

Período de internamento nas Unidades de Convalescência da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: entre a realidade e a utopia

Period of hospitalisation in the Convalescence Units of the National Network of Integrated Continued Care: between reality and utopia

Mariana Pinto Pereira¹
Cristiana Dias de Almeida²

Resumo

Com o envelhecimento populacional, o aumento das doenças crónicas e o conseqüente crescimento das situações de dependência, torna-se imperativo rever os paradigmas existentes, de modo a abordar eficazmente as problemáticas associadas. Até 2006, foram realizadas diversas tentativas de implementação de políticas para responder ao aumento da procura de cuidados médicos e sociais. Neste contexto, foi criada, em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que tem sido objeto de alterações significativas desde então. Atualmente, a RNCCI organiza-se em quatro tipologias: Convalescência, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção, e Equipas de Cuidados Continuados Integrados. Este estudo centra-se nas Unidades de Convalescência, analisando a adequabilidade dos tempos de internamento. Utilizou-se uma metodologia quantitativa, com um questionário dirigido às Unidades de Convalescência de Portugal Continental e análise documental dos relatórios de monitorização da RNCCI. Os resultados evidenciam que os protelamentos de altas são um problema significativo, resultante de fatores clínicos e sociofamiliares, causando constrangimentos às unidades e prolongando desnecessariamente a permanência de utentes em hospitais de agudos.

Palavras-chave: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Unidades de Convalescência; Tempos de internamento; Protelamento da alta.

Abstract

With the ageing population, the increase in chronic illnesses, and the consequent growth in dependency situations, it has become imperative to review existing paradigms to address the associated problems effectively. Until 2006, various attempts were made to implement policies to respond to the increased medical and social care demand. In this context, the National Network for Integrated Continuing Care (RNCCI) was created in 2006 and has been subject to significant changes ever since. The RNCCI is currently organised into four types: Convalescence, Medium Duration and Rehabilitation, Long Duration and Maintenance, and Integrated Continued Care Teams. This study focuses on Convalescence Units, analysing the adequacy of hospitalisation times. A quantitative methodology was used, with a questionnaire addressed to Convalescence Units in mainland Portugal and a documentary analysis of RNCCI monitoring reports. The results show that delayed discharges are a significant problem due to clinical and socio-family factors. They constrain the units and unnecessarily prolong patients' stays in acute hospitals.

Keywords: National Network of Integrated Continuing Care; Convalescence Units; Hospitalisation times; Delayed discharge.

¹ Assistente Social, Mestre em Serviço Social pelo Instituto Superior Miguel Torga, caramulomariana@hotmail.com

² Universidade Lusófona, Intrepid Lab, Porto, Portugal, cristiana.almeida@ulusofona.pt

Introdução

O envelhecimento populacional e o aumento da esperança média de vida têm levado a um crescimento das doenças crónicas e incapacitantes, com maior procura de cuidados de saúde e sociais por parte de idosos com diferentes níveis de dependência funcional (Martins et al., 2007). Até à década de 1990, os cuidados de saúde pós-hospitalares eram escassos. A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em 2006, veio responder às necessidades destas pessoas, integrando-se no Serviço Nacional de Saúde (Carvalho, 2012).

A RNCCI é constituída por várias tipologias de internamento e de cuidados ao domicílio. O presente trabalho irá focalizar-se numa das tipologias de internamento da RNCCI – Unidades de Convalescença. Estas têm como principal objetivo o restabelecimento das capacidades ou funções em utentes com perda transitória de autonomia, que não necessitem de internamento em hospital de agudos e cuja autonomia tenha boas perspetivas de reabilitação, num período previsível até 30 dias de internamento. No entanto, nem sempre o tempo definido por lei para a permanência nas Unidades de Convalescença, é cumprido. Há em inúmeras situações, necessidade de protelamentos de alta.

O presente estudo surge da necessidade de compreender e analisar a adequabilidade da legislação existente no que se refere aos tempos de internamento nas unidades de convalescença, assim como, identificar os tempos médios de internamento nas Unidades de convalescença e os motivos para a permanência dos utentes nesta tipologia por mais tempo do que o previsto na lei. Torna-se, também, fundamental identificar as dificuldades sentidas pelos profissionais na programação da alta nas Unidades de Convalescença.

Recorreu-se a uma metodologia quantitativa, com questionários enviados a todas as 54 Unidades de Convalescença, das quais 25 responderam. O estudo aborda a adequação dos tempos de internamento, as razões dos protelamentos e as dificuldades na alta, evidenciando o papel do serviço social.

1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Para Guerra (2016), “A política de saúde em qualquer país traduz a capacidade do Estado ter como critério e medida do próprio desenvolvimento o respeito pelo direito à proteção da saúde da sua população” (p.178). As políticas de saúde são o espelho de uma

boa governação, cujo foco se encontra no campo dos direitos humanos e no desenvolvimento social e económico (Guerra, 2016).

No caso de Portugal, o sistema de saúde desenvolve-se tardiamente, quando comparado com outros países europeus. É a partir 1974 que se assiste à primeira grande mudança do papel do Estado na área da saúde, assim como, à criação de medidas políticas e sociais que rompem com um passado autoritário, tais como: a criação do salário mínimo, a proteção na invalidez, os subsídios de desemprego, os abonos de família, a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979. Este tem na sua base um objetivo muito democrático – universalidade, generalidade e gratuidade (Baganha, 2002). Representa um dos pilares fundamentais do Estado de bem-estar social em Portugal e contribui, não só para o desenvolvimento social, como também, para a mudança de indicadores como o da mortalidade infantil, aumento de sobrevivência de doentes crónicos e aumento da esperança média de vida (Carapinheiro et al 1987; Carvalho, 2014; Baganha, 2002). A implementação do SNS em Portugal vem firmar o principal dever do estado e, apesar das suas fragilidades, os indicadores na saúde apresentaram uma melhoria substancial (Guerra, 2016).

Ao longo do século XXI, tem-se registado um aumento sistemático da esperança média de vida, acompanhado por um crescimento significativo da população idosa, o que impõe novos desafios à sociedade (Guadalupe et al., 2022; Carvalho, 2012).

A redução da mortalidade e da natalidade tem alterado o perfil demográfico português, caracterizado por um envelhecimento progressivo (Martins & Melo, 2007). Este fenómeno é também impulsionado pela melhoria das condições de vida, fruto do sucesso de políticas sociais e de saúde, bem como da redistribuição de rendimentos e trabalho, que têm contribuído para o aumento da longevidade (Capucha, 2005).

O envelhecimento está intrinsecamente associado ao conceito de dependência, sendo a “fragilidade” um elemento central na prática geriátrica. A prevalência de doenças crónicas, incapacitantes ou não, torna indispensável a avaliação da incapacidade, essencial para determinar os cuidados necessários (Caldas, 2003; Macedo & Guadalupe, 2020).

Com o aumento progressivo das doenças crónicas e incapacitantes, verifica-se uma maior procura de cuidados de saúde e apoio social por parte de idosos com diversos níveis de dependência funcional (Martins et al., 2007). Este cenário evidencia a necessidade

urgente de desenvolver respostas adequadas às atuais exigências da população (DGS, 2006; Lopes, 2017; Araújo et al., 2021). No contexto europeu e internacional, destaca-se a necessidade de estabelecer um modelo de intervenção que integre saúde e segurança social, assegurando cuidados de saúde e apoio social tanto na comunidade como no internamento hospitalar (Pereira, 2008).

Nas décadas de 1980 e 1990, começaram a ser implementadas redes de cuidados em vários países, direcionadas principalmente para idosos em situação de dependência. Estas redes introduziram um novo paradigma, que passou a considerar não apenas as patologias do utente, mas também o seu ambiente envolvente e o contexto familiar em que se insere (Pereira, 2008).

Em Portugal, assistiu-se a articulação entre os sectores público, privado e solidário, assim como, em áreas sectoriais diferentes como é o caso da saúde e da segurança social. Assistimos a um aumento de dois níveis de cuidados, para quatro níveis: i) Cuidados de saúde primários; ii) Cuidados Hospitalares; iii) Cuidados Continuados Integrados e; iv) Cuidados Paliativos (Guadalupe et al., 2022).

Até à década de 1990, as alternativas após alta hospitalar eram escassas, levando a reinternamentos frequentes e exercendo forte pressão sobre o sistema de saúde, especialmente numa população cada vez mais envelhecida e com maior número de intercorrências clínicas. Tornou-se, assim, evidente a necessidade de uma resposta mais eficaz, baseada em quatro fatores principais (Guadalupe et al., 2022): i) Prestação de cuidados de qualidade e especializados; ii) Redução da sobrecarga nos hospitais destinados a situações de doença aguda; iii) Alívio da sobrecarga familiar e; iv) Garantia de apoio social ao utente e sua família.

Em 1994, foi lançado o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), pioneiro na melhoria dos cuidados existentes e no desenvolvimento de novas respostas, posicionando-se como precursor dos cuidados continuados (Carvalho, 2012; 2014). Já em 1998, através do Despacho Conjunto n.º 407, foi promovida uma articulação entre os Ministérios da Saúde e da Segurança Social, estabelecendo uma abordagem integrada para apoio social e cuidados continuados dirigidos a pessoas em situação de dependência física, mental ou social (Guadalupe et al., 2022). A Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005 definiu os princípios orientadores para a estruturação dos cuidados dirigidos a pessoas idosas ou dependentes, promovendo maior integração, eficiência no acesso,

qualidade e rentabilização dos serviços de saúde (Guadalupe et al., 2022; Carvalho, 2014).

Neste enquadramento, foi criada formalmente, em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através do Decreto-Lei n.º 101/2006. No artigo 4.º deste diploma, a RNCCI é descrita como “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”. A rede é composta por unidades e equipas de saúde e/ou apoio social, envolvendo serviços comunitários de proximidade, como hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da Segurança Social, autarquias e a rede solidária (Guadalupe et al., 2022). Configura-se como um modelo integrado de respostas, sustentado pela participação de diversos prestadores numa gestão partilhada entre instituições públicas e privadas (Carvalho, 2014; Araújo et al., 2021).

A RNCCI surge, assim, para responder às crescentes necessidades associadas a elevados níveis de dependência e incapacidade resultantes de situações agudas ou doenças crónicas. Este modelo reforça a articulação entre as áreas da saúde e do apoio social (Carvalho, 2012; Macedo et al., 2022), com foco na “integração dos serviços de saúde com os serviços sociais, visando a reabilitação integral e a promoção da autonomia da população com necessidade de cuidados continuados” (Nogueira, 2009, in Guadalupe et al., 2022, p. 75-76). Para ampliar a oferta de cuidados continuados, foi implementado o Programa Operacional Saúde XXI, que fortaleceu a capacidade da RNCCI, sobretudo no apoio às entidades do terceiro setor (Guadalupe et al., 2022).

Os cuidados continuados integrados têm em vista ganhos em saúde, focando a recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e aumentando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com a intenção da sua reintegração sociofamiliar. Esta rede compreende cuidados de natureza preventiva e reabilitadora, constituindo um nível de cuidados de saúde e apoio social entre o internamento hospitalar e os cuidados de base comunitária (Macedo et al, 2020, p. 71).

Como já referido anteriormente, a RNCCI visa a prestação da continuidade de cuidados de saúde a pessoas que se encontrem em situação de dependência, tendo em vista a sua reabilitação, readaptação e integração familiar e social (Guerreiro, 2016).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) surge na emergência de uma resposta política a uma necessidade social que

deriva de múltiplos fatores. O aumento do envelhecimento progressivo, o aumento da esperança média de vida, a diminuição da taxa de mortalidade e natalidade, são alguns dos fatores relevantes para a implementação deste modelo (Oliveira, 2016, p. 16).

Rege-se por um conjunto de princípios que englobam os profissionais, os utentes e as respetivas famílias, nomeadamente, os cuidados prestados com vista à promoção de autonomia do indivíduo, através da reabilitação, recuperação e reintegração social. Prevê-se uma individualização dos cuidados, alcançando um serviço eficiente, com qualidade e que responda às necessidades do utente. Por fim, a intervenção deve ser gerida com os familiares/responsáveis, de forma a responsabilizá-los pelo utente, incentivando a sua participação no apoio dos cuidados básicos (Instituto da Segurança Social [ISS], 2022).

Desde a sua criação, a Rede passou por diversas alterações significativas, destacando-se as seguintes: Em 2010, com a publicação do Decreto-Lei nº 8/2010, foram criadas as Unidades e Equipas de Saúde Mental, destinadas ao atendimento de pessoas com doença mental grave que resulte em incapacidade. Em 2012, por meio *do* Decreto-Lei nº 136/2012, foi instituída a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, que passou a operar sob a tutela do Ministério da Saúde. Em 2015, essa rede tornou-se autónoma em relação à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Nesse mesmo ano, a publicação da Portaria nº 343/2015 regulamentou os Cuidados Continuados Integrados Pediátricos, abrangendo a prestação de cuidados tanto em regime de internamento (fora do contexto de hospitais de agudos) quanto em regime de ambulatório. (Guadalupe et al., 2022).

A coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é de responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS). Em termos de operacionalização, a RNCCI adota um modelo descentralizado, estruturado como uma rede integrada de cuidados (Carvalho, 2012). Essa estrutura divide-se em dois níveis: Regional e Local. As Equipas Coordenadoras Regionais (ECR) estão sediadas nas Administrações Regionais de Saúde (ARS). As Equipas Coordenadoras Locais (ECL), por sua vez, estão localizadas nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) ou em Unidades Locais de Saúde onde não exista ACES constituído (Portaria nº 174/2014, de 10 de setembro).

Atualmente, a RNCCI conta com cinco Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), que gerem a rede em nível regional. Além disso, existem 84 Equipas Coordenadoras Locais (ECL), que operam nos ACES, oferecendo suporte direto e acompanhamento aos prestadores de serviços (Entidade Reguladora da Saúde, 2022).

A Rede está organizada em três grandes áreas de intervenção: i) Rede Geral; ii) Cuidados Continuados Integrados Pediátricos e; iii) Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.

O foco do artigo será o regime geral, do qual fazem parte quatro tipologias de resposta que variam conforme o tempo de internamento e as características dos utentes, com o objetivo de prestar cuidados médicos, de enfermagem, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, apoio psicossocial, higiene, conforto e convívio/lazer (ISS, 2018), designadamente:

Figura n.º 1. Tipologias da RNCCI – Rede Geral

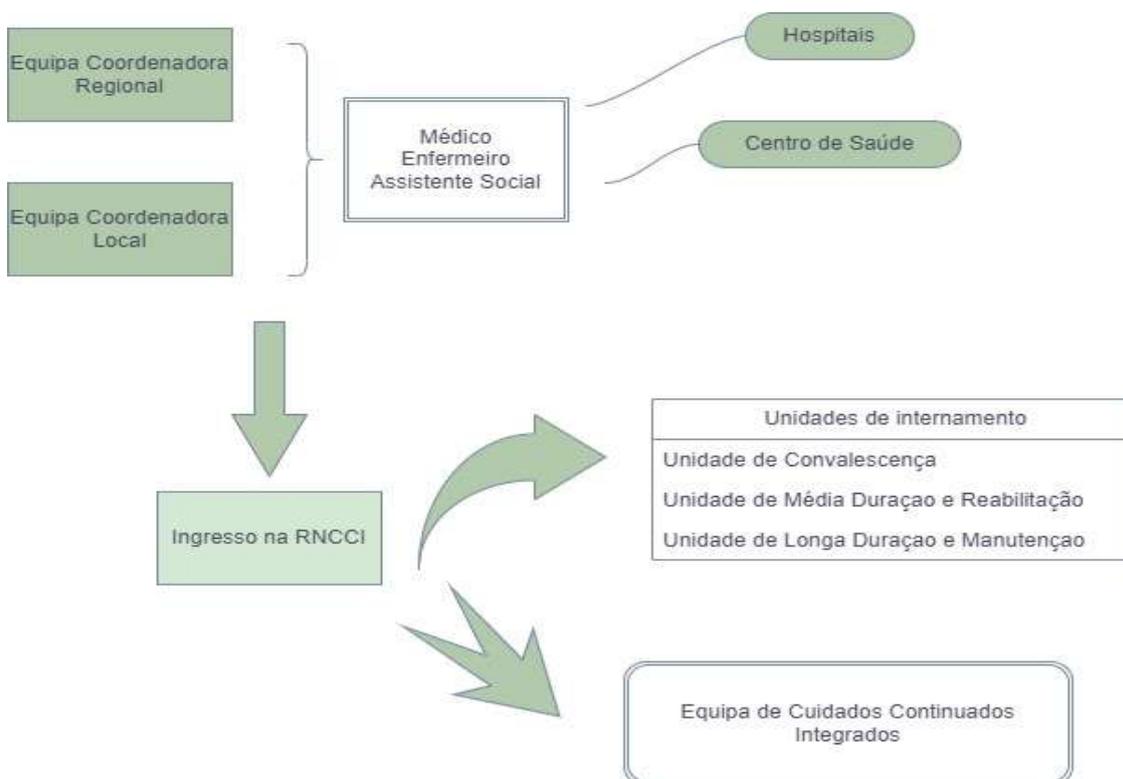
Tipologia	Tempo de Internamento	Características
Convalescença	Até 30 dias	Destina-se a utentes em fase de recuperação após alta hospitalar, em situação aguda, que necessitem de cuidados de saúde não viáveis no domicílio.
Média Duração e Reabilitação (UMDR)	De 30 a 90 dias	Voltada para utentes com perda transitória de autonomia e potencial de recuperação. O objetivo é a estabilização clínica e a reabilitação integral (Carvalho, 2012, p. 89).
Longa Duração e Manutenção (ULDM)	Até 180 dias	Atende utentes com doenças crónicas e dependência, que não conseguem realizar cuidados básicos no domicílio. Também acolhe utentes temporariamente devido à indisponibilidade ou necessidade de descanso dos cuidadores informais (Carvalho, 2012).
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	Não aplicável	Presta cuidados no domicílio, por tempo ilimitado, a indivíduos com dependência funcional transitória ou prolongada, doença terminal ou em processo de convalescença, desde que possuam rede de suporte social e não necessitem de internamento.

Fonte: produção própria com base em Carvalho (2012)

A referenciação de um utente para a RNCCI é efetuada através do *software* de monitorização da RNCCI, a proposta é efetuada pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) de um Centro Hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, ou de um Centro de Saúde. A

EGA é o elemento de referência na articulação dos recursos intra e extra-hospitalares, cabendo à mesma a programação de altas dos utentes e o seu ingresso na RNCCI (Lopes, 2017). De acordo com os critérios clínicos do utente, estas equipas solicitam o ingresso para uma resposta específica. Após a Equipa Coordenadora Local (ECL) avaliar a situação e autorizar o ingresso do mesmo numa tipologia, procede-se à admissão do utente.

Figura n.º 2. Processo de Referenciação para a RNCCI



Fonte: produção própria com base em Macedo *et al* (2020)

A figura n.º 2 representa o modelo de referenciação para a RNCCI. Esta tem início nos hospitais (no caso de o utente se encontrar internado), ou nos centros de saúde (no caso de o utente se encontrar no seu domicílio). Esta referenciação, em ambos os casos, é efetuada pela EGA de cada instituição. São critérios de referenciação pessoas com limitação funcional, por doença crónica ou aguda, com necessidade de cuidados de saúde e de apoio social (Araújo *et al*, 2021). Posteriormente, os processos são avaliados pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL) e regionais (ECR) no sentido de avaliarem se existem critérios para ingresso na RNCCI. A integração e colocação no aplicativo informático, para admissão, é realizado pela ECR.

2. O Serviço Social na RNCCI/ Planeamento de Alta

O serviço social abrange diversas vertentes, cuja principal missão consiste em estabelecer relações entre os indivíduos e o meio que os envolve, assim como em desenvolver as suas capacidades, visando enriquecer as suas vidas e mitigar potenciais disfunções (Duarte, 2014).

A institucionalização do serviço social em Portugal ocorreu com a aprovação da Lei de Organização Hospitalar (Lei nº 2011, de abril de 1946), a qual consagrou a primeira jurisdição profissional do serviço social na esfera hospitalar. Nesse contexto, o serviço social assume um papel fundamental no planeamento da alta na RNCCI, associando-se a questões de direitos humanos, justiça social e dignidade. A inclusão do serviço social nos cuidados de saúde e continuados é imprescindível quando se discutem os direitos humanos e a dignidade da pessoa.

De acordo com Martineli (2003), “a relação do serviço social com a área da saúde é intensa; mais do que intensa, essa relação é, na verdade, histórica, sendo mesmo constitutiva da sua identidade profissional” (p. 9). A intervenção do serviço social na preparação da alta implica um processo de ajuda em que o utente deve ser sempre colocado em primeiro plano, definindo-se objetivos e estratégias em colaboração com o utente, as suas famílias e as redes de suporte comunitário, juntamente com a equipa multidisciplinar (Carvalho, 2014; Oliveira, 2016).

É relevante sublinhar a importância do trabalho multidisciplinar, no qual o serviço social assume um papel de ações complementares e cooperativas em práticas interdisciplinares (Martineli, 2003). É essencial prestar atenção aos cuidados psicossociais durante o tratamento clínico e, após a sua conclusão, é crucial garantir o seguimento contínuo. A intervenção social inicia-se pela doença que motiva o internamento, sendo, neste contexto, elaborado o diagnóstico social, que integra a visão da pessoa no sistema e no seu meio envolvente, resultando de uma articulação entre o atendimento à saúde e o suporte psicossocial (Masfret in Carvalho, 2012).

As finalidades da intervenção social na RNCCI são as seguintes:

Figura n.º 3. Finalidades da intervenção social na RNCCI

Garantir...	Adequado acolhimento e integração do utente e família na RNCCI
Fomentar...	A prestação de cuidados, na garantia de um adequado cumprimento e acompanhamento do plano de intervenção de cuidados.
Promover...	Manutenção e reforço das relações interpessoais.
Assegurar...	Apoio material e suporte emocional.
Potenciar...	Reinserção do utente no seu meio habitual, com qualidade.
Contribuir...	Efetividade e eficácia dos serviços.
Motivar...	Utentes e famílias para organização de grupos de auto-ajuda.
Potenciar...	A uma participação mais ativa na melhoria dos serviços e cuidados.

Fonte: produção própria com base no Manual de Boas Práticas do Assistente Social na RNCCI (Direção Geral da Saúde, 2006)

O planeamento da alta deve ser iniciado no momento da admissão do utente, mantendo-se ativo ao longo de todo o internamento. O seu principal objetivo é a manutenção da situação clínica no domicílio, ou seja, pretende-se que o utente preserve a evolução alcançada durante o internamento após a alta. É crucial destacar que as estadias em hospitais devem ser temporárias; por conseguinte, o planeamento da alta deve ocorrer o mais precocemente possível. Observa-se que os doentes percorrem um roteiro no sistema de saúde, que se inicia com a sua entrada em unidades de internamento, ambulatorios ou unidades de saúde familiar. Em todas estas estruturas, as equipas de profissionais planificam a alta do doente para a rede de cuidados ou para a comunidade (Carvalho, 2014; Rendeiro, 2015).

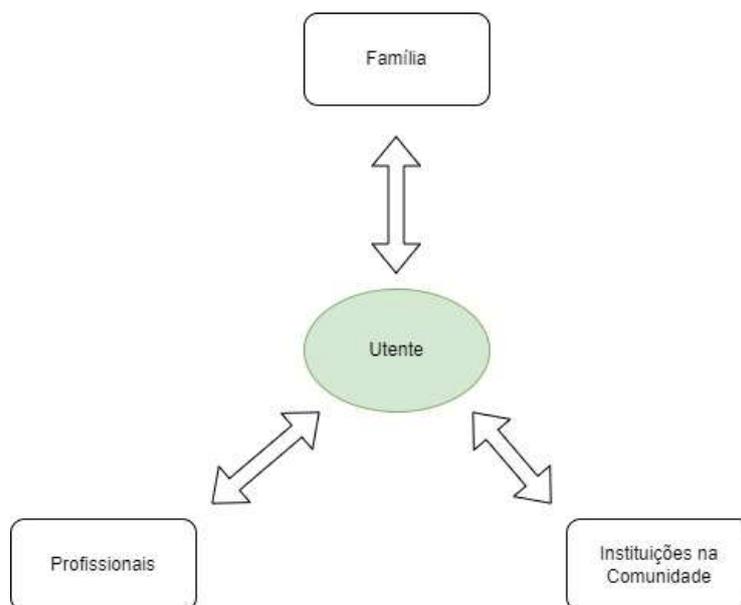
O planeamento da alta pressupõe um trabalho em equipa que visa garantir a continuidade do processo de cuidados na comunidade, sejam estes de natureza saúde ou social. O foco está na melhoria da qualidade de vida do utente, com ênfase no seu tratamento, reabilitação e acompanhamento na comunidade, independentemente de a alta ser para junto da sua família ou para qualquer estrutura comunitária (Carvalho, 2014). Para que a alta ou a transferência para outra tipologia de cuidados ocorra de forma atempada, é necessário desenvolver um conjunto de atividades ao longo do internamento, evitando, assim, os custos associados a dias de internamento inadequados (Lopes, 2017).

O planeamento da alta deve considerar possíveis carências físicas e psicossociais. Por esse motivo, é fundamental registar toda a informação relevante relativa ao utente e à sua família, assim como todas as alterações necessárias, tratamentos e necessidades

específicas. Este contacto é considerado um fator potenciador de uma pós-alta favorável tanto para o utente como para a família (Lopes, 2017).

Em suma, é essencial que a alta se fundamente em respostas adequadas a todos os níveis: saúde, social, psicológico e económico. É necessário estabelecer um processo relacional em que o utente se constitua no centro da ação.

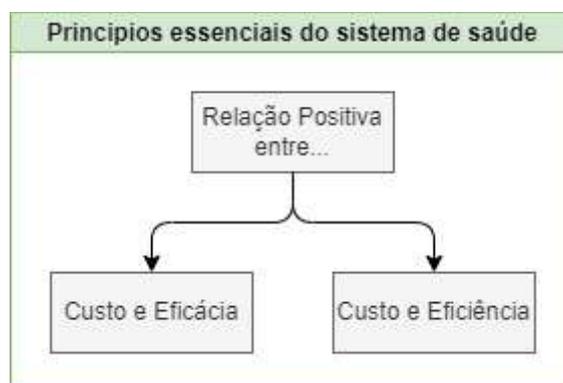
Figura n.º 4. Processo de relação do utente em contexto de preparação de alta



Fonte: produção própria com base em Santos (2017)

Importa referir que o planeamento da alta é confrontado com a avaliação de recursos públicos ou privados que deverão ser reavaliados anualmente, com base nos princípios essenciais do sistema de saúde:

Figura n.º 5. Princípios essenciais do sistema de saúde



Fonte: produção própria com base em Masfret (in Carvalho 2012)

Em todo o mundo, os custos na área da saúde vão aumentado consideravelmente e um dos motivos prende-se com os internamentos de longa duração, pelo que se torna essencial que os recursos disponíveis sejam usados de forma eficiente e eficaz (Gomes, 2015).

3. Unidade de Convalescença e Motivos de Prolongamento

A Unidade de Convalescença é

uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, que se articula com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico (Artigo 13 – Decreto Lei 101/2006).

A origem das Unidades de Convalescença remonta aos séculos XVIII e XIX, período em que estas estruturas eram concebidas, essencialmente, para prestar apoio nas áreas da alimentação e dos cuidados de higiene. Com o passar do tempo, esta conceção sofreu alterações significativas, distanciando-se completamente do que, na época, se entendia por Unidades de Convalescença. Atualmente, não existe uma definição internacionalmente uniforme para estas unidades, verificando-se diferentes interpretações do conceito, que variam consoante o país. Entre as principais diferenças destacam-se os critérios de admissão e as condições de acesso. Contudo, os benefícios associados a este tipo de cuidados revelam-se consistentes a nível global, com particular impacto na reabilitação funcional, redução da mortalidade e diminuição das taxas de institucionalização (Ministério da Saúde, 2006).

De forma mais específica, as Unidades de Convalescença têm como objetivo principal a recuperação das capacidades funcionais de indivíduos que apresentam perda transitória de autonomia, mas que não necessitam de internamento em hospitais de cuidados agudos e cuja recuperação apresenta uma boa perspetiva de sucesso. Estas unidades posicionam-se, assim, como um recurso intermediário entre o internamento hospitalar e o regresso ao domicílio (Martins et al., 2007; Araújo et al., 2021; Oliveira, 2016).

As Unidades de Convalescência podem estar integradas em hospitais de cuidados agudos ou em outras instituições, prevendo um período de internamento até 30 dias. Durante este período, são assegurados serviços de reabilitação funcional intensiva, cuidados médicos e de enfermagem contínuos, bem como apoio psicológico e social. Adicionalmente, são garantidos medicação, consumíveis, atividades de convívio e lazer, entre outros recursos essenciais (ISS, IP, 2019; Oliveira, 2016).

O processo da alta visa integrar a pessoa com dependência na comunidade, assegurando que receberá os cuidados adaptados às suas necessidades clínicas e sociais, tendo como base a promoção da segurança e qualidade de vida após a alta. Esta transferência de cuidados para a comunidade passa pela integração da pessoa na rede familiar e/ou redes de apoio formal. O planeamento da alta, procedimento desenvolvido durante o internamento do utente, é da responsabilidade da equipa multidisciplinar e tem como objetivo garantir a alta da pessoa em segurança de modo a dar resposta às suas necessidades, a todos os níveis, após a alta da RNCCI.” (Junco, 2021, p. 32).

Importa referir que nem sempre o tempo definido por lei, para a permanência nas Unidades de Convalescência, é cumprido. Há em inúmeras situações, necessidade de protelamentos de alta. Este encontra-se previsto na lei. De acordo com o artigo nº 23 da Portaria nº 174/2014, caso não tenham sido atingidos os objetivos terapêuticos, pode haver lugar a um pedido de prorrogação de internamento, tendo em vista a melhoria ou recuperação do utente, quer da sua situação clínica, quer social. Deverá ser realizada uma proposta fundamentada, no aplicativo informático da RNCCI, até 5 dias antes do término do período de internamento. Esta proposta é válida pela ECL e pela ECR.

Os protelamentos de altas constituem um problema significativo nas Unidades de Convalescência, podendo ser atribuídos, sobretudo, a três grandes fatores: terapêuticos, institucionais e psicossociais.

Relativamente aos fatores terapêuticos, constata-se que o período de internamento em Unidades de Convalescência, limitado a 30 dias, revela-se insuficiente na maioria dos casos. Este cenário deve-se, em grande parte, à prevalência de doenças crónicas, ao agravamento dos estados de dependência e à idade avançada dos utentes admitidos, que frequentemente apresentam condições clínicas complexas. Nestas situações, o processo de reabilitação exige um ritmo mais lento. Contudo, verifica-se que os hospitais de

cuidados agudos priorizam a transferência célere dos utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tanto para aumentar a disponibilidade de camas para outros doentes em fase aguda, como para mitigar o risco de infeções hospitalares decorrentes de internamentos prolongados. Este procedimento resulta, em muitos casos, na admissão de utentes em Unidades de Convalescença que deveriam ser encaminhados para outras tipologias da RNCCI, mais adequadas às suas necessidades.

No que diz respeito aos fatores institucionais, destacam-se os casos de utentes que não atingem os objetivos definidos para o período de Convalescença e necessitam de transitar para outras respostas da RNCCI, tais como Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (UMDL) ou Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), com vista à recuperação da sua situação clínica e social (Artigo 23.º, Portaria n.º 174/2014). Adicionalmente, os internamentos prolongam-se, não só em Unidades de Convalescença mas também em outras respostas da RNCCI, devido à necessidade de aguardar vagas em recursos comunitários, como Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário (SAD). A sobrelotação destas respostas agrava a permanência dos utentes em internamentos da Rede.

Por fim, os fatores psicossociais englobam diversas problemáticas, tais como a ausência de condições habitacionais adequadas, insuficiência económica, composição familiar envelhecida, isolamento e vulnerabilidade social, casos de maus-tratos e violência doméstica, e ainda a incapacidade das famílias em prestar cuidados a utentes dependentes. Estas condições dificultam ou mesmo impossibilitam a preparação de altas adequadas para respostas sociais eficazes, resultando em pedidos de transferência para outras tipologias dentro da RNCCI. Consequentemente, os utentes permanecem nas Unidades de Convalescença enquanto aguardam uma resposta mais adequada.

4. Redes de apoio formal e informal no planeamento da alta

O planeamento da alta deverá ser iniciado no primeiro dia de admissão do utente na unidade. Tanto a elaboração de diagnóstico social, como o levantamento das expectativas esperadas quanto ao internamento e alta, já nos permitem antever os objetivos do utente e da família quanto ao encaminhamento após a alta (Junco, 2021).

Quando o utente não apresenta a autonomia suficiente para a realização das suas Atividades de Vida Diária (AVD's), que poderão ser de origem transitória ou permanente, deverá recorrer às redes de apoio existentes formais e informais de proteção social. Estas poderão funcionar em separado ou em simultâneo.

Como refere Junco (2021, p. 34), “o apoio formal é prestado por cuidadores integrados numa atividade profissional remunerada”. Este tipo de apoio pode ser prestado por uma instituição ou não, sendo que são profissionais que o prestam.

Figura n.º 5. Respostas sociais existentes

Tipo de resposta	Características
Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	Cuidados ou serviços ao domicílio, a utentes que não tenham capacidade de ter autonomia nas AVD's, ou nas suas atividades instrumentais. Este serviço pode incluir: higiene pessoal, higiene da roupa pessoal, alimentação, higiene habitacional, entre outras.
Centro de Dia	Visam a prestação de cuidados ao utente durante o dia. É uma alternativa às famílias que durante o dia são profissionalmente ativas. Contribuem ainda para a manutenção dos utentes no seu meio familiar.
Centro de Noite	É uma alternativa a pessoas idosas que residem sozinhas e têm receio de permanecerem sozinhas no período noturno.
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	Alojamento coletivo, temporário ou permanente, que se destinam a indivíduos de idade avançada, em situação de dependência e/ou isolamento social. Têm como principal objetivo o envelhecimento ativo e saudável em ambiente seguro.

Fonte: produção própria com base em Junco (2021)

Já os cuidadores informais podem ser familiares, vizinhos, amigos que assumem alguma responsabilidade ou supervisão na prestação de cuidados ao indivíduo, de forma permanente ou ocasional (Junco, 2021). Algumas medidas têm vindo a enfatizar este papel do cuidador informal, nomeadamente, a publicação do Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro), que regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio (Assembleia da República, 2019).

Neste tipo de apoio assistimos a uma cada vez mais difícil garantia na segurança da sua prestação. Existem um conjunto de condicionantes que impedem, em muitos casos, a garantia dos cuidados por parte das redes de suporte informais, tais como: a pouca disponibilidade para profissionais no ativo, o desconhecimento e dificuldade de cuidar de pessoas com elevado grau de dependência, fracas condições habitacionais, barreiras arquitetónicas, muitas vezes a falta de afetividade entre os elementos da família,

insuficiência económica, idade avançada dos elementos do agregado familiar, entre outros. Neste sentido, podemos afirmar que o protelamento de altas traz graves implicações para o funcionamento do sistema de saúde, quer pelos custos económicos que acarreta, quer pelos sociais (Carvalho, 2020).

5. Metodologia

A investigação tem como objetivo principal compreender em que medida o período de internamento previsto na legislação para as Unidades de Convalescença é adequado às necessidades das pessoas que delas beneficiam. Neste sentido, pretende-se analisar a adequação da legislação vigente relativamente aos tempos de internamento nas Unidades de Convalescença, avaliando a sua correspondência com as necessidades dos utentes e com a perceção dos profissionais.

Para isso, será necessário: i) identificar os tempos médios de internamento nas Unidades de Convalescença, com base em dados recolhidos junto das unidades integradas na RNCCI; ii) analisar a perceção das equipas da RNCCI sobre a adequação do tempo médio de internamento às necessidades dos utentes, através da aplicação de inquéritos aos profissionais das Unidades de Convalescença; iii) examinar as razões que levam ao prolongamento do tempo de internamento nas Unidades de Convalescença, com base em dados clínicos, administrativos e nas respostas aos inquéritos por parte dos profissionais; iv) identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais na programação das altas nas Unidades de Convalescença, considerando fatores institucionais, clínicos e psicossociais.

A presente investigação privilegia a metodologia quantitativa. Esta centra-se essencialmente na análise de factos e fenómenos observáveis (Coutinho, 2014), pressupõe uma análise objetiva, concreta. O seu foco está direcionado para a compreensão com base na análise de dados concretos, com o apoio de instrumentos padronizados e neutros (Marques e Melo, 2017), em que o investigador adquire uma postura neutra sem interpretações e variáveis (Backstrom, 2008).

A análise quantitativa ocorreu através da análise dos dados recolhidos através da aplicação de inquéritos por questionário enviados a assistentes sociais das unidades de Convalescença de Portugal continental, bem como da análise dos dados estatísticos do relatório de monitorização da RNCCI. Os dados foram recolhidos através da aplicação de

inquérito por questionário online, tendo, para o efeito, sido enviados o link de acesso e o respetivo consentimento informado para todas as Unidades de Convalescença de Portugal Continental (54 Unidades), entre 19 de junho e 20 de julho de 2023.

Para formalizar o processo de recolha de dados, foi solicitado via correio eletrónico informação relativa a dados nacionais da Rede Nacional de Cuidados Continuados, nomeadamente tempos médios de internamento, causas para protelamentos das altas nas Unidades. Houve necessidade de solicitar parecer às comissões de ética de algumas organizações para a participação na investigação, para além de ter sido enviado um consentimento informado juntamente com os respetivos instrumentos de recolha de dados. Esta investigação assegurou o anonimato e a confidencialidade, seguindo todos os princípios éticos na investigação científica.

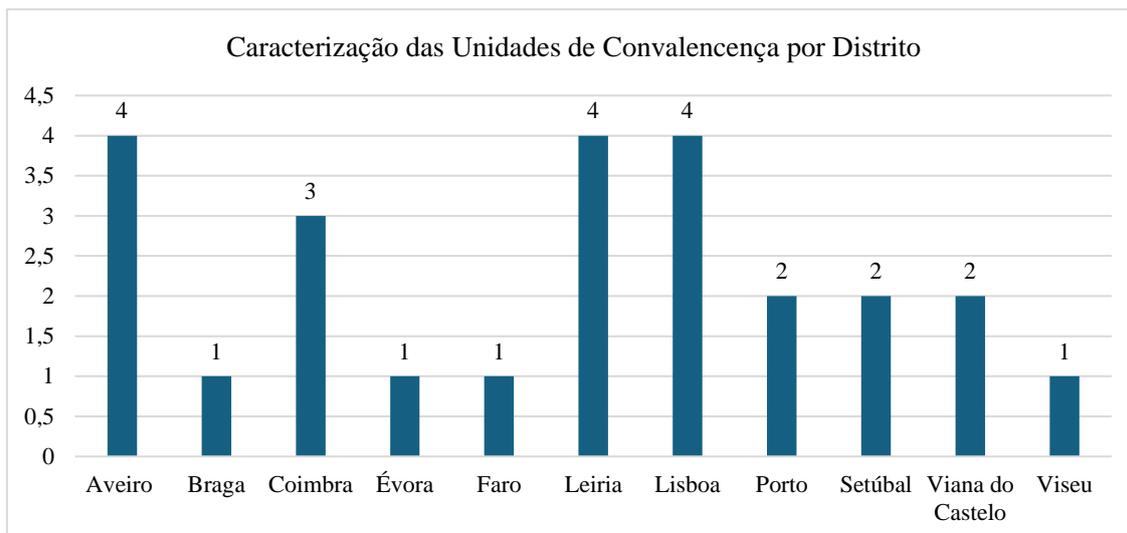
6. Resultados

A apresentação dos resultados obtidos no estudo será norteadada pelos objectivos definidos anteriormente. Neste sentido, subdivide-se em 4 partes: a caracterização das Unidades de Convalescença que responderam ao questionário, distrito e ECR que tutela as mesmas; os tempos de internamento nessas unidades, estabelecendo a ligação com os dados do relatório de monitorização da RNCCI; a comparação entre o número de utentes com alta para a rede formal e informal; e os motivos pelos quais os utentes permanecem nas Unidades de Convalescença para além do tempo definido por lei.

6.1. Caracterização das Instituições

Os dados foram recolhidos com recurso à aplicação de inquéritos por questionário online, criados no *google forms* e enviados por correio eletrónico. Das 54 Unidades de Convalescença existentes em Portugal Continental, responderam 25, ou seja 46,3% do universo.

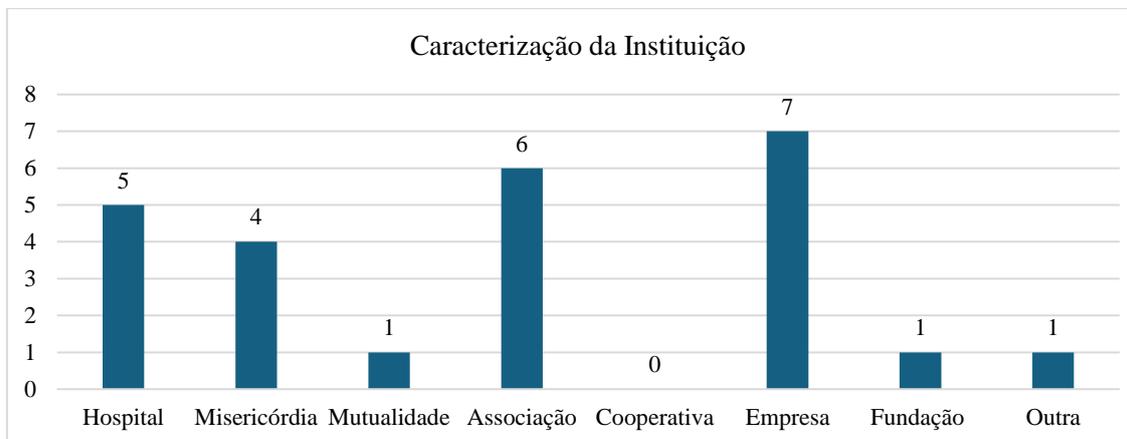
Figura n.º 6. Unidades de Convalescença distribuídas por distrito



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

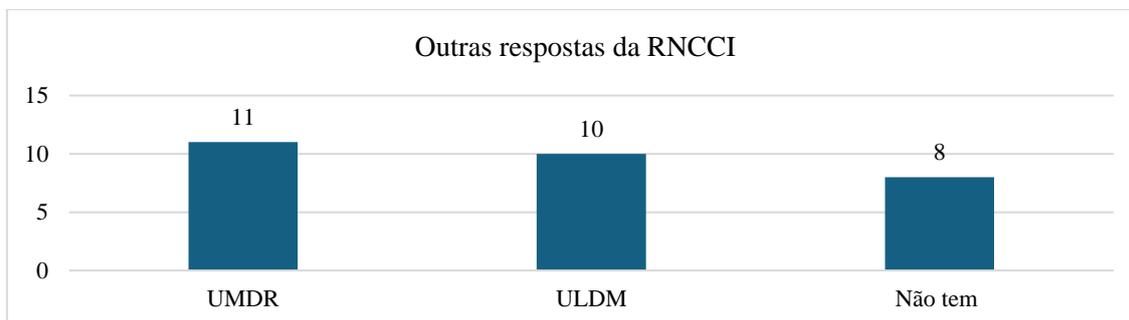
Das 25 Unidades que responderam (de entre as 54 existentes), verificamos que o maior número de respostas obtidas proveio de unidades situadas nos distritos de Aveiro (4), Leiria (4) e Lisboa (4), seguindo-se o distrito de Coimbra (3).

Figura n.º 7. Natureza jurídica das Unidades de Convalença



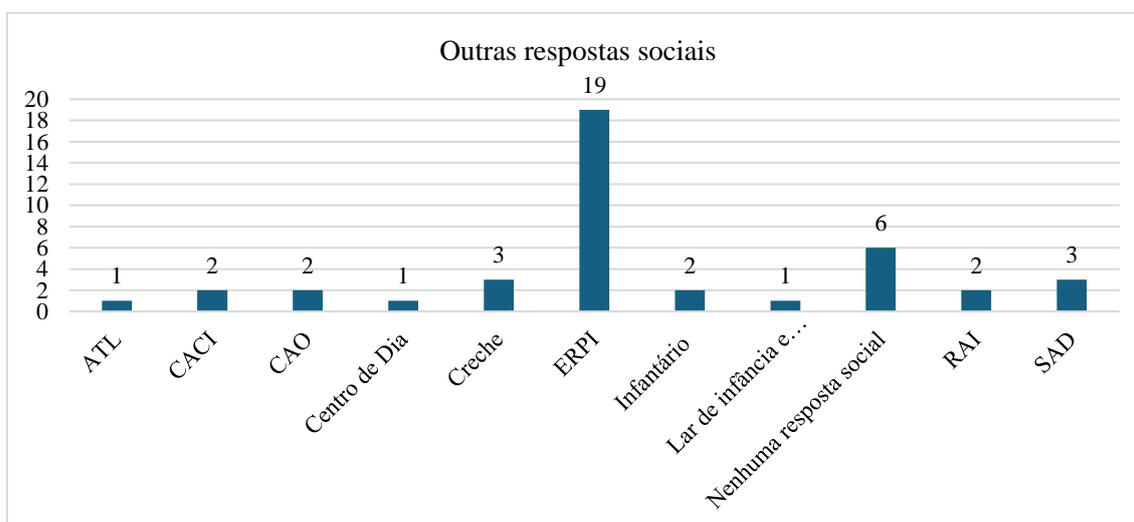
Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Podemos, pela análise da figura n.º 7 verificar que o maior número de repostas foi dado por empresas (7) e associações (6), seguidas das unidades que se situam integradas nos próprios hospitais de agudos (5), das Misericórdias (4) e finalmente de Mutualidades (1), Fundações (1) e outras (1). Não se obteve qualquer resposta por parte de Cooperativas. Parte destas Unidades possuem outras respostas da RNCCI, assim como outras respostas sociais, como podemos verificar nos gráficos seguintes.

Figura n.º 8.– Unidades com outras repostas da RNCCI

Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Pela análise da figura n.º 8 podemos constatar que 11, das 25 Unidades que responderam ao questionário, têm acordos para Unidade de Média Duração e Reabilitação e 10 para Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Figura n.º 9. Outras repostas sociais disponibilizadas pelas Organizações promotoras de Unidades de Convalescença

Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

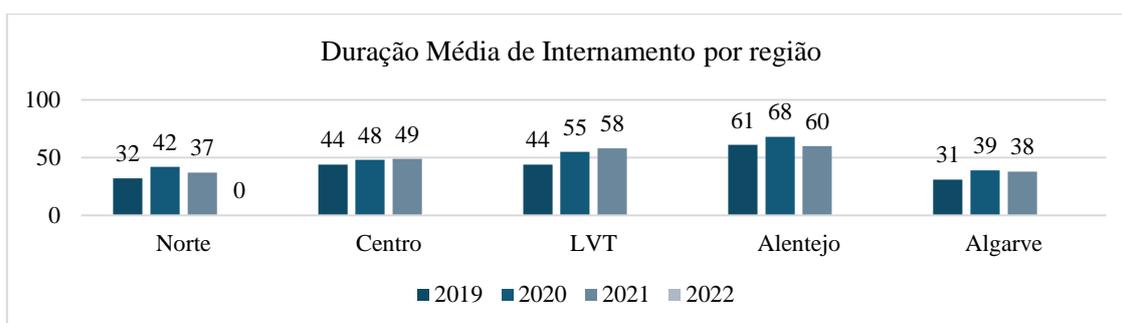
A maior parte das Organizações promotoras de Unidades de Convalescença disponibilizam outras repostas sociais (86%), com uma incidência significativa para a resposta social Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI – 45%).

Após esta caracterização das unidades em estudo, avançamos mais concretamente para a área da RNCCI. Importa referir que as instituições se encontram sob jurisdição das ECR distribuídas pelo país, mais concretamente: 48% encontram-se sob a jurisdição da

ECR centro, seguindo-se Lisboa e Vale do Tejo com 32%, Norte com 12% repostas e finalmente Alentejo e Algarve com 4% cada.

6.2. Tempos de internamento

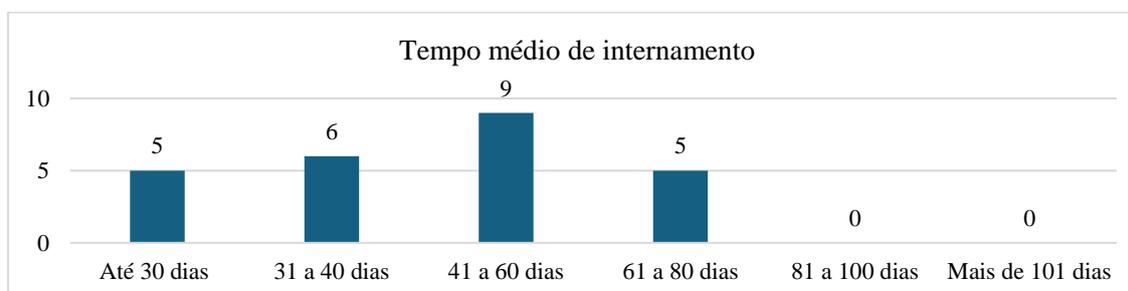
Figura n.º 10. Duração média de internamento, com base no relatório de monitorização da RNCCI



Fonte de produção própria com base no relatório de monitorização da RNCCI (ERS, 2022).

Podemos verificar que é o Alentejo que apresenta a duração média de internamento mais elevada (68 em 2020, 61 em 2019 e 60 em 2021), seguindo-se Lisboa e Vale do Tejo (58 em 2021, 55 em 2020 e 44 em 2019).

Figura n.º 11. Duração média de internamento, nas Unidades de Convalescença que responderam ao questionário



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

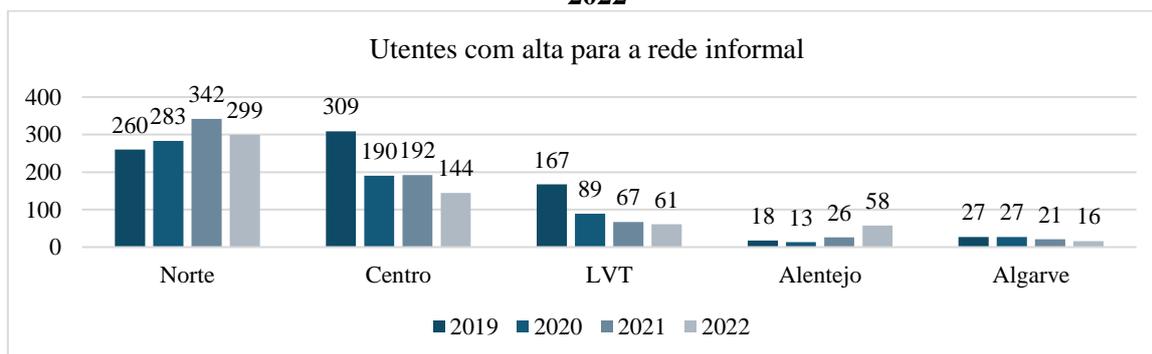
Podemos verificar que das unidades que responderam ao questionário, apenas 5 reportam internamentos em convalescença até 30 dias nas suas Unidades (20%). As restantes Unidades (80%) referem que o tempo médio de internamento é superior a 30 dias nas suas Unidades, designadamente entre os 41 a 60 dias (36%), entre os 31 a 40 dias (24%) e entre os 61 e os 80 dias de internamento (20%).

Figura n.º 12. Número de utentes a aguardar vaga a 31 de dezembro dos anos 2019, 2020, 2021,2022

Fonte de produção própria com base no site da transparência do SNS³

Pela análise da figura n.º 12 podemos concluir que é em Lisboa que reside o maior número de utentes a aguardar encaminhamento para as Unidades de Convalescência (valor mais elevado em 2021 com 97, com uma diminuição significativa em 2022, com 57), seguindo-se o Alentejo (valor mais elevado em 2020 com 95, com uma diminuição acentuada em 2021, com 24, e em 2022, com 17). No cômputo geral, são estas duas regiões que apresentam um maior número de utentes a aguardar vaga para Convalescência. No entanto, em 2022 mantém-se a região de Lisboa com o maior número de pessoas a aguardar vaga (57), seguida pela região norte (34). O Algarve é a região que regista menor número de utentes a aguardar vaga (9).

6.3. Número de utentes com alta para a rede formal e informa

Figura n.º 13. Número de utentes com alta para a rede informal em 2019, 2020, 2021 e 2022

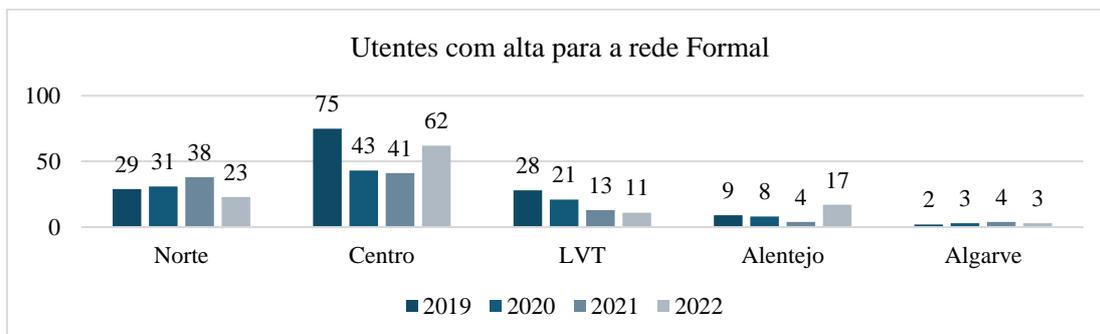
Fonte de produção própria com base no site da transparência do SNS

Podemos verificar que é no Norte que se concentraram o maior número de altas para a rede informal nos últimos anos (mínimo 260 e máximo 342), seguindo-se as da

³ Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

zona Centro (mínimo 144 e máximo 309) e as de Lisboa e Vale do Tejo (mínimo 61 e máximo 167). Também se pode verificar que no Alentejo os valores de referência são bem mais reduzidos (mínimo 13 e máximo 58).

Figura n.º 14. Número de utentes com alta para a rede formal em 2019, 2020, 2021 e 2022



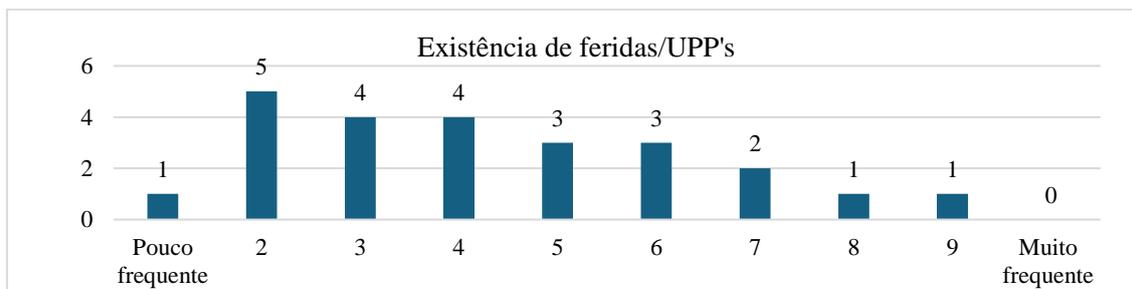
Fonte de produção própria com base no site da transparência do SNS

Pela análise da figura n.º 14 podemos constatar que é na zona Centro que se concentra o maior número de utentes com alta para a rede formal, em qualquer um dos anos apresentados (mínimo 41 e máximo 75), seguindo-se a zona Norte (mínimo 23 e máximo 38), Lisboa e Vale do Tejo (mínimo 11 e máximo 28). No Algarve este número é bem menor (mínimo 2 e máximo 4), quando comparado com as restantes zonas do país.

6.4. Motivos pelos quais permanecem nas Unidades

Grande parte das Unidades que responderam ao inquérito referem ser muito frequente (76%) a necessidade da permanência dos utentes nas Unidades de Convalescência, para além do tempo definido por lei (30 dias), tendo em vista a sua reabilitação funcional.

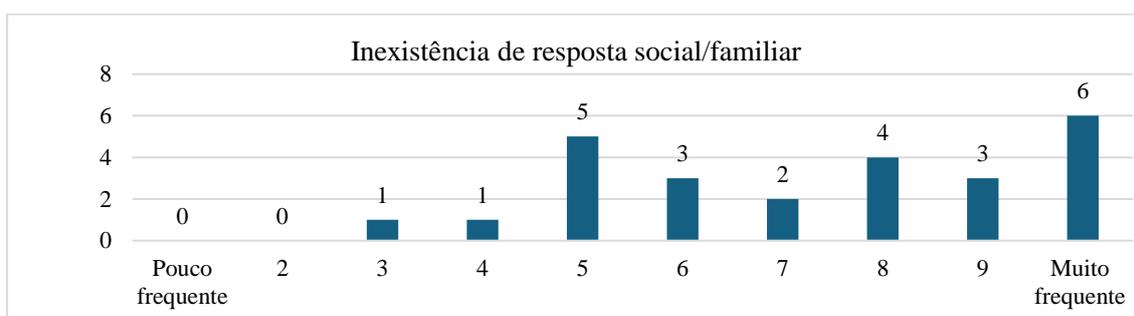
Figura n.º 15. Frequência da existência de feridas enquanto causa de protelamento de alta



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

A existência de feridas / úlceras de pressão é apontado como uma causa pouco frequente (68%) para o protelamento de alta na Convalescência pelos profissionais inquiridos.

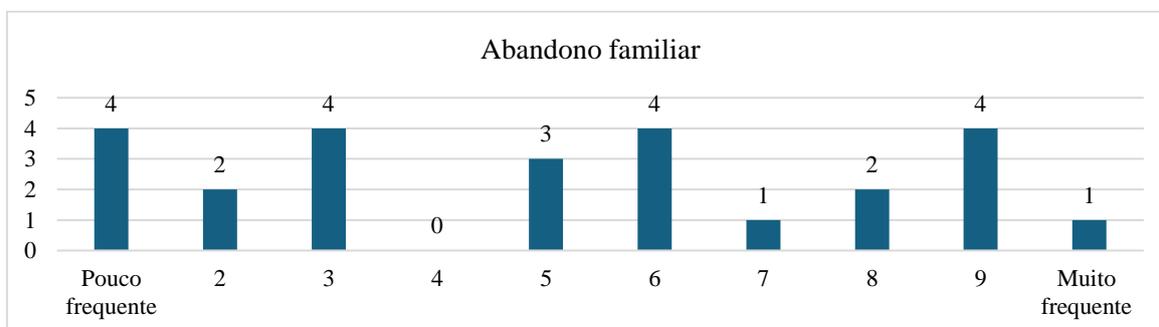
Figura n.º 16. Frequência da inexistência de resposta social / familiar enquanto causa de protelamento de alta



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Podemos verificar, pela análise da figura n.º 16, que grande parte dos inquiridos apontou a questão da inexistência de resposta social/familiar como muito frequente (72%) para a permanência na resposta.

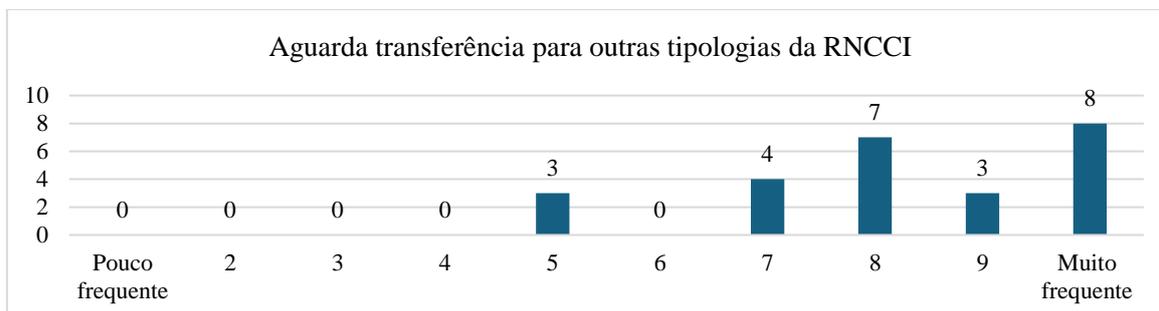
Figura n.º 17. Frequência do abandono familiar enquanto causa de protelamento de alta



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

No caso do abandono familiar, verificamos a existência de unidades cuja problemática é pouco frequente (52%), contrastando com quase metade dos inquiridos que apontam esta causa como muito frequente (48%), não havendo unanimidade nos resultados.

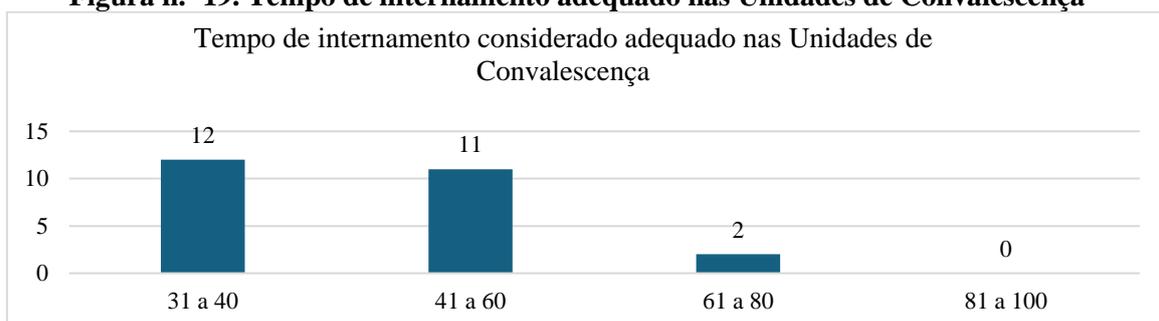
Figura n.º 18. Frequência do tempo de espera para transferência para outras tipologias da RNCCI enquanto causa de protelamento de alta



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Pela análise da figura n.º 18, poderemos concluir que o facto de estarem a aguardar encaminhamento para outra reposta da RNCCI é apontado como uma das causas mais frequentes (88%) para a permanência de utentes nas Unidades de Convalescência.

Figura n.º 19. Tempo de internamento adequado nas Unidades de Convalescência



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Quando questionados sobre o tempo de internamento mais adequado para a resposta Convalescência, as Unidades referiram que os internamentos deveriam situar-se entre 31 a 40 dias (48%), seguindo-se as que defendem entre os 41 e os 60 dias (44%).

7. Discussão dos resultados

A investigação é uma contante procura na compreensão de fenómenos sociais que visa um processo sistemático e objetivo, é nesta procura que surge o debate e, por conseguinte, a edificação de novas ideias (Coutinho, 2014). Foi neste contexto que surge o interesse por este estudo, quer pela compreensão das reais causas pelas quais os utentes permanecem nas unidades de Convalescência para além dos 30 dias, quer pela visão que os próprios profissionais têm em relação aos tempos de internamento e necessidade de alteração do número de dias nestas unidades.

Foi efetuada a análise dos dados referentes aos tempos de internamento nas Unidades de Convalescença registados no relatório de monitorização da Entidade RNCCI (2022) bem como dos destinos após a alta dos utentes internados nestas Unidades nos anos 2019 a 2022, através do portal da transparência do SNS. Foi realizado ainda o levantamento do número de utentes a aguardar vaga nas Unidades de Convalescença da RNCCI. Posteriormente, foi enviado questionário através do *Google forms*, dirigido às 54 Unidades de Convalescença do país, das quais reponderam 25 Unidades.

Importa referir que dos questionários enviados, o maior número de respostas foi dada pelas unidades que se situam no litoral norte e centro nomeadamente: Lisboa, Leiria, Coimbra e Aveiro, contrastando com os distritos de Braga, Évora, Faro e Viseu com apenas 1 unidade a responder ao estudo. De realçar as assimetrias verificadas na distribuição de unidades pelo país, cujos distritos de Trás-os-Montes ficam claramente em desvantagem. O distrito de Bragança possui apenas 1 unidade e Vila real não regista nenhuma unidade de Convalescença. Ainda assim é na região de Lisboa e Vale do Tejo que se acentua a maior falta de reposta de camas na RNCCI. Em 2022 a maior cobertura populacional era o Algarve, com 1.275 lugares por 100 mil habitantes com 65 ou mais anos, seguindo-se o Alentejo (1.102), o Centro (823) e o Norte (611) (Conselho de Finanças Públicas, 2022).

No caso do estudo em análise verificamos que a maior parte das instituições que reponderam ao estudo eram empresas, apenas 5 se encontravam enquadradas em hospitais de agudos. Muitas destas estruturas possuem outras respostas da RNCCI (Unidade de Média duração e Reabilitação e Unidade de Longa duração e Manutenção) assim como, outras respostas sociais, como é o caso das ERPI, Serviço de Apoio domiciliário, centro de dia, creches, infantários, ATL, etc.

Estas instituições encontram-se sob jurisdição das várias ECR (Norte, Centro, Lisboa e Vale do tejo, Alentejo e Algarve). Cabe a estas instituições articular com as estruturas nacionais e locais da sua área de atuação, no sentido de assegurarem o planeamento, gestão, acompanhamento, monitorização e avaliação da RNCCI (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2023). É a estas instituições, juntamente com as equipas locais que cabe autorizar ou não os pedidos de prorrogação nas Unidades. Estas propostas são efetuadas pelas próprias unidades prestadoras de cuidados e encontram-se previstos na lei (artigo nº 23 da Portaria

nº 174/2014,). Neste sentido, nos casos em que não tenham sido atingidos os objetivos terapêuticos, pode haver lugar a um pedido de prorrogação de internamento, tendo em vista a melhoria ou recuperação do utente, quer da sua situação clínica, quer social. Deverá ser realizada uma proposta fundamentada, no aplicativo informático da RNCCI, até 5 dias antes do término do período de internamento. Esta proposta é validada pela ECL e pela ECR.

Após caracterização das instituições pertencentes ao estudo, importa referir que 2020 e 2021 foram anos sujeitos aos efeitos da pandemia, situação que pode ter afetado os tempos médios de internamento.

Os resultados da investigação apontam no sentido da necessidade de prolongamento dos internamentos nas Unidades de Convalescença para um período superior ao definido por lei (até 30 dias). É evidente o aumento de internamentos desnecessários em hospitais de agudos e este prolongamento de episódios de permanência nos hospitais para além do período clinicamente necessário, traz consequências graves para o próprio utente, tais como: aumento de infeções hospitalares, depressão, isolamento social, risco de quedas, risco de úlceras de pressão, entre outros (Carvalho, 2020). Em suma, o tempo médio de internamento superior ao número de dias previsto na lei, vai afetar de forma muito significativa, o número de utentes a aguardar vaga para ingresso nas Unidades de Convalescença. Verificamos que continua a ser em Lisboa e Vale do Tejo e no Alentejo que se concentra o maior número de utentes a aguardar vaga em Unidades de Convalescença, principalmente no ano de 2021. Se o tempo de internamento nestas regiões é superior, automaticamente terão mais utentes a aguardar encaminhamento para as unidades. Na região norte e no Algarve, os números são bem inferiores.

Quando o utente não apresenta a autonomia suficiente para a realização das suas AVD's, que poderão ser de origem transitória ou permanente, deverá recorrer às redes de apoio existentes formais e informais de proteção social. Estas poderão funcionar em separado ou em simultâneo.

Em Portugal, continuam a subsistir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos, ou amigos e as redes formais de proteção social onde se inserem todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie, como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e

equipamentos sociais (Nogueira, 2009 in Guadalupe et al., 2022). É na zona Centro que se assiste ao maior número de altas para a rede de cuidados formal, com um decréscimo nos anos de 2020 e 2021 que poderá ser explicado pelos anos da pandemia, nos quais muitas das estruturas da comunidade apresentavam restrições para a integração de novos elementos.

Ainda assim, podemos constatar que as altas para a rede informal são significativamente superiores às altas para a rede formal. Esta situação pode prender-se com dois fatores: ou o utente se consegue reabilitar de uma fase transitória de perda de autonomia, regressando desta forma ao domicílio, ou detém retaguarda familiar que permite o regresso a casa.

A relação entre estes dois tipos de apoio – informal e formal – pode ser de complementaridade ou de substituição. Por exemplo, no caso de um utente se encontrar a frequentar Centro de Dia, pode contar com o apoio formal deste e da família no final do dia.

Importa ainda referir a constante pressão sob a rede informal na relação com os cuidados de saúde. Se por um lado temos um claro aumento de utentes idosos, dependentes, com várias comorbilidades, por outro, temos cuidadores informais que vivem num constante desafio na conciliação entre a sua vida familiar / profissional e o seu papel de cuidador informal (Macedo et al, 2020).

Com frequência os utentes necessitam de outro tipo de cuidados que passam por uma transferência para outras tipologias da RNCCI que abrangem mais tempo de internamento, dada a ausência de reposta na rede formal.

Paralelamente, assistimos a uma insuficiência da rede formal, principalmente nas respostas em ERPI. Neste contexto, torna-se fundamental a articulação entre as equipas da RNCCI, famílias e recursos da comunidade, na garantia da continuidade de cuidados.

O que se verifica em muitas situações é a permanência dos utentes nas unidades. Como podemos analisar nos gráficos apresentados anteriormente, onde se encontram elencados os reais motivos para os utentes permanecerem nas Unidades de Convalescência após os 30 dias de internamento. Assim sendo, um dos motivos apresentados prende-se com a necessidades de o utente necessitar de mais tempo para reabilitação. Este resultado vai no sentido do defendido por Batista (2012), que defende que o estado de dependência é uma das condicionantes à preparação da alta,

principalmente no que diz respeito ao autocuidado resultante de limitações físicas e mentais, para além do que o comprometimento funcional do utente tem implicações diretas na estrutura familiar (Batista, 2012). Quanto à necessidade de prolongamento de internamento pela existência de úlceras de pressão, este motivo foi apontado como pouco frequente. Importa referir que na sua maioria, os utentes referenciados para as Unidades de Convalescença, surgem de situações agudas e em grande parte de perda de autonomia transitória, que poderá ser uma das justificações para esta existência pouco frequente de úlceras de pressão neste tipo de resposta da RNCCI.

A inexistência de reposta familiar e social foi apontada como uma causa muito frequente para a permanência dos utentes nas Unidades, os dados estão em consonância com Rendeiro (2015) que defende que “A necessidade de condições sociais é inerente a situações clínicas de especialidades diversas como a traumatologia, psiquiatria, cirurgia, a oncologia, entre outras, que quando inexistentes ou insuficientes são um constrangimento ao planeamento de alta” (p. 12). Assim, a ausência de resposta familiar e social, que pode ser traduzida na ausência de condições habitacionais, insuficiência económica, agregado familiar idoso, isolamento e vulnerabilidade social, situação de maus-tratos e violência doméstica e ainda a incapacidade da família na prestação de cuidados a um utente em situação de dependência são fatores a considerar aquando da preparação da alta do utente e da análise do tempo de permanência na Unidade. Nesta questão, torna-se fundamental o papel do assistente social nas Unidades de convalescença, na medida em que cabe a estes profissionais o acompanhamento, avaliação e articulação com a equipa, família e recursos da comunidade.

Existem situações que prolongam o internamento quer em Unidade de Convalescença, quer noutras respostas da RNCCI, tais como: aguardar vaga em Estrutura Residencial para Idosos (ERPI); em Centros de Dia, ou em Serviços de apoio domiciliário (SAD). Este tipo de recursos da comunidade, encontram-se sobrelotados, influenciando o tempo de permanência dos utentes nos internamentos da Rede. Dos internamentos prolongados na RNCCI, alguns deles são apontados pelas unidades inquiridas como questões de abandono familiar. Por abandono, entende-se o ato do cuidador negar ou ignorar as suas responsabilidades perante a pessoa idosa. Podem ainda existir casos de abuso, em que o cuidador tem um papel ativo em causar danos ao idoso (por exemplo, agressão física) ou casos de negligência, em que o cuidador tem um papel passivo,

associado à insensibilidade, ausência de empatia, desvalorização do idoso e falhas nos cuidados prestados (Gabriel, Paulino, 2020). O caso do abandono de idosos / utentes no serviço de saúde tem um impacto enorme no funcionamento dos próprios serviços. São inúmeras as situações de abandono, principalmente de pessoas idosas e dependentes, esta problemática do abandono está intrinsecamente ligada com o facto de que, propositadamente ou não, o cuidador não atende às necessidades de saúde física e mental do utente. Verifica-se que no caso dos internamentos temporários, nos quais existe uma data de alta prevista, verifica-se que em muitas situações as famílias deixam de visitar e de dar importância ao utente, deixando de o visitar (Mora, 2022).

Verificamos que é muito frequente a permanência de utentes nas unidades de convalescença, por estarem a aguardar resposta de transferência para outra tipologia da RNCCI. A dificuldade ou impossibilidade de serem preparadas altas para respostas sociais adequadas, vai provocar pedidos de transferência para outras tipologias dentro da própria rede e por conseguinte, os utentes permanecem nas Unidades de Convalescença, a aguardar resposta noutra tipologia. Esta situação encontra-se bem espelhada na figura 18, onde verificamos ser um dos grandes motivos da permanência dos utentes nas Unidades de Convalescença. Por outro lado, assistimos a admissões de utentes nas Unidades de Convalescença, cujo encaminhamento deveria ser para outra tipologia da RNCCI, com tempo de internamento superior, como é o caso das unidades de média e de longa duração. Esta situação vai obrigar a que as próprias unidades tenham que realizar pedidos de transferência e que o utente permaneça na Unidade de Convalescença a aguardar vaga em outra tipologia.

A mobilidade na Rede é promovida pelos responsáveis das unidades ou equipas, no sentido de ingresso da pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Quando questionadas acerca do tempo de internamento mais adequado, temos o maior número de unidades a referir ser insuficiente o período de internamento de 30 dias nas Unidades de Convalescença. Importa reforçar que as unidades de convalescença têm como principal objetivo o restabelecimento das capacidades ou funções em utentes com perda transitória de autonomia, que não necessitem de internamento em hospital de agudos e cuja autonomia tenha boas perspectivas de reabilitação, este objetivo deveria ser

atingido num período até 30 dias, situação que não ocorre na maioria dos casos. Vamos assistindo a um modelo de rede em que permanecem e circulam desde que preencham os critérios de inclusão (Martins, Melo, 2008). A dificuldade ou impossibilidade de serem preparadas altas para respostas sociais adequadas, vai provocar pedidos de transferência para outras tipologias dentro da própria rede e por conseguinte, os utentes permanecem nas Unidades de Convalescença, a aguardar resposta noutra tipologia. Perante esta situação, aumentam consideravelmente os utentes que aguardam vaga nas Unidades de Convalescença.

Conclusão

A análise realizada evidencia os desafios estruturais, institucionais e sociais que afetam o funcionamento das Unidades de Convalescença no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Os dados demonstram que o período de internamento de 30 dias, estipulado pela legislação em vigor, revela-se frequentemente insuficiente para responder às necessidades terapêuticas, sociais e familiares dos utentes, especialmente quando considerados fatores como o envelhecimento populacional, a elevada prevalência de doenças crónicas e os constrangimentos nas redes de suporte formal e informal.

A investigação reflete a importância de uma abordagem crítica e integrada na análise destes fenómenos. Por um lado, destaca-se a necessidade de maior flexibilidade no tempo de internamento, mediante avaliação rigorosa dos casos individuais, reconhecendo a variabilidade das condições clínicas e sociais dos utentes. Por outro, a insuficiência de respostas na rede formal, particularmente na oferta de vagas em Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e outras respostas sociais comunitárias, surge como um fator determinante que prolonga desnecessariamente os internamentos. Este prolongamento tem impactos diretos não só na qualidade de vida dos utentes, como também na eficiência do sistema, contribuindo para o aumento do número de pessoas a aguardar vaga e para a sobrecarga das instituições.

A sobreposição das responsabilidades da rede informal, frequentemente composta por cuidadores familiares com recursos limitados, reflete a fragilidade da articulação entre as redes formais e informais de suporte. Este cenário, agravado pela escassez de estruturas comunitárias, requer a implementação de políticas públicas que promovam a expansão e

a equidade na distribuição das respostas da RNCCI, principalmente nas regiões mais desfavorecidas.

Adicionalmente, as disparidades regionais identificadas, como a escassez de unidades em Trás-os-Montes ou a elevada procura em Lisboa e Vale do Tejo, apontam para a necessidade de uma reorganização estratégica da rede, que assegure maior equidade no acesso e na alocação de recursos.

Esta investigação reforça a relevância do papel das equipas multidisciplinares, em particular dos assistentes sociais, na articulação entre os cuidados de saúde e os recursos sociais, assegurando a continuidade de cuidados e o apoio necessário à transição dos utentes para as respostas mais adequadas. Contudo, é igualmente imprescindível que o sistema promova uma maior integração das várias tipologias de cuidados da RNCCI, reduzindo as lacunas que perpetuam o prolongamento desnecessário dos internamentos e comprometem os objetivos terapêuticos.

Em suma, o estudo sublinha a necessidade urgente de revisão das normas e práticas que regem os tempos de internamento nas Unidades de Convalescença, alinhando-as com a realidade das necessidades dos utentes e com os constrangimentos das famílias e das instituições. Somente através de uma abordagem crítica e reflexiva será possível construir um modelo de cuidados continuados mais sustentável, eficiente e humanizado, que coloque os utentes no centro das suas prioridades.

Referências Bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) – Ministério da Saúde. (2006). *Enquadramento das unidades de convalescença na RNCCI no âmbito da experiências piloto*.

Araújo, F., Bastos, F., Lourenço, M., Vilela, C., Fernandes, C., Brito, A., & Campos, M. J. (2021). *O papel dos cuidados continuados na reconstrução da autonomia. Autocuidado: um foco central de enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Backstrom, B. (2008). *Metodologia das ciências sociais: métodos quantitativos*. Universidade Aberta.

Baganha, M. I. (2002). *O setor da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Oficina do CES, Centro de Estudos Sociais.

Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno Saúde Pública*, 19.

Capucha, L. (2005). Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção. Proteção contra o “risco de velhice”: que risco? *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15.

Carapinheiro, G., & Pinto, M. (1987). Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (3), 73-109.

Carvalho, A. J. L. (2020). *Caracterização e determinantes das altas hospitalares proteladas por incapacidade de transferência em Portugal*. Dissertação de mestrado em Gestão da Saúde. Repositório Universidade Nova de Lisboa.

Carvalho, D., Sartorato, E., Alves, H., & Carneiro, R. (2004). *Metodologias de pesquisa científica*. Disponível em: <http://pesquisabibliografica.blogspot.com.br>.

Carvalho, M. H. (2012). *Serviço social na saúde*. PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

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

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2ª ed.). Edições Almedina.

Direção Geral da Saúde. (2006). *Manual de boas práticas para os assistentes sociais na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Disponível em: <https://www.seg-social.pt>.

Duarte, A. R. S. P. (2014). Serviço social na unidade de cuidados continuados integrados. *Revista Saúde e Sociedade Biomed Biopharm Res*, 1, 23-32.

Entidade Reguladora da Saúde. (2022). *Relatório de monitorização da RNCCI*. Disponível em: <https://ers.pt>.

Gabriel, S., & Paulino, M. (2020). Filho és, pai serás: O abandono de idosos explicado por psicólogos. *Lifestyle*. Disponível em <https://lifestyle.sapo.pt/>

Gomes, B. (2015). Enfermeiros. Uma força para a mudança: Eficiência + Eficácia = Ganhos para a saúde. *Ordem dos Enfermeiros*.

Guadalupe, S., Daniel, F., Macedo, P., & Almeida, V. (2022). Política de cuidados continuados para pessoas idosas dependentes em Portugal. In M. C. S. Minayo, R. M. Silva, & C. C. P. Brasil (Orgs.), *Cuidar da pessoa idosa dependente: Desafios para as famílias, o Estado e a sociedade* (Cap. 3, pp. 69-91). Editora da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

Guerra, J. (2016). Políticas de saúde em tempo de crise. In *Políticas sociais em tempos de austeridade* (pp. 177-192). Lisboa: Pactor.

Guerreiro, A. C. P. M. (2016). *Conhecimentos sobre a RNCCI: um estudo exploratório sobre a perceção dos alunos do curso de enfermagem*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Bragança.

Junco, C. M. S. (2021). *Determinantes e custos para o Serviço Nacional de Saúde da permanência de utentes sem critérios clínicos internados em ULDM*. Dissertação de

mestrado em Gestão em Unidades de Saúde. Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão.

Junior, O. G. S., Santos, A., & Schnekenberg, G. F. (2021). Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. *Cadernos da Fucamp*, 20(44), 36-51.

Lopes, G. R. (2017). *A importância do planeamento de altas em idosos – Um desafio para a política social*. Dissertação de mestrado. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas de Lisboa.

Macedo, P. M. H., & Guadalupe, S. (2020). *Serviço social hospitalar e cuidados continuados: articulação entre a saúde e o apoio social informal*. Dissertação de mestrado. ISMT.

Madureira, C. (2020). A reforma da administração pública e a evolução do estado providência em Portugal: História recente. *Revista Ler História*, 76, 179-202.

Marques, K., & Melo, A. (2017). Abordagens metodológicas no campo da pesquisa científica. In *Simpósio de metodologias ativas: Inovações para o ensino e aprendizagem na educação básica e superior*. *Blucher Education Proceedings*, 2(1).

Martinelli, M. L. (2003). Serviço social na área da saúde: uma relação histórica. *Revista Intervenção Social*, 28, 9-18.

Martins, M. C. A., & Melo, J. M. C. D. (2007). Cuidados continuados... Uma aposta para o futuro! *Millennium Spectrum*, (34), 103-106.

Mora, A. C. M. (2022). *Competências do Assistente Social na Intervenção com Utentes Institucionalizados, Vítimas de Abandono* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Disponível em <https://recil.ulusofona.pt/bitstreams/41934173-f147-46e3-bed1-096840c4a0e1/download>

Oliveira, J., Oliveira, A., Morais, F., Silva, G., & Silva, C. (2016). O questionário, o formulário e a entrevista como instrumentos de coleta de dados: Vantagens e desvantagens do seu uso na pesquisa de campo em ciências humanas. In *III Congresso Nacional de Educação (Conedu)*.

Oliveira, L. G. (2016). *Contributos do serviço social no acolhimento, acompanhamento e preparação da alta de doentes internados em unidades de cuidados continuados integrados*. Dissertação de mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Pereira, I. (2008). *Cuidados continuados: Novas tendências*. Dissertação de mestrado em Economia. Universidade da Beira Interior.

Rendeiro, S. (2015). *Impacto das políticas de austeridade no protelamento de altas sociais em hospitais públicos e no trabalho dos assistentes sociais*. Dissertação de mestrado. Instituto Superior Miguel Torga.