

A intervenção do Serviço Social nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados em tempo de Pandemia

Estudo realizado nas ULDM da Comunidade Intermunicipal do Oeste

The intervention of Social Work in the Continued Care Units during pandemic
Study focuses on the Long-Term and Care Units of the Intermunicipal Community
of the west of Portugal

Isabel Maximiano Lopes¹
Hélia Bracons²
Inês Espírito Santo³

Resumo

A Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) resulta de uma parceria entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e do Ministério da Saúde para garantir a reabilitação, a readaptação e a reintegração social e familiar de pessoas em situação de dependência. Uma política que o Estado regula através de acordos e parcerias com o terceiro setor e entidades privadas. A pandemia enquanto crise de saúde pública sem precedentes, veio colocar enormes desafios à proteção do bem-estar e dos direitos humanos dos cidadãos. O estudo dá relevo à intervenção do assistente social nas ULDM bem como as estratégias usadas face ao surto pandémico, tendo como finalidade oferecer uma visão das vulnerabilidades económicas e sociais dos utentes das ULDM da OesteCIM. Assenta na metodologia qualitativa com recurso à técnica da entrevista semidiretiva. O resultado mostra que, dos 180 utentes das ULDM da OesteCIM, 81 são “casos sociais” que, na voz das participantes, são utentes que aguardam a resolução da “situação social”, com reduzido suporte familiar e económico. Salienta-se a persistência e resiliência das Assistentes Sociais no encontro de respostas sociais e na envolvimento da família para manter os vínculos afetivos e relacionais. Foi relatado que a consequência mais danosa durante a pandemia foi a ausência de visitas.

Palavras-chave: Intervenção do Serviço Social, Rede Nacional de Cuidados Continuados, Unidades de Longa Duração e Manutenção, Pandemia.

Abstract

The Continued Care National Network (RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), results from a partnership between the Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social and the Ministério da Saúde to ensure rehabilitation, readaptation of social and family reintegration of people in a situation of dependence. It's a policy that State regulates, through agreements and partnerships with the third sector and private entities. The pandemic, as an unprecedented public health crisis, has brought enormous challenges to the protection of the well-being and citizens human rights. The study focuses on the intervention of social work in the Long-Term and Care Units (ULDM - Unidades de Longa Duração e Manutenção) as well as the strategies used during the pandemic, with the aim of offering a vision of the economic and social vulnerabilities of the patients of ULDM inserted in the Inter-municipal Community of the West of Portugal (OesteCIM). The work is based on a qualitative methodology using a semi-directive interview technique. The study demonstrates that, of the 180 ULDM patients, 81 are considered "social cases" which, in the words of the interviewees, are patients with a reduced family and economic support. The persistence and resilience of Social Workers and their permanent attempt to find a social solution for these patients is highlighted, as well as the family involvement to maintain affective bonds. It was reported the most harmful consequence caused by the impact of the pandemic was the absence of visits.

Keywords: Intervention of Social Work; Continued Care Nacional Network; Long-Term and Care Units; Pandemic

¹ Licenciada em Serviço Social e Mestre em Serviço Social e Política Social

² Doutora em Serviço Social pela UCP. Professora auxiliar no Instituto de Serviço Social da ULHT

³ Doutora em Serviço Social pelo ISCTE. Assistente Social em Contexto Hospitalar (CHLC)

Introdução⁴

De acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, a RNCCI foi criada para fazer face à necessidade de continuidade de cuidados após alta hospitalar e tem como objetivos a reabilitação, a readaptação e a reinserção familiar e social, promovendo a funcionalidade e prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades dos utentes. Cada dia de atraso na admissão aos cuidados de reabilitação poderá agravar o seu grau de dependência.

No intuito de compreender a problemática da continuidade de cuidados integrados, o presente estudo incidiu sobre a intervenção do Serviço Social nas ULDM da Comunidade Intermunicipal do Oeste.

A RNCCI nasce de uma medida de Política Social e de Saúde, que o Estado promove com parceiros sociais, criando uma resposta integrada. Será abordado o tema das Políticas Sociais e Saúde, encontrando-se os Cuidados Continuados Integrados inseridos neste item.

Em março de 2020, surge, em Portugal, a maior pandemia do século causada pelo vírus SARS-Cov2, elevando os índices de mortalidade no mundo, particularmente nos idosos. Ficará aqui, registado o impacto da pandemia e do confinamento nas relações sociais dos utentes das Unidades estudadas.

É reconhecida a importância do Serviço Social na saúde, como complemento na conceção e prestação de cuidados de saúde. Os assistentes sociais possuem conhecimentos e técnicas capazes de dar respostas a determinados problemas sociais e multifatoriais, assumindo-se como elementos facilitadores no acompanhamento e encaminhamento dos utentes internados. O presente estudo irá dar relevo à intervenção do assistente social na saúde e nas ULDM da OesteCIM, bem como às estratégias de intervenção face ao surto pandémico. Pretendeu-se, ainda conhecer os fatores de risco e as vulnerabilidades sociais dos utentes das ULDM estudadas.

Foi adotada a metodologia qualitativa, com recurso à técnica de entrevista semidiretiva, aplicada às Assistentes Sociais das ULDM da OesteCIM.

O estudo teve como principal intuito, identificar as vulnerabilidades socioeconómicas dos utentes das ULDM da OesteCIM, que poderão refletir a realidade das ULDM de todo o país, bem como conhecer a intervenção e os desafios dos assistentes sociais nestas Unidades no contexto pandémico. Este estudo, deu voz a estes profissionais

⁴ Este artigo resulta da dissertação de mestrado em Serviço Social apresentada em janeiro de 2022 no ISS-ULHT tendo, todavia, sofrido algumas alterações para este mesmo efeito.

para que se reconheça e divulgue as dificuldades existentes no plano de alta e transferência dos utentes para a comunidade.

1. Políticas Sociais e Saúde

As transformações sociais que originaram entre outros problemas, o empobrecimento de grande parte da classe média, devido ao desemprego de muitos trabalhadores, que causou insegurança e a queda do número de nascimentos, fizeram com que no século XIX se levasse à discussão a ordem social e pela primeira vez se utilizasse a expressão “questão social”. A solução para este problema passaria pela intervenção do Estado como forma de garantir a proteção dos mais desfavorecidos com as políticas distributivas e a prestação de serviços. As políticas sociais foram criadas para dar resposta às necessidades sociais.

Maia (1990) refere que o Professor Marshall, no final do século XIX, utiliza a expressão “política social” para fazer referência às políticas emanadas pelos governos respeitantes às atuações que têm impacto direto no bem-estar dos cidadãos, proporcionando-lhes serviços, rendimentos, segurança social, assistência pública (ou nacional), serviços de saúde e de bem-estar e política de habitação. De acordo com o autor, esta não foi a primeira definição de “política social”, mas a que melhor se justifica no papel da garantia das necessidades sociais.

Na XVI Conferência Internacional da Ação Social, foi definida “política social” como o “conjunto de programas e medidas que têm por finalidade assegurar o bem-estar social, tal como é definido por determinada sociedade, e que reflete certas prioridades e valores julgados importantes por essa sociedade” (Maia, 1990, p.7).

Como declara Santos, “o direito à saúde e as políticas de saúde são parte integrante dos direitos sociais e das políticas sociais” (1990, p. 193), sendo uma das dimensões básicas do Estado Providência ou Estado de bem-estar e que resulta de um compromisso entre o Estado, o capital e o trabalho. O Estado para cumprir com as suas funções sociais deve ter recursos financeiros. Estes recursos são obtidos através da tributação (impostos) das pessoas e empresas. Assim, o Estado transforma os recursos financeiros obtidos em capital social que vai servir de investimento social e consumo social, com o objetivo de promover segurança e bem-estar social, nomeadamente aos mais desfavorecidos, vulneráveis e em caso de doença, desemprego ou aquando da reforma (Silva F. C., 2013).

O direito à saúde em Portugal só viria a ser constitucionalizado com a Lei N° 56/79 de 15 de setembro. O Artigo N° 1 decreta a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS),

no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde nos termos da Constituição. O Artigo 2º refere que “visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população” e o Artigo 4º alínea 1) assume que “o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social”. São, assim, instituídos um conjunto de medidas, instituições e serviços prestadores de saúde a toda a população, como os hospitais gerais, hospitais especializados e centros comunitários de saúde gratuitos. Esta foi uma das legislações mais marcantes da história de Portugal, passando de serviços de saúde centrados no “setor privado para um Estado mais presente, que assumia o papel principal na prestação direta de cuidados, remetendo para o setor privado uma participação complementar” (Rodrigues, 2018, p.163). O SNS é considerado o pilar de sustentação do estado de bem-estar e a sua proteção abrange o desemprego, a doença e vulnerabilidade, a maternidade, a velhice, a invalidez, a viuvez, a orfandade e os desalojados.

Como relata Rodrigues, os direitos sociais e económicos fazem parte do modelo de cidadania social, baseados na ideia de justiça social, e enquadram-se na distribuição de rendimentos como consequência da “proteção aos mais vulneráveis, aos pobres e aos trabalhadores, sob a lógica de princípios como os da solidariedade e da igualdade” (2010, p. 191).

Atualmente, verifica-se a minimização dos direitos sociais através da erosão do Estado Social, outrora conquistados, passando a ter novos limites e significados para as políticas sociais. Assiste-se, gradualmente, à “retirada” das funções do Estado, passando a proteção social a ser maioritariamente do domínio da sociedade civil (IPSS, ONGs, Igrejas e família). O Estado assume uma posição reguladora da ação social, promovendo, financiando e fiscalizando os recursos sociais e de saúde. “Delega assim as suas funções em organizações privadas, lucrativas e não lucrativas, a função pública de prestação de serviços sociais” (Carvalho, Paoletti, & Rego, 2011, p. 116). O setor social privado dá o seu contributo, mas não oferece as mesmas vantagens.

Monteiro et al salienta que “o surgimento de novas políticas sociais, apostando nos cuidados continuados, favorece o desenvolvimento de cuidados especializados e diferenciados, possibilitando as altas hospitalares de situações que apenas necessitam de reabilitação e tratamento continuado” (Monteiro et al, 2013, p.169). Assim surgem os Cuidados Continuados Integrados, uma continuação de cuidados prestados, em que o Estado entra em acordo com os parceiros sociais, maioritariamente com IPSS, mas também com entidades privadas, para satisfazer as necessidades de resposta integrada. A

RNCCI é uma política inovadora no nosso país que permite a junção da intervenção em saúde e de apoio social, assente numa avaliação multidisciplinar e interdisciplinar na prestação de cuidados e acompanhamento ao utente.

2. Cuidados Continuados Integrados

Face à carência de respostas direcionadas a pessoas idosas com dependência funcional, doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, foi criado o Programa do XVII Governo Constitucional, que definiu, através do Decreto-Lei N. 101/2006, a RNCCI, uma resposta em articulação com o setor da saúde e da Segurança Social, destinando-se a pessoas que, independentemente da idade, estejam em situação de dependência funcional e necessitem de cuidados continuados de saúde e de apoio social. Denominam-se Cuidados Continuados Integrados, os cuidados de convalescença, reabilitação e manutenção de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência, visando a sua recuperação numa abordagem de intervenções de saúde e de apoio social, melhorando a sua funcionalidade através da reabilitação, da readaptação e reinserção familiar e social. Incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social (Artigo 5º do DL 101/2006 de 6 de junho de 2006). Através desta política social, foi possível desenvolver e investir nos cuidados continuados, promover a distribuição de respostas, potenciar os recursos existentes e criar respostas adequadas às alterações da funcionalidade dos indivíduos em situação de dependência. Esta lei não se dirige explicitamente a pessoas idosas, mas é maioritariamente esta população que beneficia dela.

Os objetivos da RNCCI são:

- a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;

- c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos (D.L. 101/2006, p. 3858).

A prestação de cuidados visa a recuperação global e a manutenção, de um processo ativo e contínuo para tratamento da fase aguda da doença ou prevenção que compreende a sua “reabilitação, readaptação e reintegração social”, conforme o Artigo 5º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 06 de junho. A Portaria nº 50/2017 de 02 de fevereiro altera o disposto anterior e refere “reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a pessoas que se encontrem em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar”, dando ênfase sempre que possível à reintegração no seio familiar.

Relativamente aos princípios em que se baseia a Rede destacam-se os seguintes:

- a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados; h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção...; i) Participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação de cuidados

O processo de referenciação dos doentes à RNCCI pode ser efetuado pelos hospitais ou pelos Cuidados de Saúde Primários. Caso o doente esteja internado num Hospital do SNS, a referenciação pode ser efetuada pela EGA desse Hospital por profissionais de

saúde, designadamente Médicos, Enfermeiros e Assistentes Sociais, mediante critério clínico, desde o início do internamento hospitalar e até quatro dias antes da data prevista da alta.

Têm direito ao acesso à RNCCI todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou dependência prolongada, idosos em situação de fragilidade, incapacidade grave, com impacto psicossocial, doença em fase terminal ou avançada e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social, pessoas com doença mental grave e crianças e jovens que necessitem de cuidados de internamento.

Os cuidados são conferidos por equipas multidisciplinares, especialmente nas áreas de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e serviço social, devendo o utente ser analisado como um todo, conjugando-se estes diferentes profissionais numa intervenção eficaz. Esta equipa multidisciplinar converge o parecer de cada elemento, executando um plano individual de intervenção (PII), sendo essencial que a equipa construa uma boa relação entre si, focalizada no utente e promovendo o seu bem-estar.

A prestação de cuidados de saúde e apoio social na RNCCI é efetuada por quatro tipos de resposta:

- Unidade de ambulatório (Unidade de dia e promoção de autonomia);
- Equipas Hospitalares (Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos);
- Equipas domiciliárias (Equipa de cuidados continuados integrados; Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos);
- Unidades de internamento: (Convalescença até 30 dias, Média Duração e Reabilitação até 90 dias, Longa Duração e Manutenção mais de 90 dias e Cuidados Paliativos).

O Relatório de Monitorização da RNCCI – 2019, ao caracterizar a população dos utentes assistidos na Rede, indica que 84.4% dos utentes tinha idade superior a 65 anos e destes mais de metade, 51.1%, tinha idade superior a 80 anos. Refere ainda que 69.7% dos utentes antes de ingressar na Rede coabitava com a família natural e 25.1% viviam sós, necessitando de vários tipos de apoio (alimentação, higiene e medicamentos) que na grande maioria era prestada pelos familiares. Os principais diagnósticos que levaram os utentes à admissão na Rede dizem respeito a doenças do foro cerebral (AVC, hemorragia

intracerebral entre outras) com 22.5%, fraturas de colo do fémur - 11.8% - e úlceras crónicas da pele - 6.6% (2019, p. 33).

O referido relatório, menciona que o número de lugares de internamento era 8.884, sendo 1.078 em Unidades de Convalescença, 2.873 em Unidades de Média Duração e Reabilitação, 4.916 em Unidades de Longa Duração e Manutenção e 17 lugares em Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos.

Ao longo dos últimos dez anos, o número de lugares de internamento mais que duplicou: em 2009 existiam 3.938 lugares e, em final de 2019, existiam 9.158, incluindo Saúde Mental e Cuidados Pediátricos Integrados. Hoje a RNCCI cobre quase todo o país.

3. As Unidades de Longa Duração e Manutenção

As ULDM são unidades de internamento em espaço físico próprio e destinam-se a utentes com doença ou processo crónico, apresentando níveis de dependência e que não reúnem condições para serem cuidados no domicílio ou beneficiarem de outro tipo de resposta. Conferem cuidados de saúde e apoio social com o objetivo de prevenir ou retardar o agravamento da situação de dependência, melhorando o estado de saúde e oferecendo conforto e qualidade de vida, num período superior a 90 dias consecutivos (Integrados U. d., 2009).

Têm por finalidade a reabilitação, a manutenção e a estimulação funcional do utente, e asseguram cuidados médicos, cuidados de manutenção e estimulação de enfermagem, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional, animação sociocultural, alimentação cuidada, higiene, conforto, apoio nas AVD's e apoio nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

De acordo com o Decreto-Lei Nº 101/2006 de 06 de junho, Secção III, Artigo 17º, as Unidades de Longa Duração e Manutenção são “unidades de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio”. E têm por finalidade “proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. (...) pode ainda proporcionar internamento para descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano” (p.3860).

A Portaria Nº 50/2017 de 02 de fevereiro veio alterar o disposto no Nº 2. Para além do referido, estipulou critérios de referenciação para estas unidades, indicando:

as situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser asseguradas no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram: a) Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes; b) Reabilitação funcional de manutenção; c) Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano (p. 610).

O número 8 do Artigo 19º desta Portaria refere: “Consideram-se critérios de não admissão em unidades e equipas, as pessoas: a) Com episódio de doença em fase aguda; b) Com necessidade exclusiva de apoio social” (p. 610). Após a publicação desta Portaria os utentes com necessidade exclusiva de apoio social deixaram de ter critério de admissão na RNCCI.

De acordo com Monteiro et al (2013), estas unidades pretendem maximizar a manutenção de aptidões para as atividades da vida diária, facilitando a gestão das altas dos hospitais, e promover a autonomia dos doentes de modo que os indivíduos, sempre que possível, retornem aos seus lares.

De acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI – 2019, o tempo de espera até o doente ser admitido na RNCCI, é na tipologia de ULDM que existe a maior demora média a nível nacional, de 193 dias de espera. No entanto, é nesta tipologia que existe o maior número de lugares a nível nacional, com um total de 4916.

Esta tipologia de internamento também permite a admissão para descanso do principal cuidador até 90 dias por ano. De acordo com o referido Relatório, 11.3 % dos motivos de referenciação para as ULDM foram no âmbito de “descanso do cuidador”.

4. A Pandemia e o Confinamento

Em dezembro de 2019, surgem as primeiras notícias de um surto de doença respiratória na cidade de Wuhan na China. Foi identificado um novo coronavírus como agente etiológico e dadas recomendações básicas aos viajantes para aquela região.

A OMS atribui ao novo coronavírus Sars-CoV2 a denominação de COVID-19 (*Coronavirus Disease 19*, porque surgiu em 2019), que é o nome da doença causada por

este vírus. Os sintomas da doença iniciam-se como uma gripe, febre, tosse e pelo menos um sintoma respiratório e pode evoluir para uma infeção respiratória grave desencadeando pneumonia, falência de órgãos e eventual morte. Nos primeiros dias do mês de março de 2020, Portugal regista o primeiro caso positivo para este vírus e, poucos dias depois, registam-se 23 casos positivos maioritariamente no Norte de Portugal. No dia 15 de março, o número de positivos era de 245 e, no dia 18, o número subiu para 642 casos. Esta situação levou a que fosse decretado pelo Presidente da República o estado de emergência como forma de contingência para a pandemia de coronavírus. Foram tomadas medidas de “restrição de direitos e liberdades” (D.L. Nº 14-A 2020) no que respeita à circulação de pessoas e foi feito o apelo ao confinamento. Concomitantemente, foram proibidas as visitas a doentes internados em Hospitais e Lares, isto porque quem não assegurasse as devidas precauções poderia ser um potencial vetor de transmissão para os mais vulneráveis. Os Centros de Dia deixaram de funcionar e os utentes internados em hospitais ou outras Instituições, nomeadamente ERPI e Unidades de Cuidados Continuados Integrados, ficaram privados de visitas, incluindo de familiares mais próximos, o que suscitou sentimentos de incerteza, stress e abandono.

Todas as Instituições de saúde alteraram o modo de funcionamento, reorganizando-se para dar resposta à Covid-19.

O confinamento que todos os cidadãos foram obrigados a efetuar, com o objetivo de impedir eventuais cadeias de transmissão e atrasar a disseminação comunitária, potenciou o isolamento social, a vulnerabilidade das situações de saúde, desemprego, sentimentos de incerteza, ansiedade, insegurança, agravamento dos problemas sociais, dificuldades económicas, violência e agravamento da saúde mental das pessoas. Todos os cidadãos tiveram de se adaptar a um novo contexto em termos de trabalho, escola, relações familiares e sociais em que as novas tecnologias digitais tiveram o seu exponents máximo de utilização e importância. Foi recomendado pelo governo, sempre que possível, o desenvolvimento da atividade laboral em regime de teletrabalho no domicílio como forma de salvaguardar a saúde dos trabalhadores.

Como forma de resposta a esta pandemia, a RNCCI priorizou e agilizou a integração de doentes provenientes dos internamentos hospitalares na gestão e eficácia dos cuidados agudos.

Segundo a DGS no Relatório Situação Nº 456 de 01 de junho de 2021, os mais idosos foram sem dúvida os mais dizimados. Registaram-se, até ao dia 31 de maio de

2021, um total de 17.025 óbitos, incidindo a maior percentagem na faixa etária acima dos 80 anos, predominando o sexo feminino.

5. A intervenção do Serviço Social na RNCCI

Conforme relata Masfret (in Carvalho, 2012), em 1903 foi a primeira vez que uma trabalhadora social integrou uma equipa hospitalar, admitindo a importância das condições sociais dos doentes como fatores essenciais para a evolução e recuperação da saúde. Em 1905, foi oficialmente implementado o trabalho médico-social no Massachusetts General Hospital, em Boston. Reconhece-se, assim, que a vertente social tem um valor fundamental na conceção e prestação dos cuidados de saúde.

Em Portugal, o primeiro hospital a ter Serviço Social foram os Hospitais Universitários de Coimbra em 1941, seguidos do Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos, de Lisboa, em 1942. Em 1968, são publicados os Decretos-Lei 48357 e 48358 que vêm especificar o Serviço Social na Saúde. Caracteriza o hospital como “serviço de ação médico-social da comunidade, dando primado à pessoa doente como razão de ser e objetivo final da instituição”. Este decreto legitima que o Serviço Social da Saúde estabelece “as relações entre necessidades pessoais e familiares e os casos de doença”.

“Qualquer indivíduo que passe por um processo de doença tem subjacente, alterações sejam elas familiares, pessoais, profissionais, económicas ou outras” (Santo, 2019, p. 1). Estas alterações trazem novos desafios e questões, não só ao indivíduo, mas também às dinâmicas familiares. O assistente social deve conhecer os efeitos da doença na vida do utente e da sua família, com o propósito de apoiar e orientar nos problemas do seu funcionamento social, sejam de ordem económica, social, cultural e espiritual, bem como de “ordem psicológica que influenciam a situação de saúde e/ou interferem na doença e no processo de cura” (Carvalho, 2012, p. 35). Deve igualmente perceber como a família está organizada, que tipo de relações mantêm com os cuidadores, se existem fatores socioeconómicos de risco e qual a dinâmica familiar. A intervenção social deve ser direcionada para que as expectativas do doente sejam atingidas. O diagnóstico social é obtido através da recolha de dados efetuada na avaliação social, perante a vivência de cada doente ou através da articulação com os serviços sociais da comunidade, com o “objetivo de transformar realidades e modificar perceções e gestão do seu meio” (Santo, 2019, p. 2). Se o doente não tiver suporte familiar, se tiver dificuldades económicas, falta de condições de higiene e segurança, isso será um fator de risco e irá agravar a situação

de doença. “A ausência de suporte social e o isolamento social têm sido associados às taxas de mortalidade entre indivíduos” (Santo, 2019, p. 1).

Em 2017, Guerra elaborou um artigo científico, referindo a dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar, onde indica que o primeiro contacto com o doente é realizado por médicos e enfermeiros. Estes profissionais sinalizam os utentes como “casos sociais”, fazendo o encaminhamento para o Serviço Social. Este conceito não foi construído pelo Serviço Social. De acordo com a autora, “foi muitas vezes rejeitado pelos assistentes sociais por considerarem que rotula pessoas e problemas” (2017, p.74), pois assume uma intervenção no âmbito de situações de crise e limite, não refletindo sobre essa ação de forma complexa e abrangente inerente ao Serviço Social, mas passou a ser utilizado por aquele grupo de profissionais para enquadrar pessoas em situação de crise com falta de apoio de redes de suporte e que aguardam resolução da sua situação social, quer pelas políticas sociais públicas, quer por parte da comunidade. No entender da autora, em contexto hospitalar, o “caso social” existe “quando as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais colocam em risco a dignidade humana e a integridade da pessoa, estando em causa a continuidade dos tratamentos e a possibilidade de se repor o seu estado de saúde” (2017, p. 75). Ao deparar-se com um doente que esteja em situação de vulnerabilidade social, apresentando indicadores de risco tais como a falta de sistemas de suporte, principalmente familiar, e isolamento social, o assistente social verifica a necessidade de intervenção. A resolução do “caso social” vai depender dos recursos sociais existentes na comunidade para responder às necessidades da pessoa, e “cabe ao assistente social ter a habilidade para mediar relações entre redes primárias, secundárias e terciárias e mobilizar respostas em tempo útil” (Guerra, 2017, p. 76).

Carvalho (2012) reconhece que, em termos gerais, o regresso a casa é um feliz acontecimento, mas em alguns casos pode ser recebido como uma má notícia. Muitos dos doentes não conseguem retomar as atividades da vida diária e, quando é dada a informação de alta ao doente e/ou à família, deparam-se com uma nova realidade e expõem dificuldades pessoais que levam à não-aceitação da alta por questões sociais. Estas questões prendem-se, na sua maioria, com situações de isolamento, carência económica, falta de apoio, dependência para as AVD’s e falta de capacidades para cumprir as indicações terapêuticas. Nestas situações, é fundamental apoiar a família como fonte primária de suporte informal, para que esta consiga desempenhar o seu papel de cuidadora. Não sendo uma situação sinalizada com tempo suficiente para a articulação

com as respostas sociais da comunidade, será necessário o doente permanecer mais tempo na Instituição até à solução do problema.

Ao longo do seu percurso, todos os assistentes sociais na saúde se irão deparar com situações de fim de vida e de luto. No que diz respeito a estas questões, é importante o profissional saber lidar com as fragilidades inerentes ao processo, mantendo o equilíbrio e apoiando as pessoas na tomada de decisões.

A atuação dos profissionais de Serviço Social na saúde rege-se de acordo com o Código de Ética profissional, respeitando os valores éticos e morais nos métodos de atuação perante as diversas situações que vão surgindo no dia-a-dia, promovendo, sempre que possível, a mudança social e a promoção do bem-estar fundamentado nos princípios dos direitos humanos e da justiça social.

A RNCCI inclui assistentes sociais como recursos humanos obrigatórios, conforme estipulado na Portaria 174/2014 de 10 de setembro. Os profissionais de serviço social que se encontram integrados na RNCCI fazem parte da equipa multidisciplinar que avaliam e acompanham o utente. Esta equipa multidisciplinar tem objetivos comuns e convergem o parecer de cada elemento, executando um plano individual de cuidados, centrado no utente. Um plano de intervenção bem definido facilita a apreciação dos vários níveis de cuidados, como reconhece Carvalho ao afirmar que “esta fase envolve a transformação dos problemas, necessidades e capacidades diagnosticadas em objetivos e, conseqüentemente, em ações a desenvolver” (2012, p. 93). Acarreta a responsabilização da execução das ações e a avaliação dos procedimentos. Ao assistente social cabe o papel de consultar, mediar e gerir o plano de intervenção, garantindo a proteção do utente, apoio psicossocial e a promoção do seu bem-estar.

Também de acordo com Carvalho (2014), a DGS, em 2006, decidiu adotar o modelo de intervenção psicossocial individualizada no sistema de saúde e em cuidados continuados integrados pelos profissionais de Serviço Social. Este modelo centra-se na pessoa e assume que o comportamento é o resultado das interações que se produzem entre o pensamento e o seu ambiente.

O Manual de Boas Práticas para os assistentes sociais na RNCCI refere que estes atuam aos seguintes níveis, baseando-se de acordo com o Código de Ética profissional: na avaliação dos fatores psicossociais individuais, familiares e grupais que interferem na saúde e envolvidos no tratamento da doença, reabilitação, readaptação e reintegração do indivíduo num ambiente social mais adequado, na intervenção e aconselhamento em situações de crise por motivos clínicos e/ou sociais, na promoção da prestação de serviços

adequados ao doente e baseados na cooperação entre o doente, a família e cuidadores informais, na advocacia social em favor do doente e sua família, na realização de programas de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária, na educação, informação e divulgação em saúde (Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2007).

Ainda de acordo com o referido Manual, dependendo da evolução da doença, o tipo de cuidados prestados, serviços e os tempos de internamento, o desempenho dos assistentes sociais abordará quatro fases essenciais: o acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, a avaliação e acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados.

Dada a complexidade muito frequente da alta, esta deve ser preparada e planeada o mais atempadamente possível. Um dos maiores desafios que o assistente social irá frequentar é a procura de cuidados diferenciados de saúde adequados à situação de cada doente. Existe um grande consumo de cuidados específicos de saúde na área da dependência e pouca oferta. O trabalho em rede implica a ligação com outras respostas sociais, com o objetivo de orientar e envolver a pessoa ou a família na procura de soluções para a sua necessidade.

6. Metodologia

Para a elaboração deste estudo exploratório e descritivo, que pretendeu dar voz aos profissionais de serviço social que possuem o melhor conhecimento das limitações das respostas da comunidade, foi utilizada a metodologia qualitativa, baseada na técnica de recolha de informação através de entrevista semidiretiva e aplicada por um guião aos sete assistentes sociais das ULDM da OesteCIM e pretendeu-se conhecer as vulnerabilidades sociais dos utentes destas Unidades e assim chamar atenção para esta problemática inerente a cada um dos municípios.

O universo do estudo é a Comunidade Intermunicipal do Oeste que é constituída por 12 municípios: Alcobaça, Alenquer, Arruda dos Vinhos, Bombarral, Cadaval, Caldas da Rainha, Lourinhã, Nazaré, Óbidos, Peniche, Sobral de Monte Agraço e Torres Vedras e adota a designação abreviada de OesteCIM. Nestes municípios, existem sete ULDM da RNCCI que constituíram a população de estudo: duas no Município de Alenquer e uma em Arruda dos Vinhos, Bombarral, Lourinhã, Nazaré e em Torres Vedras. Estas sete unidades têm 182 respostas contratadas para Longa Duração e Manutenção.

As ULDM são a tipologia que possui o maior número de lugares de internamento com 4916 respostas a nível nacional, no entanto, o acesso a uma vaga pode demorar até 193 dias de acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI – 2019. A pertinência da pesquisa deveu-se à tentativa de compreensão desta demora, partindo do pressuposto de que, se não houver altas, não haverá vagas para admissão de novos utentes. Assim, pretendeu-se conhecer o tempo de permanência dos utentes nestas Unidades, as suas vulnerabilidades, a sua evolução funcional, a importância da envolvência das famílias no processo de planeamento de alta, o destino pós alta destes utentes, bem como conhecer a intervenção social dos Assistentes Sociais, quais os desafios e as estratégias de intervenção destes profissionais para fazer face à pandemia e o impacto da pandemia nas relações sociais dos utentes das ULDM.

7. Resultados

Como forma de intervenção na potencialização da capacidade funcional dos utentes, foi criada, em 2006 a RNCCI, uma política social no âmbito da saúde e da segurança social, assente num modelo integrado que visa a reabilitação, readaptação, reinserção familiar e social do utente em situação de dependência, em que o Estado é o principal incentivador, e envolve os parceiros sociais na forma de resposta.

Conforme descrito nos Relatório de Monitorização da RNCCI, a população que compõe as ULDM tem, maioritariamente, idade superior a 65 anos. O presente estudo revela, igualmente, que a população das ULDM da OesteCIM é idosa, no entanto, todas as entrevistadas referem ter, pontualmente, utentes mais jovens. Estas situações pontuais enquadram-se com os princípios que fundamentam a RNCCI, dado que as ULDM são para utentes que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. O estudo confirma também a prevalência de utentes admitidos no seguimento patologias decorrentes dos AVC's, tal como mencionado no Relatório de Monitorização da RNCCI de 2019.

Este estudo revela que, uma parte significativa dos utentes das ULDM que compõem a OesteCIM tem uma rede de suporte informal reduzido ou fraca, isto é, sem família ou com más relações familiares. Verifica-se, também, que, ainda que alguns tenham família de suporte, esta não é eficaz para o processo de cuidar, ou não tem condições económicas para suportar o custo de uma mensalidade numa ERPI. Esta realidade dá origem aos chamados “casos sociais”, que, na voz das entrevistadas, “são utentes sem suporte familiar e económico”, ou seja, 45% da população que ocupa as

ULDM da OesteCIM, são utentes idosos com baixos recursos económicos e sem rede informal de apoio que vão permanecendo na Rede, uma vez que a Lei não estipula limite de tempo, até que seja resolvido o “problema social”. Esta situação poderá demorar anos a ser resolvida, causando demora no acesso a vaga de novos utentes.

O estudo pretendia ainda, perceber o exercício de participação e decisão do utente no processo de alta. Foi demonstrado que o utente, desde que esteja consciente e orientado, é sempre ouvido, no entanto nem sempre a sua vontade é satisfeita. Uma grande parte dos utentes revela vontade de voltar ao domicílio, mas nem sempre a sua vontade é anuída, ou porque não estão reunidas condições para o regresso ao domicílio, ou “porque eles necessitam de cuidados e a própria família não pode prestar esses cuidados”, como revelou a entrevistada da ULDM 2. O princípio da autodeterminação, por vezes, não é respeitado, porque “há um desencontro na autodeterminação do utente perante a decisão da família” (ULDM 5).

Um dos objetivos propostos neste estudo era conhecer a intervenção do assistente social numa ULDM, a envolvência da família no Plano Individual de Intervenção (PII) e na procura de solução futura. O estudo indica que o assistente social faz intervenção social desde a fase do acolhimento do utente até à preparação da alta, passando pela elaboração do PII com a equipa multidisciplinar, envolvendo, sempre que possível, a família e/ou cuidador informal e as respostas da comunidade para encontrar a melhor solução social para o utente. É estabelecida uma relação de empatia e confiança com as famílias e/ou cuidadores, estando ao encargo dos assistentes sociais, quase sempre, a iniciativa da procura ativa de solução. Para isso, usam estratégias de incentivo à família para a busca de respostas externas e eficazes. As famílias, sempre que demonstrem interesse, são envolvidas no processo de reintegração social, seja através de ensino ou formação, caso o utente tenha como destino o domicílio, seja na procura de resposta social. A situação pandémica vivida veio dificultar este processo. Os contactos com as famílias, que eram presenciais, são feitos, atualmente, por via telefónica, e toda a questão burocrática inerente à inscrição em respostas sociais e/ou pedidos de apoios sociais à segurança social ficaram muito mais demorados.

Quando o utente ingressa nas ULDM, é elaborado o PII, que é o conjunto de objetivos a atingir face às necessidades verificadas e tendo sempre em consideração a recuperação ou a manutenção nos aspetos clínicos e sociais.

O resultado da pesquisa revelou que os principais objetivos do PII são alcançados, mas, se o objetivo final for a integração em resposta social, este vai demorar muito tempo

até ser concretizado. A média de tempo de permanência nas ULDM, de acordo com as entrevistadas, varia entre um e sete anos. Na questão do tempo de permanência do utente mais antigo, tivemos respostas de oito, dez, doze e catorze anos de permanência nas ULDM. Existe muita dificuldade em concretizar altas, porque há falta de respostas sociais na comunidade, nomeadamente vagas protocoladas com a segurança social. A grande maioria dos últimos utentes que tiveram alta foi para ERPI ou por falecimento. Raramente retornam ao domicílio, mas, caso essa possibilidade se concretize, são referenciados para ECCI que é a equipa pertencente à RNCCI. Todas as ULDM nos últimos dois anos receberam utentes no âmbito do descanso do cuidador, no entanto foi em reduzido número, ou por falta de vaga ou por desconhecimento por parte dos cuidadores desta possibilidade, conforme relatado por uma entrevistada. De acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI-2019, a nível nacional, só 11.3% dos utentes referenciados para as ULDM foram por motivo de descanso do cuidador.

Face à situação pandémica vivida causada pela Covid-19, o estudo pretendeu perceber quais os maiores desafios que o assistente social sentiu neste contexto e que regime de trabalho adotou. Foi afirmado que a cessação das visitas aos utentes foi, sem dúvida, a questão mais maleficiente vivida por parte dos utentes e das famílias. Para tentar atenuar esta falta, recorreu-se às videochamadas, uma opção que irá permanecer. Nas Unidades que experienciaram a situação de surto ativo, a gestão de recursos humanos foi outro grande desafio: as equipas ficaram reduzidas e os utentes continuavam a necessitar de prestação de cuidados. Das sete assistentes sociais entrevistadas, quatro estiveram a trabalhar em regime presencial e três trabalharam em regime de teletrabalho durante um período de tempo, por força das circunstâncias vividas, manifestando não terem ficado adeptas desta solução, porque na voz da entrevistada da ULDM 2: “O assistente social faz-se com uma relação humana com o doente e com os colegas profissionais.”

No que diz respeito ao impacto da pandemia e confinamento nas relações sociais dos utentes, concluímos que as consequências mais danosas a nível social para os utentes foram a falta de visitas e a ausência do contacto físico com os familiares, desencadeando sentimentos de ansiedade, medo, stress, abandono e depressão. A generalidade das ULDM estudadas cumpriu todas as orientações emanadas pela DGS, como forma de prevenção e proteção.

Cabe ao assistente social comunicar às famílias as ocorrências verificadas durante o internamento na ULDM, e contágio do utente por Covid-19 não é exceção. À data das entrevistas, das sete Unidades estudadas, cinco tiveram surto, tendo ocorrido um total de

14 óbitos por Covid-19. Na generalidade, as famílias foram compreensivas com a situação.

Conclusão

Ao longo dos últimos anos, o Estado tem-se demitido das suas funções sociais, colocando a responsabilidade da proteção e apoio social nas organizações não lucrativas e instituições privadas. Apesar desta estratégia, há uma grande escassez de equipamentos sociais, que aceitem, principalmente, os mais vulneráveis a nível económico, que não conseguem custear uma mensalidade numa ERPI.

Um dos princípios basilares da RNCCI, tem como pressuposto a reinserção familiar, propondo a participação dos familiares e/ou cuidadores dos utentes na elaboração do PII, bem como a corresponsabilização dos mesmos na prestação dos cuidados (alíneas h) e i) do artigo 6º do Decreto-Lei nº 101/2006). Apesar disso, na fase final do internamento, muitas das famílias sentem a pressão do desafio e evidenciam uma certa resistência ao retorno do utente ao seio familiar e social, sendo muitas vezes essa a vontade do utente, nem sempre a sua decisão é aceite.

Quando o utente ingressa na Rede, o assistente social faz o esclarecimento às famílias sobre o funcionamento da RNCCI. Explica que a ULDM garante a continuidade de um percurso de reabilitação e não constitui uma resposta final, pois, uma vez recuperado, o utente deverá reinserir-se no seu seio familiar ou, em caso de necessidade, ser orientado para outro tipo de resposta social. O assistente social colabora na procura de uma solução condigna e adequada ao utente, advogando os direitos sociais possíveis. A RNCCI deverá ser entendida como um recurso de prestação de cuidados continuados de saúde e não uma resposta social. Enquanto não houver limite de tempo estipulado legalmente nas ULDM, os utentes permanecem *ad aeternum*.

A pandemia direcionou as consequências mais nefastas para os idosos: não só os devastou, com milhões de óbitos verificados em todo o mundo, como os privou do calor de um abraço de um ente querido, um prejuízo muito elevado de quem vive dias à espera de um afeto.

Referências bibliográficas

Albuquerque, C., & Luz, H. A. (2016). *Políticas Sociais em Tempos de Crise*. Pactor.

Associação dos Profissionais de Serviço Social [APSS]. (2018). *Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal*. https://www.apss.pt/wpcontent/uploads/2018/12/CD_AS_APSS_Final_APSS_AssembGeral25-10-2018_aprovado_RevFinal.doc-1-converted-1-C%C3%B3pia.pdf.

Associação dos Profissionais de Serviço Social [APSS]. (2020). *Diretrizes de Teletrabalho para Assistentes Sociais*. <https://www.eas.pt/diretrizes-de-teletrabalho-para-assistentes-sociais>.

Cardoso, J., Vilar, D., & Casquilho-Martins, I. (2020). *Desafios ao Serviço Social no Contexto da COVID-19*. Centro Lusitana de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social. <https://www.afid.pt/wp-content/uploads/Relat%C3%B3rio-do-estudo-Desafios-ao-Servi%C3%A7o-Social-no-contexto-da-COVID-19>.

Carvalho, M. I. (2012). *Serviço Social na Saúde*. Pactor.

Carvalho, M. I. (2014). *Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta e Serviço Social*, (F. R. Katál., Ed.) 17(2), 261-271.

Carvalho, M. I. (2016). *Ética Aplicada ao Serviço Social - Dilemas e Práticas Profissionais*. Pactor.

Carvalho, M. I. & Pinto, C. (2014). *Serviço Social Teorias e Práticas*. Pactor.

Carvalho, M. I., Paoletti, I., & Rego, R. (2011). *Para a melhoria dos serviços sociais a idosos pobres em Portugal*. Intervenção Social. Lusitana, 111-115.

Comunidade Intermunicipal do Oeste. <http://www.oestecim.pt/>.

Direção-Geral da Saúde. *Covid-19*. https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-de-15_02_2020_19_26.pdf.

Diário da República – Série A (2006). Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>.

Diário da República – Série I (1990). Lei n.º 48/1990, de 24 de Agosto. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/574127/details/normal?l=1>

Guerra, I. (2017). *O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar*. Ciências e Políticas Públicas - Public Sciences & Policies, III(Nº 1), 57-79.

Guerra, J. V. (2016). *Políticas de Saúde em Tempo de Crise*. Pactor.

Instituto da Segurança Social. (2019). *Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados*. pp. 1-21. http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/.

Integrados, U. d. (2009). *Guia da RNCCI*. <https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>.

Integrados, U. M. (2009). *Glossário da Rede Nacional de Cuidados Continuados*. http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Glossario_RNCCI.

Legislação Compilada Covid-19. (2021). Diário da República Eletrónico. <dre.pt/legislacao-covid-19-upo>

Luz, H. A., & Albuquerque, C. (2016). *Políticas Sociais em Tempos de Crise: Perspetivas, Tendências e Questões Críticas*. Prator.

Maia, F. (1990). *Conceitos e Modelos de Política Social*. Apontamentos da licenciatura em Política Social do ISCP. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2007). *Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. <http://www.seg-social.pt/documents/10152/146439/rncci>

[boas praticas assistentes sociais saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555](http://www.seg-social.pt/documents/10152/146439/rncci_boas_praticas_assistentes_sociais_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555)

Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]. (2019). [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio - Monitorizacao RNCCI-2019.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf).

Monteiro, M. C, et al. (2013). *Unidades de Cuidados Continuados Integrados: Uma resposta ao envelhecimento e à dependência em Portugal*. *Jornal de Investigação Biomédica e Biofarmacêutica. Saúde e Sociedade*, 163-178.

Reigada, C. (2020). *Boas Práticas do Assistente Social COVID-19, V2*, 1-8. https://www.apcp.com.pt/uploads/boas-praticas-servico-social-covid19_p.

Rodrigues, E. V. (2010). *O Estado e as Políticas Sociais em Portugal*. *Revista do Departamento de Sociologia da FLUP, Vol XX*, 191-230.

Santo, M. I. (2019). *A Intervenção do Serviço Social na Saúde: "Um fator preponderante"*. (JustNews, Ed.) Lisboa. <https://justnews.pt/artigos/a-intervencao-do-assistente-social-na-saude-um-fator-preponderante>.

Santo, I., Guadalupe, S.(2020). *Diretrizes de Teletrabalho para Assistentes Sociais em Situação de Emergência de Saúde Pública*. Associação dos Profissionais de Serviço Social. <https://www.eas.pt/diretrizes-de-teletrabalho-para-assistentes-sociais/>

Santos, B. S. (1990). *O estado e a sociedade em Portugal (1974-1988)*. Afontamento.

Silva, F. C. (2013). *O Futuro do Estado Social*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.