não sendo de forma alguma substitutas do elo familiar. A informação dos direitos sociais e de estruturas de apoio são uma forma de ética e estrategicamente envolver a família, disponibilizando o meu saber fazer para minimizar a situação de doença naquela família. [EP#1]

Depende das situações que nos for colocada a família poderá ser ou não uma mais-valia. Quando ambos estão de acordo para a resolução da situação e quando a família tem alguma capacidade de persuasão e com relação familiar de proximidade é uma mais valia e facilita a intervenção sobretudo ao nível das diligências que tem de ser feitas na comunidade durante o período de internamento. O inverso: situações em que há discordância entre o doente e a família relativamente a resposta que se adequa as necessidades do doente e em que a família se recusa a tratar de assuntos do mesmo quando mais ninguém o pode fazer (...). [EP#2]

À pergunta “Em relação a articulação interinstitucional: como é executada? quais as principais dificuldades sentidas?” os profissionais não divergiram muito nas suas respostas destacando que:

A articulação interinstitucional é primordialmente feita pelas diversas vias de comunicação (telefone, email, fax). Uma vez que as respostas sociais estão na comunidade teremos sempre que articular com as estruturas consideradas adequadas à situação. A informação social é o instrumento de trabalho por excelência para sinalizar e encaminhar as situações, fazendo uma exposição mais ou menos completa para que os profissionais a quem solicitamos colaboração percebam a situação social, bem como a razão do nosso pedido de apoio. Sempre que possível este documento deve ser acompanhado de informação complementar, para melhor avaliação do contexto social e clínico, nomeadamente documentos de identificação, comprovativos de rendimentos e despesas, relatórios clínicos/ outros.

As grandes dificuldades sentidas são as respostas não atempadas e não adequadas à situação – problema, que suspeito ser um aspeto com tendência a agravar, atendendo ao contexto político e económico do país. Em termos de questões práticas, o grande obstáculo é também a impossibilidade de efetuar contacto direto com algumas instâncias da sociedade, nomeadamente a segurança social quer no âmbito dos regimes e da ação social, bem como ao nível das finanças, especialmente no que toca a encaminhamento para lar. Em suma, as questões burocráticas são muitas vezes impeditivas de responder mais atempadamente aos problemas dos doentes/ famílias. [EP#1].

A qualidade nas Organizações de Saúde persiste como eixo basilar no Plano Nacional de Saúde, 2011-2016, ao “garantir estruturas e mecanismos de acreditação em saúde com vista à certificação e ao reconhecimento público do nível de qualidade atingida nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com padrões pré-definidos, fortalecendo a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas instituições, fomentando uma cultura de melhoria da qualidade e de segurança”. O Serviço Social hospitalar segue estas directrizes, e através de sugestões de melhoria e inovação poderemos crescer cada vez mais com base em sistemas de qualidade e segurança.

Considero que inovação e qualidade são áreas essenciais a práticas de excelência em qualquer área. No entanto, no Serviço Social hospitalar o que poderá fazer diferença é cada vez mais conquistar o papel interventivo e de investigação junto das equipas multidisciplinares e da gestão, como forma de salientar o papel diferenciado do AS e da sua importância no meio hospitalar. A implementação de projetos internos quer no âmbito de respostas pontuais quer no âmbito de respostas continuadas e inseridas em equipas multidisciplinares são para mim aspetos fundamentais para a melhoria e a qualidade do Serviço Social hospitalar. Há, ainda, uma lacuna a preencher que é o de teorizar a experiência profissional e publicar seja artigos, seja literatura

mais completa, como forma de refletir e de partilhar práticas e experiências, com o objetivo de melhorar e eventualmente uniformizar a intervenção do AS Hospitalar [EP#1]

(....) Melhoria da comunicação da informação relativa aos doentes /utentes entre as diferentes instituições da comunidade. (...) deveria existir uma plataforma a nível nacional onde qualquer assistente social poderia obter as informações necessárias bem como as diligências que teriam sido já efectuadas ao nível da Segurança Social, Finanças, SCM, etc (...). [EP#2]



## CONCLUSÕES

A maioria dos idosos goza de saúde física, cognitiva e social, sendo totalmente autónomos mesmo em idades bastante avançadas. Contudo, o surgimento da doença e incapacidade aumentam com a idade. Se considerarmos que a população idosa está a aumentar e que existe um aumento progressivo da doença e da incapacidade associadas à longevidade, rapidamente entendemos a razão do elevado número de idosos encontrados nos serviços de saúde. De facto, se o aumento da esperança média de vida devido sobretudo aos avanços na medicina é considerado por uns como um avanço porque vivemos mais, é considerado por outros como um problema pois os idosos têm mais probabilidades de serem doentes e dependentes, necessitando de apoio permanente.

O episódio de doença que causa o internamento hospitalar provoca inúmeras vezes alterações no estado físico e funcional, sendo necessário o accionamento da resposta social mais adequada a cada situação. Segundo o estudo realizado por Cabete (2005), o hospital não faz bem aos idosos, sob o ponto de vista funcional e do bem-estar psicológico nada melhora. Após a análise dos dados recolhidos, não nos pode ser indiferente o discurso solitário e deprimido destes idosos, que muitas vezes compadecem o facto de ainda estarem vivos. A incerteza quanto ao futuro deverá ser um ponto a ser trabalhado no decorrer do internamento, pois constitui-se como umas das principais causas da ansiedade das pessoas hospitalizadas. Parece-nos importante reflectir de que forma este aspecto poderá ser trabalhado em equipa multidisciplinar.

As necessidades físicas, técnicas, emocionais e económicas são uma realidade na vida destes idosos. As soluções sociais encontradas pelo assistente social embora possam colmatar a necessidade sentida pelo idoso, muitas vezes não são as mais adequadas nem resolvem o problema na totalidade. Neste contexto, importa salientar a importância do idoso ser escutado, ser compreendido, de ser feito um trabalho com o idoso e não pelo idoso. As parcerias entre o Serviço Social hospitalar e os parceiros sociais devem caminhar no sentido de, conjuntamente, criar respostas ainda mais eficientes e eficazes, pensar, inovar e consolidar objectivos pertinentes para os utentes e suas famílias. O hospital continua a funcionar como porta de entrada de situações grande vulnerabilidade social.

A rede informal de cuidados não pode ser vista como um recurso para fazer sair o doente rapidamente do hospital. Estes cuidadores precisam ser envolvidos no plano

individual de cuidados do idoso de forma a preparar o mais adequadamente possível a alta do doente e garantir a continuidade de cuidados. A verdade é que, por vezes os cuidadores destes idosos que assumem permanentemente a prestação dos cuidados revelam sinais de cansaço e de exaustão que se não forem tidos em conta, poderão levar ao desencadeamento de situações que levam a recusa da alta hospitalar do idoso e em casos mais extremos ao abandono, negligência ou institucionalização do doente. Estes cuidadores necessitam de atenção sobretudo nos casos em que a situação física e cognitiva do idoso sofre alterações significativas, decorrentes do internamento. Como pudemos verificar na análise do discurso dos cuidadores, a principal razão que leva a estes cuidadores a necessitarem do apoio do Serviço Social são as alterações a nível funcional decorrentes da doença que motivou o internamento.

Os cuidadores da amostra representativa são na sua maioria pessoas com idades já avançadas e com igual necessidade de apoio na realização das AVD's. Outra questão que importa frisar é o facto de que a responsabilidade de cuidar recai, frequentemente, sobre os filhos adultos que são obrigados a conciliar a prestação dos cuidados com outras exigências (carreira profissional, educação dos filhos, cônjuge,...). Por estas razões e pelo que conseguimos apurar na presente pesquisa, verifica-se cada vez mais a necessidade da conjugação do apoio da rede informal com a rede formal na prestação dos cuidados. No entanto, e face a um cenário actual de grande instabilidade política, económica e social que põe em causa a renovação das gerações, a disponibilidade familiar para o cuidar fica comprometida, e fica a questão de quem é que irá assegurar os cuidados a estes idosos, que ainda continua muito à responsabilidade da rede familiar? A presente investigação dá-nos conta que a tendência é que o cuidar seja compartilhado entre a rede formal e informal no domicílio ou mesmo a própria institucionalização do idoso. Caminhamos a passos largos para a formalização da prestação dos cuidados à pessoa idosa. O apoio da rede formal de cuidados constitui-se como a principal necessidade apontada pelos cuidadores dos idosos hospitalizados.

Dentro do hospital o Serviço Social está na primeira linha para conhecer as disfunções sociais dos utentes e ser a garantia de que têm alta com dignidade humana e social, tão necessárias na situação de fragilidade que a doença acarreta. Olhar o doente, não apenas como uma patologia, mas como um ser biopsicossocial, como um cidadão, como um ser humano e melhorar a sua qualidade de vida e da sua família é o principal objectivo do Serviço Social hospitalar. A percepção que o Serviço Social na saúde é

parte da solução está nitidamente evidente nesta investigação: os idosos e cuidadores, apesar de ainda não associarem a imagem do assistente social no meio hospitalar, reconhecem a sua importância para a efectivação condigna da alta hospitalar.

Apesar das dificuldades sentidas pelos assistentes sociais, nomeadamente, a falta de respostas atempadas para a resolução das problemáticas sociais apresentadas pelos idosos hospitalizados, estes fazem-se munir de metodologias de trabalho com base teórica que permitem uma intervenção fundamentada. A articulação interinstitucional é a principal metodologia de trabalho do Serviço Social hospitalar por se encontrar amplamente dependente das respostas da comunidade.

O principal desafio das instituições de saúde na actualidade, e especificamente do Serviço Social na saúde, é responder às necessidades expostas pelos seus utentes e familiares perspectivando a satisfação destes. Um trabalho de qualidade e eficácia faz parte dos objectivos de qualquer instituição. Importa ter presente a conceitualização de qualidade proposta por Ovretveit (1996:2), que afirma que a qualidade é a “completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas”. A satisfação do idoso hospitalizado e cuidador poderá ser um meio para medir a qualidade do serviço prestado. Concluimos que a maioria dos idosos e cuidadores, apesar de apontarem alguns aspectos negativos relativamente à sua condição e à forma como foi respondida pelo Serviço Social, encontram-se satisfeitos relativamente a intervenção do assistente social no decorrer do internamento. As sugestões apontadas pelos idosos hospitalizados e cuidadores deverão ser o caminho para o questionamento e redefinição de práticas instituídas, para o investimento na melhoria contínua da qualidade, tornando o hospital num espaço mais acolhedor, mais humano e mais compreensível.

O estudo forneceu-nos algum conhecimento acerca das dificuldades sentidas pelo idoso, pelo cuidador e pelo próprio profissional de Serviço Social no desempenho da sua profissão. Neste caso, o conhecimento não é suficiente, é necessário partirmos destas constatações, aplicar o conhecimento adquirido e reflectirmos no sentido de desenvolver acções que levem a melhoria contínua das práticas instituídas. A realização de futuros estudos relativamente ao nível de exaustão dos cuidadores de pessoas idosas, a criação e desenvolvimento de grupos de auto-ajuda para idosos e cuidadores e a criação de mecanismo entre as respostas da comunidade e o hospital, nomeadamente ao

nível da integração na RNCCI e em lar, por forma a priorizar a resolução das situações sociais diagnosticadas em contexto hospitalar.



## BIBLIOGRAFIA

- Baptista, Myrian Veras (2001), *A Investigação em Serviço Social*, Lisboa e S. Paulo: CPIHTS e Veras Editora.
- Barreto, J. (1998), “Aspectos psicológicos do envelhecimento”, *Psicologia*, VI, pp-159-170.
- Blaikie, N. (2000), *Designing Social Research*, Polity Press, Cambridge.
- Bourdieu, P. (1989), *O poder simbólico*. Lisboa, Difel.
- Cabete, Dulce (2005), *O Idoso, a Doença e o Hospital - O Impacto do Internamento no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*, Loures, Lusociências editores.
- Carapinheiro, Graça (1998), *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto, Edição Afrontamento.
- Carmo, H. e Ferreira, M. M. (1998), *Metodologia da investigação – Guia para auto aprendizagem*, Universidade Aberta, Lisboa.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2011), *Procedimento Sectorial da Área de Apoio Social*, s.l., s.n.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2011), *Relatório Anual de Actividades da Área de Apoio Social*, s.l., s.n.
- Chappell, N, Litkenhaus, R. (1995), *Informal caregivers to adults in British*, sl., s.n.
- Colom, Dolors (2000), *La Planificación del alta hospitaleira: La gestion de lo pequeño para mejorar lo grande*, España, Mira Editores.
- Diener, Ed (1984), “Subjective Well-Being”, *Psychological Bulletin*, 95, pp. 542-575.
- Direcção Geral de Saúde (1997), *A Saúde dos Portugueses*, Lisboa, DGS.
- Direcção Geral de Saúde (2006), *Risco de morrer em Portugal*, Lisboa, DGS.
- Ermida, (1999) – Processo de envelhecimento. In : AGREDA, J.J. ; COSTA,*
- EUROSTAT (2008), “Population and social conditions”, *Statistic in focus*, 72, pp. 1-11.
- familiares na velhice*, Porto, Ambar.
- Fernandes, Ana (1994), *Velhice e Sociedade*, Oeiras, Celta.
- Figueiredo, Daniela (2007), *Cuidados familiares ao idoso dependente*, Climepsi editores, Lisboa.
- Fortin, M., (2009), *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*, Lusociências, Loures.
- Guerra, I. C. (2006), *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*, Principia, 2ª edição, Cascais.
- Hespanha, Maria José (1993), “Para além do Estado: a saúde e a velhice na sociedade-providência” B. S. Santos, *Portugal: um Retrato Singular*, Porto, Afrontamento.
- INE, IP (2002), “A situação Demográfica Recente em Portugal”, *Revista de Estudos Demográficos*, 48, pp.101-147.
- Ladislav, Robert (1995), *O Envelhecimento: Factos e Teorias*, Lisboa: Instituto Piaget.
- Levet, Maximillienne (1998), *Viver depois dos 60 anos*, Lisboa: Instituto Piaget.
- M.A., ERMIDA, J.G. – O idoso : problemas e realidades. Coimbra : Formasau.*
- Morgan, D. L. (1988), *Focus group as qualitative research*, Newbury.Park, CA: Sage.
- Murray et al. (2001), “People’s Experience versus People’s Expectations”, *Health Affairs*, 20, 21-24.

- Organização Mundial de Saúde (2004), *O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde*, consultado a 21 de Junho de 2011, em [http://www.almamix.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=242:oinstrumento-de-avaliacao-de-qualidade-de-vida-da-organizacao-mundial-da-saude&catid=19:qualidade-de-vida&Itemid=99](http://www.almamix.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=242:oinstrumento-de-avaliacao-de-qualidade-de-vida-da-organizacao-mundial-da-saude&catid=19:qualidade-de-vida&Itemid=99)
- Organização Mundial de Saúde (1947), Carta Magna.
- Paúl, M. (1997), *Lá para o fim da vida: Idoso, família e meio ambiente*, Coimbra, Livraria Almedina.
- Pearlin, L, Mullan, J. et all, (1990), “Caregiving and the stress process: Na overview of concepts and their measures”, *The Gerontologist*, 30, pp.583-594.
- Picker Institute Europe (2007), “What patients really want”, *Memorandum to the House of Commons Select Committee on Health*.
- Pimentel, Luísa (2001), *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*, Coimbra, Quarteto editora.
- Pimentel, Luísa (2006), *A prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes: uma análise das relações familiares intergeracionais e de germanidade*, Tese de doutoramento em Sociologia, Lisboa, ISCTE.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva, 2ª edição.
- Santa Casa de Misericórdia de Lisboa (2008), *As necessidades dos cuidadores informais – Estudo na área do envelhecimento*, Lisboa, Centro Editorial da SCML.
- Santos, Boaventura (1987), “O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais – O caso das políticas de saúde”, *Revista Científica de Ciências Sociais*, 23, 13-74.
- Santos, Boaventura (1993), *Portugal: Um retrato singular*, Porto, Afrontamento.
- Simões, António (2006), *A nova velhice*, Porto, Ambar Editores.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004), *Envelhecer em família. Os cuidados*
- Thompson, A. G., & Suñol, R. (1995), “Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence”, *International Journal for Quality in Health Care*, 7, 127-41.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011), *Manual de Planeamento e Gestão de Altas*, Lisboa.
- Vaz, Ester (1998), “Mais Idade, Menos cidadania”, *Análise Psicológica*, 4, pp. 621-633.
- Weineck, Jürgen (1991), *Biologia do esporte*. São Paulo: Manole.
- Wright *et al.* (1998). Development and importance of health needs assessment.

Outros documentos consultados:

Constituição da República Portuguesa

Reforma Hospitalar de 1968 (Decreto-Lei n.ºs. 48 357 e 48 358)

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

# ANEXO A: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO HOSPITALIZADO

## Questionário de Caracterização do Idoso Hospitalizado

Código: \_\_\_\_\_

Eu, Fátima Marisol Gonçalves Ferreira, aluna de mestrado em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar uma Dissertação sobre o tema “O Idoso Hospitalizado: Responder às necessidades perspectivando a satisfação do utente”, sob orientação do Professor Doutor Jorge Ferreira. A investigação tem por objectivo sistematizar informação sobre as necessidades e satisfação do idoso hospitalizado e do seu cuidador em relação a intervenção do Serviço Social.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na realização da questionário, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

### **I) Caracterização Social**

#### **P1) Idade:**

65 a 70

71 a 76

77 a 81

82 a 87

>88

**P2) Género:** M  F

#### **P3) Nacionalidade:**

Portuguesa

Outra  Qual?

\_\_\_\_\_

#### **P4) Residência:**

Lisboa e Vale do Tejo

Zona Sul

Zona Centro

Zona Norte

Ilhas

Estrangeiro

#### **P5) Estado Civil:**

Solteiro(a)

Casado (a)

União de Facto

Viúvo

Divorciado

Separado

### **II) Caracterização Educativa:**

#### **P6) Habilitações Literárias:**

Analfabeto

Ensino Primário

Ensino Básico

Ensino Secundário

LXXXIII

Ensino Superior

Sabe ler e escrever

### **III) Caracterização Sócio**

#### **Profissional:**

##### **P7) Rendimentos:**

Agregado Familiar

Pensões/Reforma

Trabalho

Actividades Marginais

Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

#### **IV) Caracterização Sócio Familiar:**

##### **P8) Com quem vive?**

Agregados compostos

Alargada

Monoparental feminina

Monoparental masculina

Nuclear Casal c/filhos

Nuclear Casal s/filhos

Unipessoal/s

Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

#### **VI) Perspectivas de apoio:**

##### **P10) Com quem está a contar para, após a alta hospitalar lhe prestar apoio?**

Família directa

Outros familiares

Rede de Vizinhança

Rede formal (instituições públicas e/ou privadas)

Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

#### **V) Diagnóstico Social:**

##### **P9) Indicadores Críticos – Área de Apoio Social do CHLC**

	<b>Área de Apoio Social</b>	<b>AAS</b>
	<b>INDICADORES CRÍTICOS</b>	

Situações de maus-tratos/ negligência

Violência Doméstica

Mães adolescentes

Isolamento/ Ausência de suporte familiar

Incapacidade familiar para prestação de apoio

Indisponibilidade familiar para prestação de apoio

Precariedade económica

Problemas c/serviços e cuidados de saúde e sociais

Problemas de âmbito jurídico-legal

Comportamentos de risco

Sem abrigo

Problemas relacionados c/ habitação

Problemas associados c/doença crónica

Situação de dependência/ deficiência

Doente em situação Paliativa/ Terminal

PALOP' s/ cidadão estrangeiro/ cidadão ilegal

Especificidades de valores culturais

Problemas relacionados Emprego/ Desemprego/ Trabalho

Desajustamento psicossocial



---

## ANEXO B: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR DO IDOSO HOSPITALIZADO

### Questionário de Caracterização do cuidador do idoso hospitalizado

Código: \_\_\_\_\_

Eu, Fátima Marisol Gonçalves Ferreira, aluna de mestrado em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar uma Dissertação sobre o tema “O Idoso Hospitalizado: Responder às necessidades perspectivando a satisfação do utente”, sob orientação do Professor Doutor Jorge Ferreira. A investigação tem por objectivo sistematizar informação sobre as necessidades e satisfação do idoso hospitalizado e do seu cuidador em relação a intervenção do Serviço Social.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na realização do questionário, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

#### **P1) Idade:**

Menor ou igual a 39 anos

40 a 49

50 a 64

65 a 75

>76

**P2) Género:** M  F

#### **P3) Nacionalidade:**

Portuguesa

Outra  Qual?

\_\_\_\_\_

#### **P4) Residência:**

Lisboa e Vale do Tejo

Zona Sul

Zona Centro

Zona Norte

Ilhas

Estrangeiro

#### **P5) Estado Civil:**

Solteiro(a)

Casado (a)

União de Facto

Viúvo

Divorciado

Separado

#### **P6) Habilitações Literárias:**

Analfabeto

Ensino Primário

Ensino Básico

Ensino Secundário

Ensino Superior

Sabe ler e escrever

**P7) Relação de parentesco com a  
pessoa idosa:**

Esposo/Esposa

Filho/Filho

Amigo(a)/Vizinho(a)Outro  familiares

Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**P10) O idoso a quem costuma dar  
assistência faz parte do seu agregado  
familiar?**

Sim

Não

Ns/Nr

**P8) Situação perante o trabalho**

**(se se encontra empregado responda  
a p9, caso contrário passe para a p10)**

Empregado

Reformado/Aposentado

Desempregado

Doméstica

Nunca trabalhou

Estudante

## **ANEXO C: GUIÃO DE ENTREVISTA AOS IDOSOS HOSPITALIZADOS**

### **Guião de entrevista aos idosos hospitalizados A intervenção do Serviço Social com idosos hospitalizados**

**Código:** \_\_\_\_\_

Eu, Fátima Marisol Gonçalves Ferreira, aluna de mestrado em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar uma Dissertação sobre o tema “O Idoso Hospitalizado: Responder às necessidades perspectivando a satisfação do utente”, sob orientação do Professor Doutor Jorge Ferreira. A investigação tem por objectivo sistematizar informação sobre as necessidades e satisfação do idoso hospitalizado e do seu cuidador em relação a intervenção do Serviço Social.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na realização da entrevista, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas

1. Antes do presente internamento conseguia realizar com autonomia as suas actividades de vida diária (higiene pessoal, alimentação, etc)? Verificou alguma alteração?
2. Que dificuldades sente com maior frequência no seu dia-a-dia?
3. O que o levou a necessitar da intervenção do Serviço Social no período de internamento?
4. Após a alta hospitalar sabe se terá apoio de alguma instituição? Se sim, em que lhe irão ajudar? Acha que essas respostas são as mais adequadas?
5. No momento da alta hospitalar, considera ou considerou estarem reunidas as condições sociais para o seu regresso a casa?
6. Está satisfeito com o apoio, modo de receber, acompanhar e tratar do assistente social? (Responda ao questionário de satisfação).
7. Tem alguma sugestão que nos possa fazer acerca do apoio hospitalar que deve ou deveria ser dado a pessoas da sua idade e com o seu problema?



## **ANEXO D: GUIÃO DE ENTREVISTA AOS CUIDADORES DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS**

### **Guião de entrevista ao cuidador do idoso hospitalizado A intervenção do Serviço Social com idosos hospitalizados**

**Código:** \_\_\_\_\_

Eu, Fátima Marisol Gonçalves Ferreira, aluna de mestrado em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar uma Dissertação sobre o tema “O Idoso Hospitalizado: Responder às necessidades perspectivando a satisfação do utente”, sob orientação do Professor Doutor Jorge Ferreira. A investigação tem por objectivo sistematizar informação sobre as necessidades e satisfação do idoso hospitalizado e do seu cuidador em relação a intervenção do Serviço Social. Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na realização da entrevista, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas

1. Antes do presente internamento o idoso que prestava apoio conseguia realizar com autonomia as suas actividades de vida diária (higiene pessoal, alimentação, etc)? Verificou alguma alteração?
2. Que dificuldades sente com maior frequência na prestação dos cuidados?
3. O que o levou a necessitar da intervenção do Serviço Social no período de internamento do idoso?
4. Após a alta hospitalar terá apoio de alguma instituição? Se sim, em que lhe irão ajudar? Acha que essa resposta é a mais adequada?
5. No momento da alta hospitalar, considera ou considerou estarem reunidas as condições sociais para o regresso do idoso ao domicílio?
6. Está satisfeito com o apoio, modo de receber, acompanhar e tratar do assistente social? (Responda ao questionário de satisfação).
7. Tem alguma sugestão que nos possa fazer acerca do apoio do serviço social dado no hospital?

# ANEXO E: QUESTIONÁRIO – ESCALA DE SATISFAÇÃO DO IDOSO HOSPITALIZADO EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

## Questionário

### Escala de satisfação do idoso hospitalizado em relação à intervenção do assistente social

Código: \_\_\_\_\_

Eu, Fátima Marisol Gonçalves Ferreira, aluna de mestrado em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar uma Dissertação sobre o tema “O Idoso Hospitalizado: Responder às necessidades perspectivando a satisfação do utente”, sob orientação do Professor Doutor Jorge Ferreira. A investigação tem por objectivo sistematizar informação sobre as necessidades e satisfação do idoso hospitalizado e do seu cuidador em relação a intervenção do Serviço Social.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na realização da questionário, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas

Pedimos que nos diga qual a sua opinião em relação a intervenção do assistente social.

As suas respostas são estritamente confidenciais.

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente a intervenção do assistente social.

<b>Escala de satisfação do idoso hospitalizado em relação à intervenção do assistente social:</b>				
<b><u>Se estes factos aconteciam:</u></b>	<b>3 - Sempre</b>	<b>2- Às vezes</b>	<b>1 - Nunca</b>	<b>0- Não se aplica/Sem opinião</b>
1. Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades de internamento, o AS forneceu-lhe toda a informação?				
2. Relativamente à informação, o AS preocupou-se em envolver os seus familiares ou as suas pessoas mais próximas?				
3. O AS preocupou-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços/apoios que tem a sua disposição na comunidade?				
4. O AS preocupou-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços/apoios (como e quando os deve utilizar)?				
5. O AS procurou explicar-lhe as coisas de forma compreensível?				
6. O AS procurou saber se compreendeu bem (e se necessário voltou a repetir a informação)?				
7. O AS preocupou-se em fornecer-lhe informação em suporte escrito?				
8. O AS teve o cuidado de lhe explicar em que consistiam os serviços/apoios apresentados?				
9. No internamento foi fácil obter ajuda do Serviço Social?				
10. O AS preocupou-se em manter sigilo e privacidade sobre as informações que lhe forneceu?				
11. Sentiu que o AS o atendeu com simpatia?				

12. Sentiu que o AS deu importância aos seus problemas?				
13. Acha que o AS demonstrou ter paciência no atendimento aos utentes?				
14. Sentiu que o AS o colocou à vontade para pôr as suas dúvidas?				
15. O AS teve em conta a sua opinião relativamente às respostas que apresentou para colmatar as suas necessidades?				
<b><u>Se está:</u></b>	<b>3 - Satisfeito</b>	<b>2 – Nem satisfeito/ Nem insatisfeito</b>	<b>1 - Insatisfeito</b>	<b>0- Não se aplica/ Sem opinião</b>
16. Relativamente à forma como o AS explicou as coisas (língua utilizada, repetir em caso de não compreensão, preocupação em saber se tinha percebido)				
17. Relativamente à forma como foi atendido pelo AS do hospital				
18. Relativamente à disponibilidade do AS (para o ouvir, para o aconselhar, para o ajudar na resolução do seu problema)				
19. Relativamente à forma como foi envolvido (a) nas decisões sobre os cuidados a ter				
20. Relativamente a confidencialidade do seu processo				
21. Relativamente a adequabilidade do encaminhamento para a resolução dos seus problemas				

(Adaptado SUCEH21 - Formulário de avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no hospital)

# ANEXO F: QUESTIONÁRIO - ESCALA DE SATISFAÇÃO DO CUIDADOR DO IDOSO HOSPITALIZADO EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

## Questionário

### Escala de satisfação do cuidador do idoso hospitalizado em relação à intervenção do assistente social

Código: \_\_\_\_\_

Eu, Fátima Marisol Gonçalves Ferreira, aluna de mestrado em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar uma Dissertação sobre o tema “O Idoso Hospitalizado: Responder às necessidades perspectivando a satisfação do utente”, sob orientação do Professor Doutor Jorge Ferreira. A investigação tem por objectivo sistematizar informação sobre as necessidades e satisfação do idoso hospitalizado e do seu cuidador em relação a intervenção do Serviço Social.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na realização do questionário, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas

Pedimos que nos diga qual a sua opinião em relação a intervenção do assistente social.

As suas respostas são estritamente confidenciais.

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente a intervenção do assistente social.

<b>Escala de satisfação do cuidador do idoso hospitalizado em relação à intervenção do assistente social:</b>				
<b><u>Se estes factos aconteciam:</u></b>	<b>3 - Sempre</b>	<b>2- Às vezes</b>	<b>1 - Nunca</b>	<b>0- Não se aplica/Sem opinião</b>
1. Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades, o AS forneceu-lhe toda a informação?				
2. Relativamente à informação, o AS preocupou-se em envolver-lhe em todo o processo de intervenção?				
3. O AS preocupou-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços/apoios que tem a sua disposição na comunidade?				
4. O AS preocupou-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços/apoios (como e quando os deve utilizar)?				
5. O AS procurou explicar-lhe as coisas de forma compreensível?				
6. O AS procurou saber se compreendeu bem (e se necessário voltou a repetir a informação)?				
7. O AS preocupou-se em fornecer-lhe informação em suporte escrito?				
8. O AS teve o cuidado de lhe explicar em que consistiam os serviços/apoios apresentados?				
9. No período de internamento do idoso foi fácil obter ajuda do Serviço Social?				

10. O AS preocupou-se em manter sigilo e privacidade sobre as informações que lhe forneceu?				
11. Sentiu que o AS o atendeu com simpatia?				
12. Sentiu que o AS deu importância aos seus problemas e do idoso?				
13. Acha que o AS demonstrou ter paciência no atendimento aos utentes?				
14. Sentiu que o AS o colocou à vontade para pôr as suas dúvidas?				
15. O AS teve em conta a sua opinião relativamente às respostas que apresentou para colmatar as suas necessidades?				
<b><u>Se está:</u></b>	<b>3 - Satisfeito</b>	<b>2 – Nem satisfeito/ Nem insatisfeito</b>	<b>1 - Insatisfeito</b>	<b>0- Não se aplica/ Sem opinião</b>
16. Relativamente à forma como o AS explicou as coisas (língua utilizada, repetir em caso de não compreensão, preocupação em saber se tinha percebido)				
17. Relativamente à forma como foi atendido pelo AS do hospital				
18. Relativamente à disponibilidade do AS (para o ouvir, para o aconselhar, para o ajudar na resolução do seu problema)				
19. Relativamente à forma como foi envolvido (a) nas decisões sobre os cuidados a ter				
20. Relativamente a confidencialidade do seu processo				
21. Relativamente a adequabilidade do encaminhamento para a resolução dos seus problemas				

(Adaptado SUCEH21 - Formulário de avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no hospital)

## ANEXO G: AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Fátima Ferreira  
ISCTE – IUL

Exma. Sr.<sup>a</sup> Coordenadora da Área de Apoio Social do CHLC  
Dr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Augusta Lopes,

Eu, Fátima Marisol Gonçalves Ferreira, aluna do mestrado em Serviço Social do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - IUL, estando presentemente em fase de elaboração da Dissertação, venho oficialmente solicitar a V. Exa. autorização para que o meu estudo seja realizado junto dos utentes com processo social internados no Serviço de Medicina 4 do Hospital de Santa Marta, EPE.

O tema da investigação centra-se nas necessidades do doente idoso hospitalizado e na satisfação do doente idoso e/ou do seu cuidador em relação à intervenção do Assistente Social e é orientado pelos seguintes objectivos:

1. Identificar as situações que conduzem o idoso doente e sua família/a necessitarem da intervenção do Serviço Social no decorrer do internamento;
2. Tipificar as necessidades do doente idoso hospitalizado;
3. Analisar o grau de satisfação do doente e/ou seu cuidador ao nível da qualidade do serviço, das respostas apresentadas pelo AS e da sua viabilidade na resolução das necessidades diagnosticadas;
4. Sistematizar informação acerca das necessidades identificadas e da satisfação do doente em relação a intervenção do SS.

As técnicas de colheita de dados que utilizarei incluirão a observação participante, a entrevista, o inquérito e análise documental.

Agradeço a sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

*Autorizado*  
*of= Augusta Lopes*  
M<sup>aria</sup> AUGUSTA LOPES  
Coordenadora Área de Apoio Social

Fátima Ferreira  
*fátima ferreira*

Lisboa, 6 de Fevereiro de 2012

Fátima Ferreira  
ISCTE – IUL

Exmo. Sr. Director da Unidade de Internamento Medicina 4 do HSM –  
CHLC  
Doutor Manuel de Sousa Guerreiro

Eu, Fátima Marisol Gonçalves Ferreira, aluna do mestrado em Serviço Social do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - IUL, estando presentemente em fase de elaboração da Dissertação, venho oficialmente solicitar a V. Exa. autorização para que o meu estudo seja realizado junto dos utentes com processo social internados no Serviço de Medicina 4 do Hospital de Santa Marta, EPE.

O tema da investigação centra-se nas necessidades do doente idoso hospitalizado e na satisfação do doente idoso e/ou do seu cuidador em relação à intervenção do Assistente Social e é orientado pelos seguintes objectivos:

1. Identificar as situações que conduzem o idoso doente e sua família/a necessitarem da intervenção do Serviço Social no decorrer do internamento;
2. Tipificar as necessidades do doente idoso hospitalizado;
3. Analisar o grau de satisfação do doente e/ou seu cuidador ao nível da qualidade do serviço, das respostas apresentadas pelo AS e da sua viabilidade na resolução das necessidades diagnosticadas;
4. Sistematizar informação acerca das necessidades identificadas e da satisfação do doente em relação a intervenção do SS.

As técnicas de colheita de dados que utilizarei incluirão a observação participante, a entrevista, o inquérito e análise documental.

Agradeço a sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

*Autizada*  


Fátima Ferreira  
*fatimaferrera*

Lisboa, 6 de Fevereiro de 2012

## **ANEXO H: GUIÃO DE ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS**

### **Guião de entrevista aos profissionais**

#### **A intervenção do Serviço Social com idosos hospitalizados**

**Código:** \_\_\_\_\_

Eu, Fátima Marisol Gonçalves Ferreira, aluna de mestrado em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar uma Dissertação sobre o tema “O Idoso Hospitalizado: Responder às necessidades perspectivando a satisfação do utente”, sob orientação do Professor Doutor Jorge Ferreira. A investigação tem por objectivo sistematizar informação sobre as necessidades e satisfação do idoso hospitalizado e do seu cuidador em relação a intervenção do Serviço Social.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na realização da entrevista, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

1. Como define a intervenção do Serviço Social com idosos hospitalizados?
2. Que perspectivas teóricas e metodológicas considera serem adequadas à intervenção do Serviço Social com estes idosos?
3. Quais as principais dificuldades sentidas ou diagnosticadas?
4. Acha que a envolvência do cuidador no plano de intervenção é uma mais-valia? Que estratégias utiliza para envolver os cuidadores?
5. Em relação a articulação interinstitucional:
  - como é executada?
  - quais as principais dificuldades sentidas?
6. Que propostas de inovação ou melhoria faz para o Serviço Social Hospitalar.

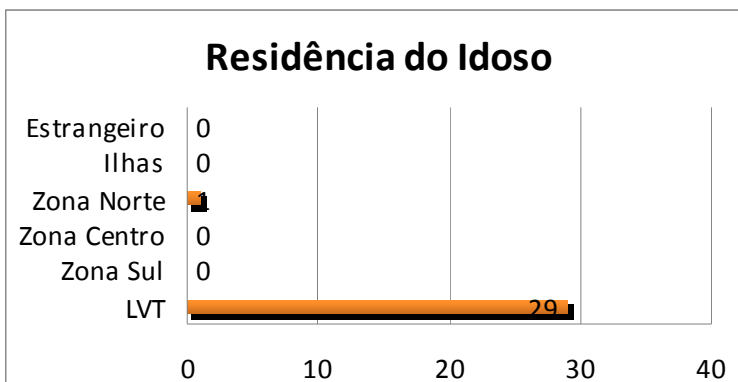
Obrigada pela sua colaboração.

Fátima Ferreira

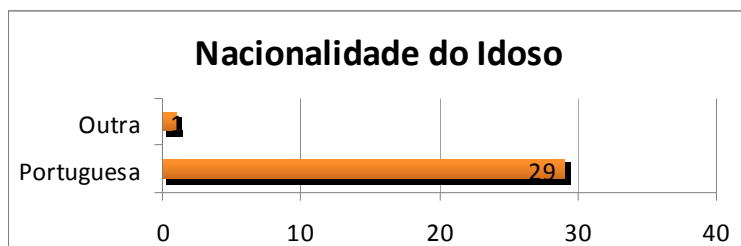


## ANEXO I: DADOS RELATIVOS À NACIONALIDADE E RESIDÊNCIA DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS E DOS CUIDADORES

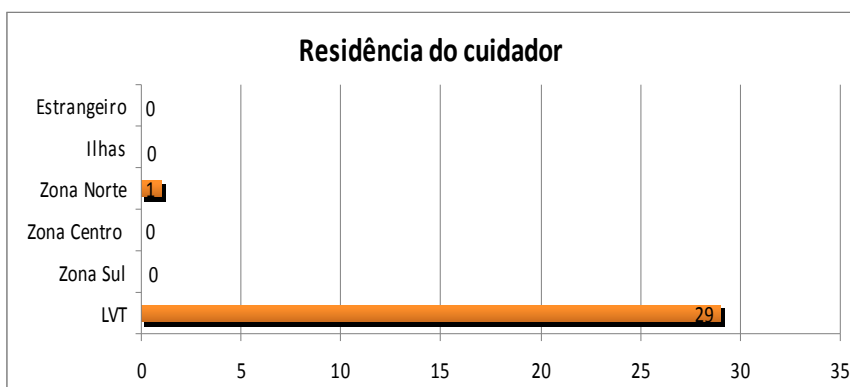
Residência do idoso	N	%
LVT	29	96,7
Zona Sul	0	0,0
Zona Centro	0	0,0
Zona Norte	1	3,3
Ilhas	0	0,0
Estrangeiro	0	0,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>



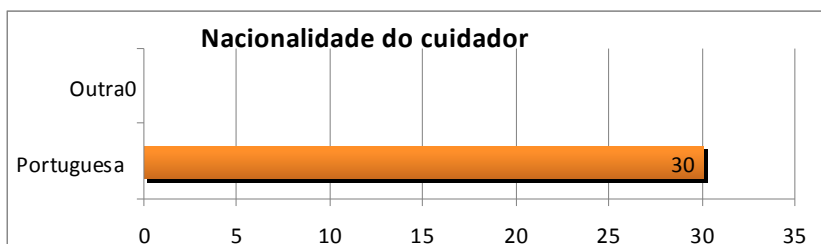
Nacionalidade do idoso	N	%
Portuguesa	29	96,7
Outra	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>



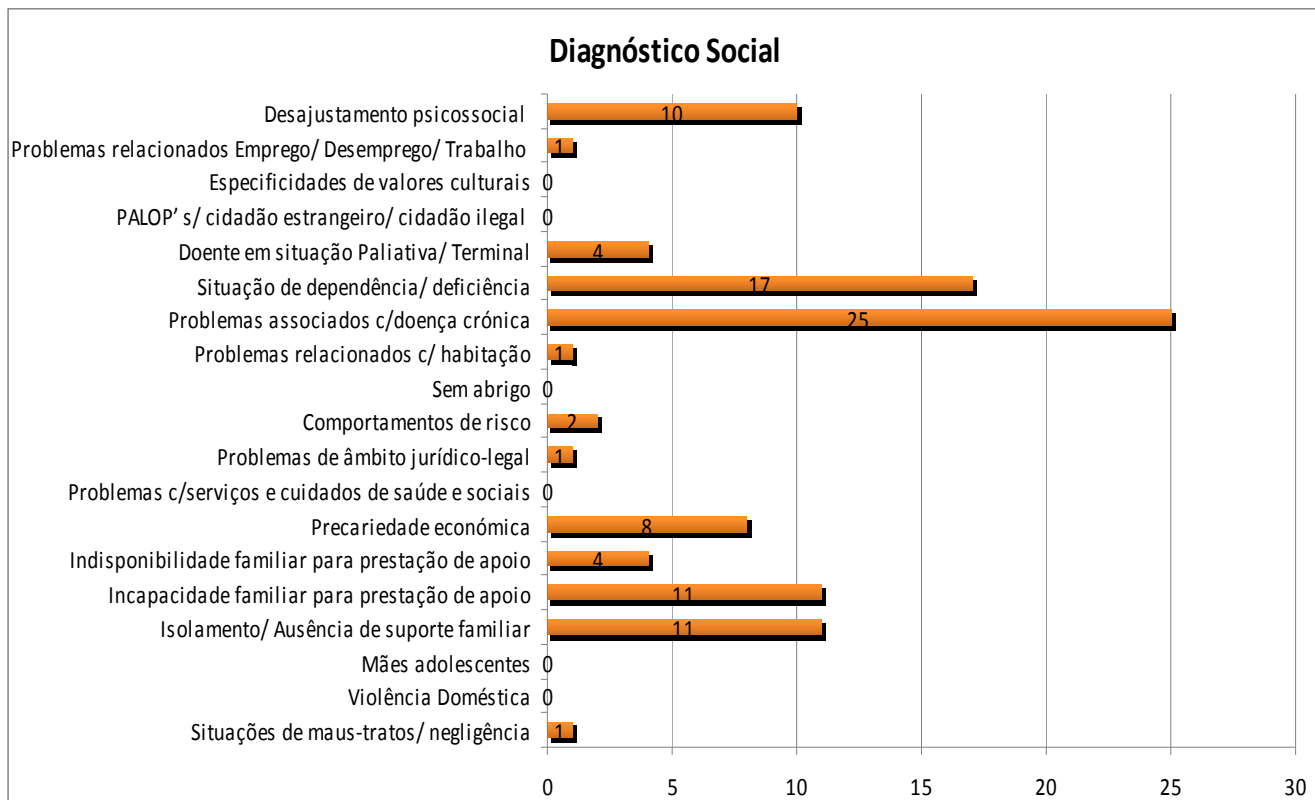
Residência do cuidador	N	%
LVT	29	96,7
Zona Sul	0	0,0
Zona Centro	0	0,0
Zona Norte	1	3,3
Ilhas	0	0,0
Estrangeiro	0	0,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>



Nacionalidade do cuidador	N	%
Portuguesa	30	100,0
Outra	0	0,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>



## ANEXO J: RESULTADOS RELATIVOS AO DIAGNÓSTICO SOCIAL DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS



# CURRICULUM VITAE

## FÁTIMA FERREIRA

### INFORMAÇÃO PESSOAL

Nome Ferreira, Fátima Marisol Gonçalves  
Morada Praceta do Poder Local n° 13 7° Dto – Lisboa  
Telefone 91 4562191

Correio electrónico [fatimamgf@hotmail.com](mailto:fatimamgf@hotmail.com)

Nacionalidade Portuguesa

Data de nascimento 26.01.1987

### FORMAÇÃO ACADÉMICA E PROFISSIONAL

- Datas De Outubro de 2005 a Fevereiro de 2009
- Nome e tipo da organização de ensino ou formação Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Principais disciplinas/competências profissionais Metodologias e Práticas do Serviço Social I (obteve 18 valores), Metodologias e Práticas do Serviço Social II (obteve 17 valores), Serviço Social Sectorial I (obteve 17 valores), Serviço Social Sectorial II (obteve 16 valores), Planeamento e Gestão de Projectos (obteve 17 valores) e Ética e Deontologia do Serviço Social (obteve 15 valores).
- Designação da qualificação atribuída **Licenciatura em Serviço Social**
- Classificação obtida 16 valores
- Datas De Outubro de 2009 até ao presente
- Nome e tipo da organização de ensino ou formação ISCTE - Instituto Superior das Ciências do Trabalho e do Emprego
- Designação da qualificação atribuída **A frequentar Mestrado em Serviço Social**

### EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- Datas De Setembro de 2008 a Janeiro de 2009

• Nome do empregador	CHC, E.P.E. Hospital Pediátrico de Coimbra
• Tipo de empresa ou sector	Entidade Pública Empresarial
• Função ou cargo ocupado	Estagiária de Serviço Social
• Principais actividades e responsabilidades	Acolhimento e acompanhamento social dos utentes dos serviços de Oncologia/Hematologia, Medicina/CDI e Cirurgia e Queimados. Dinamização de projectos.
• Datas	De Junho de 2009 a Maio de 2010
• Nome do empregador	AJUDE – Associação Juvenil para o Desenvolvimento
• Tipo de empresa ou sector	Associação sem fins lucrativos
• Função ou cargo ocupado	Assistente Social em estágio profissional
• Principais actividades e responsabilidades	Acompanhamento e monitorização do público-alvo da AJUDE (crianças/ jovens e suas famílias); Assessoria à gestão associativa; Organização de pequenos eventos de promoção social; Gestão de uma bolsa de voluntários; Criação, execução e avaliação de projectos sociais; Coordenação de Colónias de Férias para crianças/jovens.
• Datas	De Maio de 2010 até ao presente
• Nome do empregador	CHLC, EPE – Hospital de Santa Marta
• Tipo de empresa ou sector	Entidade Pública Empresarial
• Função ou cargo ocupado	Assistente Social - Acção Directa
• Principais actividades e responsabilidades	Acolhimento e acompanhamento social dos utentes nas unidades de Medicina Interna (Acolhimento sistemático); UCIP (Em Regime de Chamada); Consulta de Medicina Interna (Em Regime de Chamada); Cardiologia Pediátrica (Triagem por indicadores); UCI Cirurgia Cardiorácica (Em Regime de Chamada); Consulta de Cardiologia Pediátrica (Em Regime de Chamada).  Acolhimento e acompanhamento social das crianças e acompanhantes provenientes dos PALOP ao abrigo do Acordo de Cooperação Internacional (Projecto - Consulta de Cooperação Internacional de Cardiologia Pediátrica);  Membro do Grupo de Trabalho: “Programa de melhoria contínua da qualidade no âmbito do planeamento da alta”

**APTIDÕES E COMPETÊNCIAS  
PESSOAIS**

**PRIMEIRA LÍNGUA**

PORTUGUÊS

**OUTRAS LÍNGUAS**

- Compreensão escrita
  - Expressão escrita
  - Expressão oral
  
- Compreensão escrita
  - Expressão escrita
  - Expressão oral

Espanhol

Bom

Bom

Bom

Inglês

Elementar

Elementar

Elementar

**APTIDÕES E COMPETÊNCIAS  
SOCIAIS**

Interacção com os outros em contextos formais ou informais, com capacidade de diálogo e discussão de ideias.

Competências verbais adequadas a diferentes situações sociais. Capacidade de se adaptar a novos contextos, sejam eles de natureza pessoal, escolar ou profissional, respondendo de forma boa às exigências que lhe são colocadas. Gosto pelo trabalho em equipa respeitando os saberes de cada elemento.

Boa capacidade de comunicação.

**APTIDÕES E COMPETÊNCIAS DE  
ORGANIZAÇÃO**

Capacidade de coordenar um projecto a nível profissional. Boa relação com a equipa de trabalho, procurando solucionar problemas através do diálogo. Participação activa na planificação e organização de actividades/projectos.

Defende as parcerias e o estabelecimento de contactos entre as instituições e ainda o diálogo entre os técnicos e a discussão regular de casos, em reuniões ou em contexto informal (trabalho em equipa multidisciplinar).

Bom sentido de organização e responsabilidade.

**APTIDÕES E COMPETÊNCIAS  
INFORMÁTICAS**

Domínio do software Office™ (Word™, Excel™ e PowerPoint™).

**CARTA(S) DE CONDUÇÃO**

Categorias B e B1: M-151638 7