



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

O MOVIMENTO DA ALTA SOCIAL EM CONTEXTO
HOSPITALAR

Dissertação apresentada à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Serviço
Social

Por

Catarina Isabel Infante Remourinho

Faculdade de Ciências Humanas

Lisboa, Setembro de 2023



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

O MOVIMENTO DA ALTA SOCIAL EM CONTEXTO
HOSPITALAR

Dissertação apresentada à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Serviço
Social

Por

Catarina Isabel Infante Remourinho

Faculdade de Ciências Humanas
Sob orientação de Professora Doutora Inês Guerra

Lisboa, Setembro de 2023



Colhe o Dia, porque És Ele

Uns, com os olhos postos no passado,
Vêm o que não vêem: outros, fitos
Os mesmos olhos no futuro, vêem
O que não pode ver-se.
Por que tão longe ir pôr o que está perto
A segurança nossa? Este é o dia,
Esta é a hora, este o momento, isto
É quem somos, e é tudo.
Perene flui a interminável hora
Que nos confessa nulos. No mesmo hausto
Em que vivemos, morreremos. Colhe
O dia, porque és ele.

Ricardo Reis, in “Odes”
Heterónimo de Fernando Pessoa



Resumo

A relação da Saúde com o Serviço Social é parte integrante da história da profissão e tradicionalmente um dos campos de intervenção da profissão. O conceito de saúde tem-se vindo a modificar com o tempo e nos dias de hoje é um conceito mais vasto que engloba a melhoria da qualidade de vida associado à promoção da saúde, sendo um direito fundamental a todo o ser humano.

O *“Assistente Social é um profissional da intervenção social com uma prática inter e transdisciplinar, que atua com e para as pessoas, numa lógica de cooperação.”*

(Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2018:6). No contexto de saúde, o assistente social assume essencialmente uma função de mediação entre o doente a família e os diferentes serviços, de forma a ir ao encontro da garantia do seu bem-estar e qualidade de vida, através do acompanhamento do internamento.

A alta em contexto hospitalar requer trabalho de equipa e articulação, para que seja assegurada a garantia da continuidade dos cuidados de saúde. O planeamento da alta ocorre para junto da família ou para uma resposta da comunidade (Cf. Masfret), sendo que os dois podem ser mobilizados conforme necessidade. O processo da alta social inicia-se com a fase de acolhimento, aprofundamento da situação, delineação de um plano através do acompanhamento e, por fim a avaliação da mesma.

Palavras-chave

Assistente Social, Alta Social, Contexto hospitalar, Saúde e Equipa multidisciplinar



Abstract

The relationship between Health and Social Work is an integral part of the profession's history and traditionally one of the profession's fields of intervention. The concept of health has been changing over time and nowadays it is a broader concept that encompasses the improvement of quality of life associated with health promotion, being a fundamental right of every human being.

The “*Social Worker is a social intervention professional with an inter and transdisciplinary practice, who works with and for people, in a cooperation logic.*” (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2018:6). In the context of health, the social worker essentially assumes a role of mediation between the patient, the family, and the different services, in order to guarantee their well-being and quality of life, through monitoring the hospitalization.

Discharge in a hospital context requires teamwork and articulation, so that the continuity of health care is ensured. Discharge planning takes place with the family or for a community response (Cf. Masfret), both of which can be mobilized as needed. The process of social discharge begins with the reception phase, deepening the situation, delineating a plan through monitoring and, finally, its evaluation.

Keywords

Social worker, Social discharge, Hospital context, Health and Multidisciplinary team



Agradecimentos

Agradeço aos meus pais por me terem proporcionado a oportunidade de continuar a fazer o que gosto, por me apoiarem todos os dias sem exceção.

Agradeço às minhas amigas, por não me deixarem desistir e por me apoiarem.

Agradeço ao meu namorado por me lembrar dos prazos a cumprir e pelo apoio.

Agradeço aos docentes que foram sempre um grande pilar desde o início desta etapa.

Agradeço ao Serviço Social do CHBM, do CHS e do HGO por toda a colaboração.



Índice

Introdução.....	12
Capítulo 1 – Enquadramento teórico	15
1.1. O Serviço Social e a Saúde.....	15
1.2. O Serviço Nacional de Saúde	19
1.3. Conceito de saúde.....	23
1.3.1. Determinantes da saúde	26
2. Papel e Funções dos Assistentes Sociais na Saúde.....	29
3. Modelos de Intervenção social na saúde	35
3.1. Modelo Biopsicossocial.....	35
3.2. Modelo Holista	36
4. Alta Social em Contexto hospitalar	37
5. Desafios existentes na prática do Serviço Social na Saúde em tempos de pandemia	44
Capítulo 2 – Desenho metodológico	49
2.1. O campo empírico – Contexto hospitalar	49
2.2. As escolhas metodológicas.....	51
Capítulo 3 – O estudo exploratório.....	55
3. Resultados.....	55
3.1. A alta social como fator diferenciador em contexto hospitalar?	56
3.2. Campo de intervenção do Serviço Social	62
3.3. As respostas sociais como elemento central na alta social	66
3.4. Tempos pandémicos	71
Referências Bibliográficas.....	82
ANEXOS	88



Índice de Fluxogramas

Fluxograma 1 - A Saúde	22
Fluxograma 2 - Níveis de intervenção em Serviço Social	31
Fluxograma 3 – Parâmetros Diagnóstico Social	33
Fluxograma 4 - Etapas no planeamento da alta social	41
Fluxograma 5 - Desafios pandemia covid-19	48
Fluxograma 6 – O processo da alta social	61



Índice de quadros

Quadro 1 – Determinantes da saúde	28
Quadro 2 – Categorias telessaúde	46
Quadro 3 - Fases da Recolha Metodológica	54
Quadro 4 - Casos, internamentos e óbitos no âmbito da pandemia	73
Quadro 5 – Categorias dos focus group realizados	75



Índice de anexos

Anexo 1 – Pedido de colaboração	89
Anexo 2 – Consentimento informado	90
Anexo 3 – Guião dos Focus group	91
Anexo 4 - Guião de Entrevista Exploratória	92
Anexo 5 - Focus group – 1 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo	93
Anexo 6 - Focus group – 2 - Centro Hospitalar Setúbal	114
Anexo 7 – Focus group – 3 - Hospital Garcia d’Orta	125
Anexo 8 – Quadro Síntese Focus group 1	143
Anexo 9 – Quadro Síntese Focus group 2	147
Anexo 10 – Quadro Síntese Focus group 3	150



Índice de siglas

CHBM (Centro hospitalar Barreiro Montijo)

CHS (Centro hospitalar de Setúbal)

HGO (Hospital Garcia d’Orta)

OMS (Organização Mundial da Saúde)

SNS (Serviço Nacional de Saúde)

SS (Serviço Social)



Introdução

A elaboração da presente dissertação no âmbito do Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa tem como objeto de investigação o *“movimento das altas sociais em contexto hospitalar”*, este objeto foi pensado para a presente investigação dada a sua pertinência para a área da saúde, na prática profissional sendo nos dias de hoje um tema central. Será analisado em contexto hospitalar e será compreendido o papel do assistente social no processo da alta social, tendo em vista o bem-estar do doente e da família.

Globalmente assistem-se a diversas transformações ao nível da saúde *“que terá um enorme impacto na vida dos doentes, aumentando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde, bem como ao nível dos prestadores de cuidados”* (Gonçalves, 2020:51). Em tempos de pandemia foram vivenciados grandes desafios no que respeita à intervenção social, influenciando diretamente o processo das altas sociais, a nível de respostas e também no agir profissional.

Várias etapas e diligências tiveram de ser repensadas e orientadas de forma que a resposta social fosse a mais adequada possível dentro das circunstâncias do contexto pandémico, com a criação de novas respostas e mudanças nas existentes.

O assistente social num serviço hospitalar desenvolve a sua intervenção orientada para o doente, tendo em conta que o Serviço Social se identifica como *“uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa.”* (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2018:5).

Na intervenção social que é realizada os princípios da dignidade e dos direitos humanos com os quais nos debatemos no dia a dia são fundamentais no processo da alta do doente. Portanto, importa distinguir os conceitos de *pessoa, utente e doente*, uma vez que são termos utilizados ao longo da dissertação e também frequentemente utilizados na prática profissional do assistente social:

“Utente é uma pessoa, um ser humano que se pode encontrar em diferentes situações ou estados de doença” (Carta dos Direitos do utente dos Serviços de Saúde (Lei 41/2007, 24 de Agosto).



“Doente é uma pessoa que se encontra numa situação de maior fragilidade e vulnerabilidade resultante da doença, mas que por este facto não deixa de ser titular de direitos e deveres, decorrentes do respeito e da dignidade humana” (Nunes e Melo, 2010:3-6 cit in Espírito Santo, 2018:24).

“Pessoa é entendida como um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se” (OE, 2001:6 cit in Espírito Santo, 2018:24).

Apresentados e distinguidos os diferentes conceitos, para orientar a investigação foram pensadas e elaboradas um conjunto de questões de partida, designadamente:

1. Como se define a alta social?
2. Qual a importância da alta social em contexto hospitalar?
3. Como se processa a alta social?
4. Qual é o papel do assistente social em serviço hospitalar?

As respostas às quatro questões mencionadas terão de ir ao encontro dos objetivos da investigação, atendendo que a dissertação tem como objetivo geral *perceber de que forma se processa e efetiva a alta social, as suas etapas, desafios e constrangimentos encontrados durante a intervenção com o doente*, incidindo a intervenção em contexto hospitalar.

Como objetivos específicos pode-se identificar *a compreensão do processo da alta social e o papel e os desafios encontrados durante a intervenção do assistente social em hospital*.

O internamento social ocorre quando o doente permanece em hospital sem critérios clínicos que assim o considerem, permanecendo sim por motivos sociais. Já a alta social acontece quando estão reunidas as condições sociais para que o doente possa efetivar a sua saída do hospital com uma resposta social adequada para garantia da continuidade dos cuidados necessários inerentes para o seu bem-estar e qualidade de vida.

No que se refere à estrutura, tornou-se facilitador para a investigação dividir a mesma em três capítulos:

O primeiro capítulo é composto pelo enquadramento teórico onde é realizada a primeira aproximação às conceções de saúde, nomeadamente, o percurso do serviço social e a área da saúde, o Serviço Nacional de Saúde e a sua importância na vida dos portugueses, o próprio conceito e os determinantes de saúde onde se circunscreve o social.

No segundo ponto do primeiro capítulo é desenvolvido o papel e as funções dos assistentes sociais, na intervenção em hospital. São ainda abordados dois modelos de saúde para orientar o profissional, nomeadamente, o modelo biopsicossocial e o holístico, pertinentes e utilizados na prática diária.

No terceiro ponto é apresentado o conceito de alta social, de forma a enquadrar o objeto de investigação. No quarto ponto é feita uma aproximação à pandemia covid-19, onde são identificados os desafios encontrados e ultrapassados no período pandémico.

No segundo capítulo é identificada a metodologia a utilizar, considerou-se mais ajustada a utilização da abordagem qualitativa, para que seja possível obter uma compreensão mais detalhada da realidade a investigar. De acordo com o período pandémico em que a dissertação se centrou, a mesma sofreu atrasos significativos e optou-se pela realização de focus group, em três hospitais situados na margem sul do rio Tejo. Foi agilizado e realizado com as equipas do Serviço Social, presencialmente, nas instalações do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, do Centro Hospitalar de Setúbal e do Hospital Garcia D'Orta, conforme a disponibilidade das equipas e permissão para a realização do mesmo, pois não foi permitida a entrada nos serviços de internamento.

No terceiro capítulo, são apresentados os resultados atendendo ao que foi discutido e exposto durante os três focus group e, sempre que se torna pertinente, mencionados os autores do primeiro capítulo, relatórios e os artigos científicos que foram consultados. Por fim, são apresentadas as considerações finais onde é realizado um quadro geral dos principais temas tratados, seguido das referências bibliográficas e dos anexos com os documentos e as transcrições que compuseram a investigação.



Capítulo 1 – Enquadramento teórico

1.1. O Serviço Social e a Saúde

A primeira parte da dissertação tem como principal objetivo contextualizar o Serviço Social e a área da saúde, relativamente à sua componente histórica, bem como as alterações e evolução verificada especificamente em contexto hospitalar, relacionando sempre que considerado pertinente com a intervenção social verificada.

O Serviço Social e a área da saúde consagram entre si uma ligação histórica, impulsionada por uma das Pioneiras do Serviço Social, Mary Richmond (Cf. Martinelli, 2003), sendo que *“o lugar do Serviço Social na área da saúde é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares.”* (Martinelli, 2003:12) através de profissionais de diversas áreas, em que os serviços hospitalares são compostos por uma equipa multidisciplinar o que enriquece e pode ser identificado como uma mais-valia para o sucesso da intervenção em contexto hospitalar.

Enquanto atividade profissional surge na modernidade, sendo que *“parte de uma ideia de autorrealização pessoal e de justiça social, pressupõe voluntarismo da ação humana sobre o mundo e inscreve-se numa lógica do progresso das sociedades”* (Amaro, 2015:23), pelo que não pode estagnar face às permanentes transformações e mudanças existentes na sociedade.

O Serviço Social emerge sob a influência do modelo biomédico associado a uma função histórica no acesso aos cuidados de saúde.

O hospital foi caracterizado como uma organização de caridade, no entanto, devido à evolução da ciência, este passou a ser o paradigma capacitado a responder à doença aguda de forma mais apropriada e eficaz. Decorrente do movimento europeu, *“a emergência do Serviço Social em Portugal decorre do movimento europeu de construção e institucionalização do Serviço Social como uma forma de ação e controle sobre os “pobres”* (Carvalho, 2010 :149).



O reconhecimento da importância dos cuidados de saúde para o bem-estar da pessoa e a capacidade dos assistentes sociais ao contribuírem positivamente para os cuidados do doente resultaram no Serviço Social na Saúde que se tornou num do maior campos da prática da profissão (Cf. Dhooper, 1997). A abertura da primeira escola de Serviço Social deu-se em 1935, o curso era dividido em três anos onde eram estudados temas como a educação social, medicina social e eram feitos exercícios da prática. (Cf. Carvalho, 2010).

Em contexto hospitalar, o Serviço Social em Portugal emerge em 1941 nos Hospitais Universitários de Coimbra, e no ano seguinte em Lisboa, no Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos. É consagrado em Portugal pela Lei de Organização Hospitalar nº 2011 de 2 de Abril de 1946, sendo esta complementada pelo Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto-Lei nº 48358/68 de 27 de Abril de 1968).

Mais tarde, na saúde, em 1958 surge o Ministério da Saúde e da Assistência através do Decreto-Lei nº 41825 de 13 de Agosto. Assim, *“se a partir de 1946 e até ao início dos anos 60 o hospital foi considerado uma peça central do sistema, e se a partir de 60 o hospital passou a ser considerado uma peça superior, mas não central, do sistema de saúde”* (Carapinheiro, 2005: 19-20), em que esta modificação é considerada o resultado das mudanças políticas.

No ano de 1971 é publicado o Decreto-Lei nº. 414/71 de 27 de Setembro onde os Assistentes Sociais estão englobados, é estabelecida a estruturação progressiva e o funcionamento regular das carreiras referentes aos profissionais que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência. Após dois anos, em 1973 são aprovadas um conjunto de funções para a profissão especificamente em ambiente hospitalar, sendo que em 2002 a entidade superior estabelece as dez funções que passaram a vigorar nos serviços de saúde.

A prática do Serviço Social na saúde é centrada na melhoria da qualidade de vida, na base da intervenção individual e coletiva, em que valores como os Direitos Humanos e a Justiça Social são fulcrais na abordagem e no exercício profissional que se desenvolve com o enfoque na mudança social e na resolução de problemas.



O objetivo da intervenção social centra-se na utilização de capacidades de diagnóstico perante as mudanças efetivas, considerando um conjunto de dimensões da intervenção, designadamente, a própria organização, a ética e os seus valores, a responsabilidade profissional, o conhecimento e o próprio processo de intervenção que contribui para um maior nível de bem-estar, que terá influências diretas no estado de saúde da própria pessoa.

De salientar que “*o Serviço Social intervém nos fatores sociais associados à saúde e à doença, ou seja, considera que lhe cabe intervir em problemas sociais que tenham implicações na saúde, ou vice-versa, o que vem reiterar que o papel do Serviço Social assenta numa conceção de saúde biopsicossocial*” (Carvalho, 2012:14).

No ano de 1976 com a Constituição da República Portuguesa foi efetivado o direito à saúde, sendo que atualmente “*Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*”. É no artigo 64º da Constituição portuguesa onde se efetiva esse direito através do SNS, universal, tendencialmente gratuito, salvaguardando as condições económicas e sociais dos utentes. Traduz-se na principal estrutura prestadora de cuidados de saúde que exercem funções de promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social.

Existem outros artigos não diretamente ligados à saúde, mas igualmente pertinentes, mais concretamente, o direito à vida (Artigo 24º) e o Direito ao ambiente e qualidade de vida (Artigo 66º). Em 1978 foi garantida a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação no que respeito à medicação, proporcionando acesso a todos os cidadãos.

Este período coincide com a fase de reafirmação da profissão, pois a partir do ano de 1974 “*desenvolveu-se a par com a implementação dos regimes democráticos, a institucionalização das Ciências Sociais e com a assunção de responsabilidades sociais por parte do Estado*” (Carvalho, 2010: 154), foram criadas associações profissionais, carreiras, reconhecimento e valorização académica, tendo sido uma mais-valia para os profissionais.



Deste modo, o Serviço Social *“assume-se hoje como uma disciplina científica de maior relevo na atualidade”* (Carvalho, 2010: 159), tendo em vista o bem-estar dos utentes. Na área da saúde *“é necessário que em todo o processo exista entendimento, cooperação e sentido de responsabilidade por parte dos Estados-membros, devendo a EU ser reconhecida como um todo, também na saúde”* (Campos & Simões, 2011:77-78), dado que a saúde se revela como uma das principais áreas de atuação da profissão.

O sistema de saúde é definido pela OMS como *“todas as atividades que têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde”* (WHO,2000).

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde, pode ser analisado em duas perspetivas:

- Na perspetiva “financiamento” é possível distinguir o SNS financiador, os subsistemas públicos financiadores, os subsistemas privados financiadores e os seguros de saúde, bem como o financiamento privado dos cuidados de saúde.

- Na perspetiva “prestação”, identificam-se as situações de prestação pública (assegurada através de estabelecimentos integrados no SNS ou através de estabelecimentos sociais e privados que foram contratados para a sua realização) e de prestação social ou privada. (ERS, 2011:10)

Por fim, no sistema de saúde o serviço social assume um papel fundamental em que os assistentes sociais se constituem como uma referência no percurso dos doentes, em consonância com a equipa de tratamento. De acordo com o seu lugar no organograma em contexto hospitalar, *“verificamos que o assistente social começa a ser reconhecido como parte fundamental nas equipas de saúde e que é este que tem capacidade semelhante ao médico”* (Espírito Santo, 2018:65), atuando na dimensão social da situação, tendo em conta as necessidades para a garantia da continuidade de cuidados e ainda os problemas identificados, com foco no doente e na família.



1.2. O Serviço Nacional de Saúde

O sistema de saúde é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e ainda por atividades privadas e por profissionais livres que acordem com o SNS tendencialmente gratuito, universal e geral.

Para contextualizar, torna-se pertinente referir as políticas de saúde, que apresentam três objetivos centrais, sendo eles: a equidade, a eficiência técnica e eficiência económica. Destacando a equidade, é importante referir que *“os cidadãos devem ter acesso a um conjunto mínimo de cuidados de saúde e a qualidade do tratamento não deve ser prestado em função do rendimento, mas, em especial, das necessidades efetivas de cuidados”* (Campos & Simões, 2011:60), independentemente da sua condição económica e social.

O SNS passou por diversos acontecimentos marcantes e *“ficou pautada por quatro períodos distintos: antes dos anos 70; do início dos anos de 1970 a 1985: estabelecimento e expansão do SNS; entre 1985-1995: regionalização do SNS e novo papel para o setor privado; o atual SNS.”* (Ferreira cit in Guerra, 2019:37).

Em 1958 surge o Ministério da saúde e da assistência, através do Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto. Cinco anos mais tarde, criou-se o Estatuto hospitalar e o regulamento dos hospitais em que os mesmos e a sua organização são alvo de uniformização, através do Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968.

Entre 1978 e 1979 o SNS oferece a todos os cidadãos cuidados de medicina preventiva, de reabilitação e curativa. Em 1979 surge legitimamente como ferramenta do Estado para garantir o direito à proteção da saúde, *“envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde”* (Boquinhas, 2012:49), tornando-se no principal ator do sistema de saúde e o suporte para a população, sendo que *“uma característica importante é a sua gratuitidade no ponto de utilização do sistema aquando da necessidade”* (Boquinhas, 2012: 20), porém estão contempladas as taxas moderadoras que correspondem ao valor cobrado, de acordo com a prestação de cuidados.

Em 1983 o Ministério da Saúde é criado pelo Decreto-Lei nº 344-A/83 de 25 de Julho, onde é aprovada a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional. O presente decreto-lei, introduz importantes alterações na orgânica do anterior Governo.



Cinco anos mais tarde, em 1988 com o Decreto-Lei nº 19/88 de 21 de Janeiro é aprovada a Lei de Gestão Hospitalar, *“na qual se refletem as preocupações decorrentes do aumento das despesas de saúde no orçamento do Estado.”* (Carvalho, 2012:29).

Em 1993 é publicado um novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei n.º 11/93, em que *“a sua natureza define-o como um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde”* (Boquinhas, 2012:50).

O ano de 1990 foi particularmente relevante, uma vez que foi aprovada a Lei de Bases da Saúde com a Lei nº 48/90 de 24 de agosto onde foram identificadas as linhas gerais do atual sistema de saúde, tendo em consideração que *“A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.”* (nº 1 da Base I, Lei de Bases da Saúde 48/90), sendo objetivo *“obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”* (nº 1 Base II, Lei de Bases da Saúde 48/90).

A Lei de Bases da Saúde *“introduziu mudanças significativas, em especial a conceção ampla de sistema de saúde, o entendimento dos cidadãos como primeiros responsáveis pela própria saúde e a redução do peso do Estado na prestação de atividades”* (Simões et al, 2010:191). Mais tarde, em 2019 é aprovada a Lei de Bases da Saúde nº 95/2019 de 4 de setembro e revogada a Lei nº 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de agosto. De notar que *“O direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer.”* (nº1 Base I, Lei de 95/2019).

Atualmente, existe a *“necessidade de reforçar e de transformar o SNS é urgente face às fragilidades, insuficiências e inadequações identificadas no SNS, sobretudo nos últimos 20 anos, tendo a pandemia acentuado essas fragilidades.”* (OPSS, 2021: 79). O SNS é indispensável à sociedade e, durante os tempos pandémicos assegurou a maior campanha



de vacinação da história, com o esforço e dedicação diária dos profissionais de saúde foi possível dar resposta aos utentes que se deslocavam ao hospital.

Neste sentido, o SNS pauta a sua atuação pelos seguintes princípios:

- a) Universal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade;*
- b) Geral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes;*
- c) Tendencial gratuitidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;*
- d) Integração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede;*
- e) Equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis;*
- f) Qualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa;*
- g) Proximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde;*
- h) Sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis;*
- i) Transparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS. (nº2 Base 20, Lei de 95/2019).*

Um dos principais objetivos passa por promover a equidade no acesso, pelo que o mesmo “deverá ser organizado em função dos que mais precisam; para que todos tenham direitos, é necessário que todos cumpram os seus deveres, a começar pelos que detêm o

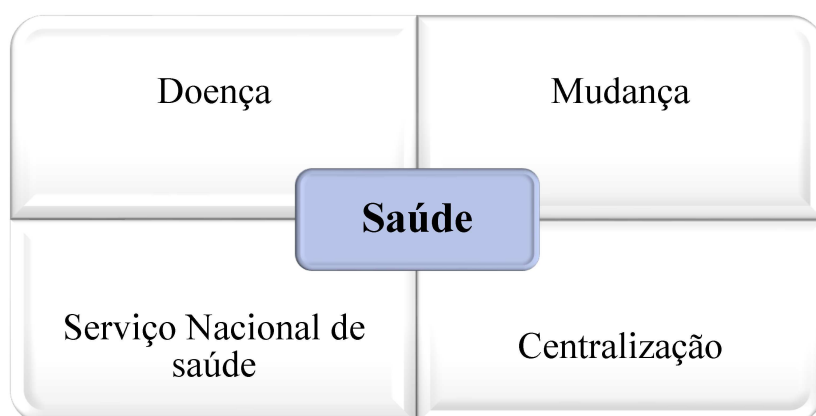
poder. Um SNS tem regras intrínsecas que há que cumprir e fazer cumprir” (Mota, 1999:88).

De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde parece desejável consensualizar alguns princípios operacionais, designadamente:

- As abordagens devem ser primordialmente centradas nas pessoas (utentes e profissionais); - A integração de cuidados requererá uma base de informação e de conhecimento comum, partilhada por todos os que forem mobilizados para atuar em resposta às necessidades de saúde de cada pessoa; - A transformação do SNS deve ser feita tendo em conta o cumprimento da Constituição da República Portuguesa (Artigo 64.a) – organização e gestão descentralizada e participada; (OPSS, 2021: 84)

Por fim, no que concerne ao setor privado, segundo o Relatório de Primavera do ano 2019, *“o setor privado deve prestar todas as dimensões dos cuidados de saúde, previne a seleção adversa dos doentes; o acompanhamento das transferências para o público quando as situações clínicas se agravam ou termina o plafond dos seguros; a necessidade de regulação das transferências de recursos humanos entre público e privado no sentido da complementaridade, considerando que sector privado beneficia dos profissionais formados no público;” (Relatório primavera, 2019: 30).*

Fluxograma 1 – A Saúde



Fonte: Construção própria



1.3. Conceito de saúde

A saúde é caracterizada como um fenómeno holístico que se tem vindo a modificar com o tempo, assumindo um papel fundamental na relação estabelecida com o doente. Poderá ser vista de três formas, nomeadamente, como um *estado de ausência de doença*, como uma *conceção psicossocial* e como um *fator de relevância económica*. (Cf. José Boquinhas, 2012).

Nos anos 90, em Portugal a saúde é “*um tema em foco, fundamentalmente porque se concluiu que a situação está longe de ser brilhante aos seus mais diversos níveis, independentemente das melhorias conseguidas face a tempos de outrora*”. (Cotter, 1999: 177), com um marco importante relativamente à aprovação da Lei de Bases da Saúde.

A saúde pode ser vista como a ausência de doença ou dor (Cf. Mondragón, 1999), é um conceito que se encontra em constante mutação, dada a evolução dos tempos e do próprio SNS, não esquecendo que “*a saúde foi, inicialmente, vista como um bem de natureza meramente individual, cuja promoção não cabe à comunidade política organizada, mas antes a cada pessoa individualmente considerada, assumindo um papel fundamental a relação médico-doente*” (Estorninho & Macieirinha, 2014:9).

Nos dias de hoje, este é um conceito mais vasto que engloba a melhoria da qualidade de vida, uma vez que “*a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transportes, emprego, lazer, acesso a serviços de saúde*” (Guerra, 2019:47), sendo que pode afetar de formas distintas o doente, a família, a sua rede social e mesmo a sociedade em geral, pois todas as condições mencionadas são consideradas para o nível de bem-estar e qualidade de vida.

É identificada numa conjuntura biopsicossocial “*onde todos os fatores físicos, mentais, sociais, culturais e familiares, devem contar*” (Fernandes, 2008:28) para que se compreenda o conceito de saúde na sua íntegra todos os fatores identificados deverão ser considerados. Este é um conceito que não é fácil de se definir, pelo facto de “*não é possível que esse conceito represente fielmente a realidade, quando não se consegue expressar toda a integridade da questão*” (Guerra, 2019:46).



É definida como “*um estado positivo de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*” segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946. A definição de saúde é apresentada pela OMS como resultado de um completo bem-estar físico, psíquico e social, que “*vem combater a ideia de a saúde ser um estado individual, para ser compreendida como um estado de existência que engloba as condições de vida em sociedade.*” (Guerra, 2019:52) e não meramente individual como inicialmente era vista e considerada.

A importância atribuída pelos portugueses à saúde sofreu um crescimento nos últimos anos, “*sendo hoje esta prioridade praticamente universal entre as camadas sociais mais carecidas de cuidados médicos*” (Cabral et al, 2002: 249), com o acesso facilitador que nos dias de hoje existe ao SNS.

Com o crescimento, identifica-se ainda uma maior preocupação dos portugueses em realizar exames e consultas de rotina com maior regularidade, o que significa que nos dias de hoje existe uma maior atenção para os cuidados de saúde, que resultará num maior bem-estar em termos populacionais, o que se revela positivo.

O assistente social atua na dimensão social, na saúde. É fundamental e relevante, “*sendo uma contribuição não clínica dos profissionais como os assistentes sociais*” (Dhooper cit in Carvalho, 2012:5), onde a intervenção é orientada para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida do doente.

A qualidade de vida não é um conceito universal, sendo variável no seu significado. Relaciona-se com a perceção da pessoa sobre a sua vida, relacionado com o contexto em que está inserido, com os seus objetivos delineados e expectativas de vida.” (cf. WHO, 1948), sendo que a saúde é “*proclamada como um recurso para a vida diária, sendo a responsabilidade sobre ele compartilhada pelos cidadãos e pelos profissionais em exercício em todas as estruturas sociais, políticas, económicas e ambientais.*” (Morais et al, 2019:5).

A saúde é assim considerada como imprescindível e central na vida das pessoas e tem de ser reconhecida e apoiada como um direito (Cf. Carvalho, 2020), posto isto, é de extrema importância destacar a Declaração Universal dos Direitos Humanos que consagra no artigo 25º:



“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.” (publicado no Diário da República a 1978-03-09).

É igualmente importante destacar o artigo 64º da CRP mencionado no ponto anterior, dado que refere que *“Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”* e, ainda que *“O direito à proteção da saúde é realizado:*

a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.”

(publicado no Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10)

O direito à saúde, refere-se ao conjunto de regras e princípios que disciplina as relações jurídicas sanitárias ou de saúde, tendo em consideração o princípio da igualdade que significa *“tratar de forma igual o que é igual e de forma diferente o que é diferente”* (Eiró, 1997: 192). Todas as pessoas têm igual acesso à saúde, à assistência médica perante um SNS, tendencialmente gratuito através do sistema de saúde que se constitui como a interface entre o país e instituições, a economia e a proteção social e entre os que necessitam e que cuidam. (Cf. Sakellarides).

1.3.1. Determinantes da saúde

Os determinantes de saúde estão diretamente equacionados e interligados com o estado atual de saúde da pessoa ou população e da própria condição de vida, contribuindo para o mesmo através do aumento ou redução do estado de doença, ou morte. *“A evidência mostra que cada vez mais os diferentes tipos de determinantes de saúde interagem entre si, formando uma rede intrincada e complexa de relações e influência.”* (Plano Nacional de Saúde, 2022:). De salientar que o estado atual de saúde da pessoa poderá estar diretamente relacionado com um ou mais determinantes abaixo referidos.

Os determinantes sociais de saúde estão presentes na vida da pessoa, dizem respeito às suas condições de vida, como se fizessem parte do ciclo da vida, influenciando os diversos contextos em que se encontram e estão inseridos. Ou seja, os mesmos podem expressar *“com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde.”* (Buss & Filho, 2007:78) atendendo que os fatores sociais influenciam a saúde em diversos momentos e acontecimentos ao longo da vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os mesmos referem-se às condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem (Cf. OMS). São ainda referidos alguns exemplos de determinantes sociais da saúde, que podem influenciar de formas positivas e negativas, tal como, o rendimento, o desemprego, a formação superior, a habitação, as condições laborais entre outros. Ou seja, todos estes exemplos descritos podem influenciar o utente.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 os determinantes de saúde foram classificados em categorias, designadamente: *ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde.* Segue-se um quadro onde se encontra descrito cada determinante identificado:

<u>Determinantes saúde</u>	
Ambientais	alterações climáticas; exposição a partículas PM2,5 e PM10 abaixo dos valores-limite; exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco; 99 % das regiões com qualidade da água de abastecimento; 14 % dos alojamentos sem sistema de drenagem de águas residuais; diminuição das emissões de gases com efeito de estufa.
Biológico	hipertensão arterial e excesso de peso ou obesidade na população adulta com valores superiores à média da União Europeia; diminuição do excesso de peso e obesidade infantis; 2/3 da população adulta com colesterol elevado.
Comportamentais	alimentação inadequada responsável por elevada carga de doença; maioria da população sem atividade física regular; aumento do consumo arriscado de álcool, sobretudo, no sexo feminino; diminuição do consumo diário de tabaco e aumento dos não fumadores
Relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde	aumento do índice de cobertura universal de saúde; cobertura baixa dos cuidados de saúde em ambulatório (incluindo reabilitação); 8,4% da população sem médico de família atribuído (no final de 2020); número de enfermeiros por habitante inferior à média da União Europeia; idade média dos médicos elevada; despesas de saúde inferiores à média da União da Europeia, especialmente, com prevenção e cuidados continuados; aumento das despesas não reembolsadas com a saúde (das mais elevadas da OCDE)
Demográficos	envelhecimento, que continuará a aumentar nas próximas décadas; previsão de continuidade de decréscimo populacional

Sociais	pobreza e exclusão social (em grupos vulneráveis); desemprego jovem; aumento do número de pessoas que vivem sós; diminuição da prática religiosa e das atividades de participação e coesão social por parte dos jovens adolescentes.
Económicos	evolução favorável dos indicadores de privação material; diminuição da desigualdade na distribuição dos rendimentos; diminuição do PIB real per capita desigualdade geográfica na insegurança alimentar.

Quadro 1 – Determinantes da saúde (ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde)

Fonte: Plano Nacional de Saúde, 2022:34

Em sequência, sendo o Plano Nacional de Saúde um plano estratégico com orientações e recomendações, torna-se relevante destacar que no plano do ano de 2015 extensível a 2020, é abordado um ponto de melhoria relativamente à saúde, pelo que é necessário *“Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas.”* (Plano Nacional de Saúde, 2015:16).

Enquanto no Plano de 2021 a 2030 o compromisso assumido por Portugal, *“tem por finalidade melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, através de um compromisso social para a saúde sem deixar ninguém para trás, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras.”* (Plano Nacional de Saúde, 2021-30: 11), sendo este o compromisso para o país durante os próximos anos relativamente à saúde.

2. Papel e Funções dos Assistentes Sociais na Saúde

O segundo ponto aborda e identifica por um lado o papel do assistente social em contexto hospitalar e, por outro lado as principais funções de acordo com as especificidades do contexto e das competências, dado que “*os assistentes sociais intervêm permanentemente em contextos de mudança e desempenham um papel importante na criação dos contornos da profissão*” (Dominelli, 2004:21).

No que respeita à missão dos Assistentes sociais na área da saúde, a mesma “*apresenta-se como a de enfatizar a centralidade dos fatores psicossociais como determinantes da saúde e do tratamento num modelo de cuidados integrais de saúde que integra a pessoa, os recursos e o ambiente*” (Guerra, 2019:65), tendo em conta que em contexto hospitalar a orientação quando o doente é visto como um caso social é diferente da orientação quando um doente é visto como um caso clínico, pois o assistente social identifica as necessidades físicas e psicossociais do doente, numa dimensão social.

Todos os casos quando dão entrada no hospital são primeiramente vistos como casos clínicos podendo mais tarde tornar-se um caso social (Cf. Guerra, 2019), sendo necessária a intervenção do assistente social do serviço onde o acompanhamento “*constitui-se basicamente como um dispositivo processual, interativo, de construção de um domínio comum de preocupações, de inteligibilidade comum que permitirá ao utente reorientar a sua vida*” (Branco, 2008: 86).

Neste sentido, “*considera-se que o caso social nasce de qualquer necessidade concreta, de algum obstáculo à realização de aspirações pessoais e ao bem-estar, de um desajustamento socio-emocional e está sempre ligado à pessoa e à sua situação social e que é objeto de intervenção do Serviço Social*” (Guerra, 2019:102) sendo que o objetivo é a reintegração social dos doentes após alta hospitalar.

Em termos de respostas sociais, as redes locais podem surgir como um elemento favorável para o Assistente Social, no entanto, quando a resposta da comunidade está indisponível “*dentro do tempo do hospital, podemos dizer que surge um elemento bloqueador, pois é necessário protelar a alta clínica por não haver condições para declarar uma “alta social”.*” (Guerra, 2018:66).



O Serviço Social desenvolve uma intervenção orientada para o doente, considerando os aspetos sociais e existenciais do doente, da família e/ou da pessoa de referência através de uma visão holística da situação, destacando os antecedentes sociais e as consequências da doença (Cf. Dhooper), para melhor entendimento da mesma.

O Assistente Social integra-se em equipas multidisciplinares, coopera no cumprimento dos planos de cuidados, presta apoio ao doente e à família e coordena de forma proactiva a ligação com todos os serviços prestadores de cuidados necessários ao doente, estabelecendo uma ligação entre os serviços de saúde, a família e as respostas sociais existentes na comunidade.

O trabalho em equipa revela-se assim enriquecedor na medida em que é possível que se mobilizem conhecimentos e habilidades entre os profissionais das diversas áreas, sendo um aspeto a ter em conta para o bom desempenho da prática profissional do Assistente Social *“para que se consiga enxergar o outro, não apenas como uma patologia, mas como um ser integral, um cidadão, um ser humano, entendendo que se trata de uma atuação que se encontra dentro de um grupo”* (Carvalho, 2012:45).

Constitui-se como uma referência importante no percurso do doente nos serviços prestadores de cuidados médicos, de enfermagem, de educação e reabilitação e sociais, partindo da *“capacidade de ação sobre o mundo no sentido da sua transformação e melhoria”* (Amaro, 2015:23), através dos vários níveis de intervenção.

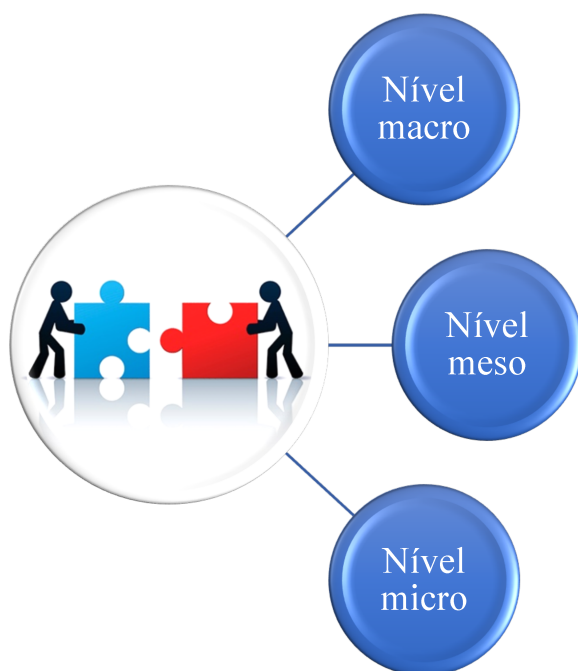
Assim, *“os assistentes sociais focam-se em valorizar a justiça e a mudança social nas relações a nível micro.”* (Dominelli, 2004:87), sendo que os mesmos se dividem em três níveis, designadamente, o nível macro, meso e micro.

Segundo Dominelli (2004), a globalização consiste na base das práticas sociais no nível macro que envolve a disseminação global das relações sociais e a integração da pessoa nos vários aspetos da sua vida, quer seja do ponto de vista social, político, cultural, económico ou pessoal.

Ao nível meso, o Serviço Social insere-se em estruturas políticas que moldam os contextos da prática que estão em constante mudança e que são afetados diretamente pela política.

Ao nível micro, o Serviço Social centra-se na relação assistente social – utente em que as relações neste campo são essenciais. As relações de poder e as fontes de legitimidade e autoridade são pontos relevantes onde ocorrem as diversas intervenções sociais, incluindo a intervenção na área da saúde.

Fluxograma 2 – Níveis de intervenção



Fonte: Construção própria

Neste sentido, torna-se necessário mencionar a relação profissional que é estabelecida com o doente, realçando que segundo Robertis esta visa promover o acesso a direitos e propõe a promoção da pessoa e da sua integração, participativa e ativa na sociedade em que vive, a partir de redes locais. Apresenta ainda um duplo objetivo, um de encontrar soluções, melhorar as condições de vida e um segundo de criar laços e fortalecer o sentimento de pertença.

A relação entre doente assistente social que se estabelece em internamento é de extrema importância e central no processo, dado que o assistente social deve promover o bem-estar, através de uma relação de confiança e de proximidade caracterizada essencialmente pelo diálogo, respeito mútuo, segurança e honestidade, para que o doente possa fazer parte da intervenção e quando consciente e orientado em todas as vertentes decidir e participar no processo.

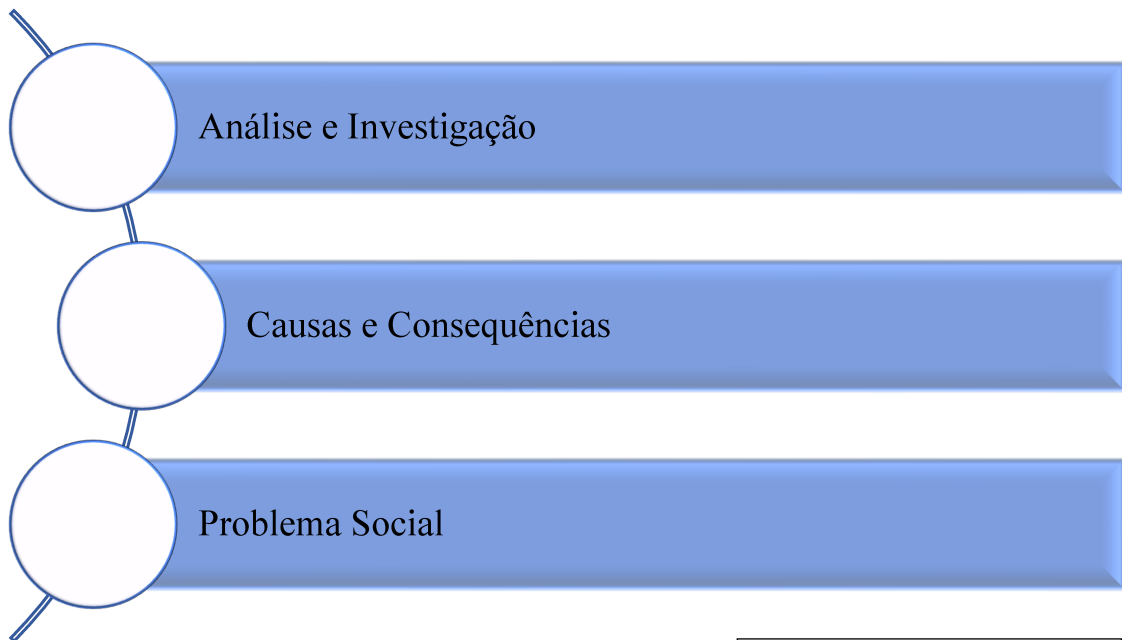


No que respeita à intervenção, este apresenta várias fases, inicialmente, a identificação do problema social e a análise da situação, de seguida a elaboração de um plano de intervenção em consonância com a equipa de tratamento, em que o assistente social elabora o diagnóstico social. Torna-se pertinente que se realize uma evolução dos resultados, para que se proceda à avaliação, sendo importante que se identifique o que deve ser modificado.

O diagnóstico social é sistemático, pois engloba uma relação de causalidade, é interpretativo e prospetivo. Para o mesmo é necessário que se realize uma recolha de informação através de diversas fontes com o objetivo de se *“investigar e organizar a informação já disponível sobre as necessidades e grupo-alvo; determinar o enfoque principal do diagnóstico”* (Guerra, 2002:136) e identificação do problema para que se possa analisar e trabalhar sob o mesmo.

O diagnóstico social tenta chegar a uma definição o mais exata possível da situação até ao final do processo (Cf. Richmond, 2008), analisando as causas e as consequências do problema. É uma ferramenta imprescindível dado que sem diagnóstico social *“trata-se de uma atividade que burocrática, que resolve problemas, mas que não atua sobre a origem da causa das mesmas”* (Carvalho, 2012: 60), apenas analisa as mesmas para que se possa entender de forma mais profunda o problema que se está a identificar, para que a resposta também seja adequada, tendo em consideração as necessidades do doente.

Perante os problemas sociais que emergem, é necessário que o Serviço Social seja repensado *“num processo de qualidade, tem de renovar práticas, processos de trabalho e (re) criar modelos de avaliação e de planeamento”* (Espírito Santo, 2018: 63), em que se torna imprescindível quer para o reconhecimento, quer para a afirmação da profissão nos serviços hospitalares, onde a presença do assistente social é notável e necessária para o sucesso da intervenção realizada.



Fonte: Construção própria

Fluxograma 3 – Parâmetros Diagnóstico Social

Na prática e na respetiva intervenção perante a situação, *“o profissional tem (ou pode ter, se assim o quiser) muita informação, mas a maior parte dela é pouco clara e limitada”* (Banks, 2008:94) o que requer proatividade por parte do mesmo, dado que *“as pessoas e instituições implicadas numa situação de vida estão em níveis diferentes uns em relação aos outros, formando uma rede que está sempre a desenvolver-se de forma independente e imprevisível”* (Banks, 2008:94). Concretamente no processo de alta social, por vezes o assistente social é desafiado a repensar práticas de acordo com a problemática que está a trabalhar, de acordo com os tempos de internamento e também em consonância com a equipa de tratamento, sendo o foco da intervenção, o doente.

O assistente social utiliza uma abordagem de compreensão e de confinidade com o doente em que não são feitos pré-juízos, sendo que a intervenção é pensada e realizada tendo em conta o problema e a sua contextualização. *“Antes da alta do doente deve este e o familiar serem informados a participarem na identificação de todos os recursos necessários”* (DGS, 2004: 1), sendo pertinente a envolvimento da família durante o planeamento da alta social.



Na área da saúde e muito em contexto hospitalar, *“el trabajador social es un proveedor de atención de salud para individuos, familias y grupos cuando hay problemas en el funcionamiento biopsicosocial”* (Tellaeché et al, 2019 :5), sendo a intervenção orientada para o bem-estar do doente, em que é desejada uma modificação face à situação identificada para garantir o bem-estar do doente e ajudá-lo a utilizar as suas competências e capacidades após alta social.

Por último e em forma de conclusão, os assistentes sociais na área da saúde atuam em diversos níveis:

- *“Na avaliação dos fatores psicossociais interferentes na saúde de pessoas, grupos e comunidades com especial atenção a grupos e situações identificadas como de risco e vulnerabilidade;*
- *Na avaliação dos fatores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação;*
- *Na intervenção psicossocial a nível individual, familiar e grupal;*
- *No aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos médicos e/ou sociais;*
- *Na promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no doente e baseados em parcerias com o doente, a família e cuidadores informais;*
- *Na advocacia social em favor do doente e família;*
- *Na avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades locais de referência;*
- *Na definição e realização de programas de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária;*
- *Na educação e informação em saúde;*
- *Na mobilização, organização e coordenação das entidades e atores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais. “(DGS, 2006:5)*

O papel do assistente social é central na intervenção hospitalar, intervêm a nível individual, familiar e grupal e muitas das vezes em situações de crise, em que é realizada uma avaliação social da situação, atendendo que o Serviço Social *“parte de uma ideia de autorrealização pessoal e de justiça social, pressupõe um voluntarismo da ação humana sobre o mundo e inscreve-se numa lógica do progresso das sociedades”* (Amaro, 2015:23).



3. Modelos de Intervenção social na saúde

3.1. Modelo Biopsicossocial

O Serviço Social promove a intervenção entre a pessoa e o meio ambiente. O modelo biopsicossocial valoriza a fase do diagnóstico social onde se coloca em evidência dinâmicas individuais, não acompanha somente a pessoa, mas a pessoa em situação para desenvolver um plano de ação, através de um processo colaborativo que se baseia na relação de colaboração e responsabilização para uma visão partilhada acerca do problema.

O processo, na saúde, desenvolve-se ao longo de atendimentos sociais para que se possa conhecer melhor o problema e para que seja possível o foco na resolução do mesmo, pois a compreensão e a escuta ativa são tidas em conta e são muito relevantes neste modelo em que o assistente social analisa e observa de forma global, como um todo, detendo uma visão holística. Tendo em consideração que no processo de alta social, os atendimentos são imprescindíveis de forma que exista um acompanhamento e planeamento da alta por parte do assistente social desde a entrada no serviço, em consonância com os familiares e/ou pessoa de referência e a equipa de tratamento que discute o caso ao longo do período de internamento.

Na perspetiva deste modelo, o nível bio está relacionado com o organismo, com o corpo do indivíduo, enquanto o nível psico centra-se no funcionamento intra-psíquico e relacional. Marc Lalonde e Julius Richmond definem e resumem este modelo a dois conceitos, *promoção da saúde e estilos de vida* (Cf. Fernandes, 2008).

A definição/promoção de saúde como resultado de um completo bem-estar físico, psíquico e social, é importante referir que “*vem combater a ideia de a saúde ser um estado individual, para ser compreendida como um estado de existência que engloba as condições de vida em sociedade.*” (Guerra, 2019:52). Assim, o conceito reporta à melhoria da saúde e da qualidade da mesma através de hábitos e estilos de vida saudáveis, de forma que se possam garantir melhores condições de vida.



3.2. Modelo Holista

No modelo holista o doente é parte integrante durante o processo de doença, em que está presente uma visão integral da pessoa. É importante referir que durante a vida vários aspetos afetam quer positivamente quer negativamente a pessoa e, na medicina holística toda a intervenção é realizada com a pessoa tendo em conta o seu meio ambiente e o contexto, ou seja, durante o período de internamento a pessoa caracteriza-se como o centro da intervenção e a mesma deverá ser integrada ao longo do processo junto com a equipa de tratamento que irá discutir a situação.

O médico assume um papel fundamental e a relação entre médico-doente é crucial, dado que o doente participa no seu tratamento e durante todo o processo, focado em si próprio, assumindo um papel ativo na sua saúde *“atribuindo-lhe um papel preponderante na qualidade do seu estado de saúde, dependendo a intervenção da especificidade de cada sujeito e da sua participação, paralelamente à intervenção das suas redes de suporte”* (Guerra, 2019:55).

Cruzando com a teoria sistémica, torna-se pertinente referir que o Serviço Social, nos anos 60 ganhou uma renovada importância a partir dos trabalhos de Florence Hollis visando a integração das dimensões psicológica e sociológica na abordagem em Serviço Social, estando a perspetiva da «pessoa no seu meio» presente no Serviço Social desde as suas origens.



4. Alta Social em Contexto hospitalar

A intervenção em contexto hospitalar por parte do Serviço Social iniciou-se em 1905 (Cf. Cowles), com o médico Richard Cabot, no Hospital geral de Massachussets. Atualmente o Serviço Social integra-se no sistema de saúde, com mais de meio século de história em Portugal.

Em Portugal, *“seria institucionalizado na década de 1940, sendo os assistentes sociais integrados nos cuidados de saúde primários na década de 1970, aquando do seu processo de universalização”* (Branco; Farçadas, 2012 cit in Guadalupe et al, 2020:2), sendo a intervenção caracterizada inicialmente pela fase do acolhimento que se poderá identificar como o *“ato de receber pessoas confrontadas com uma necessidade”* (D’Almeida et al, 2021:35), onde o assistente social identifica as necessidades físicas e psicossociais do doente acompanhando-o até ao momento da alta hospitalar, ou seja, até à sua saída.

Em hospital, a intervenção do assistente social inicia-se com o acolhimento que se caracteriza como a fase inicial da intervenção, dado que deverão ser recolhidas informações pertinentes como a identificação do doente, breve história de vida, contactos privilegiados e pessoa de referência para acompanhamento do internamento, necessidades até ao internamento e perspetiva da família e/ou doente para a alta hospitalar, de forma que a alta social ocorra em sintonia com a alta clínica.

Após o acolhimento, o assistente social identifica o problema com vista à realização de um plano individual para o doente para existir um acompanhamento e uma preparação da alta hospitalar, tendo em atenção que *“o primeiro contacto com o doente e família é insuficiente, uma vez que o processo de doença altera a dinâmica familiar e constitui uma situação de crise para muitas famílias que não assimilam nem se consciencializam das necessidades do doente nesse momento”* (Rendeiro, 2015:15),

De acordo com a Direção Geral de saúde, a realização do plano deverá ser desde cedo e *“deve ser delineado o plano de cuidados pós-alta, incluindo a previsão de equipamentos, serviços de apoio e compromisso subsequentes com o doente.”* (DGS, 2004: 1), dado que todos os tempos são importantes para o internamento.



Em processo e em planeamento da alta social, a mesma é orientada para o doente e “*o foco deverá estar naquilo que adiciona valor para o doente*” (Gonçalves, 2020:36), sendo que o assistente social fornece informações à restante equipa médica e de enfermagem (Cf. Cowles), para que todos possam fazer parte do processo, acompanhar e delinear em equipa o plano adequado para aquele doente.

A alta social é dada pela equipa do serviço social considerando que o problema social identificado foi resolvido ou simplesmente não existia (Cf. Colom), sendo que segundo o autor o que se torna difícil não é diagnosticar o problema, mas sim resolvê-lo com a máxima garantia e eficácia, em consonância quer com a equipa, quer com a família e com a comunidade.

Muitas das vezes o problema identificado caracteriza-se como complexo onde as causas são incertas e os dados são escassos, pois “*existem vários cursos de ação alternativos e/ou conflitos internos ou externos*” (Banks, 2008: 94). A informação fornecida sobre o problema pode não ser clara e concisa, o que dificulta a intervenção para o assistente social, pois os elementos conhecidos poderão ser insuficientes, a resposta adequada poderá não estar disponível ou poderá simplesmente não ter critérios para tal, o que se apresentar como um constrangimento para o plano delineado, pelo que é necessário rever o mesmo e acompanhar.

De acordo com Colom, poderão ser identificadas três vertentes no processo da alta, bem como, “*la propia concepción y criterio del personal facultativo frente a su responsabilidad; el segundo, la capacidad del sistema de servicios de asumir la continuidad asistencial cuando se da el alta y el tercero, las posibilidades del núcleo familiar*” (Colom, 2000: 39), sendo importante existir proximidade entre a equipa, o doente e a família para que o processo decorra de forma contínua.

Tendo em conta as três vertentes identificadas, o trabalho realizado em equipa multidisciplinar é primordial, pois o que se pretende é que a alta clínica coincida com a alta social, para que não seja necessário ocorrer o protelamento de alta, tendo em consideração que a “*a avaliação diz respeito fundamentalmente a relações humanas, a situações complexas, que não podem ser reduzidas a padrões e critérios estandardizados*” (Sousa & D’Almeida, 2020: 36).



Com a realização da avaliação, de salientar que o trabalho em equipa permite contemplar a alta social, a alta clínica e a alta hospitalar em três momentos que algumas vezes ocorrem em tempos diferentes (Cf. Colom). Ao nível do protelamento da alta, ocorre quando é efetivada a alta clínica por parte da equipa médica, mas por motivos sociais não se encontram reunidas as condições para a saída do doente, não se efetivando a alta social por parte do assistente social, sendo necessário que o doente permaneça em hospital até se encontrarem reunidas as condições para a continuidade de cuidados, quer no domicílio quer numa resposta social adequada.

A avaliação que é feita por parte do assistente social deverá ser rigorosa e atenta, de forma a ter em conta a promoção do bem-estar quer do doente, da família e/ou da comunidade, considerando que a mesma *“organiza o conhecimento compreensivo da situação”* (Robertis, 2021: 79) e resulta de uma série de elementos esparsos recolhidos durante a sua análise. Segundo a autora, a avaliação diagnóstica realizada *“deve estar centrada nas dificuldades a resolver desde o primeiro contacto com a pessoa”* (Robertis, 2021: 109) e tornar a informação acessível, tendo em consideração as diligências assumidas ao longo do internamento.

Ao longo do período de internamento, o planeamento da alta é essencial, dado que permite obter toda a informação a diversos níveis: biológico, psicológico e social, pode-se caracterizar como um instrumento de deteção com enfoque na saúde e nos serviços sociais (Cf. Masfret), em que o importante é que o doente tenha uma saída em segurança, tendo em conta as suas necessidades futuras.

É fundamental que se estruture e mantenha um bom planeamento não só para se reduzir o tempo de internamento, mas para se reduzirem os números de readmissões, pois uma alta bem planeada e efetivada evita esse tipo de situações. A preparação da alta social constitui-se como uma necessidade do Serviço Social para que esta coincida com a alta clínica sempre que seja possível e, envolver a família neste processo é também essencial, *“pois o tempo da família coloca-se na condição de haver uma conciliação da vida conjugal e familiar com a prestação de cuidados no domicílio e a vida laboral”* (Guerra, 2018:66).



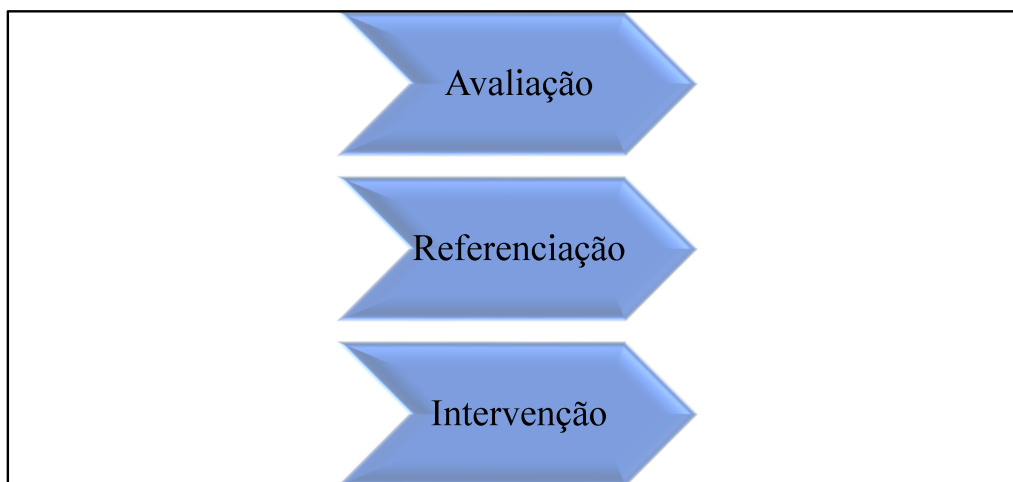
As respostas sociais a nível da comunidade podem ser morosas, o que se identifica como um constrangimento para o assistente social, pelo que não só deve ser tido em conta o tempo da família, mas também o tempo do assistente social, da equipa multidisciplinar e do serviço, o tempo do hospital e o tempo das respostas sociais, pois todos fazem parte do processo e deverão ser consideradas para o plano que se desenhou com o doente e/ou família (Cf. Guerra), para a efetivação da alta social.

Em Portugal, a nível de respostas sociais, existe um conjunto “*que se convencionou designar como “respostas sociais”, as quais podem ser definidas como atividades e serviços do âmbito da segurança social direcionados a crianças, jovens, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, bem como os destinados à prevenção e reparação das situações de carência, disfunção e marginalização social*” (Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de Março e republicado pelo Decreto-Lei n.º 33/2014, de 4 de Março cit in Relatório Primavera, 2022).

O principal objetivo passa por garantir a continuidade dos cuidados de saúde, através de um processo dinâmico e de proteção que se inicia no momento da admissão do doente e é importante que “*o planeamento da alta seja operacionalizado ao longo das seguintes etapas:*

- a) Avaliação: identificação/avaliação diagnóstica e tomada de decisões face aos critérios avaliados;*
- b) Referenciação: formalização de pedido de integração em resposta social ou acompanhamento;*
- c) Intervenção: validação, prestação de informação, encaminhamento para resposta social, transferência, acompanhamento, follow-up.”*

(Manual de Articulação Saúde e Segurança Social, 2015:19).



Fluxograma 4 - Etapas no planeamento da alta social

Fonte: Construção própria

Na fase de avaliação referida, a admissão do doente tem sempre perspetivada a sua saída e, por esse motivo o planeamento é tão importante, pois “*responde tanto às necessidades das pessoas, como às necessidades de otimização dos recursos de saúde*” (Carvalho, 2012: 72). A identificação das necessidades no planeamento constitui-se como uma prioridade na fase de referenciação, pois é nesta fase que se podem detetar problemáticas desconhecidas ou não evidenciadas para que se prossiga até à intervenção com objetivo de se efetivar a alta social em contexto hospitalar.

Sendo o hospital uma estrutura global dos cuidados de saúde, o mesmo contempla três funções principais. A primeira, a função de controlo social caracterizada “*como um lugar de acolhimento e guarda dos doentes*” (Carapinheiro, 2005: 134), a função de produção do saber médico, em que o hospital “*se tem vindo a constituir como sede principal do desenvolvimento e prática da medicina moderna*” (Carapinheiro, 2005: 134) e em terceiro, a função de reprodução da força do trabalho, de forma a *manter “estados de saúde da força de trabalho”*. (Carapinheiro, 2005: 134).

No sistema de saúde, a intervenção do médico é imprescindível e é “*impulsionado pelas modificações introduzidas na sua natureza por novos meios de diagnosticar e tratar*” (Carapinheiro, 2005: 139), enquanto a intervenção do assistente social tem como objetivo garantir a continuidade de cuidados.



Neste sentido, Masfret identifica três elementos-chave para a garantia da continuidade dos cuidados, por um lado identifica a relevância de se pesquisar e realizar ações de prevenção de forma a contribuir para a manutenção da saúde, por outro lado identifica a adequação dos programas e serviços ligados ao hospital e, por último a influência de se propor e mobilizar serviços, identificada como uma mais-valia para os mesmos (Cf. Masfret cit in Carvalho).

Existe a necessidade de *“definir normas de qualidade em saúde, sendo certo que as existentes para a prestação de cuidados noutras contextos não são replicáveis no domicílio uma vez que, quer o contexto, quer o processo, são diferentes”* (Relatório de primavera, 2022: 56), pois com a definição de normas a intervenção do assistente social no planeamento da alta poderia ser direcionado de uma outra forma, tendo em conta a situação.

Durante a intervenção, é preciso *“focar no que tem um impacto direto na vida do paciente e nas atividades de vida diária, em vez de confiar apenas nas percepções dos profissionais de saúde”* (Gonçalves, 2020:36), sempre em consideração que a dignidade e também o valor da pessoa assumem um significado especial em ambientes de cuidados de saúde (Cowles, 2012:56), sendo esse um dos valores base da profissão que deverá ser considerado.

O Assistente Social assume um papel preponderante que *“detêm o saber e ferramentas de carácter holístico que visa melhorar as condições de vida das pessoas, promover os seus direitos e criar oportunidades de autonomização e de empowerment”* (Espírito Santo, 2018a: 48), através do diagnóstico social que se constitui como o eixo central da intervenção, onde se realiza a avaliação da situação.

Uma forma muito pertinente de intervenção, a destacar, são as conferências familiares no apoio e esclarecimento de dúvidas ao longo do processo de alta, dado que deve existir uma relação de confiança, proximidade com os familiares do doente caracterizada pelo diálogo, respeito mútuo, segurança e honestidade para que os mesmos possam exprimir o que sentem, as suas preocupações, emoções suscitadas pela doença ou pelas consequências da mesma.

É fundamental existir um conhecimento do funcionamento das famílias, para uma intervenção mais eficaz e um reforço da informação que é transmitida sobre a doença ou sobre os tratamentos. As conferências familiares são caracterizadas como um instrumento complexo de intervenção direcionada para os familiares dos doentes, são utilizadas e aplicadas na resolução das situações mais complexas de doença.

São identificadas cinco competências relevantes, que se podem considerar para o processo da alta social, dado que *“os assistentes sociais utilizam no seu desempenho público, um conjunto de competências específicas, complementares entre si, a saber:*

1. a) *Políticas - Exercer influência no sistema político e na opinião pública, visando a definição de políticas públicas, consciencializar e mobilizar pessoas e grupos para a defesa dos seus direitos;*
2. b) *Relacionais - Criar relações de respeito, confiança, empatia e cooperação para as mudanças necessárias, incluindo a construção de redes e parcerias;*
3. c) *Psicossociais - Desenvolver processos de ajuda, capacitação e acompanhamento social e suporte sociopedagógico;*
4. d) *Assistenciais - Responder a necessidades básicas das pessoas;*
5. e) *Técnico-operativas e reflexivas - Saber comunicar, mediar, diagnosticar, planear, executar e avaliar no quadro de uma abordagem de base científica, multidisciplinar e interdisciplinar”* (APSS, 2018:6).

O processo da alta social identificado ao longo deste ponto é parte central da intervenção do assistente social em hospital, para que se possa entender de uma forma clara quais as etapas, nomeadamente a nível do planeamento da alta que se constitui fundamental para que a alta clínica possa coincidir com a alta social, constrangimentos como os tempos morosos das respostas sociais e também competências que fazem parte do mesmo, tal como as psicossociais através do acompanhamento prestado em internamento, com a equipa de tratamento constituída pelo médico, enfermeiro e psicólogo.

5. Desafios existentes na prática do Serviço Social na Saúde em tempos de pandemia

Os primeiros tempos de pandemia exigiram uma resposta rápida por parte do SNS e também uma reorganização na prática do Serviço Social, dado o volume de doentes com Covid-19, ocorreu uma priorização e adaptação às necessidades dos mesmos para que as respostas fossem dadas em tempo útil.

Através do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, foi decretado que “ *os efeitos da presente declaração não afetam, em caso algum, os direitos à vida, à integridade pessoal, à identidade pessoal, à capacidade civil e à cidadania, à não retroatividade da lei criminal, à defesa dos arguidos e à liberdade de consciência e religião.* (Decreto 14-A, número 5 – 1)”.

O Assistente Social como mediador tem em vista a integração social do doente, sendo considerado como fundamental para a garantia de direitos, para intervir junto dos mais vulneráveis, participando a vários níveis no combate à pandemia, designadamente:

- *“Na minimização dos impactos sociais e económicos adjacentes a esta ameaça em Saúde Pública;*
- *Na avaliação dos fatores psicossociais interferentes na saúde de pessoas, grupos e comunidades com especial atenção a grupos e situações identificadas como de risco e vulnerabilidade;*
- *No providenciar tratamento e apoio a elevados números de pessoas, enquanto se mantêm cuidados de saúde essenciais;*
- *No apoio à continuidade de cuidados de saúde e outros serviços essenciais;*
- *Na manutenção da confiança e segurança da população, através da implementação de medidas baseadas na melhor evidência.”* (Guadalupe e Santo, 2020a:3).

O Serviço Social deparou-se com diversos desafios diários perante a situação pandémica que o país atravessou, onde se identificaram números bastante elevados e preocupantes, a nível nacional. Em 2022, segundo os dados do barómetro social ocorreram 1048 internamentos inapropriados, ou seja, são considerados internamentos inapropriados os que se mantêm em hospital com alta clínica, a aguardar resolução social.



Em dias significa 31.311, mais 9% do que em 2021. Face a estes aumentos e números de dias foi necessária uma adaptação de serviços e reorganização entre os membros da equipa para combater os problemas sociais que emergiram e se tornaram ainda mais visíveis com a Pandemia Covid-19. Deste modo, a localização estratégica dos Serviços Sociais nas Unidades hospitalares foi fundamental para que se tornasse mais acessível aos utentes e ao público em geral.

No que respeita às informações aos familiares, este foi um desafio, dada a sobrelotação dos serviços de internamento, sendo que o Serviço Social assumiu um papel fulcral passando a dar as informações possíveis sobre os utentes internados aos seus familiares através de chamadas telefónicas, sempre que possível, amenizando a ansiedade e dor que possam sentir pela falta de notícias por parte dos doentes que se encontravam internados no hospital.

Em termos de soluções digitais, *“a pandemia COVID-19 criou uma necessidade urgente de respostas coordenadas dos vários setores da sociedade, impulsionando a área da saúde e os seus stakeholders”*. (Relatório Primavera, 2022: 67), houve profissionais em teletrabalho, triagens, diagnósticos e consultas à distância, o que também se identifica como um desafio. O assistente social nestes procedimentos foi mediador entre as equipas de tratamento e os familiares do doente.

A chamada telessaúde define-se como a *“Prestação de serviços de saúde ao cidadão ou cuidador à distância, por canais de acesso remoto baseados em tecnologia de informação e comunicação, possível de ocorrer nos vários momentos da prestação de cuidados e de integrar com a prestação de cuidados de saúde presenciais”* (Relatório de primavera, 2022:63), foi algo recorrente durante a pandemia, como demonstra o seguinte quadro:

Quadro 2 – Categorias Telessaúde

Telessaúde	
Teletriagem	Triagem à distância, para avaliação preliminar de sinais, problemas ou sintomas, permitindo orientar o cidadão para o cuidado de saúde adequado (emergente, urgente ou não urgente).
Teleconsulta	Consulta à distância, que permite a interação e partilha de informação, com registo obrigatório no processo clínico do cidadão. Pode ocorrer de forma síncrona (em direto) ou assíncrona (em diferido).
Telemonitorização	Monitorização à distância, existindo recolha, transmissão e análise da informação de saúde, como sintomas ou parâmetros biométricos do cidadão, que permitem a vigilância e acompanhamento da saúde do cidadão
Telediagnóstico	Formulação de diagnósticos à distância, com base na análise e validação de exames clínicos previamente realizados e obtidos junto do cidadão (por exemplo, imagiologia ou patologia clínica).

Fonte: Loureiro, 2021 cit in Relatório de Primavera, 2022: 64

Um dos principais desafios pertinentes a mencionar é o teletrabalho, uma vez que muitos Assistentes Sociais tiveram de adotar essa modalidade, com a finalidade de manter o exercício profissional, pois a *“a situação de emergência em saúde pública e a implementação dos planos de contingência interferentes no exercício profissional do Assistente Social representam um enorme desafio para a atividade profissional, exigindo múltiplas adaptações, importando ter uma atenção redobrada à observação de cada um dos princípios éticos e deontológicos da profissão”* (Guadalupe e Santo, 2020b:2).



As altas sociais foram planeadas para que coincidissem o mais possível com as altas clínicas, sendo que a colaboração com as respostas sociais da comunidade foi essencial, para que o doente se possa manter em segurança e a sua saída pudesse ser efetuada em tempo útil, sendo esta uma das principais preocupações e desafios para os profissionais que sentiram uma grande pressão face ao mesmo, tendo em consideração que alguns profissionais estiveram em teletrabalho.

O teletrabalho trouxe dificuldades acrescidas numa profissão onde a relação é essencial durante o decorrer da intervenção. Os métodos e os procedimentos de trabalho tiveram de ser adaptados, foi necessário decidir-se em equipa a quem se reportava os registos, os resultados, que meios e plataformas de comunicação iam utilizar. Foi ainda necessário que se definissem horários laborais, reuniões de equipa tiveram de ser reorganizadas e os procedimentos a adotar tiveram de ser revistos, tendo em conta que poderia haver necessidade por parte do utente em reunir presencialmente.

A distância a que o teletrabalho obrigou, decorrente da declaração do Estado de Emergência, manifestou desafios no que respeita à abordagem aos utentes onde a missão e os direitos da profissão prevalecem, dado que o Serviço Social é imperativo na resposta às necessidades sociais da comunidade.

Com todo este cenário em tempos pandémicos, os assistentes sociais em acompanhamento social depararam-se com famílias e com doentes que manifestavam medo, não se sabia o que era o vírus, que consequências e sequelas poderiam existir, era lidar com o desconhecido, *“nunca tínhamos assistido, globalmente, a nada de semelhante. A perceção do risco foi e é muito superior ao risco real, que é muito desigual, consoante a idade e o estado prévio de saúde”* (Santos, 2020: 142).

Há também a referir que face à Pandemia Covid-19, procedimentos de intervenção em situações de isolamento profilático tiveram de ser definidos, pois tornou-se imprescindível a triagem social para que se se identificassem as necessidades e recursos de apoio, através do diagnóstico social, para que se pudesse elaborar um plano de intervenção e se acionassem os recursos essenciais. Foi também imprescindível o acompanhamento social das situações e, por último uma contenção e articulação com o Sistema Social e de Saúde. (Cf. Guadalupe e Santo, 2020a).

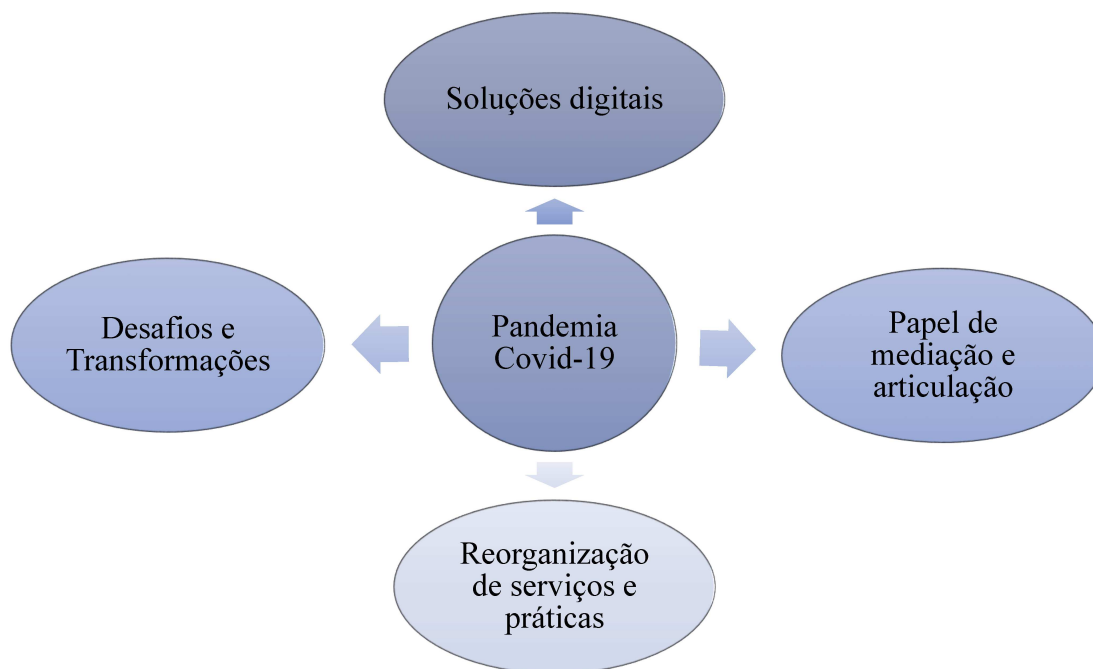
Por fim, o Sistema de Saúde contou com os profissionais de diversos campos na linha da frente, “*no sacrifício e dedicação sem limites*” (Santos, 2020: 119), fazendo o Serviço Social parte do mesmo. Naquela altura, de realçar que os serviços não eram procurados com a mesma frequência para outras doenças e patologias, pois “*o medo do contágio fez reduzir fortemente a procura habitual de outros cuidados de saúde que não fossem os relacionados com o SARS-Cov2*” (Santos, 2020: 119).

Com o medo e com a incerteza do que poderia vir a acontecer, de acordo com a Federação Internacional para o Serviço Social (IFSW), a ação da profissão passou por diversas fases que importam ser mencionadas, designadamente:

- 5.1.1. *O reconhecimento das respostas sociais*
- 5.1.2. *O não encerramento dos serviços sociais*
- 5.1.3. *A adaptação dos profissionais*
- 5.1.4. *A transformação social*

(IFSW, 2020: 27)

Fluxograma 5 – Desafios Pandemia Covid-19



Fonte: Construção própria



Capítulo 2 – Desenho metodológico

O presente ponto situa os parâmetros da pesquisa realizada, apresentando o desenho metodológico adotado para o estudo exploratório. Para complementar a metodologia de investigação apresentada na introdução, será realizado o desenho da pesquisa empírica, o qual acompanha a análise do material empírico resultado do processo de investigação desenvolvido em contexto hospitalar.

No processo de investigação considerou-se que o mais pertinente seria privilegiar o olhar interno dos assistentes sociais, presentes em contexto hospitalar e, ainda da análise das suas experiências no campo, atendendo que todo este processo foi realizado durante a pandemia covid-19.

Enquanto objetivo geral, o que se pretende é compreender de que forma a presença do Serviço Social poderá influenciar a alta hospitalar, pelo que o processo da investigação desenvolvido é implementado na área da saúde para perceber de que forma este processo é compreendido do ponto de vista dos assistentes sociais.

2.1. O campo empírico – Contexto hospitalar

O estudo centra-se em contexto hospitalar, pelo que foi efetivado o pedido formal junto de cada um dos conselhos de administração dos hospitais e respetivas Diretoras do Serviço Social, de forma a solicitar colaboração para a investigação, tendo sido entregue o consentimento informado, o protocolo de estudo e o guião (em anexo-3) junto de três entidades, situados na margem sul do rio tejo:

- O Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E
- O Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E
- O Hospital Garcia de Orta E.P.E

Neste sentido, o parecer dos três hospitais foi positivo, porém em tempos pandémicos, a entrada em campo por parte da aluna sofreu atrasos e alguns contratemplos, como a não concretização na data proposta, o que se ultrapassou.



Abordando cada um dos hospitais, o Centro Hospitalar Barreiro Montijo é uma entidade pública empresarial e *“foi criado a 1 de novembro de 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009, e integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital do Montijo. Tem mais de 30 valências clínicas, prestando assistência ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e assegurando, praticamente, todos os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica daí decorrentes.”* (CHBM, Relatório e Contas).

Situado na Avenida Movimento das Forças Armadas, sendo a sua área de abrangência os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete. A sua missão passa pela *“prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito da responsabilidade e capacidade das unidades hospitalares que o integram”* (Site, CHBM), tendo em consideração a utilização eficiente dos recursos, assumindo-se como um hospital de referência para a população.

De acordo com os dados do hospital, no ano de 2021 o número total de dias de protelamento de dias de internamentos sociais correspondeu a 8.135 dias, resultante de uma quebra da eficiência ao nível dos dias de internamento. (Cf. Relatório e Contas, 2021: 38).

O Centro Hospitalar de Setúbal é uma entidade pública empresarial e foi *“criado em 31 de Dezembro de 2005, integrando, por fusão, o Hospital de São Bernardo e o Hospital Ortopédico Sant’Iago do Outão. Trata-se de duas unidades hospitalares de referência no contexto de prestação de cuidados de saúde em Portugal”* (CHS, Relatório e Contas), situado na Rua Camilo Castelo Branco, abrangendo os concelhos de Palmela, Setúbal, Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines.

Situado em Setúbal, os serviços do hospital estão divididos por duas estruturas, nomeadamente, o edifício principal e recente e a UDEP que se destina a doentes psiquiátricos. A sua missão passa por ser uma instituição de referência *“pretendendo diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade”* (site CHS) na prestação de cuidados de saúde.



O Hospital Garcia de Orta E.P.E foi criado em 1991, em substituição do antigo Hospital da Misericórdia de Almada, que assegurava os cuidados básicos à população. A sua missão passa por garantir uma melhoria na qualidade dos serviços prestados, através de boas práticas, de formação continuada e permanente atualização. (Cf. Ribeiro).

O hospital assume “*uma posição geoestratégica a sul do Tejo e à cidade de Lisboa, assume uma ação e intervenção de referência no âmbito do Sistema de Saúde*” (HGO, Regulamento interno), situado na Avenida Torrado da Silva, abrangendo os concelhos de Almada e Seixal, com população estimada cerca de 350 mil habitantes.

No ano de 2021 o número total de dias de protelamento correspondeu a 7.203 dias, sendo que um dos principais motivos identificados dos doentes protelados foi a admissão em Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (Cf. Relatório e Contas, 2021: 34).

2.2. As escolhas metodológicas

Ao longo do estudo exploratório será utilizada uma metodologia qualitativa, onde se pretende compreender e analisar fenómenos sociais e o seu sentido. A metodologia qualitativa alude-se às discussões entre as teorias e as técnicas e/ou procedimentos utilizados essencialmente na recolha dos dados.

Flick refere que “*(...) a investigação qualitativa é particularmente importante para o estudo das relações sociais, dada a pluralidade dos universos de vida*”, já que a metodologia qualitativa tem como uma das suas abordagens a compreensão das relações sociais, pretendendo descrever e identificar o ponto de vista dos participantes, contribuindo para uma melhor compreensão da realidade social (Cf. Flick, 2005), de forma adaptada ao contexto hospitalar.

No contexto desta investigação a compreensão de como se constrói a alta social parece-nos importante percebê-lo do ponto de vista do serviço social, sendo analisada a perspetiva dos participantes, analisada detalhadamente, dado que os assistentes sociais são os principais protagonistas.



Para uma metodologia qualitativa, uma característica fundamental é a flexibilidade, sendo que esta poderá ser alterada ou ajustada no decorrer da investigação, porque *“surtem dados importantes que são inesperados e que levam o investigador a optar por ajustar o processo de recolha de dados”* (Dias&Gama, 2019: 15).

O primeiro mecanismo de aproximação ao campo empírico foi a tentativa da realização de uma entrevista exploratória com uma das diretoras do serviço social, em tempos pandémicos não foi possível realizar esta entrevista, devido à excessiva carga de trabalho vivenciada em hospital. Desta forma, foram realizados contactos telefónicos que permitiram posteriormente a marcação dos focus group, destes telefonemas resultou a apresentação do tema, quem é que ia participar no mesmo e em que parâmetros é que se ia realizar.

Importa salientar que os três pedidos formais para a realização do focus group foram efetuados via e-mail, sendo que foi concedido um parecer positivo para a realização dos mesmos. Posteriormente, foram enviados os guiões, explicados os trâmites e agendado o dia via telefónica com as diretoras de serviço.

Optou-se pela técnica do focus group, dado a pertinência de perceber como é que as equipas do Serviço Social sentem e vêem o conceito da alta social, dada a dificuldade de acesso ao campo empírico em contexto pandémico dificultou a entrada nos serviços de internamento.

No Centro Hospitalar Barreiro Montijo, o focus group contou com a presença de nove assistentes sociais do sexo feminino, na sala de formação do hospital, no dia 11 de março de 2022. No Centro Hospitalar de Setúbal estiveram presentes sete assistentes sociais do sexo feminino, na sala de conferência do hospital, no dia 28 de abril de 2022 e no Hospital Garcia de Orta estiveram presentes oito assistentes sociais, seis do sexo feminino e dois do sexo masculino na sala de reuniões do hospital no dia 13 de setembro de 2022.

Na realização dos três focus group, os participantes foram selecionados pela Direção do Serviço Social, tendo em consideração e como critério os serviços de especialidade, com práticas distintas, a experiência profissional e também o interesse em participar no estudo onde o objetivo era compreender a realidade e o processo da alta social.

Foram pensadas e identificadas as questões mais pertinentes a serem colocadas, através da realização de um guião com questões abertas que permitissem um debate mais alargado sobre o tema.

Durante o processo, o guião serviu como um elemento orientador, semiestruturado, podendo ser adaptado de acordo com o objetivo apresentado, não tendo sido seguido de forma rígida, pelo que “*os saberes provenientes das ciências sociais – saberes teóricos e saberes de ação – são indispensáveis para a intervenção*”. (Robertis, 2011 :59).

Esta técnica é complementada com a análise documental durante o processo, sendo relevante e “*utilizada quando se pretende compreender a diversidade dos fatores e processos em saúde, procurando recorrer a um método amigável e respeitador*” (Dias&Gama, 2019: 70), onde foi possível recolher dados imprescindíveis para a investigação, pois “*a técnica consiste em envolver um grupo de representantes de uma determinada população na discussão de um tema previamente fixado*” (Amado e Ferreira, 2013: 225).

No que toca ao papel do moderador, este é um papel muito importante dado que “*a qualidade da informação que se obtém depende deste ator e da sua capacidade para conduzir a entrevista ou grupo focal, mais especificamente, do relacionamento que se consegue estabelecer*” (Dias&Gama, 2019: 101), tendo sido utilizada uma linguagem simples e adequada.

A confidencialidade é de extrema importância, pelo que será contemplado o consentimento informado que fora enviado junto ao pedido formal e, desta forma será distribuído e assinado pelas participantes no dia da realização do focus group, que se anexa, pois no que toca à gravação, para que se proceda à mesma, deverá ser solicitada atempadamente a autorização de todos os participantes, de forma que todos os procedimentos sejam entendidos.

Deste modo, os autores identificam uma série de recomendações que deverão ser tidas em conta na realização da entrevista, designadamente o tratamento adequado aos participantes, a atenção às condições físicas e de segurança, o foco no tema, respeitar a

opinião do outro, realizar uma síntese antes de avançar e registar as notas da sessão no fim da mesma (Cf. Amaro e Ferreira, 2013).

Quadro 3: Fases da Recolha

Fases	Momentos	Anexos
Fase 1	Entrada no campo empírico	Anexo: Pedido de colaboração
Fase 2	Tentativa de entrevista exploratória com uma das Diretoras do Serviço Social	Anexo: Guião de entrevista com a Diretora do SS
Fase 3	Contactos telefónicos, seleção dos Assistentes Sociais e agendamento dos focus group	
Fase 4	Realização dos focus group	Anexo: Guião dos focus group
Fase 5	Transcrição e análise	Anexo: Focus group CHBM, CHS, HGO
Fase 6	Tratamento de dados	Anexo: Segmentos das entrevistas
Fase 7	Resultados e considerações finais	

Fonte: Construção própria



Capítulo 3 – O estudo exploratório

3. Resultados

Na sequência do desenho metodológico apresentado no capítulo anterior, realiza-se no presente capítulo a análise dos resultados, tendo em consideração os três focus group executados em contexto hospitalar, pelo que se procedeu à sua transcrição e interpretação através dos quadros síntese, que se encontram em anexo.

O objeto de estudo, “o movimento das altas sociais em contexto hospitalar”, considera os resultados obtidos através da realização dos focus group no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, no Centro Hospitalar de Setúbal e no Hospital Garcia D’Orta. Foram retirados excertos considerados relevantes para o capítulo, bem como citações de autores de referência.

De acordo com mesmos, foi comum considerar-se que *“a alta social é quando estão reunidas as condições, ou no domicílio ou outras para o doente ter alta”* (Focus group – 1), ou seja, a alta social efetiva-se quando se encontram acauteladas as condições necessárias para que o doente possa ter garantida a continuidade dos cuidados necessários e inerente, maioritariamente através de uma resposta social adequada à situação.

Como objetivo, pretende-se interpretar e responder às perguntas de partida referidas anteriormente:

1. Como se define a alta social?
2. Qual a importância da alta social em contexto hospitalar?
3. Como se processa a alta social?
4. Qual é o papel do assistente social em serviço hospitalar?

As questões são imprescindíveis e guiam a investigação, para que se possa compreender o significado, a importância e o processo da alta social em contexto hospitalar, atentando que o sistema de saúde é a interface entre o país e as instituições, entre a economia e a proteção social (Cf. Sakellarides).

3.1.A alta social como fator diferenciador em contexto hospitalar?

A alta social pode ser caracterizada como o *“momento em que o assistente social considera que a intervenção social se encontra concluída, encerrando essa consulta/episódio social”* (Frederico, 2020: 6), sendo iniciada quando é identificada a necessidade de intervenção por parte do assistente social e, este momento pode ser logo identificado desde o início do internamento, de acordo com a avaliação realizada e respetiva sinalização da situação por parte da equipa de tratamento.

O acompanhamento ao doente é prestado durante o período de internamento hospitalar e é realizado pela equipa multidisciplinar, onde o assistente social intervém em consonância *“com a equipa médica e de enfermagem para tentar que a alta clínica seja dada quando já tiverem reunidas todas as condições sociais”* (Focus group – 2), quer seja através do regresso ao domicílio *“ou, sempre que a situação de dependência e ou incapacidade não o permita, e por razões sociais, nomeadamente por insuficiente ou inexistente apoio familiar ou de rede formal de suporte, com recurso ao acolhimento em resposta social.”* Portaria 38-A/2023 de 2 de fevereiro.

Ressalva-se a importância de as altas coincidirem, pois, o *“doente pode ter alta clínica, mas se não tiver assegurado todas as condições, não tem alta social.”* (Focus group – 2), ficando a aguardar que se encontrem reunidas as condições necessárias como foi referido anteriormente.

Quando é identificada uma necessidade, o assistente social avalia as condições a nível de suporte familiar, social e clinicamente o que é que o doente precisa, para que a alta possa ocorrer o quanto antes e coincidir com a clínica. Em contrapartida, quando não se efetiva a alta, iniciam-se os dias de protelamento de alta, que são considerados os dias além do período em que clinicamente é necessária a permanência do doente em hospital, ficando o mesmo a aguardar resolução social até que estejam garantidas todas as condições para a sua saída.



De acordo com os dados do sétimo Barómetro Social, os internamentos sociais em março de 2023 subiram 60% face ao anterior. O trabalho que o assistente social faz no movimento das altas pode ser considerado como um aspeto diferenciador em hospital e talvez se existisse mais atenção no momento da alta social a saúde não poderia rentabilizar de uma forma mais eficaz as camas? Não só rentabilizar em termos de tempos, mas sim em termos de qualidade de respostas para os doentes e consequentemente diminuir custos. O aumento ou diminuição dos internamentos sociais também está diretamente relacionado com a estação do ano.

Sabendo que a alta social se sucede à alta clínica e que a mesma é dada quando se encontram reunidas todas as condições para que o doente possa regressar ao domicílio ou a outra estrutura adequada onde seja assegurada a continuidade de cuidados, é necessária e emergente uma maior atenção para a equipa do serviço social e até um possível reforço da mesma para que os casos sociais que permanecem em hospital sobretudo por ausência de suporte familiar ou rede de apoio, segundo o sétimo Barómetro Social, tenham uma intervenção mais centralizada.

De modo global, a alta social é entendida e identificada como uma proteção ao doente, o assistente social acompanha a situação desde a fase do acolhimento até à concretização da alta social, pois *“a alta social é fundamental para que a pessoa quando saia não vá perdida e não vá assim ao abandono”* (Focus group – 3) em que muitas das vezes a intervenção é realizada em situações de crise, como é recorrente encontrar-se em contexto hospitalar.

O assistente social na sua intervenção assegura que se encontrem reunidas todas as condições necessárias para que o doente após o internamento possa ter os cuidados que necessita, bem como a garantia da sua rede de suporte ou apoio social adequado para a situação.

De acordo com as entrevistas, a presença do Serviço Social é fulcral nas equipas de saúde e foi caracterizada como importante, em que *“a nossa presença é muito importante na equipa, no sentido de com o diretor de serviço que agora faz questão de estar nas visitas médicas, com o enfermeiro chefe e o serviço social, e toda a restante equipa que nos rodeia obviamente, discutirmos os doentes um a um e tentarmos ver qual o problema”*

(Focus group-1), porque cada vez mais se assiste a uma valorização da dimensão social da saúde.

Momentos de discussão das situações entre as equipas revelam-se como uma mais-valia e, os serviços poderiam investir mais nestes momentos, no entanto, também é importante salientar que devido ao fluxo e rotatividade de camas em hospital nem sempre é possível a realização da discussão e ponto de situação dos casos para a contribuição do planeamento da alta. Porém não seria um aspeto em que se deveria centrar mais atenção sendo uma mais-valia para o planeamento da alta?

Os planeamentos das altas, *“fluem de uma forma mais célere e mais bem organizada porque nós andamos muito ali no meio de toda a equipa e envolvemos toda a equipa, todos os profissionais”* (Focus group – 3), existindo uma maior colaboração entre os profissionais de saúde onde o assistente social se destaca como o elemento mediador. Identifica qual a problemática, de forma que seja possível trabalhar a alta do doente o mais precocemente, para se reduzirem os dias médios de internamento e permanência em hospital, *“fomentando a eficiência, a qualidade dos cuidados prestados”* (Frederico, 2020: 11), que é central na intervenção realizada.

Inicialmente é realizado o acolhimento ao doente e à família, onde são reunidos os dados objetivos relativamente à situação, a nível familiar, económico, habitacional de forma que se prossiga para o diagnóstico social, onde o problema identificado é aprofundado. O mesmo implica, *“reuniões de equipa multidisciplinar; articulação com as redes familiares; articulação com as redes informais da comunidade e articulação com os recursos formais nomeadamente com as instituições de referência para o cliente e para a família.”* (Carvalho, 2014: 266).

O diagnóstico social como identifica as necessidades e o problema através de uma avaliação social realizada *“num determinado momento, considerando os recursos e meios disponíveis (as potencialidades) e as necessidades e dificuldades identificadas (os problemas)”* (Frederico, 2020: 5), constitui-se como uma ferramenta necessária utilizada na intervenção do assistente social para que se consiga atingir uma definição mais exata da situação social que se está a trabalhar (Cf. Richmond).

O autor refere ainda que o diagnóstico *“permite identificar as potencialidades e/ou problemas sociais do utente na consulta/ episódio social, classificando-os em grupos equivalentes e similares organizados por contextos:*

- Contexto individual*
 - Contexto da rede informal de suporte*
 - Contexto económico*
 - Contexto escolar, formativo e laboral*
 - Contexto saúde*
 - Contexto habitacional*
 - Contexto da rede formal de suporte*
- *Outro contexto.*” (Frederico, 2020: 8).

É delineado um plano de intervenção, perante as necessidades identificadas, onde os objetivos, a perspetiva do doente e família e os recursos disponíveis são considerados para o mesmo, onde são revistos *” todos os atos técnicos planeados e desenvolvidos pelo assistente social no sentido da resolução dos problemas e necessidade sociais identificadas relativamente a um utente.”* (Frederico, 2020: 5), tendo em consideração as potencialidades e problemas identificados na fase do diagnóstico.

A realização da avaliação social de forma recorrente é relevante para a intervenção, pois desse modo o assistente social conseguirá obter um melhor desempenho face à situação identificada e delinear um plano de forma mais eficaz. A situação clínica e/ou social poderá sofrer alterações ao longo do processo sendo necessário um trabalho constante e direto, em *“concordância com a equipa médica e de enfermagem do serviço e temos de estar sempre em trabalho direto”* (Focus group-3), devido à possibilidade de se reajustar o plano delineado anteriormente, pelo que se torna necessário o questionamento e acompanhamento ao longo do processo.

A comunicação quer com a equipa de tratamento quer com a família também tem de ser constante, dado que *“as coisas vão-se alterando, muitas das vezes aquilo que combinámos inicialmente com a família e dissemos ao serviço que aquela alta ia ser perspetivada, há necessidade de um reajuste”* (Focus group -2), pelas mudanças que se assistem ao longo do internamento, do ponto de vista clínico e social.



A atenção nesta fase constitui-se como um elemento fundamental entre as diversas qualidades e, importa destacar a escuta ativa que é essencial ao longo do processo, para que seja possível escutar de forma ativa é necessário que se tenha em conta a observação das reações emocionais que se encontram presentes por parte do doente e também por parte dos familiares que são possíveis de avaliar e aferir com o acompanhamento prestado ao longo do internamento.

No fim do processo, com a fase da avaliação, os objetivos da intervenção e o acompanhamento da situação serão revistos, *“para refletir sobre o que, como, e porque fazemos e, ainda, para melhorar a qualidade da intervenção social, da equipa multidisciplinar e, conseqüentemente, a qualidade de vida do doente, da família e das organizações.”* (Carvalho, 2014: 267), este questionamento é importante para as futuras intervenções e futuros planeamentos de alta, de modo que o assistente social consiga melhorar a sua intervenção.

A fase da avaliação deverá *“permitir classificar e valorar os resultados da intervenção social, comparativamente à avaliação diagnóstica inicial”* (Frederico, 2020: 9), nunca esquecendo que os hospitais são unidades tendencialmente direcionadas para a prestação de cuidados, internamentos e consultas (Cf. Delloite, 2011).

Assim, o início de um episódio social poderá iniciar-se logo na entrada do doente, de acordo com a referenciação da equipa de tratamento, onde é realizada avaliação por parte do assistente social e em caso de necessidade de intervenção é prestado acompanhamento da situação, garantindo a continuidade de cuidados inerentes e necessários para a sua saída. Posto isto, um episódio social inicia-se com a referenciação, *“por identificação de um indicador de risco que aponta para a existência de um problema social (motivo de referenciação), e finaliza com a alta social.”* (Frederico, 2020: 5) por parte do assistente social.

O processo do movimento da alta social e todas as fases identificadas anteriormente poderiam ser revistas e repensadas para que a mesma não fosse somente centrada no ponto de vista operacional de resposta a nível de intervenção e, sim a outros níveis, nomeadamente, a nível analítico e mediador da situação dado que mais nenhuns profissionais em hospital detêm de conhecimento para acompanhar a situação do ponto de vista social e efetivar a alta social.

Seria importante o questionamento e o envolvimento por parte das equipas, pois não seria benéfico para a saúde que fosse feita esta revisão em termos de atuação? Uma intervenção concertada e articulada é um fator determinante para a reintegração e recuperação do doente (Cf. Portaria 38-A/2023 de 2 de fevereiro)

Quando uma situação deixa de ser clínica e passa a social, o designado “caso social”, o hospital centra a responsabilidade no assistente social, mas a situação não deveria continuar a ser vista de modo global? O doente continua em serviço hospitalar, apesar de não ser clinicamente necessário, continua por motivos sociais não podendo ser colocada em causa a sua dignidade, que é um valor central na alta social.



Fluxograma 6– Processo da alta social

Fonte: Construção própria

3.2. Campo de intervenção do Serviço Social

O Serviço Social constitui-se no organograma hospitalar como um serviço de apoio, tendo sido identificado como um serviço imprescindível e importante, dado que o acompanhamento social realizado em hospital é necessário ao longo da análise e discussão da situação, quer da vertente clínica, quer social. De acordo com a Direção Geral da Saúde, “os assistentes sociais constituem uma referência fundamental no percurso do doente nos Serviços prestadores dos cuidados médicos” (DGS, 2004: 2), onde mais nenhum profissional poderá assumir a alta social.

O assistente social está presente em vários serviços hospitalares, designadamente em “*Serviços de Internamento; Consulta Externa; Hospital de Dia; Serviço de Urgência; Equipe de Gestão de Altas; Equipe Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP); Gabinete do Cidadão; (...) entre outros setores e serviços assistenciais*” (Carvalho, 2020: 4).

No que respeita aos diferentes serviços, foi unânime entre os três focus group que o papel do assistente social poder-se-á alterar consoante o serviço a que está alocado, dado que cada serviço tem a sua dinâmica e existem serviços com maior necessidade e rotatividade de camas, tendo este sido identificado como um constrangimento diário, pois “*dependendo dos serviços os tempos de internamento são muito curtos, têm timings para cumprir em termos do programa do serviço*” (Focus group-3). Um assistente social acumula mais que um serviço, identificando-se como uma fragilidade existindo “*escassez de recursos humanos, uma assistente social tem mais de 30 camas e trabalha com várias equipas médicas*”. (Focus group-1) e nem sempre existe disponibilidade e tempo para que o acompanhamento da situação possa seguir todas as etapas verificadas anteriormente de forma consistente.

Neste sentido, face ao trabalho acumulado, a pressão foi um ponto abordado, visto que “*a tendência é para pressionar, depois há serviços que pressionam mais e há serviços que pressionam menos, isso depende das dinâmicas e das pessoas que estão nos serviços.*” (Focus group – 1), quer seja pelo número de internamentos, pela necessidade de camas e ainda pela sensibilidade por parte da equipa.

Foi referido nas entrevistas que apesar de haver uma linha em comum relativamente aos serviços, a pressão existe para que a alta clínica possa coincidir com a alta social e evitar-se o protelamento da mesma. Atendendo que *“há uma linha comum não é, depois há aqui algumas nuances que são diferentes consoante os serviços, sim..., mas a tendência obviamente é haver sempre pressão para que alta social e clínica seja coincidente”* (Focus group-3).

É neste momento que o assistente social terá de justificar a permanência do doente em hospital, por motivos sociais, sem critérios clínicos que justifiquem o internamento, pois nem sempre é possível coincidir as duas altas. Por parte da equipa de saúde deverá existir análise e perceção, dado que na maior parte das situações os tempos do hospital não são coincidentes com o tempo da resposta social que o doente aguarda, motivo pelo que me mantém internado.

Serviço como a Urgência Geral foi identificado unanimemente como um dos que teria mais pressão em termos da alta social, pois a necessidade de camas também é maior e constante, constituindo-se como uma porta de entrada das situações, onde a referenciação poderá ser imediata. Por outro lado, *“a pressão lá em cima é exatamente porque não saindo lá de cima, os que estão cá em baixo não conseguem subir e, na verdade... é um ciclo”* (Focus group-1), é um ciclo que necessita de uma articulação favorável com a equipa de tratamento, com as famílias e com as respostas da comunidade para que se possa realizar o trabalho de forma preponderante, do ponto de vista social, e permitir a existência e rotatividade de camas nos serviços. Existe sempre este cuidado que deveria na articulação entre os membros da equipa?

Há que considerar que *“os cuidados hospitalares são caracterizados por um maior grau de diferenciação face aos cuidados primários”* (Delloite, 2011: 26) e são utilizados os recursos disponíveis, onde o Serviço Social está distribuído e presente, atuando na dimensão social, tendo por base a equidade e a justiça social que são valores centrais na profissão. O profissional deverá reger-se pelos mesmos, considerando que a justiça social se define pela proteção e pela equidade, *“remete para a satisfação das necessidades humanas fundamentais, através de uma distribuição equitativa dos recursos materiais,*



visando sobretudo o acesso a serviços essenciais e a proteção de pessoas “(APSS, 2018: 9).

Enquanto profissional, de acordo com o que foi mencionado, *“temos de avaliar a situação em termos de cuidados necessários, diários, ver o que o doente necessita, e que família temos para prestar apoio dentro da situação real do doente”* (Focus group – 1), e encontrar novas estratégias e respostas adequadas para a situação identificada, através da realização da avaliação social, efetuando as diligências necessárias e manter a informação sempre atualizada.

A pesquisa e manutenção em estratégias de intervenção deverá ser uma prioridade para o serviço social, de forma a repensar algumas ações e intervenções. O investimento em ações de formação, workshops, dados estatísticos e/ou em estudos pertinentes pode permitir que o assistente social esteja atualizado acerca da realidade e acerca das constantes mudanças existentes na comunidade. Esta estratégia de intervenção está implementada e é considerada pertinente por parte das equipas? Existe um questionamento e interesse sobre o assunto? Por vezes, o facto de se realizar uma ação de formação poderá disputar novas estratégias e formas de atuação?

Já a capacidade de adaptação também foi também um dos pontos abordados, dado que o assistente social se encontra em constante adaptação face à situação perante o problema com o qual está a intervir. Para tal, com as equipas de tratamento é importante manter uma relação de proximidade e confiança.

É relevante trabalhar-se de forma eficaz a situação, tendo sido mencionado a relação e articulação entre as equipas como algo favorável para a alta socia *“fazemos uma articulação institucional, falamos diariamente com a equipa, com os vários elementos da equipa multidisciplinar no sentido de darmos feedback”* (Focus group-3).

“em todos os serviços acho que é transversal que é temos reuniões de equipa e temos visitas médicas onde estão presentes vários profissionais, nomeadamente, o médico, o enfermeiro e o assistente social” (Focus group-3).



“nós conseguimos ter uma previsão da alta do doente e dar também do ponto de vista social o feedback e o planeamento daquela situação” (Focus group-3).

“se estivermos numa equipa em que estamos perfeitamente bem integrados, toda a equipa sabe quem somos, o que fazemos e para que estamos lá e, que contam connosco, somos efetivamente mais um elemento na engrenagem, sabem perfeitamente que a engrenagem sem nós não funciona, obviamente que isso também nos traz algum alento e faz com que seja mais fácil nós gerirmos a pressão.” (Focus group-3).

Através da articulação que é passível de ser realizada em contexto hospitalar, o planeamento da alta é realizado por parte do assistente social, para que se consigam reduzir os dias de internamento, identificando-se que *“a intervenção do assistente social no planeamento de cuidados e, em especial, das altas, é fundamental porquanto pode contribuir para reduzir o tempo de permanência desnecessária do utente no hospital.”* (Frederico, 2020: 12), pois o assistente social trabalha diariamente para que as altas possam coincidir e para que aquele doente seja acompanhado até ao momento da saída do internamento.

Deste modo, em hospital a alta deverá ser preparada em equipa, com a contribuição do assistente social, *“através de um trabalho em equipa multidisciplinar, integrando os profissionais da saúde e da segurança social e das instituições de acolhimento, com planeamento estruturado e personalizado, o que corresponderá melhor às necessidades das pessoas”* (Portaria 38-A/2023 de 2 de fevereiro) e, conseqüentemente se converterá em melhores resultados e efeitos positivos para o SNS.

3.3. As respostas sociais como elemento central na alta social

Em termos de respostas da comunidade, este foi um tema bastante debatido ao longo dos três focus group. As respostas são peças fundamentais para o processo da alta social, dado que quando não se encontram reunidas condições para o doente regressar ao domicílio terá de ser articulado com a comunidade a resposta social adequada, tendo em conta as necessidades nas atividades de vida diária, da pessoa.

Em Portugal, “*existe um conjunto de respostas que se convencionou designar como “respostas sociais”, as quais podem ser definidas como atividades e serviços do âmbito da segurança social direcionados a crianças, jovens, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, bem como os destinados à prevenção e reparação das situações de carência, disfunção e marginalização social (Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de Março e republicado pelo Decreto-Lei n.º 33/2014, de 4 de Março)*”. (Relatório de primavera, 2022: 55).

Diversas respostas foram identificadas durante a realização dos focus group, destacando-se a Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados, o Serviço de Apoio Domiciliário, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas designado de ERPI e os Centros de dia.

Para contextualizar, a Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados é entendida como um processo dinâmico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia com o objetivo de proporcionar cuidados adequados a cada situação, a título temporário sendo constituída por um conjunto de unidades que contribuem para a recuperação global da pessoa. Reforçando, de acordo com o que foi dito, “*o intuito da rede é dar uma resposta de saída do doente do hospital e ter uma continuidade de cuidados e o ingresso nos cuidados continuados antes de regressar ao domicílio*” (Focus group-3).

A referenciação à rede, em hospital, pressupõe a avaliação por parte da equipa multidisciplinar constituída pelo médico, enfermeiro e assistente social. Primeiramente é realizada uma avaliação a nível da equipa para que haja uma decisão conjunta se será para referenciar à rede, caso o doente reúna os critérios clínicos. Assim, é referenciado para o domicílio (ECCI) ou para uma das quatro tipologias existentes, nomeadamente, a UC:



Unidade de Convalescença, até 30 dias; A UMDR: Unidade de média duração e reabilitação, até 90 dias; A ULDM: Unidade de longa duração e manutenção, até 180 dias e a UCP: Unidade de cuidados paliativos, até 30 dias. Numa segunda fase a Equipa de Gestão de Altas terá de efetuar uma avaliação para analisar critérios e definição de tipologia do doente. Em terceiro, o processo é registado na plataforma informática com seguimento para a Equipa Coordenadora Local que após receção está sujeito a uma reavaliação para confirmar a tipologia ou se necessário para solicitar elementos de ordem clínica e/ou social.

Em situações que a tipologia seja de média ou de longa duração, é necessário que o doente apresente prova de condição de recursos para cálculo de comparticipações a nível da segurança social e é ainda preciso uma assinatura para o consentimento informado e termo de aceitação de todos os elementos do agregado familiar para fazer face ao pagamento da unidade. A UC e a UCP são unidades que não carecem de pagamento, é necessário assinar o consentimento informado e apresentar a documentação anteriormente referida do próprio e do representante no caso em que não possa ser o próprio a assinar. Deste modo, o processo fica a aguardar vaga e assim que surge deve ser ocupada em tempo útil, num prazo de 48 horas.

O Serviço de Apoio Domiciliário presta serviços no domicílio a pessoas e/ou famílias que se encontrem em situação de dependência e que não consigam assegurar a satisfação das necessidades básicas ou a efetuação de atividades diárias como a higiene pessoal e/ou a alimentação, são um recurso fundamental e uma resposta possível para a garantia e prestação de cuidados básicos.

A Estrutura Residencial para pessoas idosas é uma resposta social para pessoas a partir dos 65 anos, ou em casos excecionais, pessoas com menos de 65 anos que são casos a considerar. Este tipo de resposta é recorrente, para salvaguardar a pessoa idosa que não apresenta condições para se manter no domicílio, enquanto os Centros de dia são também uma resposta social possível que funciona apenas durante o dia, prestando serviços adequados às necessidades dos utentes.

A nível de equipamentos sociais, de acordo com a carta social, no ano de 2021 *“encontravam-se em funcionamento 12.872 equipamentos sociais. Destes, 84 % eram*



propriedade de entidades não lucrativas, i.e., equipamentos das redes pública e solidária” (Carta Social, 2021: 15), o que demonstra a maioria no que respeita à proteção social da população, sendo um número bastante elevado.

Os equipamentos e as respostas sociais foram identificados e caracterizados como um constrangimento em termos da alta social, no sentido em que os tempos de espera são morosos e não são compatíveis com os tempos de internamento,

“O nosso problema começa, pois temos de articular e em meio hospitalar as respostas dependem sempre da comunidade, do exterior e o nosso trabalho implica a dinâmica diária de procura, de respostas e contactos telefónicos, e-mails, pedidos e de facto confrontamo-nos com a inexistência de recursos e com tempos de espera grandes que não é compatível com a alta hospitalar que ocorre ao fim de pouco tempo.” (Focus group -1)

“Mas é uma questão do sistema, o sistema é que não funciona bem... As respostas acabam por ser as mesmas e para a mesma população” (Focus group -2), tendo sido abordado o Instituto da Segurança Social que tem como missão *“Garantir a proteção e a inclusão social das pessoas, reconhecendo os seus direitos, assegurando o cumprimento das obrigações contributivas e promovendo a solidariedade.* (ISS, 2023) e os objetivos estratégicos passam por:

- 1. Assegurar a proteção e inclusão social*
- 2. Garantir o cumprimento contributivo e Prestacional*
- 3. Assegurar a satisfação dos e das clientes*
- 4. Promover a motivação das trabalhadoras e dos Trabalhadores*
- 5. Aumentar a eficiência dos serviços* (ISS, 2023)

Um tema comum abordado foi a questão da evolução das respostas, tendo sido mencionado que *“os recursos não evoluíram a medida das necessidades, deu-se quase uma estagnação digamos nestas respostas”* (Focus group -1), ou seja, as necessidades diárias dos utentes muitas das vezes, não são compatíveis com as respostas sociais e recursos existentes na comunidade.

Também os timings e a burocratização dos processos foram identificados como uma dificuldade em termos de articulação e encaminhamentos para as respostas sociais, identificadas como escassas,

“Os timings, os tempos, a burocratização”. Sobretudo a nível dos processos para se efetivar um recurso... os recursos são poucos.” (Focus group-3).

“O grande desafio eu penso que continua a ser mesmo, ou um dos, é encontrar uma resposta adequada em tempo útil, não é... porque nós temos muitas das vezes de conseguir estas respostas em dois, três dias e às vezes é muito pouco tempo para se conseguir uma inscrição para apoio domiciliário, efetivar inscrição, isto tudo requer aqui algum tempo” (Focus group – 2).

“O circuito e os processos são completamente desadequados aquilo que é a boa prática e, o doente retrocede” (Focus group-3). *“Claro que o plano que nós estabelecemos está dependente dos recursos que existem na comunidade e há algumas respostas que se conseguem com alguma facilidade e às vezes não é tão fácil assim.”* (Focus group-1).

Se os tempos de internamento não são coincidentes com os tempos das respostas sociais, este apresenta-se como um constrangimento para a alta social. Os assistentes sociais *“coordenam proactivamente a ligação com todos os Serviços prestadores dos cuidados necessários ao doente”* (DGS, 2004: 2), não sendo a articulação e o decorrer do processo fácil. Pode-se dizer que ainda não existe uma verdadeira articulação entre os organismos e instituições da comunidade, pelo que intervir em rede continua a ser um processo complexo (Cf. Carvalho, 2014).

Posto isto, poderão considerar-se as respostas sociais centrais no processo da alta social, pelo que importa destacar a *Portaria n.º 38-A 2023 de 2 de fevereiro* que:

- *Estabelece os termos e condições em que é efetuada a articulação interinstitucional, para efeitos de referenciação e acompanhamento de pessoas que, por motivos sociais, permanecem internadas após a alta clínica, em hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através do recurso a um acolhimento temporário e transitório em resposta social.*



A Portaria supracitada assinada pelos Secretários de Estado da Saúde vem, temporariamente, libertar camas em hospital para que o doente possa aguardar resolução social numa estrutura adequada às suas necessidades, numa fase transitória de título temporário. Esta articulação e referenciação é realizada entre as equipas do Instituto da Segurança Social e os Serviços Sociais dos hospitais do SNS.

As vagas são geridas e concretizadas *“através da celebração de adenda ao acordo de cooperação ou através da celebração de novo acordo a outorgar consoante análise casuística a efetuar pelos serviços do ISS, I. P.”* (Portaria nº 38-A 2023 de 2 de fevereiro, Artigo 5º - 1).

A celebração da presente portaria manifesta-se como um momento marcante para os Serviços Sociais dos hospitais do SNS e para o Instituto da Segurança Social, porque este permite que exista uma maior rotatividade de camas nos serviços hospitalares, consequentemente haverá um menor custo para o SNS com a libertação de camas e, por sua vez uma maior dignidade para os doentes que aguardam resolução social. *“O Governo pretende reforçar a relação de parceria existente entre o Estado e as entidades do setor social e solidário, através da sistemática partilha de obrigações e responsabilidades na prossecução dos fins de ação social.”* (Portaria nº 38-A 2023 de 2 de fevereiro), considerando que o doente terá de ser visto de forma global, com dignidade, não devendo a responsabilidade ser somente do SNS, havendo sim uma partilha de obrigações e responsabilidades conforme mencionado.

3.4. Tempos pandémicos

Com a pandemia Covid-19, a vida dos portugueses sofreu mudanças devido às medidas decretadas pela OMS e pelo governo português, tendo sido declarado Estado de emergência a 18 de Março, através do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, onde os assistentes sociais intervieram na linha da frente.

A Direção Geral de Saúde desempenhou um papel imprescindível durante a pandemia, não esquecendo que é a entidade responsável *“por coordenar e regular as atividades de promoção da saúde, prevenção da doença e da qualidade de prestação de cuidados.”* (Delloite, 2011: 25).

Foram identificadas diversas diligências em tempos de pandemia, salientado, os critérios de habitabilidade dos doentes, em que todo o cenário era novo exigindo uma reorganização a nível das famílias e/ou cuidadores.

O assistente social perante a pandemia foi intervindo sob o desconhecido, *“nós tínhamos de perceber se a pessoa tinha critérios para internamento porque nem todas as pessoas com covid foram internadas, se as pessoas tinham critérios para internamento, se tinham ou não critérios de habitabilidade, se tinham mais pessoas em casa com covid, se tinham mais do que uma casa de banho, se tinham condições de isolamento em casa e nós aqui em termos de equipa (Focus group – 1), onde todas estas questões tinham de ser aferidas e consideradas na intervenção com o doente e com a equipa de tratamento, de forma a assegurar a alta hospitalar.*

Muitos desafios, conforme descritos anteriormente e aprendizagens marcam os tempos de pandemia na prática do assistente social, *“tivemos de fazer uma aprendizagem muito grande e perceber que planear aquela ida do doente para casa numa dinâmica completamente diferente, e com um objetivo completamente diferente.”*(Focus group – 3), as dinâmicas de equipa encontravam-se em constante mudança e adaptação, onde o assistente social intervinha diariamente, para que os doentes aquando da alta clínica pudessem regressar o mais rápido possível ao domicílio ou a uma resposta social adequada às suas necessidades, dado que o ideal era permanecer o menor tempo possível no internamento.

Uma readaptação e reestruturação das respostas foi necessária e emergente, pelo que *“tivemos de fazer uma aprendizagem muito grande e perceber que planear aquela ida do doente para casa numa dinâmica completamente diferente, e com um objetivo completamente diferente.”* (Focus group – 3), sendo que a nível de respostas, também as mesmas foram modificadas e criadas naquela fase:

“As respostas foram criadas só para aquilo” (Focus group - 1).

“A segurança social dava respostas, mais rápidas, a rede dava respostas mais rápidas” (Focus group – 1).

“As respostas da segurança social foram mais rápidas nessa altura e foram criadas estruturas de retaguarda que existiam à muitos anos e depois deixaram de existir... e para o covid foram criadas o que permitiu escoar vários doentes” (Focus group – 2).

“É assim houve respostas, aquelas de retaguarda que foram fazendo, o Alfeite aqui na zona que abriu, obviamente demorou um bocadinho porque se calhar ninguém estava à espera que a dimensão fosse de tal maneira, mas obviamente que foram abrindo respostas válidas para tentar escoar as situações e os doentes que não precisavam de estar” (Focus group – 3).

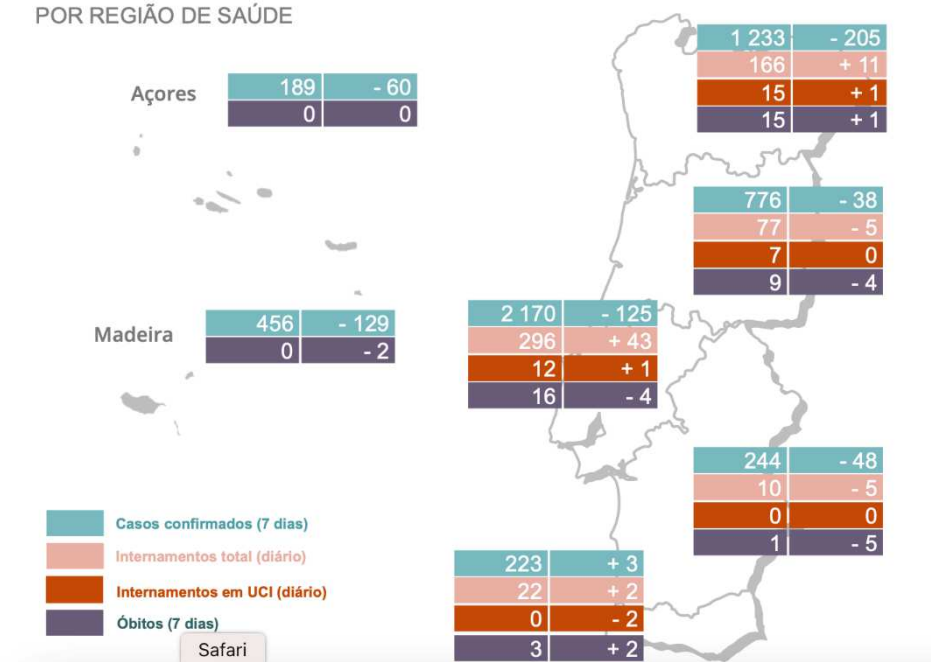
De um modo global, considerando o que foi mencionado, em tempos de pandemia as respostas sociais funcionavam de forma mais célere, para que fosse possível responder com prontidão, estruturas de retaguarda foram criadas para o contexto. Era realizado pelo assistente social a avaliação dos fatores psicossociais, considerando os critérios de habitabilidade para que fosse garantida a continuidade de cuidados de saúde.

Foram assim identificadas diversas fragilidades e emergente era dar respostas aos doentes. Diversos Decretos-Lei foram publicados, tendo em conta que *“desde o início da pandemia da doença COVID-19, o Governo tem vindo a adotar uma série de medidas de combate à pandemia, seja numa perspetiva sanitária, seja nas vertentes de apoio social e económico às famílias e às empresas, com o intuito de mitigar os respetivos efeitos adversos.”* Decreto-Lei nº 66-A/2022.

Em relação aos dados e relatórios, a Direção Geral de Saúde semanalmente disponibilizava o relatório de situação, com indicação da semana, número dos novos casos confirmados identificado por região de saúde e por grupo etário, conforme figura, a ocupação hospitalar diária, a cobertura vacinal.

CASOS, INTERNAMENTOS E ÓBITOS

POR REGIÃO DE SAÚDE



Quadro 4: Casos, internamentos e óbitos no âmbito da pandemia

Fonte: Relatório de situação, 2022: 2

No quadro acima identificado, pode-se perceber através da legenda que o número de casos confirmados nos últimos sete dias do relatório se encontra no topo, a azul-claro, seguido do número de internamentos total, diários, a cor-de-rosa. Diferenciado do número de internamentos total, encontra-se o número de internamentos em unidade de cuidados intensivos, diários, a cor de laranja. Por último, identificam o número de óbitos. Neste relatório, referente à primeira semana de novembro do ano de 2022, o número de novos casos foi de 5.291, sendo este um número bastante elevado e considerável no combate à pandemia.



Atualmente, pode-se constatar “a nível mundial, nos últimos 28 dias (20/03 a 16/04/2023), o número de novos casos e de novos óbitos diminuiu (-27% e -32%, respetivamente), comparativamente com os 28 dias anteriores.” (DGS, 2023: 24), o que se revela favorável, pois o número de casos e o número de óbitos reduziu na data supracitada.

Perante os profissionais de saúde que estiveram na linha da frente com um número elevado de casos, torna-se relevante destacar e ter em conta seis estratégias para o trabalho em rede face à pandemia de forma a combater situações de crise que se ultrapassaram, referidas em 2020 pela APSS:

- “1) *Articulação com recursos comunitários para potenciar a permanência no meio social de origem;*
- 2) *Reforçar os serviços sociais e respostas sociais comunitárias para poderem garantir serviços de apoio domiciliário alargados com garantia de segurança para utentes e para os prestadores;*
- 3) *Reforçar o acompanhamento telefónico e a teleassistência;*
- 4) *Estabelecer linhas de trabalho conjunto intersectorial com os serviços nacionais e locais da Segurança Social e com as autarquias, para garantir quartos de isolamento nas respostas sociais residenciais e a reintegração de pessoas com dependência e situação de Covid19 com alta hospitalar;*
- 5) *Estabelecer protocolos com entidades públicas, privadas ou do terceiro setor para gestão de voluntariado e colaboração no acompanhamento de situações sinalizadas pelo Serviço Social com necessidade de apoio instrumental personalizado (compras, medicação, telefonemas, etc.).*
- 6) *Incentivar a uma maior solidariedade entre gerações ou laços familiares, promovendo ensinamentos e validação de competências no que concerne a medidas de proteção ao Covid19.” (APSS, 2020:14).*

Em alguns serviços e respostas de retaguarda, as equipas do Serviço Social foram reforçadas para que o doente pudesse ter uma resposta mais célere e permanecer menos dias em hospital, pois o principal objetivo era escoar doentes com uma resposta adequada à sua situação clínica e social.

Quadro 5– Categorias dos focus group realizados

Categorias	Códigos focalizados
Alta social	Definição Caracterização Processo
Equipas multidisciplinar	Articulação entre as equipas Importância
Respostas sociais	Tempos Recursos Mudanças
Serviço Social	Papel do Assistente Social em hospital
Pandemia Covid-19	Reorganização Adaptação Emergência

Fonte: Construção própria

Considerações Finais

A investigação realizada centrou-se em contexto hospitalar e teve como objetivo perceber de que forma se processa e efetiva a alta social, as suas etapas, desafios e constrangimentos encontrados durante a intervenção com o doente através da realização de focus group com os assistentes sociais dos hospitais.

Pretendia-se compreender a definição e a importância da alta social em hospital dada pelos assistentes sociais, uma vez que o serviço social se encontra presente na rede institucional da saúde, com uma intervenção integrada entre a visão clínica e social, através de uma abordagem biopsicossocial.

Para a construção do objeto, foram realizadas várias pesquisas e conversas informais a fim de se delinear o mesmo em consonância com a motivação para responder às questões de partida identificadas anteriormente, para que a dissertação conseguisse trazer uma visão sobre o *movimento da alta social em contexto hospitalar* e salientar a sua relevância para a profissão e para os dias de hoje.

Para a entrada em campo diversos obstáculos foram ultrapassados, designadamente o facto de não ter sido autorizada a entrada nos serviços de internamento para observar os procedimentos e práticas por parte dos assistentes sociais devido aos constrangimentos da pandemia Covid-19. Posto isto, foi delineado que seria benéfico e enriquecedor em termos de partilha e discussão a concretização de focus group que ocorreram presencialmente com as equipas do CHBM, no CHS e no HGO.

Repensar a intervenção do serviço social em contexto hospitalar seria relevante para que se melhorem práticas e resultados, contudo este só se verificará quando o próprio SNS olhar para a profissão como uma mais-valia e investir para que os profissionais possam ter um papel mais notável e ativo dentro das equipas de tratamento.

O trabalho desenvolvido em equipa é enriquecedor e necessário, na medida em que se conseguem mobilizar vários tipos de conhecimentos e áreas de forma a maximizarem o tipo de resposta encontrada (Cf. Guerra, 2019).



No serviço social centram-se dois valores base que não podem esquecer, mais concretamente, *a dignidade da pessoa humana* que simplificada significa o valor da pessoa em si mesmo e, outro dos valores centra-se nos *direitos humanos* que devem ser enquadrados nos contextos e na complexidade da situação com a qual se está a intervir.

No contexto trabalhado, a intervenção do assistente social divide-se em várias etapas tal como a alta social num processo. A alta clínica deverá coincidir sempre que possível com a alta social, sabendo-se à priori que todos os casos que entram em hospital são considerados casos clínicos, podendo tornar-se mais tarde em caso social (Cf. Guerra, 2019).

A primeira fase da intervenção inicia-se com o acolhimento ao doente e à família, nesse momento é apurada a sua história de vida, são recolhidos dados e informações pertinentes para que seja dada a continuidade da intervenção, através do planeamento da alta e da delimitação do plano de ação com acompanhamento ao longo de todo o período de internamento.

O assistente social deve realizar o acolhimento com a maior brevidade possível, dado que na fase inicial se consideram os doentes que irão precisar de supervisão e suporte pós alta hospitalar (Cf. Colom). A alta hospitalar é considerada quando o doente abandona fisicamente o hospital, sendo que a alta clínica não supõe a saída (Cf. Espírito Santo, 2018a) podendo ser necessário protelar a mesma, para que se reúnam as condições necessárias de forma a efetivar a alta social, assegurando a continuidade de cuidados no domicílio ou noutra resposta ou estrutura adequada.

A elaboração do diagnóstico social é fulcral para se encontrar a resposta social adequada proporcionando uma melhoria da sua qualidade de vida, perspetivando a alta, *“o processo começa com a investigação, ou recolha de dados, continua com a análise crítica e comparação, e termina com a sua interpretação”* (Richmond, 2008: 35).

O processo de alta pode ocorrer em três momentos distintos, sendo através da alta clínica que pode não coincidir com a alta social e através da alta hospitalar, ou seja, quando se efetiva a saída do doente. Durante o internamento é necessário um trabalho em equipa, acompanhamento da situação clínica e social, pois poderão surgir alterações que deverão



ser consideradas. Vários momentos são importantes, bem como a importância “*em reunir, acompanhar, articular, comunicar telefonicamente com os familiares, para que haja uma boa relação com estes, mas acima de tudo para que se mantenham sempre próximos do doente, bem como de toda a sua envolvente e não se desresponsabilizem em algum momento do seu familiar.*” (Carvalho, 2014: 268).

É importante que o assistente social tenha conhecimento específico para conseguir intervir e acompanhar as situações na área da saúde, no sentido de complementar o que está a ser realizado, em termos de intervenção com o doente, sendo que “*sempre que necessário, potenciam ou preparam a criação de novos recursos e capacidades individuais e coletivas.*” (DGS, 2004: 2).

Pode-se considerar que o assistente social articula entre o doente e a família, entre o doente e o médico, entre o hospital e a comunidade. Exerce um papel de mediação, acompanhamento e avaliação da situação, durante todo o processo de intervenção. Este acompanhamento realizado implica uma noção de proximidade, de participação ativa, considerando que cada pessoa é diferente e que cada situação é única (Cf. Robertis, 2021).

A fase da avaliação e o acompanhamento social realizado é muito importante para que se compreenda se os objetivos delineados foram cumpridos e se as metas foram alcançadas, de acordo com o planeamento da alta.

As funções e o papel do assistente social foi tema de análise no quadro teórico para que fosse possível compreender mais aprofundadamente as suas características, conhecimentos e competências para a intervenção.

A nível das funções do assistente social, são identificadas no Documento de Araxá de 1967 que é “*considerado um marco do processo de reconceptualização do Serviço Social no Brasil e na América Latina, em que se especificam as funções do Serviço Social*” (Branco, 2017: 62), designadamente:

- a) *Planeamento: contribuir com o conhecimento vivenciado das necessidades, das expectativas, dos valores, atitudes e comportamento das comunidades e das populações, face à mudança, na formulação dos objetivos e fixação das metas;*

contribuir para a criação de condições que permitam a participação popular no processo de planeamento;

- b) Administração de Serviços Sociais: promover e participar de pesquisas operacionais; elaborar o micro planeamento; implantar, administrar e avaliar programas de serviços sociais; levar os usuários a participar da programação dos serviços;*
- c) Serviços de atendimento direto, corretivo, preventivo e promocional, destinados a indivíduos, grupos, comunidades, populações e organizações: trabalhar com indivíduos que apresentam problemas ou dificuldades de integração social, através de mobilização das suas potencialidades individuais e de utilização dos recursos do meio; proporcionar o exercício da vida em grupo, principalmente quanto ao desempenho de papéis inerentes à vida social; contribuir para capacitar a comunidade a integrar-se no processo de desenvolvimento através de ação organizada, com vistas ao atendimento de suas necessidades e realização de suas aspirações; trabalhar com organizações, visando à adequação de seus objetivos e métodos às exigências da realidade social e sua integração numa perspectiva de desenvolvimento.” (Araxá, 1986: 28)*

Mais tarde, no ano de 2002 são estabelecidas dez funções dos Assistentes Sociais, que se mantêm atuais. De destacar duas, “*Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico social;*” e “*Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social*” (Carvalho, 2012:35).

De acordo com o problema com o qual se está a trabalhar, os modelos de intervenção estruturam a ação contribuindo para a análise de uma situação ajudando a pensar e refletir de forma conceptual, tendo sido apresentado o modelo biopsicossocial e o modelo holístico.

Ainda no primeiro capítulo, tendo em consideração o período pandémico em que a dissertação se centrou, tornou-se pertinente identificar os desafios durante a prática do assistente social.

As vulnerabilidades sociais já existentes, tornaram-se ainda mais visíveis. Várias ações, de acordo com a autora, deviam ser tomadas por parte dos assistentes sociais perante a pandemia, designadamente:

“- Desenvolver medidas de autoproteção rigorosas, para evitar que sejam contaminados no exercício das suas funções e/ou ponham em risco as pessoas com quem trabalham, os colaboradores e os clientes;

- Providenciar meios para que as entidades empregadoras cumpram todas as condições de segurança (luvas, máscaras, toucas, óculos de proteção, desinfetantes e produtos similares), exigindo uma limpeza profunda e diária dos espaços;

- Participar na elaboração dos planos de contingência, de modo a priorizar o seu trabalho e garantir o apoio às populações em situação de maior vulnerabilidade social, designadamente aquelas que se encontram sem casa, pessoas em situação de sem abrigo ou crianças e idosos institucionalizados ou isolados, entre outros;

- Contribuir para informar, sensibilizar, motivar e envolver as populações com as quais trabalha para a importância de prevenção da doença, distribuindo kits de desinfeção das mãos, por exemplo;

- Podem ainda desenvolver as atividades inerentes ao exercício da profissão, através de teletrabalho e coordenar e/ou atualizar planos de pandemia ou contingência. É também relevante colaborar no combate à desinformação, aos boatos, aos medos e às incertezas, de forma a reduzir a ansiedade e o stress vivido pelos utentes/clientes.” (Carvalho, 2020:89).

O assistente social, durante os tempos pandémicos, reorganizou e adaptou sua intervenção à nova realidade, ao novo panorama. Foram criadas respostas de emergência para o momento, de forma que os doentes tivessem os cuidados necessários assegurados. O vírus era desconhecido e o sentimento mais comum que se viveu foi o medo e o stress, quer por parte das famílias quer por parte dos profissionais de saúde que estiveram na linha da frente, no combate ao covid-19.



De acordo com os focus group considerou-se que na intervenção foi necessário identificar os casos com maior risco social, familiar e ainda habitacional para que a alta acontecesse o mais precocemente possível. O contacto através de via telefónica ou email foram essenciais para manter a comunicação entre o doente e a família e entre a família e o hospital, estando o serviço social presente nestes contactos com os familiares, de modo a melhorar e a facilitar os contactos.

Percebemos que o SNS foi a resposta central e de referência no sistema de saúde, reforçando que a saúde se define como “*um estado positivo de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”, segundo a OMS.

Também as respostas sociais foram alvo de discussão durante os focus group onde foi identificado que as mesmas deveriam ser repensadas e equacionar até manter algumas respostas de emergência criadas no âmbito da pandemia para que o doente tivesse uma resposta mais célere e adequada à sua situação clínica e social, dado que as necessidades e os problemas se mantêm nos dias de hoje e não existiram somente durante o período pandémico.

Os assistentes sociais como agentes de mudança “*têm um papel fulcral na prevenção e na mitigação na medida em que são agentes de mudança e potenciadores de recursos, contribuindo para atuar em crise e superar as dificuldades das pessoas*” (Nogueira, 2011 cit in Carvalho, 2020:89). As intervenções são maioritariamente em situações de crise, em episódios agudos ou de agudização da situação de doença onde a sua presença deverá ser notória e considerada na intervenção ao longo do processo e do internamento, em reuniões, registos, atendimentos e acompanhamento até à efetivação da alta social.



Referências Bibliográficas

Amaro, Inês (2015). *Urgências e Emergências do Serviço Social*, Lisboa: Universidade Católica Editora.

Amado, João, e Ferreira, Sónia (2013). A entrevista na investigação educacional, in Amado (coord.), 2013, *Investigação Qualitativa em Educação*, Imprensa da Universidade de Coimbra (pp. 224-232).

António, Correia e Simões, Jorge (2011). *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*, Coimbra: Edições Almedina, SA.

Associação dos profissionais de Serviço Social (2017). *Memorando sobre as e os Assistentes Sociais no Serviço Nacional de Saúde*. In <https://www.apss.pt>

Boquinhas, José (2012). *Políticas e Sistemas de saúde*, Coimbra: Almedina.

Branco, Francisco (2008). *Ação social, individuação. Cidadania: A construção do acompanhamento social no contexto do Estado Social ativo*. CESSS.

Cabral, Manuel (2002). *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa: ICS

Carta Social (2021). *Rede de serviços e equipamentos – Relatório 2021*, Lisboa: GEP

Carvalho, Maria (2014) *Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social*, Lisboa: Universidade Lusófona

Carvalho, Maria (coord.) (2012). *Serviço Social na Saúde*, Lisboa: Pactor.

Carvalho, Maria (coord.) (2020). *Serviço Social em Catástrofes*, Lisboa: Pactor.

Carvalho, Maria (2010). *Serviço Social em Portugal, percurso cruzado entre a assistência e os direitos*, Revista Serviço Social & Saúde: UNICAMP Campinas.



Carreira da Silva, Filipe (2013). *O futuro do Estado Social*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Colom, Dolors (2000). *La Planificación del alta hospitalaria*, Zaragoza: Mira Editores, S.A.

Cowles, L.A.F (2012). *Social work in the health field: A care perspective*. 2 ed. New York: Routledge.

Decreto do Presidente da República nº 14-A/2020 de 18 de março de 2020.

Decreto do Conselho de Ministros nº16-A/2022 de 30 de setembro de 2022.

Deloitte (2011) *Saúde em análise, uma visão para o futuro*, Lisboa.

DGS (2020) *Plano Nacional de Preparação à resposta à doença por novo coronavírus (COVID-19)*.

DGS (2004). Circular informativa no 12/DSPCS.

DGS (2006). Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais No: 29/DSPCS da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Dominelli, Lena (2004) *Social work: Theory and practice for a changing profession*. Polity Press.

Dhooper (coord.) (1997). *Social Work in Health Care in the 21st Century*, SSHS

Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24, Lei de Bases da Saúde.

Eiró, Pedro (1997). *Noções elementares de direito*. Editorial Verbo, Lisboa/São Paulo

Espírito Santo, Inês (2018a). *Planeamento de alta hospitalar: Perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal*, Universidad de Alicante.

Espírito Santo, Inês (2018). *O processo de acreditação hospitalar (1ª edição)*. Edições esgotadas.



Estorninho, M., Macieirinha, T. (2014) *O direito à saúde*. Universidade Católica Editora.

Flick, Uwe (2005). *Métodos qualitativos na Investigação científica*, Monitor.

Frederico, Luís (2020). *Atividade do assistente social no SNS – conceitos, registos e boas práticas*. APSS.

Gonçalves, Francisco Rocha (2020). *A Gestão de saúde baseada no valor – Casos e experiência portuguesa*, Almedina.

Guadalupe, S. & Santo, Inês (2020a) *Diretrizes de teletrabalho para Assistentes sociais*, Associação dos Profissionais de Serviço Social.

Guadalupe, S. & Santo, Inês (2020b) *Plano de Emergência do Serviço Social da saúde*, Associação dos Profissionais de Serviço Social.

Guadalupe et al (2020). *Assistentes sociais no sistema de saúde em Portugal: uma análise de rácios*. Revista Emancipação.

Guerra, Inês (2019). *O que é o caso social?* Lisboa: Universidade Católica Editora.

Guerra, Isabel (2002). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Ação*, Princípiã.

IFSW (2020). *To the top of the cliff*. Rheinfelden, Switzerland.

Instituto da Segurança Social, I.P. Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2015). *Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social – para o Planeamento das Altas Hospitalares*.

Madeira, P. J. (1999). *Benchmarking: A arte de copiar*. Jornal do Técnico de Contas e da Empresa, 411, 364-367.

Martinelli, Maria (2003). *O Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica*. Lisboa.



Morais, C., Amorim, M. I., Viana, C. C., Cerqueira, M. M., & Calvinho, M. S. (2019). *Saúde em cadeia: (Co)construção de percursos de literacia em saúde e qualidade de vida*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Mota, H. (2000). Os portugueses e o Serviço Nacional de saúde, in Simões (coord.), 2000, *Problemas e propostas para o Sistema de Saúde*, Imprensa Nacional – Casa da Moeda (pp. 83-90).

Payne, M. (2006). *What is Professional Social Work* (2nd ed.). Bristol: BASW / Policy Press.

Plano Nacional de Saúde, 2021-2030. In [PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf \(dgs.pt\)](#)

Portaria 38-A/2023 de 2 de fevereiro, Trabalho, Solidariedade, Segurança Social e Saúde. In <https://files.dre.pt/1s/2023/02/02401/0000200006.pdf>

Regulamento Interno 2015, Hospital Garcia de Orta. In <http://www.hgo.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/18/2020/09/regulamento-interno-assinado-homologado-arslvt.pdf>

Relatório e Contas 2020, Centro Hospitalar Barreiro Montijo. In http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/301/relatorio_contas20.pdf

Relatório e Contas 2021, Centro Hospitalar Barreiro Montijo. In http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/301/chbm_relatorio_contas21.pdf

Relatório e Contas 2021, Hospital Garcia de Orta. In https://www.hgo.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/18/2020/09/Relatorio-e-Contas-2021_rubricado.pdf

Relatório de Atividades e Contas 2013, Centro Hospitalar de Setúbal. In http://www.chs.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2018/02/RAC_2013.pdf

Relatório Primavera 2019. In [Relatorio-Primavera-2019.pdf \(opssaude.pt\)](#)

Relatório Primavera 2022. In [RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf \(opssaude.pt\)](#)



Resposta Sazonal em saúde, 2023. In https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/20230428_Relatorio-20_Semana-16_23-Resposta_Sazonal_em_Saude_Vigilancia_e_Monitorizacao_DGS.pdf

Relatório de Situação, 2022. In https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/11/DGS_boletim_20221107.pdf

Rendeiro, Sofia (2015). *Impacto das políticas de austeridade no protelamento das altas sociais em hospitais públicos e no trabalho dos assistentes sociais*. Dissertação de Mestrado em Serviço social, Coimbra: Instituto superior Miguel Torga

Richmond, Mary (2008). *Diagnóstico Social*, Colección Trabajo Social: Madrid

Robertis, Cristina de (1992). *Fundamentos del Trabajo Social*, Ética y Metodología, Universitat de València.

Robertis, Cristina de (2011). *Metodologia da Intervenção em Trabalho Social*: Porto Editora

Sanchez Urios, Maria (2009). *Trabajo Social Microsocial: intervención com individuos y familias*, Madrid:Diego Marín.

Sakellarides, Constantino (2009). *Novo contrato social da saúde*, Lisboa: Saúde Sociedade.

Simões, Jorge (coord.) (2010). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde*, Coimbra: Edições Almedina, SA.

Sousa, P. & D'Ameida, J. (2020). *Avaliação Diagnóstica na prática do Serviço Social*. Viseu: PsicoSoma.

Sousa, P , D' Almeda J. , Caria, T. (2021). *Competências no contexto do trabalho em serviço social*. V. N. Famalicão: Edições Húmus Lda.

World Health Organization. (1948). *Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*.



6º edição do Barómetro de Internamentos Sociais. In, https://apah.pt/wp-content/uploads/2022/05/APAH_6a-Edicao-BIS_Resultados_VF.pdf.



ANEXOS



ANEXO 1- Pedido de colaboração



Exma. Sra. Dr^a xxxxxxxxxxxx

Centro Hospitalar xxxxxxxxxxxx

Assunto: Pedido de colaboração, Dissertação em Serviço Social

No âmbito do curso de Mestrado em Serviço Social da Universidade Católica Portuguesa, vimos solicitar a vossa colaboração para o enquadramento de uma investigação na área da saúde. Pretende-se perceber como se estrutura e movimenta a alta social em contexto hospitalar e de que forma a presença do Serviço Social influencia o processo da alta hospitalar.

Conhecendo a vossa experiência de trabalho, vimos solicitar a vossa colaboração para que a aluna, Catarina Remourinho, possa entrar em contacto com a equipa de Serviço Social para a realização de um *focus grupo* no último trimestre do ano 2021.

Toda a informação recolhida garante o sigilo e o anonimato absolutos. A todos os potenciais participantes será requerido o “consentimento informado” e todos os dados acedidos (biográficos ou documentais) se destinam exclusivamente para fins académicos e apenas estes, respeitando todos os procedimentos éticos e deontológicos requeridos para cada situação particular investigada.

Agradecemos desde já a colaboração e os dados que nos possam vir a ser facultados, considerando o vosso acolhimento institucional como uma peça fundamental para a inserção desta investigadora no campo em estudo.

Lisboa, Setembro de 2021

A Orientadora de Mestrado em Serviço Social

Prof^a Dr.^a Inês Guerra

Coordenadora Licenciatura Serviço Social – UCP



ANEXO 2 - Consentimento informado

Dissertação Serviço Social “O movimento das altas sociais em contexto hospitalar”

Quem são os responsáveis pelo estudo?

Este estudo está a ser realizado pela mestrandia Catarina Remourinho no âmbito do curso de Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Professora Doutora Inês Guerra.

Qual é o objetivo do estudo?

Com este estudo, o objetivo é perceber de que forma a presença do Serviço Social influencia o processo da alta hospitalar e se o contexto pandémico influenciou o processo das altas sociais, ao mesmo tempo pretende-se compreender os principais impactos futuros para a profissão.

Quem pode participar no estudo?

Todas as pessoas que integram a equipa do Serviço Social do _____

Em que consiste a participação no estudo?

Trata-se de uma participação voluntária, que consiste em integrar um grupo de cerca de 5-10 pessoas, que irá discutir tema proposto. Esta discussão será moderada pela aluna. A participação no estudo não comporta custos nem é recompensada monetariamente. Não identificamos qualquer risco que possa advir da participação no estudo.

Enquanto participante, que direitos tenho?

Tem o direito de recusar participar no estudo. Caso aceite participar, poderá desistir do estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificar a sua decisão. A sua eventual desistência não lhe trará qualquer penalização.

Como é que os dados recolhidos serão usados?

A discussão em grupo será gravada em áudio, ficando acessível apenas à investigadora e sendo usada exclusivamente para fins científicos. As intervenções dos participantes serão transcritas e analisadas. Os resultados mais relevantes poderão ser apresentados em congressos e conferências, e publicados em dissertações de mestrado ou artigos científicos, sem identificar individualmente os participantes ou as equipas a que pertencem.

Como poderei entrar em contacto com a investigadora?

Caso pretenda obter mais informações sobre o estudo, nomeadamente os resultados, poderá contactar a investigadora através do email catarina_iir@hotmail.com.

- Percebi em que consistirá a minha participação, os meus direitos e os deveres da investigadora. Aceito participar neste estudo, sabendo que a discussão em que vou participar será gravada e que as minhas afirmações serão transcritas, analisadas e poderão ser apresentadas, de forma anónima, no âmbito de apresentações e/ou publicações de carácter científico.

Assinatura: _____ Data: __ / __ / _____



Conceitos	Dimensões	O que quero saber	Como vou perguntar
Saúde	Saúde como bem-estar físico, psicológico, relacional, espiritual e ambiental Alta social Alta social Impacto e Gestão	Definição da alta social	Como é que definem a alta social? É definido da mesma forma por todos os intervenientes?
Alta social		Processo e importância alta social	Qual a importância da alta social? Para o Serviço Social, para o hospital, família e doente?
Acompanhamento Social		A alta social e as famílias	Como gerem o processo da alta social? Com a família, com a equipa e com os outros profissionais?
Social		Desafios e constrangimentos	Há uma grande pressão? Quais são os principais desafios e constrangimentos que existem no processo de alta?
Covid-19		A alta social e os diferentes serviços e especialidades	A alta social tem contornos diferentes consoante o serviço ou especialidade?
		Tempos de pandemia e a Intervenção social	Que desafios identificaram relativamente às altas sociais com a pandemia?
		Estratégias de inovação e Intervenção futura	O que é que se fez de diferente em tempos de pandemia em relação às altas sociais? Se identificam alguma coisa ou o que preveem que fique para uma intervenção futura

Guião - Focus Group - ANEXO 3

Tema: O Movimento das Altas Sociais em Contexto hospitalar

Caraterização dos convidados: Assistentes Sociais do Hospital do Barreiro, Garcia de Orta e Setúbal

N.º de participantes: 5-10



ANEXO 4 - Guião de Entrevista Exploratória

Tema: O Movimento da Alta Social em Contexto Hospitalar

Data prevista: 27 Setembro de 2021

A entrevista exploratória designa-se como a primeira aproximação ao campo empírico, em que o principal objetivo se centra por um lado em perceber como se define e é entendida a alta social pelos assistentes sociais e, por outro lado em perceber se o tema suscita interesse, que mudanças e melhorias são precisas.

É necessário que seja tido em conta o contexto pandémico que ultrapassamos e compreender se o mesmo originou mudanças em relação ao processo da alta social e, também relativamente aos critérios de gestão da alta, segundo os assistentes sociais.

Assuntos	Possíveis questões
Alta Social	1. Qual a importância da alta social e como a define?
Definição	2. Como é entendida a alta social em contexto hospitalar? Porquê? Para quem?
Prática	3. O contexto e a prática têm feito alterar os critérios de gestão de altas? De que forma?
Critérios	4. Se modificasse a definição de alta social como o faria? Porquê?



ANEXO 5 - Focus group – 1 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Catarina - Então, antes demais obrigada a todas pela presença e pelo tempo que irão dispor neste focus group, o principal objetivo será no fim entender de que forma é que a presença do serviço social influencia o processo da alta hospitalar e aqui vamo-nos centrar como é óbvio na alta social. Primeiramente também gostava de perceber o vosso ponto de vista, não havendo respostas certas nem erradas, como é que definiriam a alta social?

A alta social é quando estão reunidas as condições, ou no domicílio ou outras para o doente ter alta

E o ideal é que a alta social coincida com a alta clínica, nem sempre é possível, mas o nosso trabalho é nesse sentido, que coincida a social com a clínica

Acho que alguns dos entraves que faz com que não seja possível, respondendo à Dra (...), é precisamente porque não existe nesta instituição muito ou quase nada o hábito de se programar uma alta, portanto o trabalho em equipa aqui é muito escasso, devido à escassez de recursos humanos, uma assistente social tem mais de 30 camas e trabalha com várias equipas médicas

Não, eu acho que a média que existe é efetivamente de 1 AS para 60 camas em termos daquilo que são orientações do planeamento de alta e, penso que nós aqui se há coisa que fazemos é ter reuniões com as equipas de tratamento e tu és uma das pessoas que faz essas reuniões e se há alguém que faz trabalho multidisciplinar e de equipa és tu. Eu pessoalmente acho isso, e todas achamos

Peço imensa desculpa, eu estou errada

Não estás errada, estás certa. Agora, em termos ...

No teu caso, tens 30 camas, tens um serviço com 30 camas

O que eu estou a querer dizer é que não há um trabalho...



Podes falar por ti

É o que eu estou a dizer

Não podes falar por mim nem pela ... e está a gravar também é bom que não fiquem com a ideia de que nós aqui não fazemos trabalho com a equipa de tratamento. Aliás, estas novas metodologias que o hospital está a utilizar, pois há uma preocupação. Agora, dizer que somos poucas e que não fazemos trabalho com as equipas

Eu não disse isso, e está gravado... Mas não se tem muito o hábito, hoje em dia um trabalho, o que eu estava a responder à Catarina e à (...) era que o ideal era a alta clínica coincidir com a social, ou a social com a clínica. Aqui é muito difícil porque não se consegue, eu tenho dificuldade, num trabalho programado numa alta programada com as equipas médicas

Bom, se tens o que havemos de dizer se temos um serviço mais outro serviço. No caso concreto o que eu acho ... Não não tem de retirar, as coisas têm de se dizer e o focus grupo é precisamente para as pessoas dizerem aquilo que pensam. O que eu acho é que a alta clínica não coincide muitas vezes com a alta social por falta de recursos sociais, não é porque eu assistente social não me preocupo em articular com as equipas de tratamento, por amor de deus. O mal é as respostas sociais que existem não serem atípicas e estarem formatadas, as pessoas para ingressarem na rede é necessário uma série de requisitos, as pessoas para erpi é necessário uma série de requisitos, as pessoas vêm no hospital a segurança social e a partir do momento em que eu familiar tenho um doente no hospital existe o serviço social que é considerado a segurança social que deixou de existir, não é, e portanto o nosso papel é por um lado somos a resposta, mas não somos nós que formatamos a resposta. Agora, que tentamos articular, o caso da colega que falou e, se há pessoa que articula, que tem protagonismo na equipa é a colega que falou, portanto não vamos dizer que é culpa nossa, que não articulamos nem estamos presentes. É a minha opinião...

Sim sim, concordo.



Catarina – Isso também terá haver com o processo da alta, quer com as famílias, quer com os recursos da comunidade e como é que gerem todo esse processo?

Mas antes disso Catarina, deixa-me dizer uma coisa, eu acho que nos estamos aqui a esquecer de um pormenor muito importante. Eu, tenho o serviço de medicina e de pneumologia e, antes da pandemia nós tínhamos como ritual, digamos assim, as visitas médicas que eram feitas semanalmente quer num serviço quer noutra. Com o surgimento do covid, infelizmente isso deixou de ser possível na pneumologia, pois passou a ser serviço covid com muitos constrangimentos para as saídas dos doentes inclusivamente porque alguns não tinham critérios de habitabilidade e teriam de ficar em hospital à espera de ficar com critérios de cura, mas... tenho o cuidado de ir ao serviço e falar com a equipa de tratamento, não em visita, mas falo quer com os médicos quer com os enfermeiros no sentido de perceber a situação e qual deles, porque também são doentes que não tem visitas nem visita médica nossa, temos de nos equipar todos para entrar no serviço, nas enfermarias portanto às vezes não é muito fácil, as vezes os contactos são através do telefone, mas tenho o cuidado de perceber junto do serviço os doentes que podem ter problemas à saída, no sentido de tentar articular a alta clínica com a alta social, obviamente.

No serviço de medicina, isto também acontecia antes da pandemia, com a pandemia as visitas médicas deixaram de acontecer, também deixámos de ser medicina e passámos a ser ADR2 e, portanto, isso não era possível. Agora, há um mês para cá e com a pandemia a abrandar de facto nós começamos a iniciar as visitas médicas e nota-se que há a preocupação e eu acho que aí nós temos um papel determinante nas visitas, pois uma coisa é o que ouvimos alguém dizer da equipa e às vezes não é por mal, é por desconhecimento até dos termos que utilizam, mas acho que a nossa presença é muito importante na equipa, no sentido de com o diretor de serviço que agora faz questão de estar nas visitas médicas, com o enfermeiro chefe e o serviço social, e toda a restante equipa que nos rodeia obviamente, discutirmos os doentes um a um e tentarmos ver qual o problema. Agora, a alta social é como diz a colega, eu acho que devia coincidir com a alta clínica, não sendo muitas das vezes possível e não é porque nos não façamos os possíveis para que isso não aconteça e, a equipa o mesmo.

(8:08) Uma das questões que faço questão de perguntar é para quando a alta está planeada, para me conseguir organizar e organizar a família, mas de facto temos muitos constrangimentos com as respostas da comunidade. Um simples SAD é preciso muito, é

um processo burocrático, muito complicado dependendo de instituição para instituição. Uma resposta de ERPI implica o preenchimento de informações clínicas e sociais e da ida para a segurança social de setúbal a aguardar uma bolsa de instituições que têm e, as vagas deles não são compatíveis com a necessidade de vagas que nós temos de camas hospitalares e, as respostas da rede que de facto é um processo com alguns constrangimentos, não depende de nós, existem equipas externas ao hospital e de facto não dão resposta em tempo útil e muitas vezes isso é prejudicial para o utente, porque na altura da alta está em condições de sair. O que acontece é que mais tarde não havendo outra solução acaba por se infetar e ser novamente internado no hospital.

Isso vai responder à questão da catarina, em termos dos recursos. A ideia é tentarmos o mais precocemente avaliar a situação de maneira a perceber as fragilidades, as necessidades e estabelecer um plano. Claro que o plano que nós estabelecemos está dependente dos recursos que existem na comunidade e há algumas respostas que se conseguem com alguma facilidade e às vezes não é tão fácil assim. Como a colega dizia do SAD, que é a resposta mais fácil em termos de vagas digamos, mas o processo depende de instituição para instituição e há umas mais burocráticas que outras, e as vezes esse processo que aparentemente é fácil acaba por se complicar, para mais outras respostas onde os recursos são limitados e cada vez há mais dificuldade, a população é envelhecida e temos pessoas novas, mas com dependências também acentuadas e doenças crónicas. Ou seja, os recursos não evoluíram a medida das necessidades, deu-se quase uma estagnação digamos nestas respostas. Claro que os cuidados continuados veio aqui dar uma bolsa grande de vagas, respostas com qualidade, mas é limitada e o processo também tem alguma complexidade até chegar a existir a vaga e, também demora algum tempo, mas aí foi uma evolução...Agora de resto em termos de vagas de ERPI, de misericórdias, de IPSS'S há de facto uma dificuldade grande e o nosso problema começa, pois temos de articular e em meio hospitalar as respostas dependem sempre da comunidade, do exterior e o nosso trabalho implica a dinâmica diária de procura, de respostas e contactos telefónicos, e-mails, pedidos e de facto confrontamo-nos com a inexistência de recursos e com tempos de espera grandes que não é compatível com a alta hospitalar que ocorre ao fim de pouco tempo.

(11:27) Sim, assim esse é um dos principais constrangimentos que identificam?



Sim...

Calculo que acumulem mais que um serviço também, sentem que a alta social tem contornos diferentes consoante o serviço?

Sim...

Catarina -Conseguem dar exemplos?

Sim, pressões diferentes

Eu não digo bem pressões diferentes, ou seja, quando avaliamos a situação é na sua complexidade em termos clínicos, dependência de cuidados e necessidades, bem como retaguarda familiar ou outra que seja e temos de avaliar na sua globalidade e de facto uma medicina não tem, um doente de medicina digamos, não tem as mesmas necessidades e as mesmas características que por exemplo um doente cirúrgico ou ortopédico. Ou seja, nós temos de avaliar a situação em termos de cuidados necessários, diários, ver o que o doente necessita, e que família temos para prestar apoio dentro da situação real do doente e varia de facto de serviço e de especialidade, sem dúvida nenhuma. E claro que há serviços que têm mais pressão do que outros, mas sobretudo antes da pressão temos esta complexidade e, temos que fazer um plano dirigido para o doente e família tendo por base de facto a situação clínica, daí que seja importante estarmos nas visitas médicos como a colega dizia à pouco, porque aí há uma partilha de informações quer clinica quer social e é nesse confronto, porque o doente é um só e aí conseguimos estabelecer qual o plano mais adequado para aquele doente.

E por outro lado, uma das coisas muito complicadas, é as expectativas que as famílias têm, que nós conseguimos tratar das pessoas clinicamente, se vieram a andar, voltar a ficar a andar e, uma vez que somos assistentes sociais a resposta social é connosco e portanto é connosco se nós a tivéssemos, se a pudéssemos formatar em função do que o doente precisa, mas isso não é feito por nós. E, eu pessoalmente, e é a minha opinião... penso que a rede dentro da sua organização, eu não gosto de dizer burocracia, gosto de dizer...procedimentos. A rede é muito clara nas respostas que pode dar



E tem os circuitos muito bem definidos

Muito bem definidos... No que toca às ERPI'S e penso que esta é uma questão que não falamos, as ERPI'S continuam a funcionar como funcionavam nos anos 80. Os regulamentos internos das ERPI'S... e eu falo porque os ajudei a fazer nos anos 80, estão iguaizinhos, pessoas menos de 65 não podem entrar, com doença mental não podem entrar, doença infecciosa, acho que felizmente essa área já está mais ou menos resolvida,

Não está não...

Pronto... eu estou a dizer por exemplo a Covid, não é, o HIV... Agora, parte mental está uma desgraça e hoje não está aqui a colega que tem a área da saúde mental e, a segurança social negoceia com as IPSS determinadas vagas e uma pessoa que mora no barreiro pode ser colocada em Sines e é uma coisa que a rede dificilmente faz, tenta sempre respeitar isso. As ERPI'S continuam a ter um quadro de pessoal que tinham no meu tempo... O médico vai lá, um enfermeiro que vai lá e não esta capacitada para um determinado tipo de idosos mais dependentes e, portanto eu acho que há que reformular as regras das Erpi's, nós muitas das vezes como resposta da rede, e é uma resposta desde 2006 portanto já lá vão 16 anos, e às vezes irritamos-mos entre aspas no bom sentido, mas se há regras que tem de mudar são as regras das ERPI'S porque nos no hospital só podemos encaminhar pessoas que tenham rendimentos até 600 euros, o resto terá de ser a família, e tem de se por o dedo na ferida...

A família porquê? A pessoa não fez descontos? Não é, e o que temos é familiares que dizem eu com 750 ou 700 eu não tenho dinheiro para pagar um lar de 1200 e depois põem-se a questão do Serviço Social, eu não posso dizer às pessoas para irem para lares de acolhimento que podem não estar licenciados e são mais baratos e assim andamos numa roda viva com as famílias, e as pessoas dizem mas eu trabalho ganho 500 ganho 600 , onde é que vou arranjar o dinheiro? Eu pessoalmente acho que há um dedo que se tem de pôr o dedo na ferida, que é em relação às ERPI'S...então vamos deixar, eu se fizesse política social, se fosse segurança social, deixava de investir em ERPI'S passava a investir na rede, se calhar chegaríamos a essa conclusão porque já se chegou a conclusão, 16 anos de estudo que em termos de RNCCI, há uma evolução e melhoria em termos de reabilitação que não há nos lares e, toda a gente sabe disso. No lar não há fisioterapeuta, há, mas..., as pessoas não são levantadas, quer dizer, não há um investimento na



recuperação e isto é a minha opinião e às vezes temos muita tendência à rede...à rede...à rede tem umas regras, mas o que é certo é que só chegamos às ERPI'S através da segurança social e depois temos as famílias que dizem eu não tenho.

Portanto, acho que há coisas que em termos de acordos de cooperação do estado com as IPSS que tem de ser alterados e, tenho dito.

Catarina- Obrigada, há pouco estavam a falar também do que sentiam em termos de pressão, ou seja, mas como é que a caracterizam?

Da pressão da alta?

Catarina – Por parte da equipa?

A questão da alta?

Catarina – Sim, estava a dizer há pouco que sentia a pressão...

Há serviços que se sente mais essa pressão, ou seja, no sentido em que é um hospital, temos de desbloquear camas...

Hospital de agudos...

E de facto a pressão é no sentido de libertar camas e, por outro lado proteger o doente para não estar sujeito a infeções, e de facto, sentimos essa pressão e é obvio que nos independentemente dessa pressão, o objetivo é que o doente saía o mais precocemente possível e que coincida com a ata clínica, mas novamente devido a dificuldade de recursos e repostas acaba por algumas situações se manterem no hospital, que não devia acontecer, mas não conseguimos...

(19:47): E, por outro lado tem de haver uma educação para a cidadania para as pessoas também perceberem, e agora estou-me a lembrar de serviços de cirurgia, de ortopedia que há listas de espera enormes com a história da pandemia desde 2020 que há pessoas à espera de ser operadas e as camas estão ocupadas, daí a pressão da equipa de tratamento sobre o serviço social para os casos ditos sociais, que não têm suporte familiar, não têm



suporte institucional e, efetivamente no caso concreto do CHBM existe uma unidade que é de internamento mas é também de retaguarda e, não há dúvida nenhuma que ajuda entre aspas, embora também crie as pessoas que encontrei ali a resposta, naquela unidade de retaguarda e quer dizer tenho de perceber a pressão de um cirurgião, de um ortopedista quando tem não sei quantas pessoas cheias de dores a precisar de uma operação e, tem ali uma cama ocupada por uma pessoa que os filhos não têm dinheiro para pagar e não têm, sendo que as pessoas vão ficando. Mas, isto não é da competência do Serviço Social, é da competência dos gestores e das pessoas que organizam a saúde e a segurança social, alias, neste momento há uma das questões que já muito falada e muito pensada que é a articulação saúde - segurança social, eu não tenho de pedir um favor a uma colega da segurança social, a colega tem de estar no mesmo barco que eu, não é, portanto estas questões começam a ser colocadas porque a saúde não e a segurança social, assim como a segurança social também não é a saúde e quem trabalha no Serviço de Urgência deve falar da sua experiencia em que efetivamente a sala de estar de uma comunidade que tem pessoas desfavorecidas, que tem pessoa em que deixou de haver um trabalho de rede social como existia no tempo dos serviços de ação local e isto é uma questão muito importante. A ação social trabalhava estas situações, agora com os novos modelos de rede social e plataformas supraconcelhias eu acho que tem um peso e são muito importantes, deixou de haver o compromisso da comunidade por aquela pessoa que vive sozinha, que está abandonada, que ninguém conhece...e, portanto, chegam ao Serviço de Urgência pessoas que vêm nas piores circunstâncias e não é uma nem duas nem três, às vezes no mesmo dia são três casos da comunidade, porque? Porque é que vem para o hospital? Porque o hospital...

É uma porta aberta

É porta aberta e tem a tal ligação com a segurança social, e então a segurança social dá prioridade às situações do hospital e muitas vezes são as próprias colegas que trabalham nos cuidados primários que fazem isso porque efetivamente elas chegam a casa vêm uma pessoa a viver nas piores circunstancias, agora só nos preocupamos com as imagens da guerra, vemos também pessoas em situação de grande vulnerabilidade e as colegas coitadas, pegam no e-mail e dizem vai entrar este este e este, e eu se estivesse no lugar da colega fazia rigorosamente igual não é? Porque se através do hospital é mais fácil de resolver, porque é que não resolvemos?



Muitas vezes nem no hospital se consegue resolver, algumas situações são daquelas pessoas fora dos critérios e fora das respostas normais, que só saem quando há uma exceção

Sim, porque já é difícil para mais de 65... há aquela faixa que tem 50, por isso menos de 65 é difícil encontrar uma resposta

E sendo uma porta aberta...

Aliás nós não podemos pedir o seu CC, o seu passaporte, o seu NIF, para atendimento na segurança social as pessoas têm de estar documentadas. Aqui, felizmente, até digo felizmente, alias eu considero que o hospital ainda continua a ser o serviço publico iminentemente público que dá para tudo. Quando eu estou sozinha, quando tenho um AVC, quando adoço, quando não tenho suporte familiar o que era de mim sem uma urgência hospitalar?

Mas ainda voltando à questão das altas, o que eu sinto, não sei se o grupo sente da mesma maneira, eu não sinto...ou seja a equipa respeita o nosso trabalho e quando nós não conseguimos resolver eles sabem perfeitamente porque há dificuldade na resposta, não porque é pela minha incompetência

Do seu desinteresse

Pronto... E há de facto respeito pelo nosso trabalho e, portanto, a pressão, quando se diz pressão parece assim uma grande...

Eu tenho...

Tem? Não sinto isso

Em ortopedia sim

Pois, mas é por causa das listas de espera ...



O internamento é curto...

Lá está, tem de ser adequado ao serviço e especialidade

Mas no serviço de ortopedia, fazem questão mesmo na visita de rotular as pessoas como “isto é um caso social, isto é um caso social” ... é verdade, são situações sociais que estão trabalhadas, tal como a maior parte que fica são questões da rede, ainda assim, dentro de um contexto hospitalar acaba por ser mais célere do que na comunidade, mas são pessoas, todas as situações que entram na ortopedia são situações que estavam autónomas e passam a uma dependência, mais ou menos, mais novos ou mais idosos, mas altera... e por causa dos tempos cirúrgicos, da lista de espera de operações que ficaram pendentes, tem esta pressão sim, e constantemente, quando é que sai quando é que sai, quando é que tem vaga...

Até porque a unidade de retaguarda que falei à pouco, só prevê situações da medicina

E da urgência

Cirurgia às vezes...

Pois, à uma situação de uma exceção

Sim sim, é pela exceção

Na urgência a pressão eu acho que também passa um bocadinho pelo volume de doentes que tem sempre, e não é que ninguém faça uma pressão diretamente ao serviço, mas faz parte mesmo... de qualquer pessoa perceber que há que escoar doentes porque não há sítio para mais doentes...

A pressão lá em cima é exatamente porque não saindo lá de cima, os que estão cá em baixo não conseguem subir e, na verdade

Isto é um ciclo

É, uma pescadinha de rabo na boca não é. E nós aqui, atendemos Barreiro Moita Montijo e Alcochete, mas aqui o nosso concelho do Barreiro é só o concelho mais envelhecido a nível nacional. Tive pessoas internadas no serviço de medicina com 102 anos, portanto anda tudo nos 80, 90... pessoas já com uma idade muito avançada não é, com problemas de saúde obviamente que basta que estejam internados 2 ou 3 dias no serviço de urgência para ficarem mais dependentes...

Ou deixaram de andar logo

Ou deixarem de andar, e tudo isso altera a dinâmica familiar e altera a funcionalidade das pessoas. Agora pressão existe sim, o que eu oiço muitas vezes lá em cima é “eu tenho não sei quantas doentes no SO, para subir”, a pressão lá em cima é se os que estão lá em cima não saem, os que estão cá em baixo não sobem e... estamos a falar de um serviço de agudos, não estamos a falar de um serviço de medicina de crónicos e as respostas são cada vez mais difícil de acontecer. Há uma coisa que eu acho que é muito importante e a colega falou, que é a educação para a cidadania, porque há pessoas que acham de facto quando a pessoa entra e, não é só pessoas do senso comum, temos pessoas profissionais da área e falo de grupos que estão a funcionar no barreiro na moita, que são os que eu conheço melhor, e há situações que são conhecidas da comunidade que são acompanhadas por outras estruturas, nomeadamente as câmaras, as ipss's e que acabam no hospital, e que acabam por vir para o hospital

(29:18) E há uma questão muito importante, não são só os familiares que abandonam, as instituições também abandonam e, em relação à questão que eu coloquei de as pessoas terem fracos recursos económicos para ingressar nas ipss's também há ao contrário, também há pessoas com bons recursos económicos que se servem entre aspas do sistema publico para resolverem o seu problema e, efetivamente a educação para a cidadania é a solidariedade, a justiça social que quem mias tem já pode responder, quem menos tem já tem de ser protegido e existem de vez em quando uns vampiros e é o que eu chamo, que conhecem o sistema, que sabem como aceder ao sistema e também ... se servem dele, mas também fazem muita pressão

Esses sim fazem uma grande pressão...



E sobretudo sobre nós, o Serviço Social

Catarina – E em termos da família, qual sentem que pode ser o impacto da alta social? Já que abordaram aqui muito o lado do papel das famílias neste processo

É isto que eu estava a dizer, famílias que têm determinado tipo de conhecimento, que até estão dentro do sistema e sabem como é que funciona, mas exigem mais à rede e sobretudo a rede e eu também compreendo porque os preços da rede entre aspas o máximo são 900€ já desde que a rede começou, é uma resposta de qualidade, com todo o tipo de cuidados, e que eu também compreendo que as pessoas querem o melhor para si. A história da rede teve um matching social brutal, foi a bandeira de determinados tipos de governo, agora já não falam tanto porque as populações assimilaram isso e, portanto, existem realmente as outras famílias que nos ligamos a dizer que tem alta clínica e desligam-nos o telefone e quer dizer, não..., ele ta melhor ou já não tem o covid, ou já foi operado e agora não o posso levar, eu trabalho. Não sei se estou a falar bem, mas daquilo que me apercebo é terrível quando dizemos que o doente tem alta clínica.

Sim, porque também é terrível porque há ali uma alteração no plano, da organização familiar digamos, não é, o doente entra numa situação de dependência que... ou era independente ou tinha uma semi-dependência e entram as vezes totalmente dependentes e com cuidados complicados e, de facto a família tem de se organizar e não é fácil, dentro desta nova situação, as pessoas trabalham e tem de manter os seus empregos. Por outro lado, o apoio domiciliário que à pouco falamos é insuficiente, porque ou 2x por dia... e, o dia tem 24 horas e, quem beneficia e não é apoio particular, o apoio particular são algumas situações é que podem ter acesso, estamos a falar de um apoio por parte das ipss's. Um dia que tem 24 horas, e que o doente vai precisar de cuidados ao longo do dia, como é que é possível irem lá só 1x de manhã? Porque às vezes é o que acontece levam o almoço e não vão lá mais, ou seja, um dia inteiro sem o apoio, porque o almoço já nem se considera, é completamente insuficiente em situações de dependência, onde as pessoas tem de se organizar, trabalhar, mas mesmo que estejam em casa são pessoas idosas que muitas vezes não tem capacidade de prestar cuidados aos familiares e, com o apoio a funcionar desta forma também não resulta, as vezes a resposta existe e não existe.



Catarina – Então sente que a alta social pode ser promotora do bem-estar do doente

Deve ser, sempre

Catarina – Como é que sentem isso?

Aí é que fazemos a diferença...

É uma proteção ao doente, não há dúvida nenhuma... Proteção entre aspas não é, pois, a alta social muitas vezes é uma forma de outros profissionais, “eu resolvi o meu problema agora é convosco” e então na área da saúde mental...

Mas em relação do doente, nós tentamos proteger o doente e que seja para melhor, nem sempre conseguimos

Ou seja, neste momento na área da saúde mental existe um grande oportunismo no que toca aos chamados casos sociais porque quem tem uma doença mental, toda a gente sabe que é extramente complicado e há doentes de evolução crónica, estou a falar pela (...), ela não está cá, mas quem já trabalhou lá sabe que é verdade...não há ainda uma rede da saúde mental, para a saúde mental...dizem que há, mas não há. É uma área muito complicada e existem doentes crónicos e, quando há um hospital de agudos e se deixou de fazer o chamado trabalho comunitário e o trabalho de intervenção comunitária não é somente fazer palestras nas juntas de freguesia e clubes da terra, é muito mais que isso, sendo uma área que efetivamente é muito fácil a assistente social que lá trabalha ter 50% dos internamentos sociais, é uma área que eu respeito muito e que acho que talvez seja das áreas mais prejudicadas, é a minha opinião, vale o que vale, não está aqui a colega, mas é isso que eu sinto. Há outra coisa que determinados serviços preocupam-se muito com os objetivos, e muitas vezes são negociados objetivos impossíveis de cumprir e, como são impossíveis de cumprir então fica para a assistente social e, como a assistente social dentro dos seus objetivos, enfim, pode ficar com os casos sociais todos do serviço, o único problema é que os doentes estão lá e merecem outra resposta e nós preocupamo-nos muito com a patologia da cirurgia, da medicina, com o covid... a colega que tem a área da saúde materno-infantil não fala porque efetivamente mal ou bem as respostas surgem, desculpem o que estou a dizer, mas em relação à saúde mental é o parente pobre da



saúde... é e continuará a ser , faço questão que isso fique claro, porque falamos muito em medicinas, nas cirurgias, na ginecologia, na ortopedia, na urgência e a doença mental?

Sim, mas respondendo à alta social que era a questão...

Catarina – Sim, mas responderam...

É porque nem sempre nós tentamos, claro que encontrar ali a solução que é a adequada e que às vezes não é a ideal, mas é a que é possível..., mas sempre tendo em conta o bem-estar do doente e da família, não é, porque se a família tiver desorganizada vai-se refletir no bem-estar do doente...não é fácil, mas o nosso trabalho é nesse sentido.

Mas nem sempre o que a família quer é o que o doente quer...

Catarina – Como assim?

Nem sempre aquilo que o doente preconiza para ele e que está...é assim o doente entra no hospital e fica despejado de tudo o que é seu, e fica incapaz de decidir o que quer que seja, acaba por se pôr a decisão da vida dele nas mãos da família e, algumas vezes e eu tenho sentido isso, aquilo que é desejável para ele não é o que a família deseja... e nós estamos a falar de pessoas mais fragilizadas do ponto de vista social, às vezes até são pessoas informadas, pessoas que sabem os seus direitos todos... pessoas familiares ok?

Foi o que eu disse à pouco...

E que se aproveitam de um internamento hospitalar, as vezes para resolver conflitos familiares, as vezes para deixarem o doente no hospital e segundo eles à responsabilidade do serviço social quando as pessoas estão capazes de decidir, porque uma coisa que ainda não falámos aqui que é o estatuto do maior acompanhado, surgiu a algum tempo e serve agora de bandeira para tudo. O estatuto do maior acompanhado é para tudo independentemente da pessoa, porque aplica-se a pessoas que estejam incapazes de decidir a sua própria vida, os seus bens, tomar as suas decisões, defender os seus direitos e interesses e deveres. A partir da altura em que surge a legislação no EMA, também foi feito um grande marketing sobre essa questão e o EMA serve para tudo, até para pedir



porque as famílias acham que tem o direito de solicitar até quando os seus familiares estão capazes de decidir a sua vida e isto não é a 1º nem a 2º vez que me acontece e o meu papel como assistente social é defender a pessoa que está cá internada e que está incapaz de se defender por estar em internamento hospitalar e aquilo que nos dizem é “então se está bem, ponha-o na rua, ou em casa” obviamente que não vamos fazer isso sem garantir as condições de segurança para aquela pessoa, até porque está a sair de um internamento, está fragilizado, está num período de convalescença de um covid, de uma cirurgia, de uma infeção respiratória, seja do que for ok, e nós não vamos fazer isso, mas estamos muito focados às vezes nas preocupações da família, mas não nos podemos esquecer que temos de pensar fundamentalmente naquela pessoa, naquele doente

E muitos desses doentes por vezes acabam por morrer no hospital...

Acabam por desistir...

Há uma morosidade por parte dos tribunais e, se um familiar diz “eu não quero saber do meu pai ou da minha mãe porque ela também não quis saber de mim”, a pessoa fica entregue à instituição onde está ... que é uma instituição que não é uma instituição tutelar, é de saúde e, portanto, sendo assim os tribunais deverão decidir uma instituição ERPI e se calhar daqui a nada os hospitais também terão de ter uma percentagem para aqueles familiares que têm familiares e que não têm condições para assumi-los, porque há bons pais, há maus pais, há más mães e boas mães...portanto nós aqui não estamos para julgar ninguém mas ultimamente as pessoas acabam por morrer no hospital . Ou seja, uns porque tem fracos recursos, outros porque entraram razoavelmente bem não é, e que acabaram por desistir de viver... há sim questões que também vão merecer um focus group sobre o papel dos maiores acompanhados, porque os tribunais não estavam preparados para uma coisa destas, os tribunais levam anos, meses para decidir enfim ... e essa história dos maiores acompanhados faz recair tudo sobre o hospital.

Catarina – Sim, isso depois também obviamente que será outro tema a debater e obrigada pelo vosso testemunho. Agora, vou só lançar um último tema, em relação aos tempos de pandemia e à intervenção social, o que é que sentem que se fez de diferente nestes tempos de pandemia em relação às altas sociais?



O que é que se fez de diferente?

Catarina – O que é que mudou? Que mudanças sentiram sobretudo?

Mas para quem? Em termos de instituição? Ou enquanto famílias?

Catarina – Em termos... neste caso como assistente social

Na minha intervenção?

Catarina – Sim, na sua intervenção

Olha, aquilo que eu acho é que no início da pandemia, nos tempos iniciais, as pessoas ficaram todas muito solidárias, muito preocupadas com os seus familiares...por um lado havia o receio do covid, porque era uma coisa desconhecida, as pessoas tinham de se vestir todas para falar com o doente, para entrar nos serviços, mas acho que no início houve uma preocupação, um espírito solidário com as pessoas que eram infetadas por covid-19 e, era fácil de trabalhar porque tive situações de pessoas... lá está, nós tínhamos de perceber se a pessoa tinha critérios para internamento porque nem todas as pessoas com covid foram internadas, se as pessoas tinham critérios para internamento, se tinham ou não critérios de habitabilidade, se tinham mais pessoas em casa com covid, se tinham mais do que uma casa de banho, se tinham condições de isolamento em casa e nós aqui em termos de equipa, e estou a falar do meu serviço, haviam outros serviços covid...

Chegámos a ter 5...

Chegámos a ter vários serviços covid e estou a falar na ADR1 e também cheguei a ter a ADR2 num período em que a medicina foi transformada num serviço de ADR também, que era a ADR3

Catarina – Esteve sempre na linha da frente com o covid?



Eu tive com os serviços covid sim, pronto..., mas sentia que havia por parte da equipa uma preocupação, quer com os doentes quer com as famílias e não tive muitas situações de protelamento de alta por situações de covid, o que é interessante de se ver

Porque teve também uma resposta... a segurança social fez protocolos com lares lucrativos, o hospital fez protocolos com lares lucrativos e, a coisa ... andou...e no Alfeite ..., mas também morreu muita gente

No Alfeite houve uma grande pressão sobre o Serviço Social no que toca a relatórios

Para drenar os doentes para fora...

Sim, mas tínhamos recursos nessa altura ok? E às vezes as pessoas não iam, eu tive uma situação que foi daqui para o algarve para o multiusos de Portimão, mas eram pessoas que não tinham critérios de habitabilidade e à uma coisa interessante de ver

Havia mais justiça social

Havia mais justiça social, exatamente. E, à uma coisa interessante, a pessoa vai daqui para o Alfeite, mas vai daqui com as regras muito bem definidas, ou vai daqui para o multiusos de Portimão e vai para lá com as regras muito bem definidas, ou vai daqui para um lar particular protocolado com o hospital e, vai com as regras bem definidas. Findo aquele prazo, as pessoas, as famílias cumprem e os doentes saem, ou morrem... saíam ou morriam. Agora, nesta fase em que só há um serviço ADR no hospital e a situação está a ficar mais calma

Graças à vacinação

Graças à vacinação, obviamente, graças à vacinação e à adesão à que nos tivemos em termos de cidadãos portugueses e outros que se vacinaram... neste momento aquilo que eu sinto é que estamos a voltar ao paradigma anterior, a pessoa está com covid, preenche os critérios, os dias de isolamento que estão protocolados neste momento são 20 dias, porque não tem critérios de habitabilidade e, temos as famílias depois a dizer que não têm condições para receber as pessoas em casa, já com critérios de cura e sem covid...



E já sem a pandemia ativa

Portanto...

Catarina – Então sente que no início da pandemia, também com os protocolos que existiam as coisas resultavam melhor?

Sim...

E as pessoas também estavam mais solidárias

Estavam mais solidárias, eu acho que as pessoas neste momento estão mais cansadas, menos disponíveis, mais frias... até mesmo relativamente aos seus o que é ...

Havia pessoas que estavam em casa, por isolamento profilático ou em teletrabalho, ou seja, havia...

Ter os filhos, pronto... foi...tem de se ver esses factos todos

Agora, as respostas sociais para o covid já não existem.

O internamento era de 14 dias, agora está em 5 não é, os critérios de cura estão em 5 dias

Qualquer dia o covid é uma coisa como outra qualquer... felizmente...

Com 14 dias a capacidade da família se organizar era outra...

Mas não senti pressão para o doente sair ou que houvesse ali protelamento de alta, tive uma situação há relativamente pouco tempo em que o senhor ficou cá mais de uma semana do que estava estipulado, até que se conseguisse organizar uma solução e a equipa percebe e acho que isto tem de ser dito. As equipas onde eu trabalho respeitam o trabalho do Serviço Social



47:21 Sim, também acho...

Eu sinto isso, nunca tive problemas em trabalhar com nenhuma equipa. Agora, obviamente que tem de ser recíproco não é...

Catarina – Em termos da intervenção do início da pandemia para agora, sentem que vai ficar alguma coisa como intervenção futura?

Do covid?

Catarina – Sim

Não, o que deveriam ficar eram as respostas sociais...

As respostas sociais que existiam inicialmente ou a facilidade ou a desburocratização ...

Sim, a rede tornou-se muito mais acessível

As respostas sociais ... deveriam permanecer

Porque também houve impactos... às vezes também gostam muito de complicar o complicável, não é? E, portanto, esses tipos de pessoas também perceberam que a coisa podia-lhe cair em cima

A segurança social dava respostas, mais rápidas, a rede dava respostas mais rápidas

Também morria mais gente ... acho que também houve isso

Sim, mas tínhamos um tempo para entrada em ERPI muito mais curto do que era normal e para a rede a mesma coisa, não é

Pois, e talvez nessa altura as pessoas perceberam que o hospital era para tratar pessoas e não era também para resolver problemas sociais...



E que as próprias poderiam precisar dele não é...

Foi uma situação em que eu também podia apanhar

Exatamente

E, portanto...

Podia precisar de uma cama hospitalar

Podia ser uma situação grave e não ter um ventilador

Pois, foi a história do ventilador...

Catarina – Assim, sentem que o se fez em tempos de pandemia já está a regredir e que não vai ficar nada...

Não...

As equipas funcionam como funcionavam, a articulação é idêntica, as pessoas funcionam bem

As respostas foram criadas só para aquilo

As respostas criadas para a altura do covid desapareceram e, portanto, os problemas persistem

A metodologia já existia

Exatamente...

O Alfeite e isso era só para isso...



Agora, ainda chegou a haver o Alfeite..., mas a gente também não tem interesse em mandar as pessoas

Da urgência foram 2 ou 3 porque não tinham capacidade de fazer isolamento em casa, mas... assim muito ...

Catarina – Acho que já reuni todas as informações aqui, também de forma genérica, e agradeço o vosso tempo...

A gente é que agradece, porque isto também foi um tempo de reflexão para nós e às vezes não temos estes momentos

Catarina – E a partir de muitas das coisas que disseram aqui, eu vou também juntamente com os outros focus group fazer os resultados, depois enviarei e, no final até farei um poster para entregar em cada hospital, fruto do que foi dito aqui e agradeço por isso... Não sei se alguém tem mais alguma questão? Não? Dou assim por encerrado e obrigada

Nós agradecemos também...



ANEXO 6 - Focus group – 2 - Centro Hospitalar Setúbal

Catarina – Boa tarde, mais uma vez agradeço a vossa disponibilidade por me receberem, sei que não é fácil estarem aqui a disponibilizar todo este tempo, mas também vamos aqui tentar ser o mais sucintas possível, neste focus group.

Como eu já disse o meu tema é então a alta social e todas as questões serão direcionadas para esse tema. A primeira questão ou tema, digamos assim, que vou lançar é como é que definiriam a alta social, qual seria a definição e se é definida da mesma forma por todos os intervenientes, ou seja, por médicos, enfermeiros...qual é a vossa perspetiva nesse ponto?

Em relação às diferentes altas nós tentamos que sejam em conjunto, dadas em conjunto, pelo menos é esse trabalho que tentamos fazer diariamente, pelo menos falo por mim.

O Serviço que apoio que é o serviço de medicina interna, eu e a colega x, nós fazemos visitas diárias ao serviço, é um apoio diário onde fazemos ali uma triagem de praticamente todos os doentes que estão internados, vemos os que são referenciados pela equipa médica ou pela equipa de enfermagem, ou mesmo doentes que nós próprias nos apercebemos que podem necessitar de algum tipo de apoio e depois vamos fazer esse acompanhamento sempre com a equipa médica e de enfermagem para tentar que a alta clínica seja dada quando já tiverem reunidas todas as condições sociais não é, de forma a que seja assegurada a continuidade de cuidados do doente. É claro que isso nem sempre acontece, mas tentamos e o trabalho é nesse sentido.

Catarina - E no serviço, portanto, com a pandemia deixou de haver essas visitas diárias ou sempre houve?

Deixou, lá está, falo do serviço a que dou apoio... na medicina nós temos a rotina de fazer a visita, uma reunião semanal, às terças-feiras reunimos sempre com as equipas médicas todas e essa visita não deixou existir não foi x?

Deixou

Deixou de existir?



Deixou de existir, ou seja, não deixou de existir este nosso apoio diário, mas nestas reuniões acabou por ter alguma influência e até deixaram de existir.

E a circulação nos serviços, o mínimo possível para tentar não haver um foco, o foco era a covid

Catarina - E em termos, ou seja, como é que destacam ou como é que vêm, caracterizam a importância da alta social?

... Peço desculpa, penso que não se ouviu...

A alta social, é tão importante como a alta clínica, a meu ver, aliás não pode acontecer só uma não é. O doente pode ter alta clínica, mas se não tiver assegurado todas as condições, não tem alta social.

Catarina – E como é que gerem todo esse processo? Ou seja, mesmo que o utente tenha alta clínica, mas não tenha alta social, como é que gerem o processo quer com a família, quer com o doente quer com a própria equipa

Varia muito de serviço para serviço e, tem muito a ver com a altura do ano em que o hospital se encontra, ou seja, se for uma altura do ano em que há uma necessidade maior de camas, a pressão sobre nós é maior... numa altura do ano em que há uma gestão de camas um bocadinho mais tranquila, onde há menos necessidade de internamento, esse processo é mais tranquilo. Depois há serviços como uma medicina que tem uma necessidade de camas quase constante o ano inteiro onde a pressão é uma, eu dou apoio à cirurgia onde em algumas alturas do ano há uma série de vagas, portanto a pressão nessas alturas é menor.

Não é uma pergunta fácil de responder, porque varia muito. Na urgência, a pressão é 24 sobre 24, nunca há vagas.

As altas clínicas, nós fazemos todas o mesmo, penso eu... que é tentar ao máximo que a partir do momento em que os doentes nos são sinalizados à entrada da urgência, ou tentar que seja logo encaminhada para a parte social, ainda assim, que é para fazermos esta

combinação da alta clínica com a alta social. Ainda assim, às vezes não é possível... tem alta clínica efetivamente e, no serviço de urgência ter alta clínica também poderá contar para vários aspectos, porque uma urgência de ambulatório pode ser umas horas e, a pessoa ainda assim nessas horas não poder sair sem ter a parte social garantida e, portanto, acontece com regularidade darem alta clínica e só a seguir a pessoa poder sair com alta social, mas tem de ser muito rápido à mesma...não é?

Catarina – Então sentem aqui, claro, que o serviço influencia o processo e a pressão que a colega também falou, mas não sei se querem falar particularmente, ou seja, de algum exemplo, para se poder perceber um bocadinho melhor o que quer dizer isso da “pressão”?

No caso da urgência, primeiro a missão do hospital não é a missão da solidariedade social como existe nas instituições da segurança social, a partir desse pressuposto há um sistema a funcionar em função da doença aguda, essa é a primeira e nós existimos como um serviço de apoio e por isso temos que, somos pelos utentes, sendo essa a base da nossa profissão, é os direitos das pessoas, mas por outro lado temos o sistema todo que se movimenta, no serviço de urgência o exemplo disso é entrar uma pessoa que não tem doença aguda, entra como caso social direto porque não tem condições para ficar em casa, porque foi desalojado, porque ta na rua e é encontrado como sem-abrigo e entra praticamente com alta, entra faz a triagem é observado, às vezes pouco ou nada, não tem doença aguda e quando é passado à assistente social já é com alta.

Catarina – Fica logo como caso social

É um exemplo do mais rápido e aí é impossível combinar uma alta clínica com uma alta social, também temos a diferença entre as situações de urgência de ambulatório e a urgência de internamento, no internamento temos sempre mais ou menos, são 24h de internamento, as pessoas ficam mais tempo ... 24h e 48h de internamento, tenho assim um bocadinho mais de tempo se for logo sinalizado à entrada, não é? Mas na urgência de ambulatório não, a pessoa entra, tem alguma alteração, ou mesmo não tendo uma alteração, o motivo da entrada é verificado uma situação social, os médicos e os enfermeiros referenciam, mas a pessoa já teve alta, portanto é muito mais fácil ainda assim com 48h trabalhar uma situação e aí combinar a



alta clínica com a alta social, que é isso que todas nós tentamos fazer, mesmo na urgência do que uma pessoa que entra e tem alta.

Faz-se mais facilmente no serviço de internamento, depende do serviço consegue-se mais facilmente fazer essa articulação em internamento do que em contexto de urgência, é diferente. O planeamento de alta na urgência é de uma forma e no internamento é de outra forma.

E mesmo nos internamentos varia de especialidade para especialidade, sim...

Devido à tipologia

Catarina – Claro, porque nos internamentos também, ou seja, existem camas disponíveis no internamento para quem está na urgência puder subir, isto acaba por ser um ciclo...

Essa é a questão... essa é a questão

Tem de haver rotatividade de camas e de altas precisamente para pudermos dar resposta ao serviço de urgência.

Por isso é que comecei por dizer que a base da nossa profissão era defender os direitos dos utentes ou dos cidadãos... temos a pressão do sistema e, as camas ocupadas, macas por todo o lado no serviço de urgência não é bom para qualquer cidadão que precise do sistema a funcionar e, por sua vez também nas enfermarias se os doentes não saírem...

A urgência não consegue escoar...

Catarina – Não consegue escoar

Exatamente

Catarina – E em termos de respostas sociais, entramos aqui noutra campo, mas que está diretamente ligado com a alta. Sentem que em tempos de pandemia foram, ou seja, em



tempos de pandemia como é que foram as respostas e como é que se calhar são agora passados estes dois anos?

Se já são más, em tempos de pandemia foram péssimas... Os apoios domiciliários só aceitavam com teste covid negativo... os centros de dia fecharam, os lares também só aceitavam com teste negativo, fazer isolamento...

E houve alturas que nem aceitavam...

Quando havia surtos não aceitavam nem os utentes que já tinham, quanto mais utentes novos. Agora, já está um bocadinho melhor, mas ainda, em setúbal só há um centro de dia a funcionar, quando tínhamos alguns. Os apoios domiciliários continuam na mesma a pedir os testes, os lares já estão um bocadinho mais abertos, pois já aceitam às vezes até pessoas com covid.

(...) Ao nível das respostas, após a primeira vaga notou-se alguma abertura face ao número de óbitos que houve, houve a altura de integrar novos utentes

Mas também já passou essa fase

Pois foi, foi a primeira

Catarina – Sentem que o processo está a voltar ao que era antes da pandemia?

Sim...

Catarina – E, essa é a principal dificuldade ou um constrangimento identificado. Sentem... a questão da pressão também já foi abordada, mas em termos de desafios e como é que sentem e como é que gerem, não queria dizer como é que gerem outra vez, mas acaba por ser. Como é que gerem com o doente concretamente

O grande desafio eu penso que continua a ser mesmo, ou um dos, é encontrar uma resposta adequada em tempo útil, não é... porque nós temos muitas das vezes de conseguir estas



respostas em dois, três dias e às vezes é muito pouco tempo para se conseguir uma inscrição para apoio domiciliário, efetivar inscrição, isto tudo requer aqui algum tempo

Catarina – E acaba por ficar aqui a aguardar então esse...

Muitas vezes sim... Um dos maiores desafios é mesmo a ausência de respostas, não haver vagas de lar, às vezes um simples apoio domiciliário atrasa uma alta, ou se a colega ainda tiver de fazer atendimento à família, pedir documentos e tudo isso está a condicionar a saída do doente para casa

Catarina- E sentem que em tempos de pandemia se fez alguma coisa de diferente em termos de intervenção do serviço social?

Aqui?

Catarina - Sim...

Eu acho que sim, não sei... acho que tivemos todas de reaprender a trabalhar de uma forma completamente diferente, tínhamos só atendimentos só se fosse mesmo... se a pessoa tivesse de assinar alguma coisa, ou se não tivesse e-mail, nós trabalhamos com as famílias no dia a dia e temos vários atendimentos durante o dia e nessa altura foi um bocadinho complicado, até o falar com o doente, íamos ter com eles

Catarina – Mesmo a entrada nos próprios serviços ou não?

Sim, e alguns serviços... os covid's era complicado, tínhamos de nos equipar todas para falar com o doente.

Durante algum tempo tentámos não ir todos os dias ou ir o mínimo indispensável, mas íamos aos serviços e havia a circulação, só nos serviços covid mesmo é que evitávamos ao máximo...

Catarina – Houve essas restrições? Normais? (15:37)



Até para controlar, não é? É sempre um risco para nós e para os outros, tínhamos de nos fardar, desfardar...mas nos outros serviços não, nós circulávamos, tentávamos sempre por telefone quando não dava tinha de ser presencial, tivemos sempre o serviço aberto, trabalhámos sempre cá, sempre presencial.

Sem teletrabalho.

Catarina – Preveem ou sentem que deveria, ou ficou, alguma coisa desses tempos de pandemia para agora? Ou sentem que não?

Não...

Eu acho que as respostas da segurança social foram mais rápidas nessa altura e foram criadas estruturas de retaguarda que existiam à muitos anos e depois deixaram de existir... e para o covid foram criadas o que permitiu escoar vários doentes e, agora já não existem essas respostas e às vezes era uma resposta de retaguarda importante de existir... que se deixou de executar nessa altura e que depois se deixou

Catarina - Deixou de se executar

Sim...

Catarina – E sentem que isso durante alguns meses foi importante?

Sim, chegou a ser a única alternativa mesmo... para se conseguir escoar doentes

Catarina – Seria uma das coisas então que identificariam que deveria ter ficado pós-covid

Sim, acho que deveria...

Mas não ficou.

Era uma mais-valia para se trabalhar melhor aquela situação, a família...



Porque dependendo dos serviços os tempos de internamento são muito curtos, têm timings para cumprir em termos do programa do serviço e, isso conta para tudo. Quem gere os departamentos, movem-se em função disso, do que os diretores contratualizaram com a administração e, nós vamos atrás dessa pressão... e se tivéssemos essas camas de retaguarda para situações que precisem de outro tipo de intervenção e que os cuidados primários não dão continuidade ao nosso trabalho, não dão continuidade... seria mais fácil para nós. Ainda assim, acho que os cuidados primários, o serviço social, devia ter outro tipo de trabalho porque as pessoas não pertencem ao hospital, efetivamente, na minha opinião, as pessoas pertencem à comunidade e por aqui passam, só nos ambulatórios em que as pessoas vêm com muita frequência é possível fazer um maior acompanhamento, tudo o resto dos serviços...

Catarina – É uma intervenção em crise, digamos assim...

Exato, nós fazemos visitas domiciliárias e temos de deixar o internamento e os telefonemas, os atendimentos cá e isso era importante podermos ter uma articulação com quem está efetivamente todos os dias na comunidade e não tem esta pressão da doença aguda, dos tempos de internamento. Era possível mudar algumas coisas de facto, mas sistémico, as camas retaguarda por um lado e, por outro lado uma melhor articulação com o centro de saúde, com as colegas do centro de saúde.

Muitas das vezes o hospital também serve de linha de emergência social, há uma situação em crise, e vem para urgência que aqui resolvemos... e já não está em perigo, m casa sozinho, ou em risco de queda e acaba por ser a urgência a linha 144

Um bocadinho...

O que não devia de ser...

Lá está, mais uma vez é a segurança social que precisa de ter mais respostas

Para o antes e para o depois, não é?



A segurança social e os cuidados de saúde primários... porque há situações que vêm para a urgência porque referem que há situação de saúde. Se estas situações na comunidade, deveria ser bem articulado a saúde e as próprias instituições da comunidade, para as situações não chegarem aqui.

Mesmo chegando, por exemplo alguns casos de protocolos de RSI, como tem os técnicos e as ajudantes, referenciam-nos a nós diretamente que aquela pessoa vai entrar na urgência, referenciam a mim neste caso, mas depois não deixam o trabalho para nós fazermos, eles dão continuidade ao trabalho e a questão passa por aí, de passar a batata quente porque estão no hospital. Por exemplo, algumas equipas de setúbal dos protocolos do RSI fazem toda a articulação, do ponto de vista da saúde, social, a pessoa também precisa disto ou daquilo, porque isso está mais diagnosticado e é conhecido por eles, mas não deixam para nós fazermos... não deixam para nós fazermos e, o que acontece nos cuidados primários, na minha opinião, é que os recursos na comunidade são todos os mesmos, nós não temos no hospital nenhum recurso especial, infelizmente. Mas, as colegas passam alguns casos como se nós aqui tivéssemos uma bola mágica ou uma varinha de condão e por estarem no hospital conseguimos resolver, ou seja, elas passam-nos as situações como se não fossem delas, já conhecidas delas e, não há necessidade disso.

Acho que nós que estamos na comunidade, nós, não as assistentes sociais do hospital, que não tem essa capacidade, nem tempo nem disponibilidade, quem está na comunidade e no centro de saúde deveria perfeitamente dizer vai aí, é uma situação social, mas quando tiver alta é comigo, ajudas-me, articulamos, mas sou eu que giro, não é a assistente social que está na urgência... a assistente social que está na urgência tem os conhecidos da comunidade e os não conhecidos e, os não conhecidos deveriam ser aqueles que fosse para dedicar mais tempo, os conhecidos já têm gestores que acompanham com alguma regularidade, sejam os cuidados de saúde primários sejam algumas instituições e isso deve ser um trabalho que deve continuar a ser feito e não o despejar aqui para a assistente social da urgência. (6:15)

Catarina – Sentem que há um certo, não diria abandono, que é uma palavra forte, mas uma desresponsabilização por parte da comunidade quando o utente entra no hospital, sobretudo pelo serviço de urgência, que acaba por ser uma porta aberta, digamos assim



A colega liga logo a dizer vai para aí e nós não temos resposta para ele...

Mas eu gostei do que a colega disse, há essa facilidade com as equipas de RSI, só...

Só...

Exatamente, só...

Porque se forem utentes do apoio domiciliário, de centro de dia, das colegas da segurança social, elas ligam a dizer e dizem o doente vai para a urgência e já não pode voltar para casa... já não tem condições, mas já estava assim à imenso tempo, mas agora vem para a urgência já não pode voltar, porque agora se for para casa já está em perigo

E isto é sabido pelas pessoas, cada vez mais. Os próprios serviços...

Os próprios serviços que tem um contrato com aquele utente que no fundo é um cliente também, fazem isso

Catarina – Depois aqui qual é que é o papel da assistente social?

Resolver...

É a tal varinha de condão, eu na urgência... hoje não trouxe a minha aqui para o focus group, mas lá na urgência tenho a minha varinha de condão, então faço milagres quando as colegas me ligam a dizer que é para a assistente social da urgência resolver, quando tem um utente de SAD, que se calhar já não devia ter a algum tempo, mais referenciado...

Que elas já deviam ter referenciado à colega da segurança social...

E também têm essa obrigação, não é só os serviços que são do estado que tem obrigação de referenciar para um lar quando a pessoa não tem capacidade de pagamento no privado

Muitas colegas também se queixam que se forem elas a referenciar para lar o utente fica eternamente à espera, se for o hospital a referenciar é diferente, nunca vos aconteceu?

Sim sim (...)

Mas é uma questão do sistema, o sistema é que não funciona bem... qualquer pessoa referenciada que não tem capacidade económica, há uma vaga de ERPI na segurança social devia ser considerado. Claro que aqui para escoar uma cama dão mais prioridade, até aí está tudo bem, mas basicamente é um problema de sistema, ou seja, já escolhem entre quem está em casa e tem apoios no domicílio, que é o melhor que se pode ter enquanto não há necessidade de ir para lar... e é aqui, o que é que fazem? Os próprios familiares já sabem dessa forma de funcionar e são orientados pelos técnicos para deixarem os seus familiares aqui, porque aqui vão resolver, é uma questão de sistema...o sistema é que está mal, não é? E nós começamos a ter conhecimento de como é que o sistema funciona e aproveitamo-nos dele... mesmo sendo o nosso ente querido, enfim, enfim

Catarina – É uma bola de neve

É, e acabamos por ter aqui questões que já existiam há muitas décadas, já no século passado, pois as respostas acabam por ser as mesmas e para a mesma população, as pessoas duram mais tempo e também as doenças nas pessoas mais jovens, doenças crónicas ou outras, onde há uma ausência de respostas, poder-se-á dizer que existe a RNCCI para estas situações, mas em alguns casos não é aplicada considerando que não existem critérios de referência em alguns casos e temos muitas situações em que há um retardar no tempo, entre a população jovem, que tem respostas e a terceira idade e a população dependente não há muita resposta para pessoas que estão fisicamente ou psicologicamente dependentes, as respostas são as que existiam e, querendo também da parte do sistema... assistimos atualmente ao próprio SNS, as iniciativas estão a fazer o mesmo, acho que isto é geral, e acaba por satisfazer outros interesses (...)

Catarina – Eu penso que, de forma geral, já foram ditas aqui coisas obviamente muito importantes que depois vai ser transcrito, tudo o que foi falado, posso enviar os resultados finais. Agradeço mais uma vez a vossa participação, não sei se alguém quer acrescentar mais alguma coisa.... Dou assim por terminada a sessão, obrigada.



Anexo 7 – Focus Group- 3 -Hospital Garcia D’Orta

Catarina – No âmbito do mestrado em, como o meu objeto de estudo é a alta social, concretamente, o movimento da alta social, eu gostaria de começar por perceber como é que a definem a alta social, como é que a vêm, caracterizam...

Acho que é quando estão reunidas as condições para o doente puder sair, do ponto de vista do suporte familiar, de apoios, ou então quando não havendo uma instituição que possa receber, tem de haver condições para garantir a continuidade de cuidados e bem-estar da pessoa.

Nas enfermarias avaliamos o doente, o doente e a família para tentarmos perceber se existe algum constrangimento e alguma necessidade depois de intervenção da nossa parte, e a alta social efetiva-se quando aquele constrangimento que nos foi identificado está resolvido, está alcançado.

Eu acho que não tem haver propriamente com a alta clinica porque a alta social implica que nós tratemos de aspetos que podem ser ou não em concordância com a alta clinica e lá está, há situações que do ponto de vista social a situação está devidamente orientada, mas do ponto de vista clinico a pessoa ainda precisa de algum tipo de cuidados e aí haver outro tipo de respostas no âmbito clinico, ou por outro lado a pessoa já está em condições clinicas para ter alta, mas do ponto de vista social é necessário outro tipo de orientação e, por isso o ideal será obviamente em concordância ter alta clinica e social

Sim, o objetivo é a coincidência das altas, mas nem sempre é possível...

Catarina – Ou seja, no vosso ponto de vista a alta social é definida da mesma forma por todos os intervenientes, ou seja, por nós assistentes sociais, pelos médicos, pelos enfermeiros, como é que acham que cada profissional define? Se há diferença se não há? Como é o seu ponto de vista

A alta social á partida é definida por nós, do assistente social, como isto é um trabalho de equipa nas enfermarias, nós vamos diariamente ali dando algum feedback provavelmente dizendo aquele doente não vai ter alta social imagine quando a alta clínica está prevista



e, tem de se protelar a alta, mas vai havendo sempre ali um trabalho de equipa, não é e um feedback que vamos dando à equipa.

Fazemos uma articulação institucional, falamos diariamente com a equipa, com os vários elementos da equipa multidisciplinar no sentido de darmos feedback porque nem sempre nós conseguimos uma resposta favorável dos serviços da comunidade, ao nível dos serviços de apoio domiciliário, e, portanto, temos de aguardar essa disponibilidade

E até mesmo por exemplo, nós às vezes delineamos um plano de alta com a família e pensamos mediante esta situação vamos delinear as coisas e organizar as coisas desta forma e sempre em concordância com a equipa médica e de enfermagem do serviço e temos de estar sempre em trabalho direto com eles até porque as coisas se vão alterando, muitas das vezes aquilo que combinámos inicialmente com a família e dissemos ao serviço que aquela alta ia ser perspectivada, há necessidade de um reajuste ou porque a família entretanto estava disponível e deixou de estar, ou porque há um dos elementos da família, às vezes acontece, são internados ou morrem... a própria evolução do doente vai alterando sempre aqui a dinâmica. A nossa própria alta vai sendo sempre aqui ajustada ao longo do internamento.

E nem sempre é quando nós...nós às vezes podemos planear de determinada maneira, mas de facto nem sempre as coisas são como inicialmente prevíamos como a colega estava a dizer e, tem de haver ali alguma...

Há famílias e, seguramente que aconteceu a todas nós, imagine, nós avaliamos a situação e há aquele constrangimento, organizamos tudo, está tudo combinado com a família para sair dia 14 às 15h00...chega dia 14 às 15h00 e a família diz não, não é? Quantas vezes acontece isso e depois temos que voltar a reajustar tudo porque as famílias também vão mudando ao longo do internamento...

Catarina- Durante o processo tem de haver aqui reajustamentos...

Sempre, sempre.

Mas o início da questão era a alta social, sim, é uma questão nossa.

Uma coisa que acontece por vezes é, e em todos os serviços acho que é transversal que é temos reuniões de equipa e temos visitas médicas onde estão presentes vários profissionais, nomeadamente, o médico, o enfermeiro e o assistente social. Também nessas reuniões nós conseguimos ter uma previsão da alta do doente e dar também do ponto de vista social o feedback e o planeamento daquela situação que é, estamos a ter estes constrangimentos ou já está do ponto de vista social a situação orientada, a pessoa já tem apoio domiciliário, portanto isso também é um feedback que nós também temos e recebemos da própria equipa.

E solicitamos também muito a colaboração da equipa, imagine, a família...temos as coisas organizadas, mas a família ainda tem dúvidas relativamente à questão da autonomia, nós pedimos para a equipa falar para contextualizar, pedimos para que façam ?, imagine uma sonda, um doente que era uma pessoa perfeitamente normal, neste momento tem uma sonda Naso gástrica, envolvemos a equipa de forma a que aquele constrangimento que é a sonda seja logo ali desmistificado e para que as coisas corram da melhor forma possível.

Catarina – Ou seja, tudo isto que estamos a falar obviamente é o processo da alta mas, concretamente e pensando de uma forma geral qual é do vosso ponto de vista a importância da alta social em contexto hospitalar?

A importância é garantir que o doente quando sai, tenha a situação social resolvida, ou seja, que o doente não saia, se só estiver aqui em causa a questão clínica, os médicos não é acham que o doente o está ótimo do ponto de vista clínico, vai para casa... Não pode ser assim, a alta social é fundamental para que a pessoa quando saia não vá perdida e não vá assim ao abandono não é.

E acho que os serviços reconhecem essa importância.

Sim, sim... na maioria.

Sim, e mesmo o envolvimento, o envolvimento... se bem que é assim, na maioria dos serviços é muito o serviço social que é o elemento mediador que vai puxar o enfermeiro, a família, que vai puxar o médico... porque nós somos aqui o profissional de excelência



que faz esse trabalho e, muitas das vezes as altas fluem de uma forma mais célere e melhor organizada porque nós andamos muito ali no meio de toda a equipa e envolvemos toda a equipa, todos os profissionais.

Catarina – Quais é que identificam em termos de desafios e constrangimentos, quais é que identificam relativamente à alta? Eu sei que isto também pode variar de serviço para serviço, mas já lá vamos a essa questão

Não termos respostas atempadas, da comunidade.

É muito os recursos, os timings, os tempos, a burocratização.

Sobretudo a nível dos processos para se efetivar um recurso... os recursos são poucos. A rede enquanto recurso enquanto processo é um processo altamente complexo e desadequado, eu acho que a expressão é mesmo disfuncional à realidade, pelo menos aqui neste hospital.

O intuito da rede é dar uma resposta de saída do doente do hospital e ter uma continuidade de cuidados e o ingresso nos cuidados continuados antes de regressar ao domicílio, ou seja, recuperar a sua autonomia para depois regressar ao domicílio, mas na prática não é isso que acontece porque o tempo de resposta da rede não é compatível.

A continuidade da rede é completamente violada pelo processo, das duas uma, ou se faz continuidade no hospital ou não faz continuidade em casa, não é, se vai para casa aqueles cuidados preconizados pela rede não vão ser assegurados, podem ser assegurados outros e a situação tenta-se minimizar.

O circuito e os processos são completamente desadequados aquilo que é a boa prática e, o doente retrocede.

Catarina – E como é que gerem esse processo com a própria família? E com o doente?

Dizendo a verdade.



Sim, acima de tudo a nossa prática, peço desculpa, tem de ser essa, envolver a família e sermos claros e transparentes..., portanto as coisas são o que são, mesmo aquilo que o colega estava a dizer da burocratização do processo não ser linear e haver aqui uma série de questões, todos os familiares têm conhecimento disso, nós nunca escondemos nada..., portanto as famílias sabem.

As regras do jogo são postas...

Pronto às vezes acho que os timings as pessoas, até nós às vezes somos surpreendidos com mais tempo do que eventualmente poderíamos pensar, eventualmente em termos dos timings, às vezes as pessoas ficam um bocadinho desiludidas porque tem sempre esperança que seja um bocadinho mais rápido, isto no caso dos doentes que vão para casa, porque...

Obviamente a expectativa da família é sempre que seja mais rápido, têm sempre essa expectativa e de facto às vezes vamos recebendo feedbacks de famílias de doentes que estão em casa e acabamos por ter uma noção... até nós ficamos um bocadinho surpreendidos do tempo que demora, ou ficou qualquer coisa pendente do processo lá está, porque isto é altamente burocratizado e isso às vezes também é um bocadinho complicado de gerir.

Acaba por ser por exemplo os doentes da rede, acaba por ser aqui em termos de protelamento de altas um volume bastante significativo, porque nós temos doentes que eram perfeitamente autónomos que u na sequência de um acidente ou de um avc, do que seja, ficam completamente dependentes e há situações que até podem ir para casa a aguardar por exemplo um processo da rede e à doentes que não, que não tem capacidade e nós temos de reter os doentes aqui e, portanto é um nível bastante significativo a nível dos nossos protelamentos de alta, porque à doentes que não têm cuidador, não há uma série de questões e pelo menos aqui enquanto aguardam têm os cuidados devidamente assegurados, nomeadamente, a nível da reabilitação que é fundamental que um doente que tenha um avc comece a fazer reabilitação o mais precocemente possível para que possa recuperar.



Catarina – Em termos, isto acaba por estar tudo interligado e ser aqui como um ciclo, como é que vêm ou sentem a pressão, se é que sentem ou que existe? Cada um pode sentir de alguma forma a pressão dos próprios serviços... por parte também da comunidade.

Isso é uma aprendizagem, acho eu.

É uma aprendizagem que se leva com o tempo, quando detetas um conjunto de processos que podem ser melhorados e podem alterar estas efetivações das altas que ficam proteladas, aí a angústia ainda é muito maior. Quando percebes que está pendente de uma coisa completamente estapafúrdia a alta e a referenciação daquele doente... surreal.

A tendência é para pressionar, depois há serviços que pressionam mais e há serviços que pressionam menos, isso depende das dinâmicas e das pessoas que estão nos serviços. Agora, vou dizer que claro que há 10 ou 15 anos atrás sentia muito mais pressão, não é sentia mais ou menos, se calhar lidava de uma maneira diferente, agora as coisas...

A experiência. Tem a ver com a experiência e também com o teu próprio domínio, da tua equipa e da solidariedade que tens com a própria equipa e isso não é num dia ou dois que se consegue gerir esse tipo de coisas, leva anos.

Há serviços que sempre pressionaram muito e continuam a pressionar muito e, as pessoas que trabalham nesses serviços têm o dia a dia um bocadinho mais complicado.

Tem a ver também, pronto obviamente que a pressão também está relacionada com a pressão dos próprios serviços e obviamente do hospital, porque há serviços onde a necessidade de camas e de vagas é emergente e com os doentes que estão a aguardar na urgência para puderem ser internados, essa pressão é sempre maior. Também tem a ver com a própria especificidade do serviço, um doente que fica internado um ou dois dias e depois tem alta logo a seguir, ou doentes que estão internados mais tempo e que há possibilidade de trabalhar melhor essas altas, mas pronto obviamente que sentimos sempre essa pressão quer também das pessoas com quem trabalhamos, da nossa equipa, da nossa chefia de serviço e, portanto tudo isso influencia também o nosso trabalho, trabalharmos sobre pressão...

Depois há formas de pressionar e formas de pressionar, isso também varia um bocadinho não é, há formas de pressionar que nos afetam mais o dia a dia.

Sim, há formas de pressionar entendíveis, não é? Porque obviamente todos pressionam, o objetivo do hospital qual é, libertar camas, ponto. Tratou, tem alta vai embora. Agora, há serviços que até têm alguma sensibilidade e alguma forma cordial de pressionar e há serviços que estão completamente... que roça o bullying não é, é verdade. Algumas de nós, infelizmente, já passamos aqui por situações em serviços que estávamos lá para fazer o nosso trabalho e fomos alvo de questões completamente inimagináveis, de facto o que a colega estava a dizer há pouco que a nossa maturidade, entendimento e conhecimento também nos vai dando alguma tranquilidade para dizer e dar murros na mesa e dizer “não”, podem pressionar dia de noite e fazerem o que quiserem, isso também nos dá algum à vontade.

E não nos afetar tanto, porque isso também é um trabalho que temos de fazer, porque a nossa profissão é extremamente desgastante e nós ao longo dos anos temos de ir criando estratégias internas de forma que possamos trabalhar e nos protegermos para nunca perdermos o foco, porque o nosso foco é o doente, ponto final, é o doente e aquela família, o nosso foco é esse.... Temos também de nunca perder o foco e também aprendermos a protegermos, porque não é fácil, é uma profissão extremamente desgastante.

Corremos o risco de levar isto para fora do hospital... e levámos ao início, exatamente. Eu costumava dizer na brincadeira eu dormia com os doentes... dizia na brincadeira, porque eu estava em casa e estava a pensar o que é que eu faço, depois com o tempo vamos aprendendo a gerir e a desligar, fechamos a porta e lá fora é o resto, porque se nós também não fazemos esse corte, não temos capacidade para o resto que é o foco da nossa intervenção.

Catarina – Falava em estratégias, que tipo de estratégias é que acha que são importantes o assistente social adotar?

Para gerir esta situação?

Catarina – Sim, para gerir este tipo de situações...



Eu posso falar por mim, isto vale o que vale, obviamente que cada pessoa tem a sua forma de estar e a sua personalidade. A forma que eu tenho, eu faço sempre internamente “tu estás cá, o teu foco é esse, estás cá para dar o teu melhor, ponto”, e vou sempre pensando deixa-os falar, deixa-os dizer, vou fazendo aqui um trabalho de mindset no sentido de ir criando alguma carapaça para me defender das questões e depois tento quando saio daqui arranjar outras coisas que me deem força para estar o melhor possível.

Eu acho que isto... há estas estratégias internas que tem a ver com cada um de nós e a forma como nós depois conseguimos gerir a pressão dentro do hospital e tentar que ela não passe para fora e depois há as estratégias, nomeadamente, internas quer dizer, dentro do hospital. Ou seja, na equipa onde nós trabalhamos se nós tivermos, é claro que isto vale o que vale e á serviços que não há cá contactos privilegiados que valham para não haver pressões, mas se houver uma interligação, uma articulação muito boa, se as pessoas souberem aquilo que nós estamos a fazer, como estamos a fazer eu acho que em termos de estratégias é mais fácil e a pressão talvez seja menor, mas volto a dizer há serviços em que nada disto funciona, em que a pressão é pura e dura, depois há estas estratégias internas que a colega disse...Depois cada um.

Há serviços que acham que são detentores de tudo, depois temos aqui no hospital uma classe profissional que acha que é... que sabe tudo, nós temos aqui uma classe que acha que são enfermeiros, assistentes sociais, que são médicos, que são tudo e nestes serviços atípicos acham que gerem tudo e que nós não estamos lá a fazer nada se não atrapalhar, pronto, e tudo o que o Serviço Social...

E ligam agora como me ligaram...

Tudo o que o Serviço Social possa tentar implementar como melhoria não só, nomeadamente em termos de melhoria de articulação entre a própria equipa não é entendível, não é aceitável e depois obviamente faz com que o nosso trabalho nesses serviços seja muito mais complexo, como estava a dizer se estivermos numa equipa em que estamos perfeitamente bem integrados, toda a equipa sabe quem somos, o que fazemos e para que estamos lá e, que contam connosco, somos efetivamente mais um elemento na engrenagem, sabem perfeitamente que a engrenagem sem nós não funciona,



obviamente que isso também nos traz algum alento e faz com que seja mais fácil nós gerirmos a pressão.

Pensando concretamente em situações, até podemos dar exemplos que é, por exemplo, um casal de idosos em que um deles está cá internado, com uma mudança completa da situação de autonomia e, portanto regressa a casa mais dependente, o apoio domiciliário tratado que vai dar resposta no prazo de um a dois dias, o doente pode permanecer no hospital esse um ou dois dias até que o apoio domiciliário consiga dar esse tipo de resposta, para o serviço é perfeitamente entendível que assim o seja e conseguem preparar a alta dessa forma, para outros serviços esse tempo que o doente fica cá é absurdo e não é entendível como uma mais valia para o doente puder regressar a casa em melhores condições quando se não for dessa forma o doente regressa a casa e pode retornar no dia a seguir por complicações ou não segurança dos cuidados, seja o que for... há aqui dois tipos de situações que podem acontecer dependendo obviamente dos serviços e do tipo de articulação entre os diferentes profissionais.

Catarina – Portanto a alta social acaba por ter contornos diferentes consoante o serviço de especialidade.

Há uma linha comum não é, depois há aqui algumas nuances que são diferentes consoante os serviços, sim... mas a tendência obviamente é haver sempre pressão para que alta social e clínica seja coincidente. A forma de pressão, às vezes, varia um bocadinho, mas há sempre.

Catarina – Em termos de equipa, a pouco falávamos de certa forma do papel e da valorização do assistente social na própria equipa, ou seja, em cada serviço são feitas reuniões, vão presencialmente aos serviços, como é que funciona? Ou seja, o vosso dia a dia e a vossa metodologia?

Nós diariamente vamos aos serviços, eu no meu serviço em particular faço reuniões diárias com os diversos intervenientes, médicos, enfermeiros, às vezes também tenho lá a fisioterapeuta, também acaba por falar um bocadinho e discutir o caso clínico, se a pessoa tem algum potencial, como está, para também me ajudar no próprio planeamento



da alta, essas reuniões existem, às vezes não tem um dia fixo, no meu caso concreto, sei que há colegas que têm dia fixo e horas.

Catarina – Também estou a ver que vocês têm telefones de serviço...

Sim, tendencialmente nós fazemos uma triagem aos doentes internados nas enfermarias, a metodologia é essa, depois há alguns serviços que são por sinalização, mas são poucos, tendencialmente é a triagem, mas claro que se virmos lá um doente com 30 anos ou 20 anos completamente autónomo se calhar não vamos lá fazer aquelas questões todas, não se justifica se calhar não é, mas tendencialmente é a triagem.

Catarina – Também participam nas visitas médicas, fazem o acolhimento...

Sim...

Catarina – E em relação, saltando um bocadinho para a pandemia e para o contexto pandémico, que principais desafios é que identificam ou identificaram?

Foram tantos... principalmente quem trabalhou nos serviços...

Foram muitos, muitos, porque é assim, isto um bocadinho porque eu como tenho a hospitalização domiciliária, nós enquanto hospitalização domiciliária o que fizemos foi alargámos o nosso volume de camas de internamento em casa, tentando ao máximo retirar doentes covid para o domicílio com o nosso acompanhamento, de forma a podermos libertar as camas de internamento para outro tipo de situações. É assim, vou ser honesta consigo, eu ao início não sabia sequer que tipo... tinha de avaliar o doente para ir para casa, eu não sabia que tipo de abordagem, nós estamos muito habituadas aos doentes e eu sabia quando vou falar com o doente as questões que tenho de colocar, ali tive de aprender a fazer uma avaliação completamente diferente, o que é que eu tenho de avaliar, qual é... o que é que eu tenho de ensinar a estas famílias, tenho de as capacitar... foi muito isso. Felizmente, e digo felizmente, a equipa da hospitalização domiciliária é uma equipa excelente, trabalha-se mesmo em equipa, portanto... e, foram a minha âncora no sentido de me dizerem... criou-se um flyer, criou-se questões do que se deveria avaliar com o doente, acabei por conseguir engrenar bem, porque tive ali da parte deles um



acompanhamento muito bom e um ensinamento , acima de tudo é o desconhecimento, e o que se vai falar com estas famílias, estas famílias vão-me colocar estas questões e agora o que é que eu respondo, não é? Tivemos de fazer uma aprendizagem muito grande e perceber que planear aquela ida do doente para casa numa dinâmica completamente diferente, e com um objetivo completamente diferente e com todos os medos que nós tínhamos, obviamente que os tínhamos e que a população também tinha, os doentes também tinham receio, as famílias também tinham receio.

Acho que um dos desafios também... desculpa

Depois a questão que os familiares também não podiam visitar, não tinham a perceção da situação clínica.

Nós não víamos os doentes...

Perceber como é que o doente estava, depois a equipa, também não nos conseguiam dar muito esse feedback, só faziam o levantar do doente no dia da alta, não conseguiam perceber as limitações e a família também nos questionava constantemente.

O facto de nós não vermos o doente, não atendermos as famílias, prepararmos uma alta sem sequer vermos o doente não é, e percebermos se de facto a família estava ou não recetiva a isso, que tipo de apoio conseguiam dar em casa e o facto também numa altura complicada, onde os médicos também não conseguiam dar muitas informações, lá está porque tal era o volume de chamadas e as linhas do hospital completamente ocupadas, as pessoas ligavam muitas vezes para nós para tentar saber alguma informação e muitas vezes nós fazíamos este papel de mediação entre a equipa médica e as famílias, dizer olhe esta família está com algumas questões relativamente á situação do doente e nós funcionávamos muito nessa articulação de tentar falar com as famílias, perceber as dificuldades, perceber os constrangimentos que tinham com a alta e tentar articular também com a equipa médica nesse sentido.

Isto muito, estamos aqui a falar até mais de doentes covid que foi o que elas... eu nunca estive num serviço, numa enfermaria específica para doentes covid, mas até esse nível obviamente, alterou tudo, a nossa dinâmica mesmo não trabalhando diretamente com as



enfermarias que tinham doentes covid foram enfermarias que foram mudadas de um sitio para o outro, profissionais todos que mudaram, que andaram de um serviço para outros, lá está, as visitas independentemente de serem doentes covid ou não, não era possível fazer-se, os familiares não viam os doentes, nós mesmo as enfermarias não covid também havia algumas restrições em termos de acessos, porque quanto menos gente andasse a circular no hospital melhor, porque todos íamos para a rua a seguir e o objetivo era tentar não trazer, depois as nossas próprias ansiedades, porque sabíamos um dia de manhã chegávamos aqui “ai a não sem quantas, a secretária que tivemos no dia anterior está com covid”, essa parte, essa gestão nossa de medo também foi... isto, o impacto foi a todos os níveis, em termos individuais, em termos de profissionais nós com as enfermarias (...) a x não está cá, mas é uma colega que também esteve na “pneumo covid”, mais com os doentes covid, mas depois nós que não estávamos especificamente com enfermarias covid, mas o impacto alargou-se a todas as enfermarias, porque a nossa forma de trabalhar, a nossa metodologia de trabalho teve de ser toda adaptada e foi tudo alterado assim de uma semana para a outra, temos que preparar altas na mesma, não é, à distância, sem ver doentes... pronto, foi ...

Para não falar que existiam respostas que não eram viáveis em situação covid, por exemplo, o apoio domiciliário não apoiava doentes covid, os centros de dia estavam fechados...

Exatamente, os lares só aceitavam com teste...

Depois isto foi outra coisa, até haver uma uniformização de o teste tem de ser 24h 48h, houve uma altura em que cada instituição tinha a sua regra, portanto por mais que a DGS mandasse as regras cá para fora, havia sempre instituições que tinham de ser diferentes e exigiam coisas diferentes, havia também aqui uma falta de uniformização em termos de alguns procedimentos que era difícil aqui para nós também gerir.

Mas, sem sobra de dúvida que numa época tão complexa o nosso grande parceiro em termos das altas foi a família, as famílias ajustaram-se...

Como continua a ser...



Não, mas na questão da pandemia particularmente, porque é o que as colegas estavam a dizer, os familiares não viam, não sabiam se o doente andava, se comia se não comia, havia aqui uma série de questões... e confiavam plenamente naquilo que nós lhes dizíamos, dizíamos olhe está desta forma, está daquela e contamos consigo para isto e, de facto a família foi aqui sem sombra de dúvida o nosso grande parceiro na resolução das situações.

Depois há famílias que não levavam os doentes se não os vissem, não é, por exemplo, era tentar arranjar formas com as equipas, estava tudo muito fechado, as estratégias e eu percebo, não é? Deixar aqui o doente na urgência, está aqui duas semanas, quer dizer, é completamente o desconhecido, uma coisa é o doente conseguir ligar, fazer uma videochamada, porque depois também houve essas colaborações das enfermarias que faziam chamadas aos familiares, videochamadas, tentavam manter ainda as pessoas de alguma forma ligadas, quando conseguiam não é, mas à doentes que não falam, não conseguiam... e preparar altas assim, eu percebo perfeitamente, meto-me no lugar das famílias.

E faz toda a diferença, imagine há um doente que tem de ir cumprir isolamento a casa, é completamente diferente para aquela família saber o doente, pronto tudo bem, tem de estar num quarto sozinho, tem de haver estas medidas, mas ele tem autonomia e capacidade para gerir só vou fazendo algum apoio de retaguarda, outra coisa é não ele está infetado e eu vou ter de lhe dar banho, vou ter de entrar, vou ter de fazer cuidados, portanto isso foi um constrangimento também muito grande, não é.

Catarina – E em termos de respostas sociais, as respostas de emergência?

Se as coisas já são difíceis e complicadas em tempos normais, ditos normais não é, em termos de...

A resposta foi a família.

Catarina – Acham que as respostas de emergência que foram adotadas na altura não...?



É assim houve respostas, aquelas de retaguarda que foram fazendo, o Alfeite aqui na zona que abriu, obviamente demorou um bocadinho porque se calhar ninguém estava à espera que a dimensão fosse de tal maneira, mas obviamente que foram abrindo respostas válidas para tentar escoar as situações e os doentes que não precisavam de estar, permanecer no hospital, podiam estar noutra tipo de estrutura e foram de facto abrindo e, também foram obviamente com o tempo as instituições foram-se adaptando, mas no início como eu estava a dizer foi muito complicado. Mas, é como eu lhe digo, isto naturalmente já não é linear e há instituições sempre mais complicadas que outras, claro que com estas questões muito mais.

Ainda agravou...

Eu vivi noutra realidade hospitalar, e eu acho que aí foi o que aconteceu melhor na pandemia, as respostas para erpi a nível de santa casa ou segurança social, a colocação de doentes na rede, foi tudo coisas muito mais efetivas que estabeleceram novos canais de comunicação e as coisas que hoje em dia voltou, isto foi o que aconteceu agora é que voltou tudo ao antigamente.

Também temos de pensar, na altura da pandemia, em termos de erpi por exemplo, infelizmente, faleceram centenas de doentes.

Faleceram sim, e nós apercebemo-nos...

Houve muitas vagas não é, e daí a colocação de doentes.

Mas houve...houve...

Faleceram mais de metade da população que tinham.

Eu sei, mas a rede não inventaram doentes para a rede e foram colocados outros doentes mais rapidamente, houve um conjunto de circunstâncias daquilo que nós falávamos ao nível dos processos que foram eliminados e resolveram-se mais rápido, as respostas, o circuito por exemplo da santa casa da misericórdia eles têm sempre, como não tem lares próprios ou ipss's, pagam a outros lares, há sempre outros lares dentro de uma lista própria



que têm, há sempre vagas para os doentes que têm referenciados, portanto aí tem haver que se agilizam um conjunto de processos para ajudar os hospitais.

Aqui também, aqui também notámos isso.

Que já se perdeu, entretanto, tudo outra vez...

Os doentes eram colocados mais...

Houve canais mesmo com os municípios, no caso de Lisboa então foram excecionais relativamente, tinham uma pousada da juventude e outros equipamentos mesmo para os sem-abrigo, houve um conjunto de circuitos que foram facilitados a comunicação e que bastava um telefone ou um e-mail com coisas básicas e resolviam-se rapidamente, e isso perdeu-se tudo outra vez.

Por acaso aquela estrutura dos sem abrigo, abriu também nessa altura...

Foi, foi... e abriram também, sei que no seixal abriu uma escola, um pavilhão numa escola que estava fechada abriram.

Mas para os sem abrigo aqui de Almada mantém-se aqui uma estrutura que abriu nessa altura e continua.

A questão é, aquela população, peço desculpa por interromper, aquela população autónoma excelente, teve algumas respostas e efetivamente foi uma mais valia e permitiu que as coisas fossem mais rápidas, mas o problema colide sempre com os doentes mito dependentes em termos de cuidados não é, porque para esses não foi criada uma estrutura que permitisse agilizar...

Catarina – E esses canais de comunicação e circuitos que o colega também estava a identificar acabaram por se perder, alguma coisa ficou?

Eu acho que vai ficando, não é...



Sim, alguns perduram, como os dos sem abrigo...

Alguns canais acabam por ser a nossa diretora que os tinha e continua a ter e, acredito que sim, que se abriu alguns canais durante a pandemia que se mantêm, nós mantemos... mais ou menos os canais que nós tínhamos.

Sim, foi mais talvez entre chefias, para coordenar a abertura ou os processos de como é que os doentes eram transferidos para o Alfeite, ou a articulação com o NPISA, era mais com a coordenação do que propriamente...

Catarina – Ou seja, essa articulação foi o que se acabou por fazer de diferente em termos de pandemia que se acabou por, de certa forma, foi uma resposta de emergência, de retaguarda que acabou por ir embora?

De certa forma sim...

Também a necessidade é outra, não é?

Eu voltando à carga do problema, tem mais a ver com um conjunto de idosos que de certa forma isolados, não é, sem retaguarda familiar que frequentavam estruturas a nível de centro de dia e que ficaram com apoios domiciliários pontuais e que já com estádios se calhar pré demenciais disfuncionais para aquela dinâmica, e que de um momento para o outro foram colocados em casa e completamente ... pouco mais que isto e estas pessoas depois caíram completamente a pique e isto teve consequências obviamente...

E ainda está a ter...

Ainda estamos a apanhar doentes que não foram tratados das suas doenças neoplásicas e afim e quando chegam aqui já estão num estado lastimoso.

Os doentes não tiveram...é assim, vivemos numa fase que a única doença que havia era covid, portanto não havia doenças oncológicas , não haviam doenças de outro nível qualquer e doentes que não tiveram qualquer tipo de acompanhamento mesmo a nível dos cuidados de saúde primários e que neste momento estão a vir ao hospital já com situações



clínicas bastante complexas que não foram diagnosticadas e não foram devidamente acompanhadas, isso foi gravíssimo, faleceu muita gente, o número de óbitos foi extremamente elevado e estão a aparecer agora estas situações de pessoas que estão mal, clinicamente muito mal, porque houve aqui um hiato onde não houve... os doentes deixaram de existir para além do covid não é, isso foi muito mau.

Catarina – Agora quando chegam a doença está muito mais avançada...

Sim, e de facto os hospitais não tinham capacidade para responder à dimensão do covid e a dimensão ao resto... é que não havia mesmo capacidade, tudo o que é listas de espera, certamente consultas, cirurgias, ficou tudo...isso é do domínio público não é, porque aumentou tudo...mas aquilo que o colega estava a dizer é muito importante, a estrutura do centro de dia, essa resposta social é uma resposta que mantém muita gente, nomeadamente, as demências, ali no início de situações de início de demências equilibradas e controlados e, o fecho dos centros de dia foi uma situação muito dramática...

E depois para além do facto em que a resposta depois se reverteu em apoio domiciliário acabava por ficar comprometida quando as próprias auxiliares ficavam com covid e não havia pessoas suficientes para prestar os cuidados em casa e muitas pessoas ficaram desprotegidas nessa altura.

Catarina – E em termos, saltando um bocadinho para o papel do assistente social preveem algumas dessas reaprendizagens e novas estratégias que tiverem de adotar fiquem para uma intervenção futura?

Acho que fica...acho que tudo o que passámos vai ficar.

É impossível não ficar.

Vai ficar para o bem e para o mal, acho eu, acho que foi muito difícil, mas certamente também aprendemos muita coisa...

Acho que evoluímos.



Aprendemos a trabalhar de outra maneira... evoluímos enquanto profissionais, acho que se notou uma evolução, porque tivemos que rapidamente nos reajustar e adaptar a uma realidade completamente diferente não é, e isso fez-nos crescer profissionalmente, fez perceber que perante situações adversas nós tivemos essa capacidade não é. Agora, ficam do ponto de vista pessoal tudo aquilo, acima de tudo o que fica sempre é as más memórias, das coisas que vimos, que ouvimos, que percebemos, isso também fica cá, não é...

Catarina – Mas enquanto intervenção...

Sim, eu acho que aprendemos e como a colega estava a dizer adaptámo-nos e encontramos estratégias de intervenção que não estávamos habituadas a utilizar e formas de intervir também diferentes, a capacidade de adaptação.

Os resultados que tivemos foram, apesar de ser uma situação adversa, os resultados que a equipa conseguiu foram resultados bastante significativos... precisamente porque fizemos um...

Catarina – Ou seja, o papel da equipa acaba por ser aqui o grande pilar também para o sucesso do próprio serviço.

Sim, sozinhos não vamos a lado nenhum...não é?

Catarina – Claro que sim, não sei se alguém tem alguma coisa a acrescentar...Penso

Conseguimos responder?

Catarina – De forma geral sim, eu não segui o guião à risca obviamente porque a conversa flui e a necessidade de perguntas ou respostas também vai alterando, mas muito obrigada.



Anexo 8 – Quadro Síntese Focus Group 1

Categorias	Códigos	Segmentos do focus group - CHBM
Alta Social	Definição e caracterização	<p><i>A alta social é quando estão reunidas as condições, ou no domicílio ou outras para o doente ter alta</i></p> <p><i>O ideal é que a alta social coincida com a alta clínica</i></p> <p><i>É uma proteção ao doente, não há dúvida nenhuma...</i></p>
Alta Social	Constrangimentos	<p><i>Escassez de recursos humanos, uma assistente social tem mais de 30 camas e trabalha com várias equipas médicas</i></p> <p><i>Eu tenho dificuldade, num trabalho programado numa alta programada com as equipas médicas</i></p> <p><i>O mal é as respostas sociais que existem não serem atípicas e estarem formatadas</i></p> <p><i>Alta social é como diz a colega, eu acho que devia coincidir com a alta clínica, não sendo muitas das vezes possível e não e porque nos não façamos os possíveis para que isso não aconteça e, a equipa o mesmo.</i></p> <p><i>Muitas vezes nem no hospital se consegue resolver, algumas situações são daquelas pessoas fora dos critérios e fora das respostas normais, que só saem quando há uma exceção</i></p>
Equipas de tratamento	Articulação entre as equipas multidisciplinares	<p><i>Falo quer com os médicos quer com os enfermeiros no sentido de perceber a situação e qual deles, porque também são doentes que não tem visitas nem visita médica nossa, temos de nos equipar todos para entrar no serviço, nas enfermarias portanto às vezes não é muito fácil, as vezes os contactos são através do telefone</i></p> <p><i>A nossa presença é muito importante na equipa, no sentido de com o diretor de serviço que agora faz questão de estar nas visitas médicas, com o enfermeiro chefe e o serviço social, e toda a restante equipa que nos rodeia obviamente, discutirmos os doentes um a um e tentarmos ver qual o problema</i></p> <p><i>Há serviços que se sente mais essa pressão, ou seja, no sentido em que é um hospital, temos de desbloquear camas...</i></p>

		<p><i>A equipa respeita o nosso trabalho e quando nós não conseguimos resolver eles sabem perfeitamente porque há dificuldade na resposta, não porque é pela minha incompetência</i></p> <p><i>tem esta pressão sim, e constantemente, quando é que sai quando é que sai, quando é que tem vaga...</i></p> <p><i>Na urgência a pressão eu acho que também passa um bocadinho pelo volume de doentes que tem sempre, e não é que ninguém faça uma pressão diretamente ao serviço, mas faz parte mesmo... de qualquer pessoa perceber que há que escoar doentes porque não há sítio para mais doentes...</i></p> <p><i>A pressão lá em cima é exatamente porque não saindo lá de cima, os que estão cá em baixo não conseguem subir e, na verdade... é um ciclo</i></p>
<p>Planeamento da alta</p>	<p>Alta clínica vs alta social</p>	<p><i>Uma das questões que faço questão de perguntar é para quando a alta está planeada, para me conseguir organizar e organizar a família, mas de facto temos muitos constrangimentos com as respostas da comunidade</i></p> <p><i>A ideia é tentarmos o mais precocemente avaliar a situação de maneira a perceber as fragilidades, as necessidades e estabelecer um plano</i></p> <p><i>Temos de avaliar a situação em termos de cuidados necessários, diários, ver o que o doente necessita, e que família temos para prestar apoio dentro da situação real do doente e varia de facto de serviço e de especialidade, sem dúvida nenhuma</i></p> <p><i>Temos que fazer um plano dirigido para o doente e família tendo por base de facto a situação clínica, daí que seja importante estarmos nas visitas médicos como a colega dizia à pouco, porque aí há uma partilha de informações quer clínica quer social e é nesse confronto, porque o doente é um só e aí conseguimos estabelecer qual o plano mais adequado para aquele doente.</i></p> <p><i>O objetivo é que o doente saia o mais precocemente possível e que coincida com a ata clínica, mas novamente devido a dificuldade de recursos e repostas acaba por algumas situações se manterem no hospital, que não devia acontecer, mas não conseguimos...</i></p>



		<p><i>Há ali uma alteração no plano, da organização familiar digamos, não é, o doente entra numa situação de dependência que... ou era independente ou tinha uma semi-dependência e entram as vezes totalmente dependentes e com cuidados complicados e, de facto a família tem de se organizar e não é fácil, dentro desta nova situação, as pessoas trabalham e tem de manter os seus empregos</i></p>
Respostas sociais	Escassez de respostas e recursos sociais	<p><i>Um simples SAD é preciso muito, é um processo burocrático, muito complicado dependendo de instituição para instituição as vagas deles não são compatíveis com a necessidade de vagas que nós temos de camas hospitalares e, as respostas da rede que de facto é um processo com alguns constrangimentos</i></p> <p><i>Os recursos não evoluíram a medida das necessidades, deu-se quase uma estagnação digamos nestas respostas.</i></p> <p><i>O nosso problema começa, pois temos de articular e em meio hospitalar as respostas dependem sempre da comunidade, do exterior e o nosso trabalho implica a dinâmica diária de procura, de respostas e contactos telefónicos, e-mails, pedidos e de facto confrontamo-nos com a inexistência de recursos e com tempos de espera grandes que não é compatível com a alta hospitalar que ocorre ao fim de pouco tempo.</i></p> <p><i>Acho que há coisas que em termos de acordos de cooperação do estado com as IPSS que tem de ser alterados</i></p>
Serviço Social	Papel da Assistente Social	<p><i>O meu papel como assistente social é defender a pessoa que está cá internada e que está incapaz de se defender por estar em internamento hospitalar</i></p> <p><i>Mas estamos muito focados às vezes nas preocupações da família, mas não nos podemos esquecer que temos de pensar fundamentalmente naquela pessoa, naquele doente</i></p>

Covid-19	Tempos de pandemia e o papel dos hospitais	<p><i>No início da pandemia, nos tempos iniciais, as pessoas ficaram todas muito solidárias, muito preocupadas com os seus familiares...por um lado havia o receio do covid, porque era uma coisa desconhecida, as pessoas tinham de se vestir todas para falar com o doente, para entrar nos serviços, mas acho que no início houve uma preocupação, um espírito solidário com as pessoas que eram infetadas por covid-19</i></p> <p><i>Nós tínhamos de perceber se a pessoa tinha critérios para internamento porque nem todas as pessoas com covid foram internadas, se as pessoas tinham critérios para internamento, se tinham ou não critérios de habitabilidade, se tinham mais pessoas em casa com covid, se tinham mais do que uma casa de banho, se tinham condições de isolamento em casa e nós aqui em termos de equipa</i></p> <p><i>Sentia que havia por parte da equipa uma preocupação, quer com os doentes quer com as famílias e não tive muitas situações de protelamento de alta por situações de covid, o que é interessante</i></p> <p><i>Porque teve também uma resposta... a segurança social fez protocolos com lares lucrativos, o hospital fez protocolos com lares lucrativos e, a coisa ... andou...</i></p> <p><i>Mas tínhamos recursos nessa altura ok? E às vezes as pessoas não iam, eu tive uma situação que foi daqui para o algarve para o multiusos de Portimão, mas eram pessoas que não tinham critérios de habitabilidade e à uma coisa interessante de ver ... havia mais justiça social</i></p> <p><i>Mas não senti pressão para o doente sair ou que houvesse ali protelamento de alta, tive uma situação há relativamente pouco tempo em que o senhor ficou cá mais de uma semana do que estava estipulado, até que se conseguisse organizar uma solução e a equipa percebe e acho que isto tem de ser dito. As equipas onde eu trabalho respeitam o trabalho do Serviço Social</i></p> <p><i>A segurança social dava respostas, mais rápidas, a rede dava respostas mais rápidas</i></p> <p><i>Pois, e talvez nessa altura as pessoas perceberam que o hospital era para tratar pessoas e não era também para resolver problemas sociais...</i></p> <p><i>As respostas foram criadas só para aquilo</i></p>
----------	--	--



Anexo 9 – Quadro Síntese Focus Group 2

Categorias	Códigos	Segmentos do focus group - CHS
<i>Alta Social</i>	<i>Definição e caracterização</i>	<p><i>Em relação às diferentes altas nós tentamos que sejam em conjunto, dadas em conjunto, pelo menos é esse trabalho que tentamos fazer diariamente.</i></p> <p><i>Depois vamos fazer esse acompanhamento, sempre com a equipa médica e de enfermagem para tentar que a alta clínica seja dada quando já tiverem reunidas todas as condições sociais não é, de forma que seja assegurada a continuidade de cuidados do doente.</i></p> <p><i>O doente pode ter alta clínica, mas se não tiver assegurado todas as condições, não tem alta social.</i></p>
<i>Alta Social</i>	<i>Constrangimentos</i>	<p><i>Não deixou de existir este nosso apoio diário, mas nestas reuniões acabou por ter alguma influência e até deixaram de existir.</i></p> <p><i>E a circulação nos serviços, o mínimo possível para tentar não haver um foco, o foco era a covid.</i></p> <p><i>Se for uma altura do ano em que há uma necessidade maior de camas, a pressão sobre nós é maior... numa altura do ano em que há uma gestão de camas um bocadinho mais tranquila, onde há menos necessidade de internamento, esse processo é mais tranquilo.</i></p> <p><i>Dependendo dos serviços os tempos de internamento são muito curtos, têm timings para cumprir em termos do programa do serviço e, isso conta para tudo.</i></p>
<i>Equipas de tratamento</i>	<i>Articulação entre as equipas multidisciplinares</i>	<p><i>Depois há serviços como uma medicina que tem uma necessidade de camas quase constante o ano inteiro onde a pressão é uma, eu dou apoio à cirurgia onde em algumas alturas do ano há uma série de vagas, portanto a pressão nessas alturas é menor.</i></p> <p><i>Depende do serviço consegue-se mais facilmente fazer essa articulação em internamento do que em contexto de urgência.</i></p>
<i>Planeamento da alta</i>	<i>Alta clínica vs</i>	<p><i>O planeamento de alta na urgência é de uma forma e no internamento é de outra forma.</i></p>



	<i>alta social</i>	<i>Tem de haver rotatividade de camas e de altas precisamente para pudermos dar resposta ao serviço de urgência.</i>
<i>Respostas sociais</i>	<i>Escassez de respostas e recursos sociais</i>	<p><i>Era possível mudar algumas coisas de facto, mas sistémico, as camas retaguarda por um lado e, por outro lado uma melhor articulação com o centro de saúde, com as colegas do centro de saúde.</i></p> <p><i>Muitas das vezes o hospital também serve de linha de emergência social, há uma situação em crise, e vem para urgência que aqui resolvemos... Lá está, mais uma vez é a segurança social que precisa de ter mais respostas.</i></p> <p><i>Porque se forem utentes do apoio domiciliário, de centro de dia, das colegas da segurança social, elas ligam a dizer e dizem o doente vai para a urgência e já não pode voltar para casa... já não tem condições, mas já estava assim à imenso tempo, mas agora vem para a urgência já não pode voltar, porque agora se for para casa já está em perigo.</i></p> <p><i>Mas é uma questão do sistema, o sistema é que não funciona bem... As respostas acabam por ser as mesmas e para a mesma população.</i></p>
<i>Serviço Social</i>	<i>Papel da Assistente Social</i>	<p><i>Nós existimos como um serviço de apoio e por isso temos que, somos pelos utentes, sendo essa a base da nossa profissão, é os direitos das pessoas, mas por outro lado temos o sistema todo que se movimenta</i></p> <p><i>A base da nossa profissão era defender os direitos dos utentes ou dos cidadãos... temos a pressão do sistema e, as camas ocupadas.</i></p> <p><i>O grande desafio eu penso que continua a ser mesmo, ou um dos, é encontrar uma resposta adequada em tempo útil, não é... porque nós temos muitas das vezes de conseguir estas respostas em dois, três dias e às vezes é muito pouco tempo.</i></p> <p><i>Acho que tivemos todas de reaprender a trabalhar de uma forma completamente diferente, tínhamos só atendimentos só se fosse mesmo... se a pessoa tivesse de assinar alguma coisa, ou se não tivesse e-mail, nós trabalhamos com as famílias no dia a dia e temos vários atendimentos durante o dia e nessa altura foi um bocadinho complicado, até o falar com o doente, íamos ter com eles.</i></p>

		<p><i>Não é só os serviços que são do estado que tem obrigação de referenciar para um lar quando a pessoa não tem capacidade de pagamento no privado.</i></p>
<i>Covid-19</i>	<p><i>Tempos de pandemia e o papel dos hospitais</i></p>	<p><i>Se já são más, em tempos de pandemia foram péssimas...</i></p> <p><i>Quando havia surtos não aceitavam nem os utentes que já tinham, quanto mais utentes novos.</i></p> <p><i>(...) Ao nível das respostas, após a primeira vaga notou-se alguma abertura face ao número de óbitos que houve, houve a altura de integrar novos utentes.</i></p> <p><i>Um dos maiores desafios é mesmo a ausência de respostas, não haver vagas de lar, às vezes um simples apoio domiciliário atrasa uma alta, ou se a colega ainda tiver de fazer atendimento à família, pedir documentos e tudo isso está a condicionar a saída do doente para casa tentávamos sempre por telefone quando não dava tinha de ser presencial, tivemos sempre o serviço aberto, trabalhámos sempre cá, sempre presencial.</i></p> <p><i>As respostas da segurança social foram mais rápidas nessa altura e foram criadas estruturas de retaguarda que existiam à muitos anos e depois deixaram de existir... e para o covid foram criadas o que permitiu escoar vários doentes e, agora já não existem essas respostas e às vezes era uma resposta de retaguarda importante de existir... que se deixou de executar nessa altura e que depois se deixou.</i></p>



Anexo 10 – Quadro Síntese Focus Group 3

Categorias	Códigos	Segmentos do focus group - HGO
<i>Alta Social</i>	<i>Definição e caracterização</i>	<p>Acho que é quando estão reunidas as condições para o doente puder sair, do ponto de vista do suporte familiar, de apoios, ou então quando não havendo uma instituição que possa receber, tem de haver condições para garantir a continuidade de cuidados e bem-estar da pessoa.</p> <p>(...) A alta social efetiva-se quando aquele constrangimento que nos foi identificado está resolvido, está alcançado.</p>
<i>Alta Social</i>	<i>Constrangimentos</i>	<p>O objetivo é a coincidência das altas, mas nem sempre é possível...</p> <p>Nem sempre nós conseguimos uma resposta favorável dos serviços da comunidade, ao nível dos serviços de apoio domiciliário, e, portanto, temos de aguardar essa disponibilidade</p> <p>As coisas vão-se alterando, muitas das vezes aquilo que combinámos inicialmente com a família e dissemos ao serviço que aquela alta ia ser perspectivada, há necessidade de um reajuste</p>
<i>Equipas de tratamento</i>	<i>Articulação entre as equipas multidisciplinares</i>	<p>Fazemos uma articulação institucional, falamos diariamente com a equipa, com os vários elementos da equipa multidisciplinar no sentido de darmos feedback</p> <p>Em todos os serviços acho que é transversal que é temos reuniões de equipa e temos visitas médicas onde estão presentes vários profissionais, nomeadamente, o médico, o enfermeiro e o assistente social</p> <p>Também nessas reuniões nós conseguimos ter uma previsão da alta do doente e dar também do ponto de vista social o feedback e o planeamento daquela situação</p>



<p><i>Planeamento da alta</i></p>	<p><i>Alta clínica vs alta social</i></p>	<p>A importância é garantir que o doente quando sai, tenha a situação social resolvida, ou seja, que o doente não saia, se só estiver aqui em causa a questão clínica</p> <p>É fundamental para que a pessoa quando saia não vá perdida e não vá assim ao abandono não é.</p> <p>A tendência é para pressionar, depois há serviços que pressionam mais e há serviços que pressionam menos, isso depende das dinâmicas e das pessoas que estão nos serviços.</p> <p>Há serviços que sempre pressionaram muito e continuam a pressionar muito e, as pessoas que trabalham nesses serviços têm o dia a dia um bocadinho mais complicado.</p> <p>Há uma linha comum não é, depois há aqui algumas nuances que são diferentes consoante os serviços, sim... mas a tendência obviamente é haver sempre pressão para que alta social e clínica seja coincidente.</p>
<p><i>Respostas sociais</i></p>	<p><i>Escassez de respostas e recursos sociais</i></p>	<p>Os timings, os tempos, a burocratização</p> <p>Sobretudo a nível dos processos para se efetivar um recurso... os recursos são poucos</p> <p>O circuito e os processos são completamente desadequados aquilo que é a boa prática e, o doente retrocede.</p> <p>Houve uma altura em que cada instituição tinha a sua regra, portanto por mais que a DGS mandasse as regras cá para fora, havia sempre instituições que tinham de ser diferentes e exigiam coisas diferentes, havia também aqui uma falta de uniformização em termos de alguns procedimentos que era difícil aqui para nós também gerir.</p> <p>É assim houve respostas, aquelas de retaguarda que foram fazendo...</p> <p>Abriu alguns canais durante a pandemia que se mantêm, nós mantemos... mais ou menos os canais que nós tínhamos.</p>

<p><i>Serviço Social</i></p>	<p><i>Papel da Assistente Social</i></p>	<p>O serviço social que é o elemento mediador</p> <p>Somos aqui o profissional de excelência que faz esse trabalho e, muitas das vezes as altas fluem de uma forma mais célere e mais bem organizada porque nós andamos muito ali no meio de toda a equipa e envolvemos toda a equipa, todos os profissionais.</p> <p>A nossa prática, peço desculpa, tem de ser essa, envolver a família e sermos claros e transparentes..., portanto as coisas são o que são.</p> <p>Temos também de nunca perder o foco e também aprendermos a protegermos, porque não é fácil, é uma profissão extremamente desgastante.</p> <p>Aprendemos a trabalhar de outra maneira... evoluímos enquanto profissionais.</p> <p>Adaptámo-nos e encontrámos estratégias de intervenção que não estávamos habituadas a utilizar e formas de intervir também diferentes, a capacidade de adaptação.</p> <p>Os resultados que tivemos foram, apesar de ser uma situação adversa, os resultados que a equipa conseguiu foram resultados bastante significativos</p>
<p><i>Covid-19</i></p>	<p><i>Tempos de pandemia e o papel dos hospitais</i></p>	<p>Porque há serviços onde a necessidade de camas e de vagas é emergente e com os doentes que estão a aguardar na urgência para puderem ser internados.</p> <p>O objetivo do hospital qual é, libertar camas.</p> <p>Há uma linha comum não é, depois há aqui algumas nuances que são diferentes consoante os serviços, sim... mas a tendência obviamente é haver sempre pressão para que alta social e clinica seja coincidente.</p> <p>Tivemos de fazer uma aprendizagem muito grande e perceber que planear aquela ida do doente para casa numa dinâmica completamente diferente, e com um objetivo completamente diferente.</p> <p>Nós funcionávamos muito nessa articulação de tentar falar com as famílias, perceber as dificuldades, perceber os constrangimentos que tinham com a alta e tentar articular também com a equipa médica nesse sentido.</p>



		Os hospitais não tinham capacidade para responder à dimensão do covid e a dimensão ao resto... é que não havia mesmo capacidade
--	--	---