

Mariana Pinto Pereira

PERÍODO DE INTERNAMENTO NAS UNIDADES DE CONVALESCENÇA DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: ENTRE A REALIDADE E A UTOPIA.

Dissertação de mestrado em Serviço Social

COIMBRA, 2023



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

MARIANA PINTO PEREIRA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social,

Orientadora: Professora Doutora Cristiana Dias de Almeida, Professora Auxiliar,
Instituto Superior Miguel Torga / Universidade Lusófona – Centro Universitário do
Porto

Membros do júri (a colocar na versão definitiva)

Presidente: Professora Doutora Dulce Simões, Docente Instituto Superior Miguel
Torga

Arguente: Professora Doutora Sónia Ribeiro, Docente Instituto Superior Miguel Torga

Coimbra, setembro de 2023

Aos meus Pais
António e Antonieta

Agradecimentos

À Professora Doutora Cristiana Dias de Almeida por todo o seu empenho, dedicação, profissionalismo e motivação nesta etapa. Sou-lhe muito grata por todo o tempo que me dedicou.

Aos meus pais e irmã por todo esse amor!

À minha Té, sei o orgulho que é para ti esta minha conquista. Esta conquista também é tua!

Ao meu marido e filhos (Manuel e António) este trabalho também é vosso. Perdoem-me todo o tempo que vos roubei para o conseguir!

Às minhas colegas de trabalho Tânia Silva e Rita Rodrigues por toda a vossa amizade, colaboração e palavras de motivação. Devo-vos tanto!

A todos os participantes neste estudo pelo tempo que despenderam, a vossa colaboração foi preciosa.

Índice

Resumo.....	11
Abstract	12
Introdução.....	9
Saúde em Portugal	10
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	19
O Serviço Social na RNCCI/ Planeamento de Alta	27
Unidade de Convalescença e Motivos de Prolongamento	30
Redes de Apoio Formal e Informal.....	32
Rede de Apoio Formal.....	32
Rede Informal.....	33
Metodologia	34
Técnica de Recolha de dados	35
Considerações Éticas.....	37
Resultados	38
Caracterização das Instituições.....	38
Motivos pelos quais permanecem nas Unidades.....	43
Discussão dos resultados	47
Conclusão	53
Referências Bibliográficas	55

Índice de Figuras

Figura 1 – Novas despesas do Capital Social.....	11
Figura 2 – Mecanismos de Controle (Santos, 1987)	16
Figura 3 – Modelos de intervenção na saúde	20
Figura 4 – Objetivos do PAII	21
Figura 5 - Principais alterações na RNCCI	23
Figura 6 – Rede Geral	24
Figura 7 – Cuidados Continuados Integrados Pediátricos.....	24
Figura 8 – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental	24
Figura 9 – Tipologias da RNCCI – Rede Geral	25
Figura 10 – Processo de Referenciação para a RNCCI.....	26
Figura 11 – Finalidades da intervenção social na RNCCI	27
Figura 12 – Processo de relação do utente em contexto de preparação de alta.....	29
Figura 13 – Princípios essenciais do sistema de saúde	29
Figura 14 – Respostas sociais existentes.....	33
Figura 15 – Unidades de Convalescença distribuídas por distrito	38
Figura 16 – Natureza jurídica das Unidades de Convalescença.....	39
Figura 17 – Unidades com outras repostas da RNCCI.....	39
Figura 18 – Outras respostas sociais disponibilizadas pelas Organizações promotoras de Unidades de Convalescença	40
Figura 19 – Unidades distribuídas por Equipa Coordenadora Regional (ECR).....	40
Figura 20 – Duração média de internamento, com base no relatório de monitorização da RNCCI	41
Figura 21 – Duração média de internamento, nas Unidades de Convalescença que responderam ao questionário	41
Figura 22 – Número de utentes a aguardar vaga a 31 de dezembro dos anos 2019, 2020, 2021,2022.....	42
Figura 23 – Número de utentes com alta para a rede informal em 2019, 2020, 2021 e 2022	42
Figura 24 – Número de utentes com alta para a rede formal em 2019, 2020, 2021 e 2022	43
Figura 25 – Frequência da necessidade de reabilitação enquanto causa da permanência nas Unidades de Convalescença, para além do tempo definido por lei (30 dias).....	44
Figura 26 – Frequência da existência de feridas enquanto causa da permanência nas Unidades de Convalescença, para além do tempo definido por lei (30 dias)	44
Figura 27 – Frequência da inexistência de resposta social / familiar enquanto causa da permanência nas Unidades de Convalescença, para além do tempo definido por lei (30 dias)	45
Figura 28 – Frequência do abandono familiar enquanto causa da permanência nas Unidades de Convalescença, para além do tempo definido por lei (30 dias)	45
Figura 29 – Frequência do tempo de espera para transferência para outras tipologias da RNCCI enquanto causa da permanência nas Unidades de Convalescença, para além do tempo definido por lei (30 dias).....	46
Figura 30 – Tempo de internamento adequado nas Unidades de Convalescença	46

Siglas:

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR – Equipa Coordenadora Regional

EGA – Equipa Gestão de Altas

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

ERS – Entidade Reguladora de Saúde

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idoso

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Resumo

Com o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e subsequentemente o aumento das situações de dependência, torna-se indispensável rever os paradigmas existentes que possam colmatar todas as problemáticas subjacentes a este envelhecimento populacional. Até 2006 foram várias as tentativas de implementação de políticas que contribuíssem para dar resposta à cada vez maior procura de cuidados médicos assim como respostas a nível social. É neste contexto que surge em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A RNCCI também tem sofrido várias alterações desde a sua criação. Neste momento, a Rede Geral divide-se em 4 tipologias: Convalescença, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção e Equipas de Cuidados Continuados Integrados. Este estudo irá focar-se nas Unidades de Convalescença, nomeadamente na análise da adequabilidade dos tempos de internamento nestas Unidades. Para tal foi utilizada uma metodologia quantitativa. Foi aplicado um inquérito por questionário enviado a todas as Unidades de Convalescença de Portugal Continental. Foi ainda utilizada a análise Documental, mais especificamente a análise dos dados estatísticos dos relatórios de monitorização da RNCCI, mais concretamente no que se refere aos tempos médios de internamento na RNCCI e ao motivo pelo qual houve necessidade de protelamento dos internamentos. Concluímos com este estudo que, os protelamentos de altas são um problema nas Unidades de Convalescença e devem-se a inúmeros fatores quer pela necessidade clínica, quer por questões de origem sociofamiliar. Esta situação provoca graves constrangimentos quer nas próprias unidades, quer na permanência de utentes em hospitais de agudos desnecessariamente.

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

Abstract

With the ageing of the population, the increase in chronic diseases and subsequently the increase in dependency situations, it is essential to review the existing paradigms that can address all the problems underlying this ageing population. Until 2006 there were several attempts to implement policies that would contribute to meeting the increasing demand for medical care as well as social responses. In this context, the National Network for Integrated Continuing Care (RNCCI) was created in 2006.

The RNCCI has also undergone several changes since its creation. At the moment, the General Network is divided into 4 typologies: Convalescence, Medium Duration and Rehabilitation, Long Duration and Maintenance and Integrated Continuing Care Teams. This study will focus on Convalescence Units, namely analysing the adequacy of hospitalisation times in these Units. For this purpose, a quantitative methodology was used. A questionnaire survey was sent to all Convalescence Units in mainland Portugal. Documentary analysis was also used, more specifically the analysis of statistical data from the RNCCI monitoring reports, specifically regarding average hospitalisation times in the RNCCI and why there was a need to delay hospitalisations. We conclude from this study that delayed discharges are a problem in Convalescent Units and are due to several factors, both due to clinical need and socio-family issues. This situation unnecessarily causes serious constraints in the units themselves and in the permanence of users in acute hospitals.

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

Introdução

O presente trabalho de investigação enquadra-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social realizado no Instituto Superior Miguel Torga – Coimbra e apresenta como principal objetivo analisar a adequabilidade dos tempos de internamento nas Unidades de Convalescença da RNCCI.

Ao longo dos anos assistimos a um aumento progressivo do envelhecimento da população e por conseguinte, a um aumento da esperança média de vida, como consequência a um aumento de doenças crónicas e incapacitantes. Verifica-se um aumento na procura de cuidados quer na área da saúde, quer na área social, por parte de pessoas idosas com diferentes níveis de dependência funcional (Martins et al., 2007). Até à década de 90, a oferta de cuidados de saúde pós hospitalares eram quase inexistentes. A partir de então assistimos à criação de vários programas que vão culminar na criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na necessidade de dar resposta eficaz a pessoas em situação de dependência, resposta esta integrada no SNS (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 quais 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.

A metodologia de investigação utilizada foi a quantitativa, cuja recolha de dados foi efetuado através do envio de questionário às 54 unidades de Convalescência de Portugal continental, das quais responderam 25 unidades.

O trabalho encontra-se dividido em 4 partes. A primeira diz respeito ao enquadramento teórico, no qual é elaborada uma resenha histórica da evolução do sistema de saúde em Portugal até à criação da RNCCI. De seguida, é apresentada a caracterização da RNCCI, dos seus objetivos, da sua constituição, tipologias de internamento e a sua evolução ao longo dos anos. O papel do serviço social na RNCCI é evidenciado no presente trabalho, assim como a sua importância na preparação de altas. São ainda analisadas as Unidades de Convalescência e o protelamento de altas nas mesmas, os tipos de reposta após a alta quer na rede formal, quer na rede informal.

Na segunda parte é explicitada a metodologia utilizada, com referência aos objetivos do estudo, técnicas de recolha de dados e análise dos mesmos.

A parte que se segue foi dedicada à apresentação dos resultados da investigação.

E a quarta e última, à discussão dos resultados. O trabalho termina com uma nota conclusiva, seguida das referências bibliográficas.

Saúde em Portugal

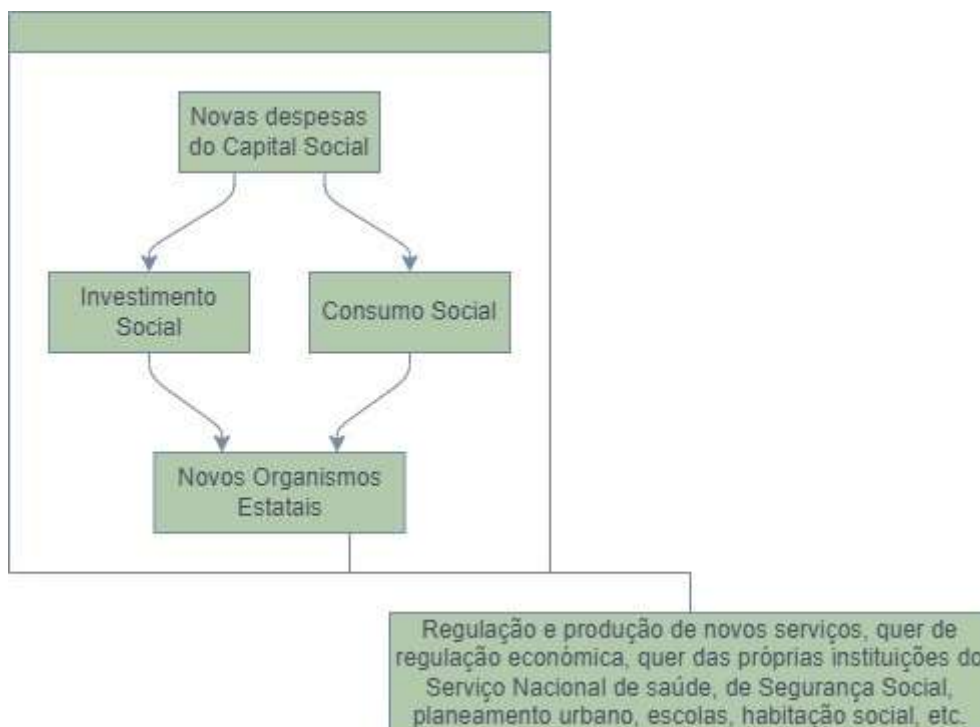
O Estado Providência, também designado por Estado social, coloca o Estado como organizador da economia e do bem-estar social na garantia da proteção da população e no acesso aos serviços públicos. Segundo este conceito, todo o indivíduo tem direito ao acesso a bens e serviços que garantam o seu bem-estar social, tais como o direito à educação, à saúde, à proteção social, entre outros. O direito à saúde é uma das dimensões espelhadas no Estado Providência português. Na sua origem, correspondeu a um movimento que tinha como principal objetivo atender às necessidades de natureza social, cujo foco principal incidia nas classes mais vulneráveis da sociedade (Madureira, 2020).

O Estado Providência representa o compromisso entre o Estado, o capital e o trabalho no qual, os capitalistas renunciam a parte do seu lucro e os trabalhadores a parte das suas reivindicações, sendo esta dupla renúncia gerida pelo Estado (Santos, 1987). Assistimos a uma atitude conjunta entre o estado e o Mercado, na garantia do bem-estar (Pereirinha, 2003). De referir, assim, os conceitos de compatibilidade e complementaridade entre o

crescimento económico e as políticas sociais. No entanto, o Estado Providência é caracterizado como uma forma política complexa e contraditória, se por um lado é pensado como um motor da crescente diferenciação e expansão das atividades e sectores, por outro apresenta-se como um processo de mobilização social e política (Santos, 1987; Mozzicafreddo, 1992). O Estado assume desta forma o papel de gestor deste modelo complexo, na garantia de uma articulação estável entre Estado, mercado e comunidade (Santos, 1987).

Para Boaventura Sousa Santos (1987, p.15-16), "O Estado social assenta, assim, na ideia da compatibilidade (e até complementaridade) entre desenvolvimento económico e proteção social, entre acumulação de capital e legitimidade social e política de quem a garante; em suma, entre capitalismo e democracia." O Estado Providência, por influência do liberalismo sofre uma profunda transformação, quer nas novas funções do Estado, quer nas novas formas de atuação política, que irão provocar alterações significativas nos aparelhos institucionais do Estado e consequentemente na sua estrutura interna (Santos, 1987).

Figura 1 – Novas despesas do Capital Social



Fonte: produção própria com base em Santos (1987)

Este alargamento da administração pública, provocou profundas alterações na atuação do Estado, este guiava-se por um interesse próprio e não por um interesse geral ou comum (Santos, 1987). Esta situação torna-se evidente no aumento de funcionários públicos.

O Estado torna-se o grande produtor de educação, inovação, energia, habitação, saúde. E é nesta última que se verifica claramente a progressiva mudança das medidas distributivas, para as medidas produtivas (Santos, 1987).

O direito torna-se o instrumento privilegiado na atuação do Estado-Providência, assim como o reconhecimento das desigualdades na sociedade (Santos, 1987).

Podemos referir que, o Estado cresceu na medida em que se foi democratizando a luta política, independentemente da conjuntura económica. Esta situação tem como base 3 razões principais (Santos, 1987):

1. Uma vez concedidos os direitos sociais, estes são rígidos. O Estado assume não alterar o padrão estabelecido.
2. A exigência de novos direitos uma vez que, a procura do bem-estar não tem limites.
3. As despesas tendem a aumentar em períodos de inflação e desemprego. As necessidades políticas são tanto maiores, quanto menores forem os recursos financeiros para as levar a cabo (Santos, 1987).

Segundo Rodrigues (2010), a partir de 1974, foram dados passos decisivos, quer no sentido do alargamento da proteção social a toda a população, quer no sentido da melhoria dos valores e das coberturas das prestações sociais, que tenderam para a institucionalização de políticas sociais e para o modelo de Estado-Providência.

Com o surgimento do Estado democrático, o sector associativo ganha expressão evidente assim como a área da proteção social. Estas duas condicionantes levam ao surgimento do sistema neo-corporativo de decisão e aplicação das políticas públicas (Branco, 2017). Este sistema assume especial importância pois coloca término a anos de total ausência de direitos sociais.

O conceito de sociedade civil de Welfare assume novos contornos, nomeadamente no fornecimento de serviços sociais pela sociedade civil, em parceria com o Estado-Providência. A democracia vai aos poucos criando o conceito de cidadania social,

colocando termo à divisão entre previdência e assistência. Surge uma nova relação entre o estado e a sociedade, uma nova aliança entre os direitos civis, políticos e os direitos económicos e sociais. (Branco, 2017 Mozzicafreddo, 1992, Pereirinha, 2003). Segundo Guerra (2016), “o sector da saúde não ficou imune a estes desenvolvimentos”. O Estado de Bem estar passa a ser considerado uma das maiores conquistas após a II Guerra Mundial, na medida em que tem como foco o alívio do sofrimento das pessoas, através de políticas distributivas e proteção de serviços (Guerra, 2016). Assistimos assim a uma transformação do papel do Estado-Providência e do seu modo de intervenção, por um lado o crescimento no sector privado e por outro, a descentralização na intervenção do Estado, levando a novas formas de articulação entre os vários sectores. Destaca-se cada vez mais a importância do Terceiro Sector da economia social (Pereirinha, 2003).

Verifica-se alguma dificuldade na distinção entre Economia Social e Terceiro Sector. Mais importante do que esta distinção, é a realidade social e económica que se encontra em ambas assentando numa distância clara entre o mercado e o estado (Caeiro, 2008, p.62).

Este sector está ligado à inovação e ao empreendedorismo, em detrimento de um Estado burocrático, assumindo um papel fundamental na economia de bem-estar (Ferreira, 2013).

Para Guerra (2016, p.178), “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”. 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, o direito aos cuidados quer de trabalhadores, quer da população em geral, na organização e administração do funcionamento dos mesmos. (Mozzicafreddo, 1992).

Em 1970, assistimos por Marcelo Caetano, à passagem do “Estado novo”, para o “Estado Social”, saindo reforçada a imagem social do Estado Novo, no entanto, verifica-se pouca solidez nesta transformação (Carapinheiro, Pinto, 1987).

Em 1971 é reorganizado o Ministério da Saúde e Assistência, cujo grande enfoque se concentrava no direito à saúde e uma prioridade de investimento nos centros de saúde (Rodrigues, 2010).

Antes de 25 de Abril de 1974, a saúde em Portugal encontrava-se dividida da seguinte forma:

- Misericórdias: instituições centenárias de solidariedade social, com extrema importância na área da saúde;
- Serviços Médico-Sociais: destinados aos beneficiários da Federação de Caixa Previdência;
- Serviços de Saúde Pública: proteção da saúde (vacinação, proteção materno-infantil, etc.);
- Hospitais estatais, gerais e especializados;
- Serviços privados, dirigidos a estratos sociais mais elevados. (Baganha, 2002)

A partir 1974, assistimos à primeira grande mudança do papel do estado na área da saúde, assim como, a criação de medidas políticas e sociais que rompem com um passado autoritário, tais como: criação do salário mínimo, proteção na invalidez, subsídios de desemprego, abonos de família, criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979. Este tem na sua base um objetivo muito democrático – universalidade, generalidade e gratuitidade (Baganha, 2002). Representa um dos pilares fundamentais do Estado de bem estar social em Portugal, contribui não só para o desenvolvimento social, como também, para a mudança de indicadores como o da mortalidade infantil, aumento de sobrevida 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).

Nesta fase, o estado assume a obrigação de garantir um sistema unificado de segurança social, serviço nacional de saúde universal e gratuito, educação básica universal e gratuita, entre outros. São tomadas medidas de extrema importância na garantia do acesso de todos aos cuidados de saúde, nomeadamente:

1. Criação de médico à periferia (despacho de 23 de junho de 1975) no qual, se procurou reduzir as assimetrias regionais na oferta aos serviços de saúde;

2. Comissões Integradoras dos Serviços de Saúde Locais (despacho de fevereiro de 1975). Foram criadas estruturas de gestão democrática, cujos participantes eram representantes da comunidade e dos trabalhadores na área da saúde;
3. Nacionalização dos hospitais distritais e concelhios pertencentes às Misericórdias (Decreto – Lei nº 104/74 de 07 de dezembro)

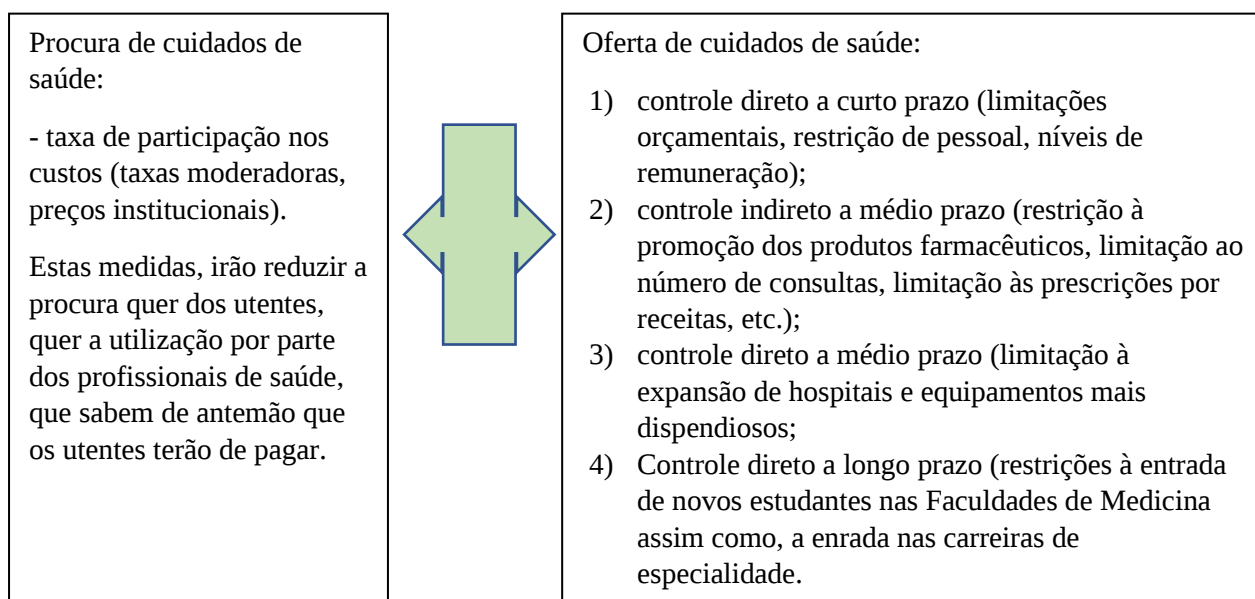
Durante este período, verifica-se um acréscimo da oferta e da procura na utilização dos serviços de saúde. Este aumento da procura origina uma significativa melhoria do estado de saúde das populações (Carapinheiro, et al 1987).

De 1974 a 1976 sucedem-se 6 governos provisórios, dada a instabilidade política e a dificuldade governativa. Verifica-se um agravamento da situação económica e por conseguinte o aumento das despesas públicas, nomeadamente na área da saúde. Se em 1974 estariam cobertos por esquemas de saúde 97% da população, em 1976 a cobertura da população era total. (Carapinheiro, et al 1987). Para Baganha (2002, p 5), “O salto qualitativo deu-se mais concretamente de 1977 para 1978, onde a criação dos Centros de Saúde desempenhou um papel fundamental.”

A política de saúde, tal como refere Carapinheiro, et al (1987, p. 79), “(...) constitui um desafio à capacidade de mudança do novo regime”. Se por um lado pesa a natureza política de governos com papel histórico bem definido, por outro há a necessidade de assegurar o direito à saúde e a aquisição da consciência social do mesmo.

Na década de 70/80 os doze países da CEE acionam mecanismos de controle dos custos no domínio da saúde:

Figura 2 – Mecanismos de Controle (Santos, 1987)



Fonte: produção própria com base em Santos (1987)

As despesas na área da saúde continuaram a aumentar, nesta fase, a um ritmo mais moderado, em todos os países, apesar de todos estes mecanismos de controle. . Para tal contribuíram vários fatores tais como: aumento dos seguros de saúde, envelhecimento populacional, aumento nas remunerações dos profissionais de saúde, aumento da despesa em tecnologia avançada, aumento do número de médicos e de camas hospitalares (Santos, 1987).

Essencialmente nestas duas décadas de 70 e 80, as despesas com as políticas sociais sofreram grandes alterações na sua composição interna (Santos 1987). A emergência de novos problemas sociais, provocam uma alteração nas políticas sociais, que tornam evidente o fim de uma era tradicional no conceito de pobreza monetária, para tornar evidente o carácter multidimensional das desvantagens sociais (Pereirinha, 2003) Em 1976 é reconhecido pela Constituição da República o direito à Segurança Social e à proteção social (Rodrigues, 2010). Verificamos uma procura do Estado para que a produção de bens e serviços de consumo coletivo, tais como: educação, habitação, saúde, etc., sejam garantidos por capital privado (Santos, 1987). Ao serem dadas mais condições de rentabilidade nestas áreas, o Estado acaba por criar mais investimento e novas formas do mesmo, na medida em que, quanto mais capital, maior produção de bens e serviços. Concretamente na área da saúde, as despesas seriam orientadas pelo Estado para a produção de bens e serviços tais como na produção de medicamentos, equipamento

clínico, meios complementares de diagnóstico, em prejuízo da produção de mais trabalho intensivo – internamentos hospitalares, cirurgias com mais riscos, etc. (Santos, 1987). Surge o conceito de complexo social-industrial que mais não é do que a nova ligação entre o Estado e o capital privado, tendo em vista a rentabilização das políticas. Assistimos, na década de 80, a uma diminuição dos gastos de saúde por parte do Governo e a um aumento por parte dos privados. Como consequência desta situação, verifica-se um afastamento das responsabilidades por parte do Estado no financiamento na saúde e um esforço das famílias para fazer face às despesas da saúde (Baganha, 2002).

Ao longo do período democrático, o Estado assume-se como parceiro da sociedade civil, nesta fase torna-se notória a divisão entre centros de esquerda e de direita. Sendo os governos socialistas os principais responsáveis por prestações não contributivas pecuniárias tais como, o Rendimento Mínimo Garantido (1996) e o Complemento Social Para Idosos (2005) (Branco, 2017).

O Estado providência consolidou-se em Portugal em 1976, combinando um sistema de saúde universal, com um sistema público e universal de Segurança Social, ambos com forte colaboração da sociedade civil.

Em 1980, as IPSS, assumem um elevado crescimento na sociedade, criando parcerias com o Estado. (decreto-Lei 119/83 – Estatuto das IPSS).

Também na década de 80 a Lei de Bases da Segurança Social (Lei nº 28/84) renova a parceria na ação social. Dá-se um alargamento no conceito de Segurança Social, na proteção à família, crianças, pessoas idosas, pessoas portadoras de deficiência, no qual as IPSS assumem um papel fundamental.

Só no final da década de 80 é que a sociedade civil desponta para os cuidados de saúde, com o surgimento de parcerias e acordos de cooperação entre o estado e as IPSS (Branco, 2017). A rede de equipamentos sociais cresce de forma exponencial, motivada também pelos acordos de cooperação com o Estado. É nesta década e com a primeira maioria absoluta da história democrática do país (PSD – Aníbal Cavaco Silva), que é dado o pontapé de saída para as privatizações, com a possibilidade de transformação de empresas públicas em sociedades de capitais públicos, permitindo a entrada de acionistas privados (Madureira, 2020).

Com a entrada de Portugal na CEE em 1986 abre-se um caminho de estabilidade política, crescimento económico, diminuição do desemprego e maior capacidade financeira. Nova era focada nas questões das desigualdades, pobreza, justiça social, com grande impacto na sociedade civil. Aumenta também a despesa pública em serviços de saúde privados, nos quais o estado assumia uma parcela cada vez maior (Branco, 2017).

A administração pública em Portugal tem atravessado nos últimos 30 anos, cinco realidades (Madureira, 2020):

1. Vaga de privatizações;
2. Introdução da empresarialização da administração;
3. Reestruturação da administração pública central;
4. Convergência das leis públicas e privadas;
5. Redução da burocracia e aumento da transparência na relação entre administração e os cidadãos.

Neste período colocam-se problemas de eficiência, nomeadamente na procura da combinação entre o sector público e o privado. Esta dificuldade encontra-se intimamente ligada à renitência à mudança, de um país cujo conservadorismo burocrático era bem evidente. Assistimos à contrariedade entre a intervenção do sector privado e a uma débil regulação do Estado neste sistema global. Toda esta conjugação provoca efeitos perversos na economia, persistindo a ambiguidade entre os sectores público e privado (Carapinheiro et al, 1987, Carvalho, 2014).

A população portuguesa é abrangida essencialmente pelo SNS e por outros vários subsistemas. O que distingue estes dois esquemas é essencialmente a gratuitidade do SNS, se bem que esta começa a ser colocada em causa na década de 80, com a implementação das taxas moderadoras. Verifica-se a dificuldade em conciliar os interesses sociais, a rentabilização das estruturas de saúde e a preservação do perfil gratuito do SNS (Carapinheiro et al, 1987).

Em 1990 é regulado o sistema de saúde português, considerado para muitos o ano de viragem do sistema. É regulado por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 22/93 de 15 de janeiro) (Baganha, 2002).

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Ao longo do século XXI, assistimos a um sistemático aumento da esperança média de vida e consequente ao aumento da população idosa. Este aumento da população idosa, implica novos desafios para a sociedade (Guadalupe, Daniel, Macedo, Almeida, 2022, Carvalho, 2012).

A diminuição da mortalidade e da natalidade, têm vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, marcada pelo progressivo envelhecimento (Martins, Melo, 2007). A melhoria das condições de vida quer pelo sucesso das políticas sociais e da saúde, quer pela redistribuição de rendimentos e de trabalho, contribuem também para o aumento da esperança média de vida (Capucha, 2005)

O conceito de envelhecimento, remete-nos obrigatoriamente para o termo dependência, conceito fundamental na prática geriátrica “fragilidade”, destaca-se a questão da prevalência de patologias crónicas que podem ser incapacitantes ou não. A avaliação de incapacidade torna-se fundamental na determinação dos cuidados necessários (Caldas, 2003; Macedo, Guadalupe, 2020). Perante este aumento progressivo de doenças crónicas e incapacitantes, assistimos a um aumento na procura de cuidados quer na área da saúde, quer na área social, por parte de pessoas idosas com diferentes níveis de dependência funcional (Martins et al., 2007). Por conseguinte, urge a necessidade da criação de respostas adequadas às atuais necessidades da população (Direção Geral de Saúde, 2006; Lopes, 2017; Araújo, Bastos, Lourenço, Vilela, Fernandes, Brito, Campos, 2021).

No que concerne ao contexto Europeu e Internacional, verifica-se a necessidade de definir um modelo de intervenção entre a saúde e a segurança social, no qual estejam salvaguardados os cuidados de saúde e de apoio social quer na base comunitária, quer no internamento hospitalar (Pereira, 2008).

Nos anos 80 e 90 assistimos ao início de implementação de várias redes de cuidados em vários países, tinham como população alvo, idosos em situação de dependência. Estas redes apresentam-se com um novo paradigma, passam a considerar o utente não apenas com as doenças de que padece, mas também, com todo o meio que o envolve e o seu contexto familiar. (Pereira, 2008).

Figura 3 – Modelos de intervenção na saúde

Países Escandinavos	Modelos de proteção pública. Sistema público de cobertura universal.
Reino Unido Holanda	Rácios muito elevados em cuidados domiciliários, a alternativa passa pela institucionalização da pessoa dependente.
Espanha	Destaca-se pelo forte desenvolvimento de redes de cuidados de saúde e apoio social.
Áustria, Luxemburgo, Alemanha	Proteção de cuidados a dependentes, é o pilar do desenvolvimento social.

Fonte: produção própria com base em Pereira (2008)

Na viragem do século XX para o século XXI, estes novos desafios demográficos e epidemiológicos, quer no sistema de saúde, quer no sistema de proteção social em Portugal, provocam uma necessidade de desenvolver as políticas sociais existentes (Macedo, Guadalupe, 2020). Verifica-se uma 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:

- Cuidados de saúde primários;
- Cuidados Hospitalares;
- Cuidados Continuados Integrados;
- Cuidados Paliativos (Guadalupe et al., 2022).

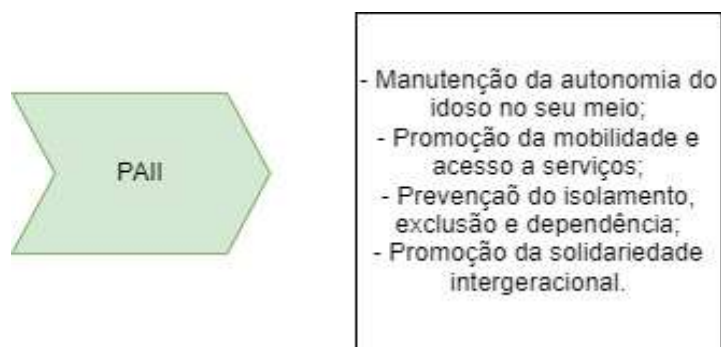
Até à década de 90, as alternativas existentes após alta hospitalar, eram quase inexistentes. Face a esta problemática, eram recorrentes os reinternamentos, provocando uma enorme pressão sobre o sistema de saúde, numa população cada vez mais envelhecida e, por conseguinte, com mais intercorrências clínicas. Surge a necessidade de uma resposta mais eficaz do sistema de saúde, que combinasse vários fatores (Guadalupe et al., 2022):

- 1) Prestação de cuidados de qualidade e especializados;
- 2) Evitar a sobrecarga nos hospitais para situações de doença aguda;
- 3) Alívio da sobrecarga familiar;
- 4) Garantir o apoio social ao utente e família.

Em 1994 surge o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII). Este programa foi pioneiro na prestação de cuidados a dentes nomeadamente na melhoria dos cuidados já

existentes e no desenvolvimento de outras respostas já existentes (Carvalho, 2012). Tinha como principais objetivos:

Figura 4 – Objetivos do PAII



Fonte: produção própria com base em Guadalupe, et al (2022)

Este programa foi um dos grandes percursos dos cuidados continuados (Carvalho, 2014).

Em 1998, surge outra iniciativa de articulação entre os Ministérios da Saúde e da Segurança Social (Despacho conjunto nº407, 1998) que aprova a articulação entre o apoio social e os cuidados continuados dirigidos a pessoas em situação de dependência física, mental ou social (Guadalupe et al., 2022).

Com a Resolução do Conselho de Ministros nº 84, em 2005, surgem os princípios orientadores da estruturação dos cuidados de saúde a pessoas idosas ou em situação de dependência. Nos quais se pretende uma melhoria na integração de cuidados: melhorar o acesso aos serviços de saúde, rentabilização da capacidade, qualidade na prestação de cuidados, eficiência nos cuidados de saúde (Guadalupe et al., 2022, Carvalho, 2014)). Emerge desta forma, a necessidade de dar resposta eficaz a pessoas em situação de dependência, resposta esta integrada no SNS (Carvalho, 2012). Neste contexto, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), formada por entidades públicas, privadas e sociais focada na melhoria do acesso a cuidados mais adequados, à pessoa com perda de funcionalidade. O apoio a entidades do terceiro sector, tinha como objetivo o aumento na oferta de cuidados continuados, para tal surge o Programa Operacional Saúde XXI, este veio reforçar o projeto da RNCCI (Guadalupe et al., 2022). Em 2006 é formalmente criada a RNCCI (Decreto-Lei nº101, 2006), definida no artigo 4º da mesma lei como “(...) a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”.

Esta é constituída por Unidades e equipas de saúde e/ou apoio social, que poderão ter origem em serviços comunitários de proximidade, nos quais estão incluídos hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da Segurança Social, rede solidária e autarquias (Guadalupe et al., 2022). A RNCCI define-se assim como um modelo de respostas e participação de diversos prestadores, numa gestão partilhada por um conjunto de instituições públicas e privadas (Carvalho, 2014, Araújo, et al 2021).

A RNCCI veio responder às necessidades emergentes, relacionadas com o elevado grau de dependência e incapacidade resultantes de situação aguda ou doença crónica. Este modelo de rede reforça a perspetiva de envolvimento da área da saúde, com a área social (Carvalho, 2012; Macedo et al, 2022), tendo como principal foco, a “integração dos serviços de saúde com os serviços sociais, com vista à reabilitação integral e à promoção da autonomia da população com necessidade de garantia de cuidados continuados de saúde” (Nogueira 2009 in Guadalupe et al., 2022, p. 75-76).

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). Para Oliveira (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 (Unidades de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2023).

A Rede tem sofrido algumas alterações desde a sua criação, destacando-se as principais:

Figura 5 - Principais alterações na RNCCI

Ano	Lei	Características
2010	(Decreto – Lei nº 8, 2010) - Criação das Unidades e equipas de saúde mental	destinadas a pessoas com doença mental grave, da qual resulte incapacidade
2012	(Decreto-Lei nº 136, 2015) - Criação da Rede Nacional de Cuidados paliativos	passam a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde, autonomizando-se da RNCCI em 2015
2015	Portaria nº 343, 2015) Cuidados Continuados Integrados Pediátricos.	Nível 1 – prestação de cuidados em regime de internamento, fora do contexto de hospital de agudos, ou em regime de ambulatório.

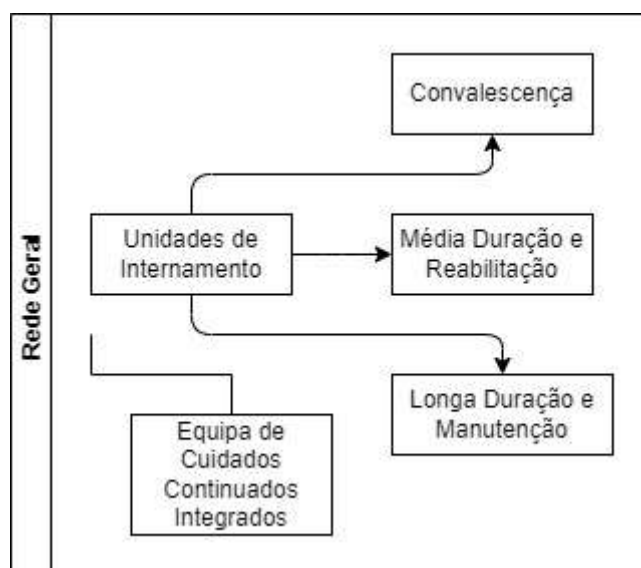
Fonte: produção própria com base em Guadalupe, et al (2022)

A coordenação da RNCCI é da competência da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS). Quanto ao nível da operacionalização, integra a ideia de descentralização, numa rede integrada de cuidados (Carvalho, 2012). Esta divide-se em dois níveis – Regional e Local. Quanto às Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), estas encontram-se sediadas nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), já as Equipas Coordenadoras Locais (ECL), encontram-se sediadas nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e em Unidades Locais de Saúde, que não tenha ACES constituído (Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro).

Existem 5 equipas ECR, coordenando toda a RNCCI a nível regional. As 84 ECL, localizam-se nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), acompanham e apoiam diretamente os prestadores (Entidade Reguladora da Saúde 2022).

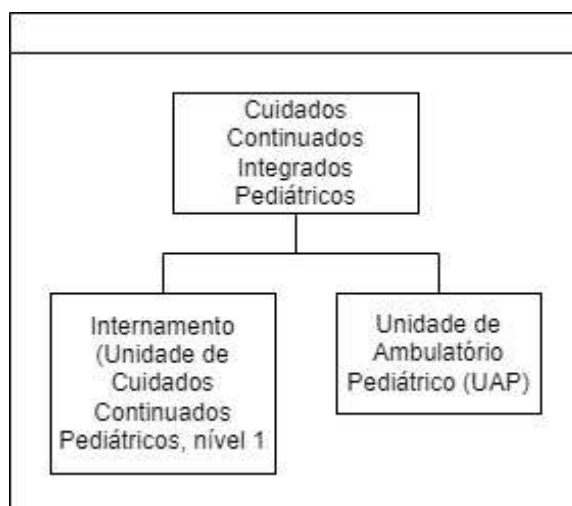
Neste momento, a Rede divide-se em 3 grandes áreas de intervenção: Rede Geral, Cuidados Continuados Integrados Pediátricos, Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.

Figura 6 – Rede Geral



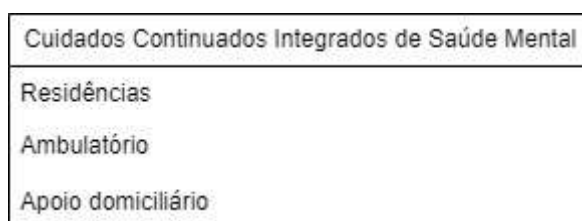
Fonte: produção própria com base em Relatório de Monitorização da RNCCI, 1º semestre 2022

Figura 7 – Cuidados Continuados Integrados Pediátricos



Fonte: produção própria com base em Relatório de Monitorização da RNCCI, 1º semestre 2022

Figura 8 – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental



Fonte: produção própria com base em Relatório de Monitorização da RNCCI, 1º semestre 2022

Na presente dissertação, iremo-nos focar no regime geral, do qual fazem parte quatro tipologias de resposta, que visam a prestação de cuidados médicos, de enfermagem, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, apoio psicossocial, num trabalho em equipa multidisciplinar (Unidades de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2023).

Figura 9 – Tipologias da RNCCI – Rede Geral

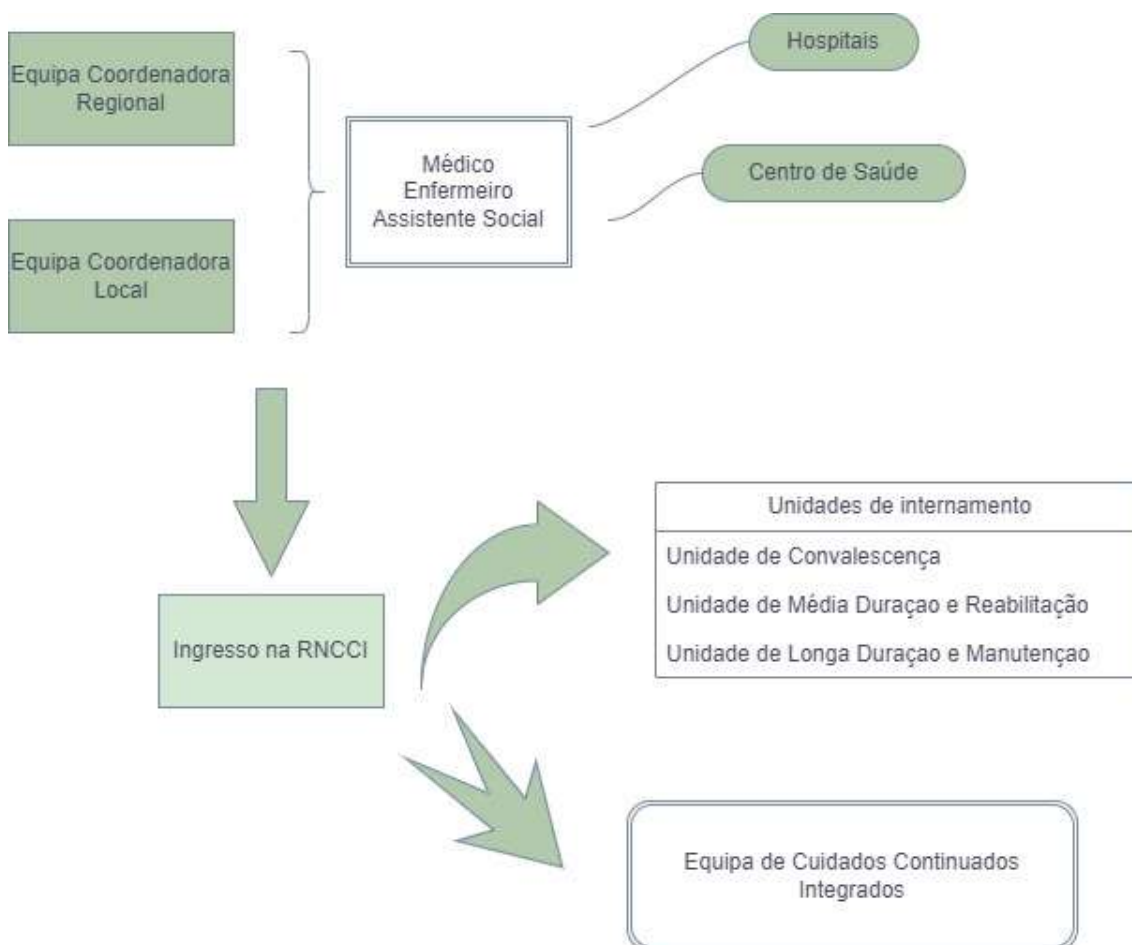
Tipologias	Tempo de internamento	Características
Convalescença	Até 30 dias	Utentes em fase de recuperação após alta hospitalar, situação aguda, que necessitem de cuidados de saúde que não sejam assegurados no domicílio.
Média Duração e Reabilitação (UMDR)	De 30 a 90 dias	Utentes “com perda transitória de autonomia e potencialmente recuperável, cuja finalidade é a estabilização clínica (...) e a sua reabilitação integral” (Carvalho, 2012, p. 89).
Longa Duração e Manutenção (ULDM)	Até 180 dias	Utentes com doenças crónicas e dependentes, que não consigam assegurar os cuidados básicos no domicílio. Esta unidade pode ainda acolher utentes durante um período determinado por razões de indisponibilidade ou necessidade de descanso dos seus cuidadores informais (Carvalho, 2012).
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	Não aplicável	Garante a prestação dos cuidados no domicílio, por tempo ilimitado, a indivíduos com dependência funcional transitória ou prolongada, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento.

Fonte: produção própria com base em Carvalho (2012)

A referenciação de um utente para a RNCCI é efetuada através do aplicativo de monitorização da RNCCI, a proposta é efetuada pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) de um Centro Hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS), 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 valência específica. Após a ECL avaliar a situação e autorizar o ingresso do mesmo numa tipologia, procede-se à admissão do utente.

Figura 10 – Processo de Referenciação para a RNCCI



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

A Figura 7 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 e regionais no sentido de avaliarem se existem critérios para ingresso na RNCCI. A integração e colocação no aplicativo informático para admissão, é realizado pela ECR.

O Serviço Social na RNCCI/ Planeamento de Alta

O Serviço Social abrange inúmeras vertentes, a sua principal missão passa por estabelecer relações entre as pessoas e o meio que as envolve, desenvolvendo as suas capacidades no sentido de enriquecerem as suas vidas, reduzindo as suas possíveis disfunções (Duarte, 2014).

A institucionalização do Serviço Social em Portugal acontece aquando do surgimento da Lei de organização hospitalar (Lei nº 2011, de abril de 1946). É consagrada a primeira jurisdição profissional do serviço social na área hospitalar. O Serviço Social assume um papel fundamental no planeamento da alta na RNCCI, associado às questões dos direitos humanos, da justiça social e da dignidade. A inclusão do Serviço Social nos cuidados de saúde e cuidados continuados é perentório quando falamos em direitos humanos e dignidade humana. Para Martineli (2003, p. 9), “É bastante intensa a relação do Serviço Social com a área da saúde. Mais do que intensa, tal relação é na verdade, histórica, sendo mesmo constitutiva de sua identidade profissional”. A intervenção do Serviço Social na preparação da alta implica estabelecer um processo de ajuda no qual o utente deverá estar sempre em primeiro lugar, sendo definidos objetivos e estratégias com os utentes, famílias e redes de suporte na comunidade e equipa multidisciplinar (Carvalho, 2014, Oliveira 2016). Importa referir também a importância do trabalho multidisciplinar no qual, o serviço social assume um lugar de ações complementares cooperativas de práticas interdisciplinares (Martineli, 2003). É fundamental atender aos cuidados psicossociais, no momento em que o utente se encontra a ser tratado clinicamente e, após a sua finalização, é primordial ter em conta a necessidade de ser dado seguimento ao mesmo. A intervenção social tem como ponto de partida a doença que motiva o internamento, é neste contexto que é elaborado o diagnóstico social, surgindo desta forma a visão da pessoa no sistema, o seu meio, numa conjugação entre o atendimento na saúde e o atendimento psicossocial. (Masfret in Carvalho, 2012).

As finalidades da intervenção social na RNCCI são as seguintes:

Figura 11 – 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 activa 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)

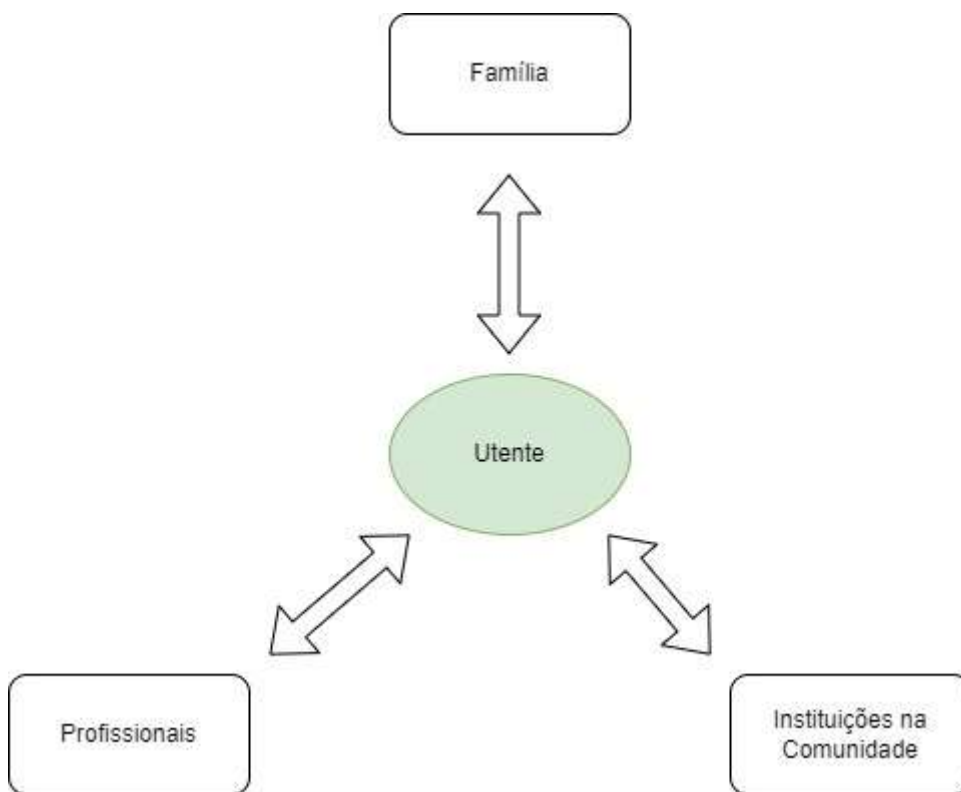
O Planeamento da Alta deve ser iniciado no momento da admissão do utente, mantendo-se ao longo de todo o internamento. Tem como principal objetivo a manutenção da situação clínica no domicílio, ou seja, espera-se que o utente preserve a evolução que alcançou durante o internamento após a alta. Importa referir que as estadias em hospitais deverão ser temporárias, torna-se essencial que o planeamento da alta aconteça o mais atempadamente possível. Assistimos a um roteiro de doentes no sistema de saúde, que se inicia quando os mesmos dão entrada em unidades de internamento, ou em ambulatório, ou em unidades de saúde familiares. Em todas estas estruturas, as equipas de profissionais planeiam a alta do doente para a rede de cuidados, ou para a comunidade (Carvalho, 2014; Rendeiro, 2015).

O planeamento da alta pressupõe a existência de trabalho em equipa, com vista a ser dada continuidade ao processo de cuidados na comunidade, quer sejam de saúde, quer sejam sociais. O objetivo encontra-se focado na melhoria da qualidade de vida do utente, no seu tratamento, reabilitação e acompanhamento na comunidade, independentemente de a alta acontecer para junto da sua família, ou para qualquer estrutura da comunidade (Carvalho, 2014). Torna-se necessário a criação de um conjunto de atividades, ao longo do internamento para que a alta ou transferência para outra tipologia, possa acontecer em tempo útil, evitando desta forma os custos associados a dias de internamento inapropriados (Lopes, 2017).

O planeamento de alta deve ter em conta a existência de carências físicas e psicossociais, por esse motivo, torna-se fundamental registar toda a informação relevante sobre o utente e família, bem como de todas as alterações a efetuar, tratamentos e necessidades. Este contacto é considerado como potenciador de um pós-alta favorável ao utente e família (Lopes, 2017).

Em suma, é fundamental que a alta assente em respostas adequadas a todos os níveis: saúde, social, psicológico e económico. Torna-se necessário estabelecer um processo de relação no qual o utente é o centro da ação:

Figura 12 – Processo de relação do utente em contexto de preparação de alta



Fonte: produção própria com base em Loureiro (2020)

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 13 – 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).

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, 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).

O surgimento do conceito de Unidade de Convalescença, remonta ao século XVIII e XIX, na altura criados com o sentido de fazer referência a unidades que prestavam apoio essencialmente na alimentação e cuidados de higiene. Esta conceção foi evoluindo ao longo do tempo, não havendo neste momento relação com o que se entendia por Unidades de Convalescença. Verifica-se também que não existe um conceito internacional, mas sim, vários conceitos para a mesma designação. Existem diferenças na conceção de Unidades de Convalescença entre diversos países nomeadamente nos critérios de admissão e no acesso ainda assim, os benefícios obtidos neste tipo de cuidados são semelhantes, nomeadamente no que concerne à reabilitação funcional, mortalidade e redução nas institucionalizações. (Ministério da Saúde, 2006)

Mais concretamente, 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 perspetivas de reabilitação. Assumem-se desta forma como um recurso intermédio entre o internamento hospitalar e o domicílio (Martins et al, 2007; Araújo et al, 2021, Oliveira, 2016). As Unidades de Convalescença podem estar integradas num hospital de agudos, ou em qualquer outra instituição, pressupõe um internamento até 30 dias, assegurando: reabilitação funcional intensiva, cuidados médicos e de enfermagem permanentes, apoio psicológico e social, medicação, consumíveis, convívio e lazer, entre outros (ISS, IP, 2023; 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 pp 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 previstos 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 validada pela ECL e pela ECR.

Os protelamentos de altas são um problema nas Unidades de Convalescência e devem-se principalmente a três grandes fatores: terapêuticos, institucionais e psicossociais.

Quanto aos fatores terapêuticos, verifica-se que o tempo de internamento em Convalescência (30 dias), não é, na maioria dos casos, suficiente, por um lado face às doenças crónicas que vão surgindo, ao agravamento de estados de dependência e também, à idade avançada de muitos utentes quando são admitidos nesta tipologia. A reabilitação nestes quadros deverá ser um processo mais lento. O que se verifica na maioria dos casos é que a prioridade dos hospitais de agudos é escoar os utentes o mais rapidamente possível para a RNCCI, de forma a ter não só mais disponibilidade na admissão de outros utentes em fase aguda, mas também para evitar possíveis bactérias hospitalares face a internamentos prolongados em hospital de agudos. Desta forma, em muitas situações, assistimos a admissões de utentes na tipologia de convalescência, que deveriam ingressar noutra tipologia da RNCCI.

Quanto aos fatores institucionais, são principalmente as situações de utentes que não alcançam os objetivos propostos na Convalescência, tendo que transitar para outras

respostas da RNCCI, nomeadamente para UMDR; UMDL e ECC, de forma a conseguirem reabilitar a sua situação clínica e social (Artigo 23º, Portaria nº 174/2014). Para além destas respostas da RNCCI, existem outro tipo de situações que prolongam os internamentos quer em Unidade de Convalescência, quer noutras valências da RNCCI, tais como: aguardar vaga em Estrutura Residencial para Idosos (ERPI); Centros de Dia, Serviços de apoio domiciliário (SAD). Este tipo de recursos da comunidade, encontram-se sobrelotados, provocando a permanência dos utentes nos internamentos da Rede.

Finalmente os fatores psicossociais, referem-se a diferentes problemáticas tais como: 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.

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 Convalescência, a aguardar resposta noutra tipologia.

Redes de Apoio Formal e Informal

O planeamento da alta deverá ser iniciado no primeiro dia de admissão do utente numa 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 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.

Rede de Apoio Formal

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 14 – 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 Idosos	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)

Rede Informal

Os cuidadores informais podem ser familiares, vizinhos, amigos que assumem alguma responsabilidade na prestação de cuidados ao indivíduo, de forma permanente ou ocasional, também poderá ser considerada apenas uma supervisão (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, agregado familiar idoso, 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).

Metodologia

A investigação pretende compreender em que medida o tempo de internamento nas unidades de convalescência previsto na legislação é adequado às necessidades das pessoas que dela beneficiam.

O objetivo geral é analisar a adequabilidade da legislação existente no que se refere aos tempos de internamento nas unidades de convalescência.

Para isso, pretende-se:

- Identificar os tempos médios de internamento nas Unidades de convalescência
- Conhecer a perceção das equipas da RNCCI sobre o tempo médio de internamento nas Unidades de convalescência adequado às necessidades dos públicos-alvo
- Perceber quais os motivos de prolongamento do internamento nas Unidades de convalescência
- Identificar as dificuldades sentidas pelos profissionais na programação da alta nas Unidades de Convalescência.

A investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais. É através da investigação que se reflete e problematizam os problemas nascidos na prática, que se suscita o debate e se edificam as ideias inovadoras” (Coutinho, 2014, p. 4).

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). 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 às assistentes sociais das unidades de Convalescência de Portugal continental, bem como da análise dos dados estatísticos do relatório de monitorização da RNCCI .

Podemos afirmar que a grande vantagem da metodologia quantitativa é a possibilidade de análise direta dos dados, de forma objetiva e concreta, assim como, o facto de permitir a generalização dos dados e a inferência para outros contextos (Marques et al, 2017).

Quanto às desvantagens, a metodologia não permite a avaliação de relações e os resultados podem ser vistos como verdade absoluta. Por outro lado, o seu significado está sempre dependente do rigor matemático que exige esta metodologia (Marques et al, 2017).

Técnica de Recolha de dados

Podemos considerar a pesquisa bibliográfica como o primeiro passo para qualquer trabalho de investigação. Para Sousa, Oliveira e Alves (2021, p. 65), “A pesquisa bibliográfica está inserida principalmente no meio académico e tem a finalidade de aprimoramento e atualização do conhecimento, através de uma investigação científica de obras já publicadas”. Uma das grandes vantagens da pesquisa bibliográfica, é permitir ao investigador conhecer melhor o objeto em estudo, assim como, se já existe algum trabalho na mesma área que nos permita uma melhor colaboração na escolha do tema. O baixo custo e o facto de o investigador não necessitar de se deslocar, são também vantagens a este tipo de pesquisa (Sousa *et al*, 2021). A base da pesquisa bibliográfica são os livros, teses, artigos e outros documentos publicados que contribuem na investigação do problema proposto na pesquisa.

A grande desvantagem deste tipo de pesquisa, é o facto de muitas vezes o pesquisador ter acesso a dados equivocados, ou processados erroneamente (Carvalho, Sartorato, Alves, Carneiro, 2004).

Na investigação em estudo, foi realizado o levantamento de artigos científicos, teses de mestrado, livros cujo tema se enquadrava na temática em estudo.

Foi ainda utilizada a análise documental no presente estudo, que consiste numa técnica de recolha de dados, que abrange diversos documentos, mais especificamente a análise dos dados estatísticos dos relatórios de monitorização da RNCCI, designadamente no que se refere aos tempos médios de internamento na RNCCI e ao motivo pelo qual houve necessidade de protelamento dos internamentos.

A análise documental tem vantagens e desvantagens na sua utilização. Quanto às vantagens, podemos elencar as seguintes:

- Os documentos representam uma fonte estável e rica, a sua consulta contém um baixo custo financeiro;
- Maior acessibilidade;
- Permite validar ou complementar informações obtidas na recolha de dados. (Junior, *et al*, 2021);

Quanto às desvantagens, são comumente apontadas as seguintes:

- Os documentos podem não serem representativos de informações reais ou, não traduzir informações reais;
- O facto de os documentos serem o resultado de produção humana, podem provocar falta de objetividade e validade questionável;
- Escolhas arbitrárias;
- Surgimento de resultados parciais ou improcedentes;
- Limitação de recursos, o que leva a escolhas arbitrárias.

O Inquérito por questionário é um instrumento de recolha de dados, constituído por uma série de perguntas, respondidas, sem a presença do entrevistador. As perguntas devem ser claras e objetivas, com uma sequência lógica e vocabulário adequado ao nível da escolaridade. (Oliveira, Oliveira, Morais, Silva, Silva, 2016). As principais vantagens neste tipo de instrumento a economia de tempo, atingir o maior número de pessoas em simultâneo, a abrangência de uma maior área geográfica, respostas rápidas e precisas, menos risco de distorção, maior uniformidade na avaliação (Oliveira *et al*, 2016).

Quanto às desvantagens, podemos elencar as seguintes: pequena percentagem de retorno nos questionários, grande número de perguntas sem resposta, dificuldade na compreensão, devolução tardia das respostas, exigência de um universo mais homogéneo (Oliveira *et al*, 2016).

Os dados da análise 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).

A recolha de dados foi realizada entre 19 de junho e 20 de julho de 2023, através do envio dos questionários online para as 54 Unidades de Convalescença existentes em Portugal Continental

Considerações Éticas

As questões éticas encontram-se presentes no nosso quotidiano, fazem parte da condição humana, em tudo o que fazemos colocamos algum saber e valorização, no meio científico não poderia ser diferente (Severino, 2014). A Ética diz respeito a um conjunto de princípios e ideais assim como direitos e deveres do investigador, tais como: liberdade intelectual, independência, respeito, responsabilidade relacional, autenticidade (Caetano, 2019).

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 (*vide* consentimento informado).

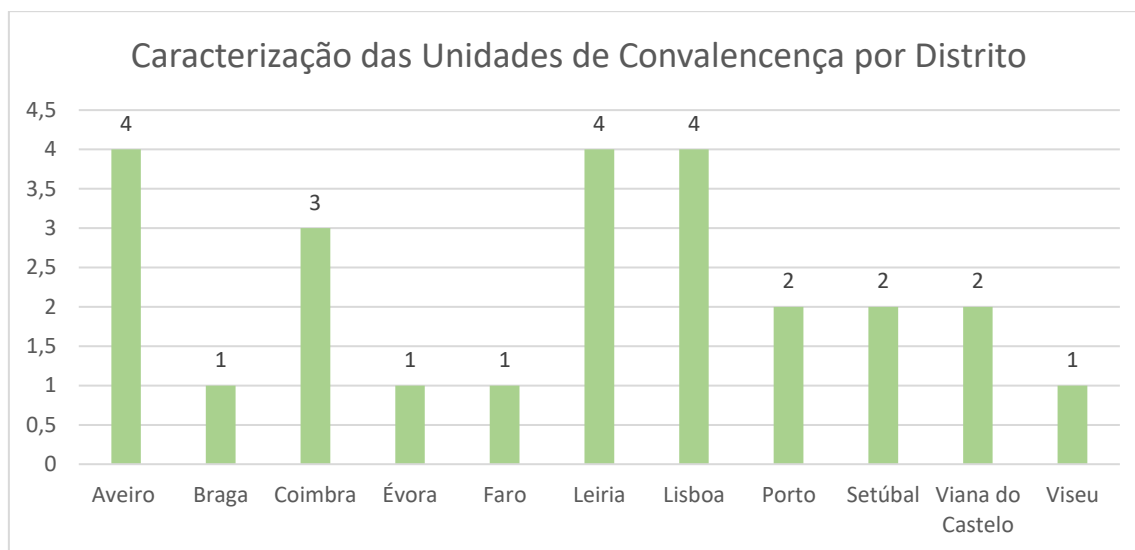
Resultados

A apresentação dos resultados obtidos no estudo será norteada pelos objectivos definidos anteriormente. Neste sentido, subdivide-se em 4 partes: a caracterização das Unidades de Convalescência 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 Convalescência para além do tempo definido por lei.

Caracterização das Instituições

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

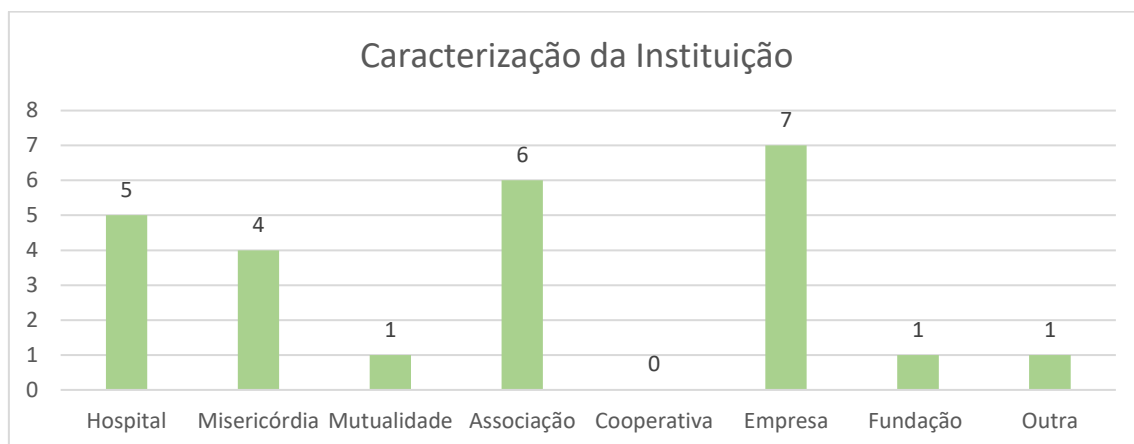
Figura 15 – Unidades de Convalescência distribuídas por distrito



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Das 25 Unidades que responderam (de entre as 54 existentes, distribuídas pelo país), 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).

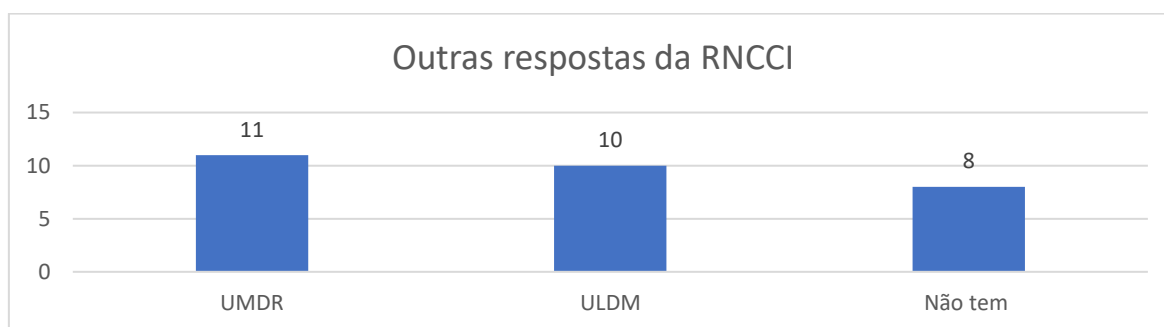
Figura 16 – Natureza jurídica das Unidades de Convalescência



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Podemos, pela análise da figura 16, 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 (figuras 17 e 18).

Figura 17 – Unidades com outras repostas da RNCCI



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Pela análise da figura 17 podemos constatar que 11, das 25 Unidades que responderam ao questionário, têm acordos para Unidade de Média Duração e Reabilitação, 10 para Unidade de Longa Duração e Manutenção e 8 das Unidades não têm acordos para outras tipologias da RNCCI.

Figura 18 – Outras respostas sociais disponibilizadas pelas Organizações promotoras de Unidades de Convalescença

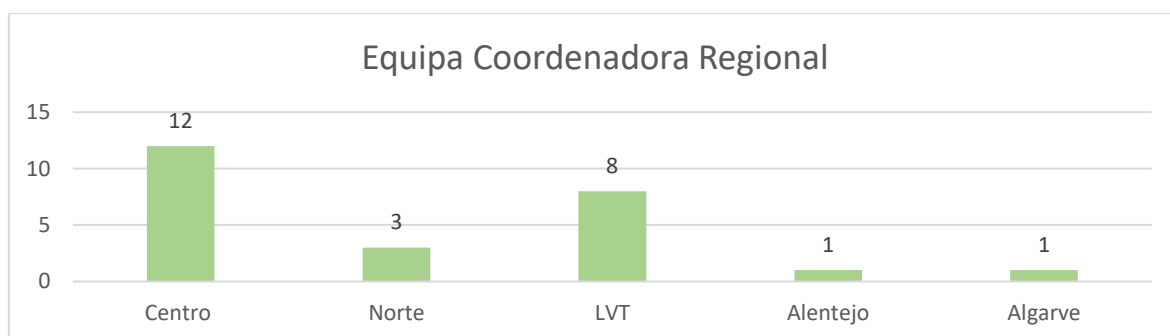


Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

A maior parte das Organizações promotoras de Unidades de Convalescença disponibilizam outras respostas sociais (86%), com uma incidência significativa para a resposta social de 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 mencionadas na figura 16, se encontram sob jurisdição das ECR distribuídas pelo país.

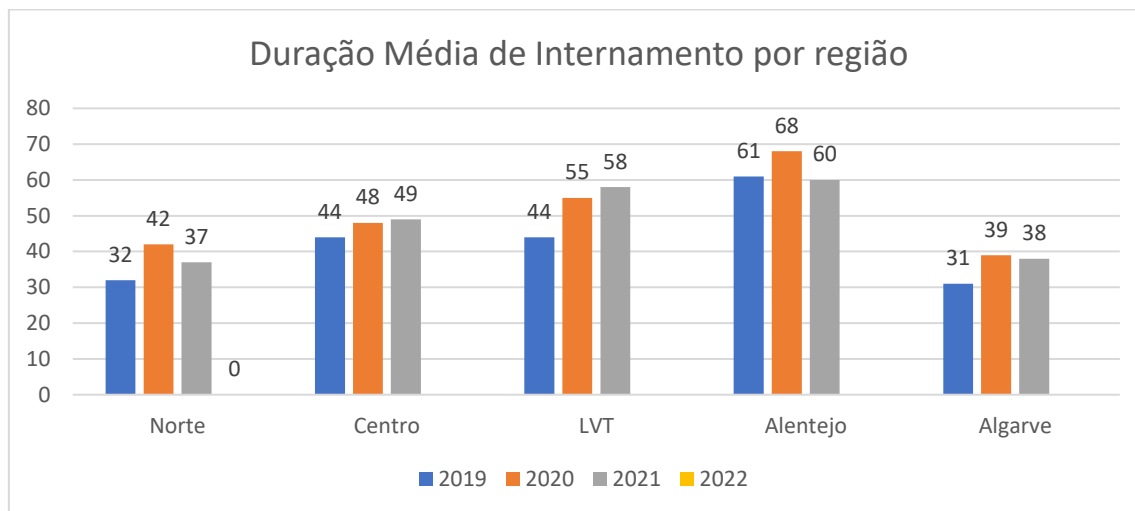
Figura 19 – Unidades distribuídas por Equipa Coordenadora Regional (ECR).



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Das Unidades inquiridas, 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.

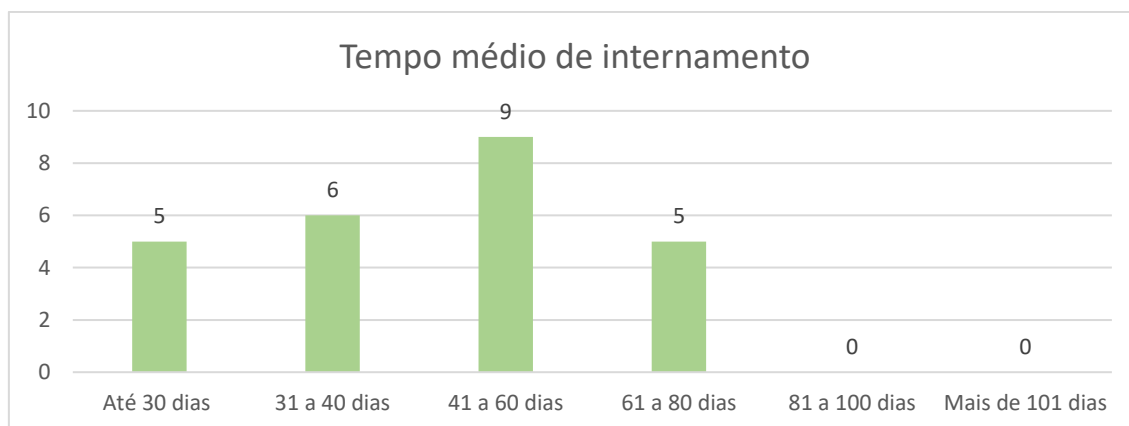
Figura 20 – Duração média de internamento, com base no relatório de monitorização da RNCCI



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).

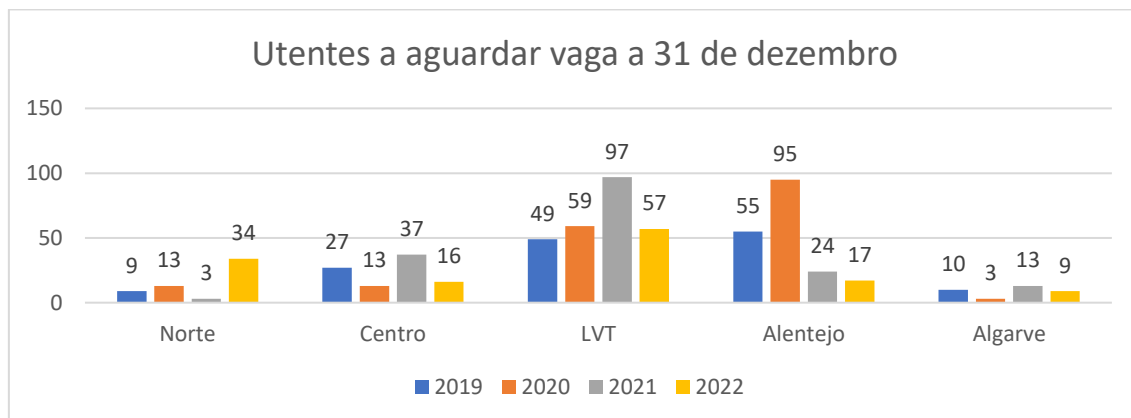
Figura 21 – Duração média de internamento, nas Unidades de Convalescência que responderam ao questionário



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Podemos verificar que das unidades que responderam ao questionário, apenas 5 reportam internamentos em convalescência 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 que se situam 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%).

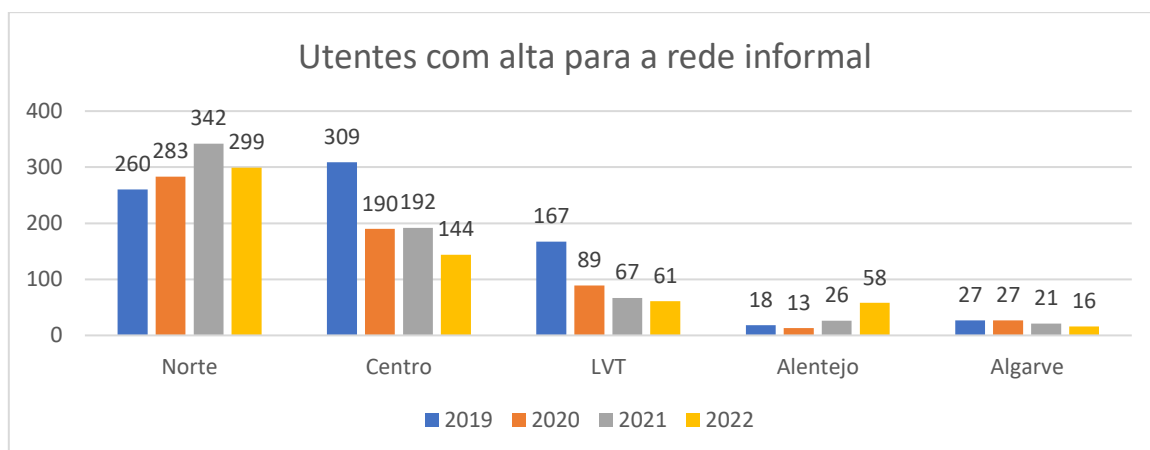
Figura 22 – Número de utentes a aguardar vaga a 31 de dezembro dos anos 2019, 2020, 2021, 2022



Fonte de produção própria com base no site da transparência do SNS¹

Pela análise da figura 22 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).

Figura 23 – Número de utentes com alta para a rede informal em 2019, 2020, 2021 e 2022

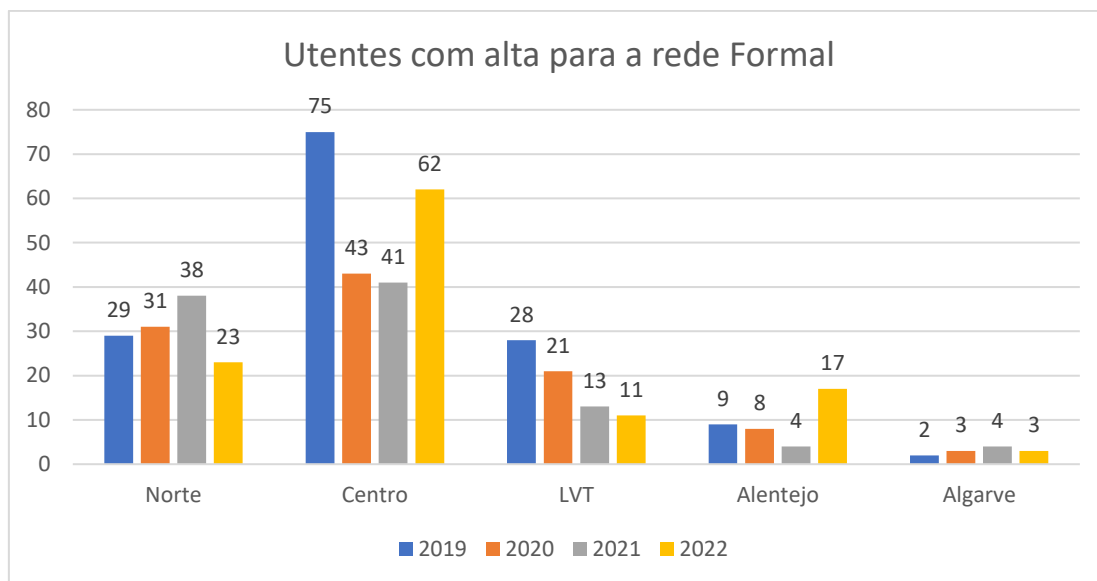


Fonte de produção própria com base no site da transparência do SNS

¹ Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

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 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 24 – Número de utentes com alta para a rede formal em 2019, 2020, 2021 e 2022



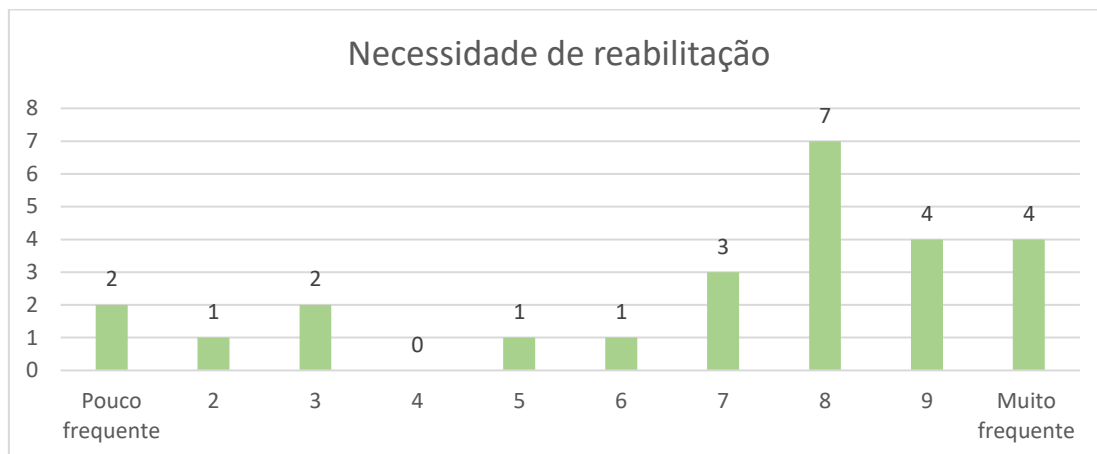
Fonte de produção própria com base no site da transparência do SNS

Pela análise da figura 24 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 estantes zonas do país.

Motivos pelos quais permanecem nas Unidades

Os gráficos apresentados referem as causas apresentadas pelas Unidades que responderam ao inquérito, para a permanência dos utentes nas Unidades de Convalescência, para além do tempo definido por lei (30 dias).

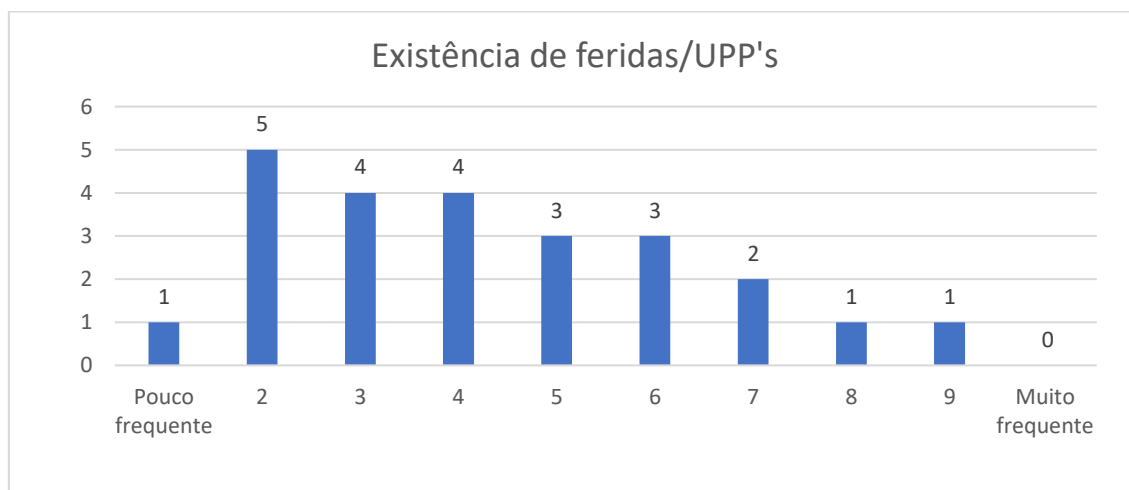
Figura 25 – Frequência da necessidade de reabilitação enquanto causa da permanência nas Unidades de Convalescença, para além do tempo definido por lei (30 dias)



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Pela análise da figura 25, verificamos que grande parte das Unidades referem ser muito frequente (76%) a necessidade da permanência dos utentes nas Unidades de Convalescença, tendo em vista a sua reabilitação funcional.

Figura 26 – Frequência da existência de feridas enquanto causa da permanência nas Unidades de Convalescença, para além do tempo definido por lei (30 dias)



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Quanto à existência de feridas / úlceras de pressão como uma das causas de protelamento de alta na Convalescença, verificamos que é apontado como uma causa pouco frequente (68%).

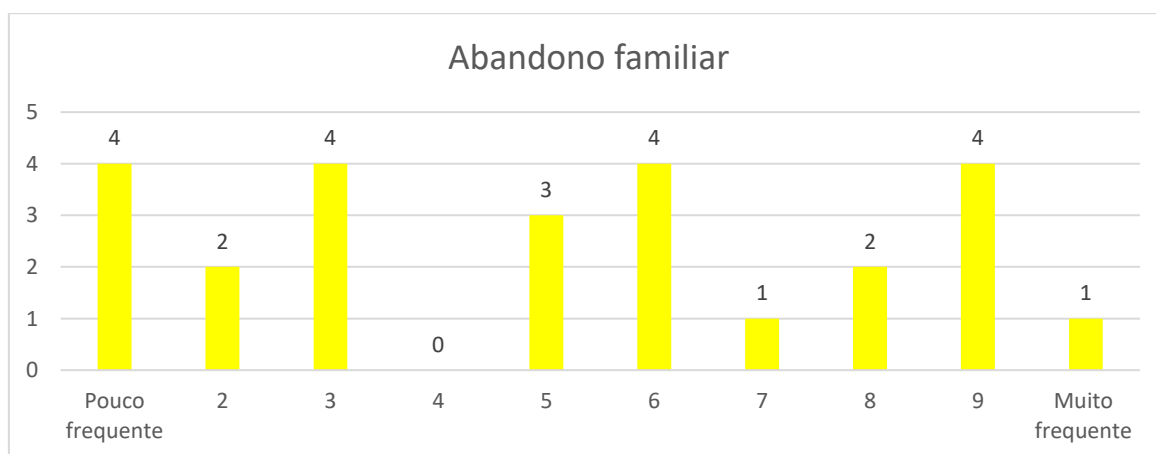
Figura 27 – Frequência da inexistência de resposta social / familiar enquanto causa da permanência nas Unidades de Convalescença, para além do tempo definido por lei (30 dias)



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Podemos verificar, pela análise da figura 27, que grande parte dos inquiridos apontou a questão da inexistência de resposta social/familiar como muito frequente (72%) na sua realidade

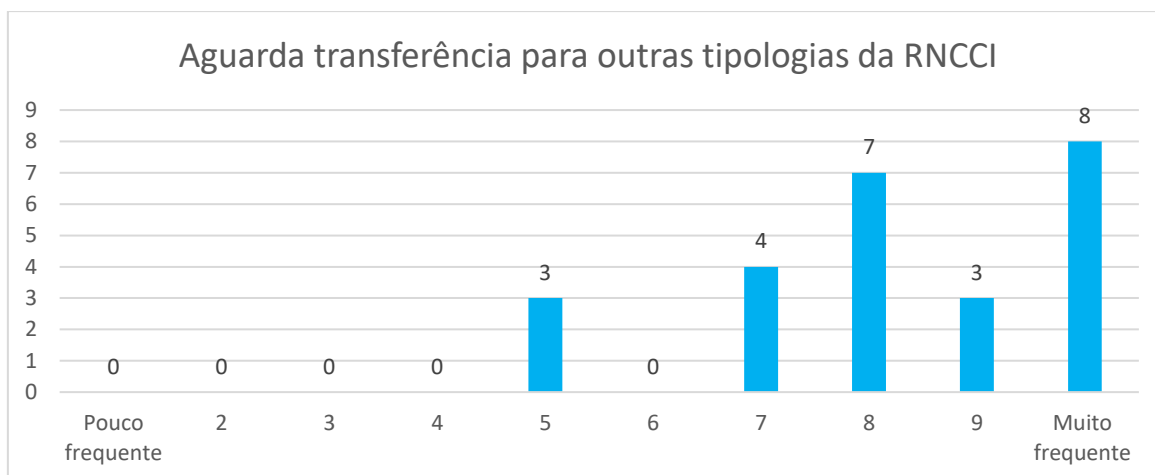
Figura 28 – Frequência do abandono familiar enquanto causa da permanência nas Unidades de Convalescença, para além do tempo definido por lei (30 dias)



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.

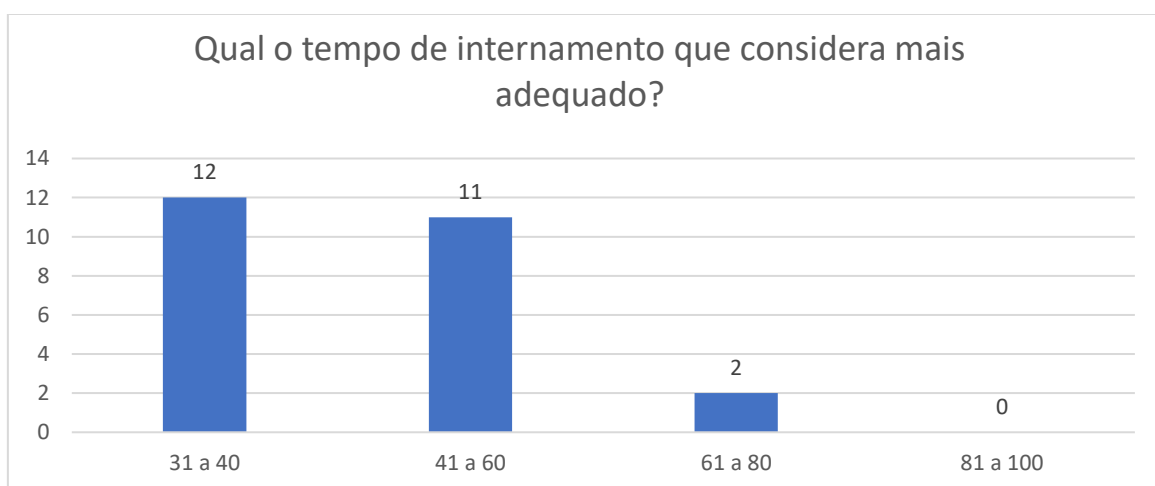
Figura 29 – Frequência do tempo de espera para transferência para outras tipologias da RNCCI enquanto causa da permanência nas Unidades de Convalescença, para além do tempo definido por lei (30 dias)



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Pela análise da figura 29, 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 Convalescença.

Figura 30 – Tempo de internamento adequado nas Unidades de Convalescença



Fonte de produção própria com base nos resultados do inquérito

Como podemos verificar na figura 30, as Unidades referiram que os internamentos deveriam situar-se entre 31 a 40 dias (48%). Seguindo-se as Unidades que consideram que o tempo de internamento deveria situar-se entre os 41 e os 60 dias (44%).

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 Convalescência 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 Convalescência da RNCCI. Posteriormente, foi enviado questionário através do Google forms, dirigido às 54 Unidades de Convalescência 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 Convalescência. 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, salientamos os resultados que poderemos retirar do mesmo. Quanto ao gráfico retratado na figura 20, importa referir que os dados referentes ao ano de 2022, ainda não são conhecidos, daí o gráfico apresentar apenas os anos anteriores. Não devemos descurar que 2020 e 2021 foram anos sujeitos aos efeitos da pandemia, situação que pode ter afetado os tempos médios de internamento.

Quando analisados os gráficos presentes nas figuras 20 e 21, confirmamos a 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). Como podemos verificar pela análise do gráfico representado na figura 24 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 cormobilidades, 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 nas figuras 25 a 29, onde se encontram elencados os reais motivos para os utentes permanecerem nas Unidades de Convalescença após os 30 dias de internamento. Assim sendo, um dos motivos apresentados prende-se com a necessidade de o utente necessitar de mais tempo de reabilitação. Este resultado vai no sentido do defendido por Baptista (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 (Baptista, 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, p. 12) 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”. 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 valências 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.

Pela análise do gráfico representado na figura 29 verificamos que é muito frequente a permanência de utentes nas unidades de convalescença, por estarem a aguardar reposta 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 29, 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, cujo tempo de internamento fosse 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 noutra 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 perspetivas 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 unidade de convalescença

(...) é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada 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 (n.º 1 do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho)

Estas Unidades assumem extrema importância no processo de reabilitação de utentes após situação aguda, no entanto, assistimos cada vez mais à permanência de utentes por período superior aos 30 dias previstos na lei para estas unidades e consequentemente, a uma dificuldade imensa na preparação de alta destes utentes. O processo de preparação de alta deverá ser um ato profissional e multidisciplinar, deve ser iniciado no momento da admissão do utente, mantendo-se ao longo de todo o internamento. Pressupõe a existência de trabalho em equipa, com vista a ser dada continuidade ao processo de cuidados na comunidade, quer sejam de saúde, quer sejam sociais. O objetivo encontra-se focado na melhoria da qualidade de vida do utente, no seu tratamento, reabilitação e acompanhamento na comunidade, independentemente de a alta acontecer para junto da sua família, ou para qualquer estrutura da comunidade (Carvalho, 2014).

Os protelamentos de altas são um problema nas Unidades de Convalescença e devem-se a inúmeros fatores. Como já foi referido anteriormente, o tempo de internamento em Convalescença (30 dias), não é na maioria dos casos suficiente, por um lado face às doenças crónicas que vão surgindo, ao agravamento de estados de dependência, à ausência de respostas familiares e sociais. Neste estudo foi possível elencar algumas das razões que os profissionais apontaram para a permanência de utentes em unidades de convalescença por um período superior aos 30 dias. Os motivos mais evidentes foram; a necessidade de mais tempo de reabilitação, ausência de resposta familiar e social e ainda, o número de utentes que aguardam transferência para outras tipologias da RNCCI, ficando a ocupar as camas das Unidades de Convalescença. Perante estes fatores, poderemos tirar algumas conclusões, tais como: os tempos de internamento são inferiores face às necessidades da maioria dos utentes que ingressam nesta tipologia da RNCCI. Muitos destes utentes já têm outras comorbilidades que afetam a obtenção de ganhos no

processo de reabilitação por um período tão curto. Outro fator prende-se com a dificuldade familiar e social para dar reposta após período de internamento. Por exemplo, um utente vítima de AVC que fique com graves limitações, num agregado familiar idoso ou ativo a nível laboral. A família tem que ter capacidade para se reorganizar e encontrar reposta nas estruturas formais, repostas estas que muitas vezes não conseguem ter vaga em tempo útil ou, o tipo de cuidados é limitado face às necessidades.

Outas das causas apontadas prende-se com a permanência de utentes nas Unidades de Convalescença, que aguardam encaminhamento para outras repostas da RNCCI, ou porque necessitam de mais tempos de reabilitação e aguardam encaminhamento para as Unidades de Média Duração e reabilitação, ou porque necessitam de cuidados permanentes de manutenção e aguardam encaminhamento para as Unidades de Longa Duração ou então, utentes que já se encontram em condições para regressar ao domicílio mas, necessitam de dar continuidade a plano de reabilitação, aguardando repostas nas ECCI. Outra das questões que poderão ser colocadas é o processo de referenciação dos utentes para as Unidades de Convalescença, situações que em muitos casos deveriam ser encaminhamentos para outras repostas da RNCCI, evitando este circuito de utentes dentro da própria rede.

Seria de extrema importância um estudo que relacionasse os processos de referenciação para as Unidades de Convalescença, os tempos de espera para ingresso nas mesmas, assim como as dificuldades que as equipas de Convalescença se deparam na preparação de alta de utentes num período até 30 dias.

Apesar de algumas limitações nomeadamente no número de repostas ao questionário (25), que acreditamos ter coincido com período de férias e redução de número de profissionais afetos ao serviço, este estudo permitiu concluir que há necessidade de ser revisto o período de internamento nas Unidades de Convalescença. Permitiu ainda confirmar a importância que a RNCCI tem na nossa sociedade atual e no apoio a utentes e familiares que dela necessitam para melhoria na sua qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

ACSS – Ministério da Saúde (2006). Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI no âmbito da experiências piloto

Araújo, Fátima; Bastos, Fernanda; Lourenço, Marisa; Vilela, Carlos; Fernandes, Carla; Brito, Alice; Campos, Maria Joana. (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, Maria Ioannis (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Oficina do CES, Centro de Estudos Sociais.

Baptista, Joana dos Santos. (2012). Dos Cuidados Continuados ao domicílio : dificuldades dos enfermeiros na preparação da alta do idoso dependente. Dissertação de mestrado da escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Branco, Rui (2017). Entre Bismarck e Beveridge: Sociedade Civil e Estado Providência em Portugal (1960-2011). Análise Social, 224. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Caeiro, Joaquim Manuel Croca (2008). Economia Social: conceitos, fundamentos e tipologia. Revista Katál. Florianópolis v. 11 nº1 pp 61-72

Caetano, Ana Paula. 2019. Ética na investigação – ação - alguns apontamentos de reflexão. Instituto de Educação , Universidade de Lisboa. Revista da rede Internacional de Investigação- Ação Colaborativa.

Caldas, Célia Pereira. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Caderno Saúde Pública, nº 19

Capucha, Luís. (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. Volume 15.

Carapinheiro, Graça; Pinto, Margarida Gameiro (1987). Políticas de Saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80. Sociologia nº 3

Carvalho, Alexandre José Lourenço (2020). Caraterização e determinantes das altas hospitalares proteladas por incapacidade de transferência em Portugal. Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde. Repositório Universidade Nova. Lisboa.

Carvalho, Daniel; Sartorato, Eduardo; Alves, Helen; Carneiro, Rafael (2004). 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, Maria Irene Lopes. (2014). Política de Saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. R. Katál, Florianópolis, v.17, n.2, p.261-271.

Conselho de Finanças Públicas (2022). Disponível em: <https://rr.sapo.pt>

Coutinho, Clara Pereira. (2014). Metodologia de Ciências Sociais e humanas: Teoria e Prática 2ª Edição. Edições Almedina

Duarte, Ana Rita dos Santos de Pina. (2014). Serviço Social na Unidade de Cuidados Continuados Integrados. Revista Saúde e Sociedade Biomed Biopharm Res. Nº 1, p. 23-32

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/>

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

Ferreira, Sílvia (2013). Terceiro Setor e Estado-Providência em Portugal. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Imprensa das Ciências Sociais.

Gabriel, Sofia; Paulino, Mauro (2020). Filho és, pai serás. O abandono de idosos explicado por psicólogos. Disponível em: <https://lifestyle.sapo.pt/>

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

Guadalupe Sónia; 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

e C.C.P. Brasil (org). Cuidar da Pessoa Idosa Dependente: Desafios para as famílias, o estado e a sociedade. Capítulo 3, pp 69-91. Editora da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

Guerra, Joana. (2016). Políticas de Saúde em tempo de Crise In Políticas Sociais em Tempos de Austeridade, 177-192. Lisboa: Pactor

Guerreiro, Andreia Cristina Pimparel Maia. (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, Carlos Manuel Santos. (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, pela Universidade do Minho – Escola de Economia e Gestão.

Junior, Oliveira, G. S.; Santos, A; Schnekenberg, G. F. (2021). Análise Documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. Cadernos da Fucamp, v.20, n.44, p.36-51

Loureiro, Ana Beatriz Brandão (2020). A Enfermagem de Reabilitação e o Planeamento da Alta Hospitalar (2020). Dissertação de Mestrado Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Lopes, Gilda Rolo. (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, Paula Maria Henriques; Guadalupe, Sónia (2020). Serviço Social Hospitalar e Cuidados Continuados: articulação entre a saúde e o apoio social informal. Dissertação de Mestrado. ISMT.

Madureira, César. (2020). A Reforma da administração pública e a evolução do estado providência em Portugal: história recente. Revista Ler História nº 76, p. 179-202

Martinelli, Maria Lúcia. (2003). Serviço social na área da saúde: uma relação histórica. Repositório das Universidades Lusíadas. Revista Intervenção Social nº 28, p. 9-18.

Martins, Maria da Conceição Almeida; Melo Jorge Manuel Cardoso Dias (2007). Cuidados Continuados... Uma Aposta para o Futuro!. Millenium spectrum.

Marques, Keila; Melo, Ana .(2017). Abordagens Metodológicas no campo da pesquisa Científica. Simpósio de Metodologias Ativas: Inovações para o ensino e aprendizagem na educação básica e superior Blucher Education Proceedings, v.2, n.1

Ministério da Saúde (2006). Enquadramento das Unidades de Convalescência na RNCCI no âmbito das Experiências Piloto. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt>

Mozzicafredo, Juan. (1992). O Estado-Providência em Portugal: estratégias contraditórias. Sociologia – Problemas e Práticas nº 12 pp57-89.

Nogueira, José Miguel. (2009). Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Oliveira, José; Oliveira António; Morais, Francisco; Silva Gressione; Silva, Cícero. (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. III Conedu (Congresso Nacional de Educação)

Oliveira, Larissa Gomes. (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.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados. Referencial do Enfermeiro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Pereira, Inês. (2008). Cuidados Continuados. Novas Tendências. Dissertação de Mestrado em Economia. Universidade da Beira Interior.

Pereirinha, José António (2003). Economia Social e Estado-Providência. Repositório das Universidades Lusíada.

Rendeiro, Sofia. (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 Escola Superior dos Altos Estudos.

Rodrigues, Eduardo Vítor. (2010). O Estado e as Políticas Sociais em Portugal. Sociologia: Revista do Departamento de Sociologia da FLUP, vol. XX, p. 191-230

Santos, Boaventura Sousa. (1987). O estado, a Sociedade e as políticas Sociais: o caso das políticas da Saúde. Revista crítica de Ciências Sociais nº 23

Severino, António Joaquim. (2014). Práxis Educativa. Volume 9 nº 1. Editora UEPG

Sousa, Angélica Silva; Oliveira, Guilherme Saramago; Alves, Laís Hilário. (2021). A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. Cadernos da Fucamp, v.20, n.43, p.64-83

Unidades de Gestão e Acompanhamento da RNCCI (2023). Instituto da Segurança Social, I.P.