



INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

Acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de altas sociais - a perspetiva das IPSS de Entre Douro e Vouga

Discente: Elodie Martins Fonseca

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço
Social do Porto para obtenção do Grau de Mestre em
Serviço Social

Orientadora: Prof. (a) Doutor(a) Sara Melo

Maio
2026

Instituto Superior de Serviço Social do Porto

Mestrado em Serviço Social

**Acolhimento institucional de pessoas idosas
decorrente de altas sociais - a perspetiva das IPSS
de Entre Douro e Vouga**

Discente: Elodie Martins Fonseca

Número: 230124004

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sara Melo

*“O envelhecimento não é apenas um processo biológico,
é também uma experiência social”
Simone de Beauvoir*

Agradecimentos

A presente dissertação apenas foi possível graças ao culminar de um percurso académico muito exigente, marcado por diversos desafios, aprendizagens e acima de tudo crescimento pessoal. Este trabalho não teria sido possível sem o apoio, a paciência, a disponibilidade, a colaboração e o incentivo de várias pessoas e instituições, às quais expresso o meu mais sincero e sentido agradecimento!

Em primeiro lugar, agradeço ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto e a todos os docentes com quem cruzei do Mestrado em Serviço Social, que me permitiram explorar novos horizontes, perspetivas e práticas, o que me incentivou a aprofundar e a conhecer novas áreas, novas pessoas.

À minha orientadora, Professora Doutora Sara Melo, pela disponibilidade, acompanhamento rigoroso, orientação científica e apoio ao longo do processo de investigação, foi fundamental para a concretização deste trabalho e para o meu desenvolvimento académico.

Agradeço de forma especial aos profissionais das IPSS da região Entre Douro e Vouga que aceitaram participar neste estudo. A partilha das suas experiências, conhecimentos e perspetivas foi fundamental para a compreensão do fenómeno das altas sociais e do acolhimento institucional nestas situações. A sua colaboração demonstrou não só o seu profissionalismo, mas também uma preocupação e uma vontade de procurar mais, melhor e demonstrar a certeza de que o seu compromisso com o bem-estar das pessoas idosas é real e sentido.

À minha família, os meus pais, os meus irmãos, dirijo um agradecimento pelo apoio incondicional, pela compreensão nos momentos em que houve maior exigência e acima de tudo pela motivação constante por todas as vezes em que houve desmotivação. Vocês foram o principal motivo para que eu não desistisse.

Aos meus amigos, em especial à Patrícia e à Isabel, agradeço a paciência, o apoio, o companheirismo e todas as reuniões em que trocávamos ideias. O vosso apoio foi muito importante para manter a determinação e o foco neste percurso.

Por fim, mas não menos importante, ao meu companheiro, o meu Zé, que tem tido uma paciência do outro mundo, alinhou na aventura de comprar casa comigo e acabou por

se deparar com uma sobrecarga de trabalhos (de ambos) e toda uma nova rotina, agora em conjunto, e como se não bastasse, uma tese de mestrado, medos, nervosismos, inseguranças, mas nunca desistiu de mim nem me permitiu que desistisse de mim própria. O meu muito obrigada, de coração.

Resumo

O envelhecimento da população constitui um dos principais desafios das sociedades nos dias de hoje, colocando novas exigências em todos os profissionais envolvidos, nos sistemas de saúde, proteção social e instituições de apoio à população idosa. Neste contexto, as altas sociais têm vindo a assumir cada vez mais relevância, surgindo de casos em que a pessoa idosa se encontra clinicamente apta para ter alta hospitalar, mas não reúne condições sociais, familiares ou até habitacionais para poder regressar ao seu domicílio, o que conduz inevitavelmente ao acolhimento institucional em respostas sociais como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), especialmente nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

A presente dissertação tem como objetivo principal analisar o acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de altas sociais na perspetiva dos profissionais das IPSS da região Entre Douro e Vouga. Pretende-se compreender os motivos que levam à institucionalização destes idosos após alta hospitalar, os processos de encaminhamento e colaboração entre as entidades envolvidas, o papel dos assistentes sociais neste processo e os principais desafios enfrentados pelas instituições.

Foi adotada uma abordagem qualitativa, recorrendo à realização de entrevistas semiestruturadas a profissionais das IPSS com experiência nos processos de altas sociais, que permitiu explorar de forma aprofundada as perceções, práticas, e opiniões dos profissionais, bem como identificar dificuldades e propostas de melhoria para a resposta social em questão.

Os resultados evidenciam que a falta de rede de suporte familiar, o elevado grau de dependência funcional, a falta de condições habitacionais adequadas e a insuficiência de respostas sociais de apoio domiciliário são fatores determinantes para a institucionalização dos idosos após alta hospitalar. Destacam-se também dificuldades na articulação entre os serviços de saúde, a segurança social e as IPSS, bem como limitações ao nível de recursos humanos e financeiros.

Os assistentes sociais assumem um papel fundamental na avaliação das situações, na mediação com as famílias e cooperação com as entidades envolvidas, procurando sempre encontrar a resposta que mais se adequa a cada situação, respeitando a dignidade, bem-estar

e direitos da pessoa idosa. Contudo, existem obstáculos que podem limitar a sua atuação e podem tornar a institucionalização a única solução possível.

Espera-se que o estudo contribua para salientar a importância de políticas de apoio à permanência da pessoa idosa no seu domicílio, do investimento em respostas sociais adequadas e da melhoria da articulação interinstitucional, de forma a assegurar uma intervenção mais eficaz, humana e centrada nas necessidades das pessoas idosas em situação de alta social.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Altas Sociais; Institucionalização; Serviço Social; IPSS

Abstract

Population ageing represents one of the main challenges of contemporary societies, placing increasing demands on health systems, social protection services and institutions that support older adults. In this context, social discharge situations have become increasingly relevant. These refer to cases in which older people are clinically fit for hospital discharge but lack adequate social, family or housing conditions to return home. As a result, institutional care, particularly in Residential Care Facilities for Older People (ERPI) managed by Private Social Solidarity Institutions (IPSS), often becomes the only available solution.

This dissertation aims to analyse the institutionalisation of older adults following social discharge, from the perspective of professionals working in IPSS in the Entre Douro e Vouga region. The study seeks to understand the main reasons leading to institutionalisation after hospital discharge, the referral and coordination processes between services, the role of social workers, and the main challenges faced by institutions in this context.

A qualitative approach was adopted, using semi-structured interviews with professionals experienced in managing social discharge cases. This method allowed an in-depth exploration of participants' perceptions, professional practices and experiences, as well as the identification of constraints and proposals for improving social responses to older people's needs.

The results show that the lack of family support networks, high levels of functional dependency, inadequate housing conditions and insufficient home care services are key factors contributing to institutionalisation after hospital discharge. Difficulties in coordination between health services, social security and IPSS, as well as limitations in human and financial resources and the availability of places, were also highlighted.

Social workers play a central role in assessing cases, mediating with families and coordinating with different services, striving to ensure that responses respect the dignity, well-being and rights of older people. However, existing constraints often limit the possibility of prioritising alternatives to institutional care.

It is expected that this study will highlight the need to strengthen policies that support ageing in place, invest in adequate social care services and improve interinstitutional coordination, in order to ensure more effective, humane and needs-based interventions for older adults in social discharge situations.

Keywords: Older People; Social Discharge; Institutionalization; Social Work; IPSS

Lista de tabelas

Tabela 1 - Correspondência entre objetivos específicos e categorias de análise	28
Tabela 2 – Caracterização das participantes	31

Lista de abreviaturas e símbolos

CD – Centro de Dia

CS – Centro de Saúde

DGS – Direção-Geral de Saúde

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Apoio ao Domicílio

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Índice

Resumo.....	i
Abstract.....	iii
Lista de tabelas	v
Lista de abreviaturas e símbolos	vi
Índice.....	vii
Introdução	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1.1 O envelhecimento	4
1.2 A institucionalização da pessoa idosa.....	6
1.3 As altas sociais	10
1.4 Redes de apoio e articulação interinstitucional	13
1.5 O papel das IPSS no acolhimento institucional de pessoas idosas	15
1.6 A intervenção do assistente social	17
CAPÍTULO II – METODOLOGIA.....	22
2.1 A região Entre Douro e Vouga	22
2.2 Objetivos	23
2.3 Tipo de estudo	24
2.4 Abordagem metodológica.....	25
2.5 Participantes	25
2.6 Instrumento de recolha de dados	26
2.7 Procedimento de recolha de dados	26
2.8 Análise de dados.....	27
2.9 Considerações éticas.....	29
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
3.1 Caracterização dos participantes.....	31
3.2 Situações de alta social	32
3.2.1 Frequência e recorrência das situações de alta social.....	32
3.2.2 Fatores associados às situações de alta social	33
3.2.3 Características das pessoas idosas em situação de alta social	34
3.2.4 A complexidade do fenómeno das altas sociais	35
3.3 Processos de encaminhamento	35
3.3.1 Articulação entre hospitais e IPSS	36
3.3.2 Critérios de admissão no acolhimento institucional	36

3.3.3 Dificuldades no processo de encaminhamento	37
3.3.4 Estratégias mobilizadas pelas instituições	38
3.4 Papel do assistente social.....	39
3.4.1 Avaliação e acompanhamento social.....	39
3.4.2 Mediação e articulação institucional.....	39
3.4.3 Estratégias de intervenção profissional.....	40
3.4.4 O assistente social como promotor de respostas centradas na pessoa	41
3.5 Desafios e constrangimentos	41
3.5.1 Limitações de recursos e capacidade de resposta.....	42
3.5.2 Dificuldades na gestão de situações complexas	42
3.5.3 Constrangimentos na articulação institucional.....	43
3.5.4 Desafios éticos e profissionais.....	43
3.6 Impacto na pessoa idosa	44
3.6.1 Impacto emocional da institucionalização	44
3.6.2 Adaptação ao contexto institucional	45
3.6.3 Bem-estar e dignidade da pessoa idosa.....	46
3.6.4 Ambivalência entre proteção e perda	46
3.7 Propostas de melhoria	47
3.7.1 Reforço das respostas sociais e dos recursos	47
3.7.2 Melhoria da articulação institucional.....	47
3.7.3 Prevenção da institucionalização sempre que possível	48
3.7.4 Mudanças ao nível das políticas e práticas	48
3.8 Implicações para a prática profissional.....	49
Conclusão.....	51
Bibliografia	53
Anexos	56

Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno crescente nas sociedades contemporâneas, resultante do aumento da esperança média de vida e da diminuição das taxas de natalidade. Este processo demográfico tem colocado novos desafios aos sistemas de saúde, à proteção social e às respostas de apoio à população idosa, exigindo uma adaptação contínua das políticas públicas e das instituições que intervêm neste domínio. Paralelamente, as transformações nas estruturas familiares, a mobilidade geográfica e a fragilização das redes de apoio informal têm contribuído para o aumento de situações de vulnerabilidade social entre as pessoas idosas.

Neste contexto, as situações de alta social assumem particular relevância. Este conceito refere-se aos casos em que a pessoa idosa, apesar de clinicamente apta para ter alta hospitalar, não reúne condições sociais, familiares ou habitacionais para regressar ao seu domicílio. A ausência de cuidadores informais, a existência de elevados níveis de dependência, as condições habitacionais inadequadas e a insuficiência de respostas de apoio domiciliário são alguns dos fatores que conduzem à necessidade de encontrar soluções alternativas ao regresso a casa. Perante estas circunstâncias, o acolhimento institucional surge, frequentemente, como a única resposta possível, nomeadamente através das ERPI, maioritariamente geridas por IPSS.

A institucionalização de pessoas idosas, especialmente quando ocorre de forma repentina após um internamento hospitalar, levanta diversas questões de natureza social, ética e profissional. Para além do impacto emocional associado à mudança de contexto de vida, a institucionalização pode implicar perdas ao nível da autonomia, da identidade pessoal e da ligação à comunidade. Embora as instituições procurem assegurar condições de segurança, cuidado e bem-estar, é fundamental refletir sobre a adequação das respostas existentes e sobre a forma como estas são articuladas com os serviços de saúde, a segurança social e as famílias.

As IPSS desempenham um papel central no acolhimento e acompanhamento de pessoas idosas em situação de alta social, sendo frequentemente responsáveis por garantir uma resposta rápida e ajustada às necessidades. Neste processo, a intervenção do assistente social assume particular importância, uma vez que este profissional é responsável pela

avaliação das situações, pela coordenação com as entidades envolvidas, pelo apoio às famílias e pela defesa dos direitos e da dignidade da pessoa idosa. A sua atuação exige conhecimentos técnicos, sensibilidade ética e capacidade de mediação.

Apesar da relevância deste fenómeno, as situações de alta social continuam a ser um tema pouco explorado na investigação académica, sobretudo no que respeita à perspectiva dos profissionais que intervêm diretamente no terreno. Compreender as práticas e desafios enfrentados pelos profissionais das IPSS permite aprofundar o conhecimento sobre os processos de acolhimento institucional, identificar dificuldades existentes e contribuir para a melhoria das respostas sociais dirigidas à população idosa.

A região de Entre Douro e Vouga, à semelhança de outras zonas do país, enfrenta os desafios associados ao envelhecimento da população e à crescente procura por respostas institucionais. A análise da realidade local torna-se, assim, fundamental para compreender as especificidades do território, as dinâmicas institucionais e as necessidades concretas das pessoas idosas e dos profissionais que trabalham com elas.

A presente dissertação tem como objetivo analisar o acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de situações de alta social, a partir da perspectiva dos profissionais das IPSS da região de Entre Douro e Vouga. Pretende-se compreender os principais motivos que conduzem à institucionalização após a alta hospitalar, os processos de encaminhamento e colaboração entre entidades, o papel desempenhado pelos profissionais, bem como os desafios e constrangimentos enfrentados pelas instituições. Paralelamente, procura-se identificar propostas de melhoria que contribuam para uma intervenção mais eficaz, humanizada e centrada nas necessidades da pessoa idosa.

Para a concretização destes objetivos, foi adotada uma abordagem qualitativa, recorrendo à realização de entrevistas semiestruturadas a profissionais das IPSS com experiência no acompanhamento de situações de alta social. Este método permitiu recolher informação aprofundada sobre as perceções, práticas profissionais e experiências dos participantes, proporcionando uma compreensão mais abrangente da realidade estudada.

A escolha deste tema justifica-se não apenas pela sua atualidade e relevância social, mas também pela necessidade de valorizar o papel do Serviço Social na intervenção com a população idosa em situação de vulnerabilidade. A reflexão sobre as altas sociais e o acolhimento institucional contribui para o desenvolvimento de práticas profissionais mais

conscientes, éticas e orientadas para a promoção da dignidade e do bem-estar das pessoas idosas.

A dissertação encontra-se estruturada em três capítulos principais. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico, abordando o envelhecimento da população, a institucionalização da pessoa idosa, o conceito de alta social, a rede de apoio social e a colaboração interinstitucional, o papel das IPSS e do assistente social neste contexto. O segundo capítulo descreve a metodologia adotada, integrando a caracterização da região de Entre Douro e Vouga, incluindo os objetivos, o tipo de estudo, a abordagem metodológica, os participantes, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos, a análise das entrevistas e considerações éticas. O terceiro capítulo apresenta e analisa os resultados obtidos, organizados por categorias temáticas e discussão dos resultados, articulando os principais conceitos do primeiro capítulo com a literatura existente e a análise das entrevistas. Por fim, são apresentadas as conclusões, recomendações e perspetivas para investigações futuras.

O tema do acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de altas sociais revela-se particularmente pertinente, quer pela sua relevância científica e social, quer pela sua pertinência para a prática profissional do Serviço Social.

Considerando a experiência profissional do investigador na área, surge a necessidade de compreender as respostas existentes, os procedimentos adotados pelas IPSS, a legislação aplicada, bem como os fatores que influenciam os procedimentos nestes contextos. Neste sentido, colocam-se várias questões: existem protocolos ou regulamentação específica? É considerada a vontade da pessoa idosa? Como se processa a coordenação com as famílias? O que pode o assistente social mudar nos procedimentos para tentar minimizar os internamentos inapropriados?

Pretende-se que este estudo possa contribuir para uma análise aprofundada deste fenómeno, e que todo este processo seja estudado de uma forma distinta, oferecendo uma perspetiva diferenciada e enriquecendo o conhecimento na área do Serviço Social em contexto institucional.

Assim, define-se como questão de partida: Qual a perspetiva dos profissionais das IPSS de Entre Douro e Vouga relativamente ao acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de altas sociais?

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 O envelhecimento

O envelhecimento populacional constitui um dos fenómenos demográficos mais marcantes das sociedades contemporâneas, assumindo particular relevância nos países europeus, entre os quais se inclui Portugal. Com o crescente aumento da população idosa, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), têm-se intensificado os desafios associados ao cuidado da pessoa idosa, nomeadamente ao nível das dificuldades económicas das famílias, bem como da insuficiência de respostas sociais adequadas (INE, 2023). Esta realidade configura-se como uma preocupação crescente, exigindo a implementação de soluções eficazes e sustentáveis que respondam às necessidades desta população.

Portugal encontra-se entre os países mais envelhecidos da Europa, verificando-se um aumento contínuo da população com mais de 80 anos, que passou de 3,7% em 2003 para 6,9% em 2023 (Eurostat, 2023). Este fenómeno resulta, em grande medida, da conjugação entre a diminuição das taxas de natalidade e o aumento da esperança média de vida, traduzindo-se numa transformação significativa da estrutura demográfica. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento populacional é uma conquista das sociedades modernas, mas simultaneamente um desafio que exige a adaptação dos sistemas de saúde, proteção social e apoio comunitário.

Segundo a OMS (2024), considera-se pessoa idosa aquela com 60 anos ou mais. Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS) define como pessoa idosa o indivíduo com 65 anos ou mais (Direção Geral de Saúde, 2022). O envelhecimento é entendido como um processo natural e progressivo, resultante da acumulação de danos a nível molecular e celular ao longo do tempo, conduzindo a uma diminuição gradual da capacidade física e mental, ao aumento da vulnerabilidade e a um maior risco de doenças. Para além das alterações biológicas, o envelhecimento está igualmente associado a importantes transições de vida, como a reforma, a perda de papéis sociais e o falecimento de familiares e amigos, podendo ter impacto significativo no bem-estar psicológico e social do indivíduo (OMS, 2024).

Nas últimas décadas, tem-se assistido a um aumento significativo da esperança média de vida. Dados do INE (2024) indicam que esta passou de cerca de 60/66 anos em 1960 para aproximadamente 78/83 anos em 2023, para homens e mulheres, respetivamente. Este

aumento contribui para o crescimento da população idosa a nível global, fenómeno designado por envelhecimento populacional. Estima-se que, até 2030, uma em cada seis pessoas no mundo tenha 60 anos ou mais, sendo que, até 2050, a população mundial nesta faixa etária deverá duplicar, prevendo-se ainda que o número de pessoas com 80 ou mais anos triplique entre 2020 e 2050 (PORDATA, 2024).

Torna-se pertinente abordar o conceito de envelhecimento ativo, promovido pela OMS, que o define como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Este conceito destaca a importância de manter a autonomia, a integração social e a participação ativa dos indivíduos na sociedade, contrariando visões mais tradicionais que associam o envelhecimento exclusivamente à dependência e à incapacidade.

Contudo, o envelhecimento está frequentemente associado ao aparecimento de múltiplas condições de saúde adversas. Com o avançar da idade, é comum a ocorrência de perdas sensoriais, como a diminuição da audição e da visão, alterações do equilíbrio, bem como o desenvolvimento de doenças crónicas, tais como diabetes, doenças cardiovasculares, patologias respiratórias, depressão e demência (Morais, 2019). Estas condições podem surgir de forma simultânea, aumentando a complexidade dos cuidados necessários.

Como consequência, verifica-se frequentemente um aumento da fragilidade, caracterizada por uma maior vulnerabilidade a eventos como quedas, incontinência urinária, úlceras de pressão e perda de autonomia funcional (Morais, 2019). Esta condição implica uma maior necessidade de apoio, quer ao nível dos cuidados de saúde, quer ao nível do suporte social.

Sendo uma população mais vulnerável e dependente, as pessoas idosas necessitam, muitas vezes, de um maior número de cuidados, o que pode comprometer a sua capacidade de retomar as rotinas habituais após episódios de doença ou internamento. Esta realidade coloca desafios significativos às famílias e às redes de apoio, particularmente num contexto marcado por alterações nas estruturas familiares, pela redução do número de cuidadores informais e pelas exigências do mercado de trabalho.

Para além dos aspetos demográficos e biológicos, o envelhecimento populacional tem também um impacto significativo ao nível económico e social, traduzindo-se numa maior pressão sobre os sistemas de saúde e de proteção social (Crawford et al., 2021).

Importa ainda considerar que o envelhecimento não ocorre de forma homogênea, variando significativamente entre indivíduos, de acordo com fatores como o gênero, o nível socioeconômico, o acesso a cuidados de saúde e os estilos de vida ao longo do ciclo de vida (Sabia et al., 2017). Enquanto processo multidimensional, é influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais, verificando-se que pessoas com menores recursos econômicos tendem a apresentar piores indicadores de saúde e maior dependência na velhice.

As transformações sociais contemporâneas, como a urbanização, a mobilidade geográfica e a alteração dos modelos familiares, têm vindo a modificar profundamente as formas tradicionais de suporte à pessoa idosa. Se anteriormente a família assumia um papel fundamental na prestação de cuidados, atualmente verifica-se uma maior dificuldade em assegurar esse acompanhamento, aumentando a dependência de respostas formais (Colombo et al., 2011).

Estas desigualdades refletem-se no acesso aos cuidados de saúde, nas condições habitacionais e no suporte social disponível, demonstrando a necessidade de políticas públicas orientadas para um envelhecimento mais digno e equitativo.

O envelhecimento populacional não deve ser analisado apenas como um fenómeno demográfico, mas também como um desafio social que exige a adaptação das políticas públicas, dos serviços de saúde, das respostas sociais e até das próprias famílias. A crescente dependência da população idosa demonstra a necessidade de desenvolver estratégias integradas que promovam não só a longevidade, mas também a qualidade de vida, a dignidade e a inclusão social desta população, constituindo um enquadramento fundamental para compreender os processos de institucionalização e as situações de alta social que se encontram no centro deste estudo.

1.2 A institucionalização da pessoa idosa

A institucionalização da pessoa idosa constitui uma resposta social frequentemente utilizada quando deixam de estar reunidas as condições necessárias para a permanência no domicílio com segurança e qualidade de vida. Este processo resulta, em muitos casos, da

conjugação de fatores como a perda de autonomia, o agravamento do estado de saúde, a ausência ou fragilidade da rede de suporte familiar e as limitações económicas das famílias.

No contexto atual, marcado por profundas transformações sociais, verifica-se uma redução da disponibilidade das famílias para assumir o papel de cuidador informal. As exigências profissionais, a mobilidade geográfica e as alterações na estrutura familiar, nomeadamente a diminuição do número de elementos por agregado, constituem obstáculos significativos à prestação de cuidados continuados à pessoa idosa. Neste sentido, as ERPI assumem-se como uma resposta fundamental no apoio a esta população, garantindo cuidados básicos, acompanhamento e segurança (Cruz et al., 2010).

A decisão de institucionalizar uma pessoa idosa é, frequentemente, marcada por fragilidade emocional, tanto por parte da própria pessoa como da família. Em muitos casos, esta decisão surge na sequência de um evento agudo, como uma queda ou um internamento hospitalar, que demonstra a incapacidade de manter as condições de vida anteriores. Quando a pessoa idosa não participa ativamente nesta decisão, o processo pode ser vivido de forma mais negativa, contribuindo para sentimentos de perda, rejeição e abandono.

Neste âmbito, a teoria da vinculação de John Bowlby (Bowlby, 1969) revela-se particularmente relevante para compreender o impacto emocional da institucionalização. Segundo este autor, o ser humano estabelece, ao longo da vida, vínculos afetivos significativos, sendo estes fundamentais para a sua segurança emocional. A rutura ou afastamento destes vínculos, especialmente em fases de maior vulnerabilidade, como a velhice, pode desencadear sentimentos de insegurança, ansiedade e abandono.

O conceito de abandono, por sua vez, assume diferentes vertentes. Numa perspetiva legal, o abandono é definido como a colocação em perigo da vida de outra pessoa, nomeadamente através da omissão de cuidados por parte de quem tem o dever de a proteger, conforme previsto no artigo 138.º do Código Penal (Código Penal, 1995). Contudo, para além do plano jurídico, o abandono pode ser entendido também como uma experiência subjetiva, relacionada com a perceção de ausência de apoio, afeto ou presença por parte da família.

O sentimento de abandono pode surgir mesmo em contextos onde existem cuidados técnicos adequados, estando associado à rutura dos laços afetivos e à mudança de contexto de vida. Assim, a institucionalização pode ser vivida como uma experiência de perda, não

apenas da autonomia, mas também da identidade, das rotinas e das relações sociais previamente estabelecidas (Fundação La Caixa, 2020).

A forma como a sociedade encara o envelhecimento influencia a experiência da institucionalização. Enquanto antigamente os idosos eram valorizados pela sua experiência e sabedoria, atualmente verifica-se uma tendência para a marginalização desta população, sendo, por vezes, percecionada como um peso social. Esta visão pode contribuir para a desvalorização da pessoa idosa e para a aceitação da institucionalização como solução preferencial.

Do ponto de vista psicossocial, a institucionalização está associada a diversos impactos, nomeadamente isolamento social, diminuição da autoestima, sentimentos de tristeza e ansiedade, bem como uma maior dependência dos outros. A adaptação ao contexto institucional varia de indivíduo para indivíduo, dependendo de fatores como a personalidade, o suporte familiar, o grau de autonomia e a forma como ocorreu o processo de institucionalização (Runcan, 2012).

Importa ainda destacar que a institucionalização não é, necessariamente, um processo negativo, podendo constituir uma resposta adequada em situações de elevada dependência, garantindo cuidados especializados e condições de segurança que não seriam possíveis no domicílio. No entanto, para que este processo seja bem-sucedido, é fundamental que seja acompanhado por estratégias que promovam a integração da pessoa idosa, o respeito pela sua individualidade e a manutenção dos vínculos familiares e sociais.

Neste sentido, a participação da pessoa idosa na tomada de decisão assume um papel determinante. Quando a institucionalização ocorre de forma participada e informada, é mais provável que o processo de adaptação seja positivo, reduzindo sentimentos de imposição e abandono. Pelo contrário, quando a decisão é tomada exclusivamente por terceiros, sem consideração pela vontade do idoso, podem surgir resistências e dificuldades de integração.

Assim, a institucionalização da pessoa idosa deve ser vista como um processo complexo e multidimensional, que exige uma abordagem centrada na pessoa e nas suas necessidades. A compreensão dos fatores que conduzem a este processo, bem como dos seus impactos, revela-se fundamental para a definição de estratégias que promovam o bem-estar e a qualidade de vida da população idosa em contexto institucional.

A institucionalização decorre frequentemente da combinação de fatores de saúde, fragilidade social e insuficiência de suporte familiar. Neste contexto, torna-se fundamental promover uma mudança de paradigma, centrada na valorização da pessoa idosa enquanto sujeito de direitos, com capacidade de decisão e participação na sociedade.

A institucionalização da pessoa idosa deve ainda ser analisada à luz das políticas sociais e da organização das respostas existentes no território. A disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços influenciam diretamente as decisões tomadas pelas famílias e pelos próprios idosos.

Em contextos onde existem respostas comunitárias diversificadas, como SAD, CD ou redes de vizinhança solidária e cuidadores informais, a institucionalização tende a ser adiada. Pelo contrário, a ausência ou insuficiência destas respostas pode conduzir a uma institucionalização precoce, muitas vezes não desejada pela pessoa idosa.

Para além disso, a qualidade dos cuidados prestados em contexto institucional assume um papel determinante na experiência vivida pelos idosos. Fatores como o respeito pela individualidade, a promoção da autonomia, a manutenção de rotinas e a existência de atividades significativas contribuem para uma melhor adaptação ao contexto institucional.

A humanização dos cuidados surge, assim, como um princípio fundamental, implicando a valorização da pessoa idosa enquanto sujeito de direitos, com história de vida, preferências e necessidades específicas (Sharkiya, S. H., 2023).

A formação dos profissionais que trabalham em contexto institucional revela-se essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados. A existência de equipas multidisciplinares, com competências técnicas e relacionais, contribui para uma intervenção mais orientada para as necessidades da pessoa idosa.

Assim, a institucionalização deve ser considerada como uma resposta entre várias possíveis, devendo privilegiar-se sempre que possível a permanência no domicílio, através do reforço de serviços de apoio domiciliário e de outras respostas comunitárias.

1.3 As altas sociais

O fenómeno das altas sociais tem vindo a assumir uma crescente relevância no contexto dos sistemas de saúde e de apoio social, particularmente no que se refere à população idosa. De acordo com a Segurança Social (2023), as situações de alta social referem-se às situações em que, apesar de a pessoa apresentar condições clínicas para ter alta hospitalar, não reúne condições sociais, familiares ou habitacionais que permitam o seu regresso em segurança ao domicílio.

Em muitos casos, após episódios como quedas, agravamento de doenças crónicas ou situações agudas de saúde, a pessoa idosa recorre aos serviços hospitalares, podendo evoluir de um atendimento em serviço de urgência para um internamento. Após estabilização clínica, a equipa de saúde considera resolvido o problema que motivou o internamento, estando reunidas as condições para a alta clínica. No entanto, verifica-se frequentemente a inexistência de condições sociais adequadas para o regresso ao domicílio, quer devido à perda de autonomia, quer pela incapacidade da família em assegurar os cuidados necessários, ou mesmo por falta de condições habitacionais adequadas.

Nestas circunstâncias, ocorre a permanência prolongada em contexto hospitalar, mesmo na ausência de critérios clínicos que justifiquem o internamento, dando origem aos denominados internamentos inapropriados ou internamentos de natureza social (APAH, 2024). Este fenómeno constitui um problema significativo para o funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que implica a ocupação indevida de camas hospitalares, contribuindo para a sobrecarga das unidades de saúde e para o aumento dos custos associados.

De acordo com Santo (2018) e APAH (2024), os internamentos inapropriados estão frequentemente associados à escassez de respostas sociais adequadas, nomeadamente à falta de vagas em ERPI ou à insuficiência do SAD. Esta realidade evidencia a existência de uma lacuna entre os sistemas de saúde e de apoio social, dificultando a continuidade de cuidados após a alta clínica.

Importa, neste contexto, distinguir os conceitos de alta clínica, alta hospitalar e alta social. A alta clínica refere-se ao momento em que a situação de saúde do utente se encontra estabilizada e não justifica a permanência em ambiente hospitalar. A alta hospitalar, por sua vez, corresponde à saída efetiva do utente da unidade de saúde, implicando a garantia de

continuidade de cuidados. Já a alta social ocorre apenas quando estão reunidas as condições sociais necessárias para assegurar a segurança e o bem-estar da pessoa fora do contexto hospitalar (Segurança Social, 2023).

A inexistência de uma resposta social adequada pode atrasar a alta hospitalar, mesmo após a alta clínica, originando situações de permanência prolongada que não se justificam do ponto de vista médico. Este fenómeno é particularmente expressivo na população idosa, devido à maior prevalência de dependência funcional, à ausência de rede de suporte familiar eficaz e às limitações económicas que dificultam o acesso a respostas privadas.

Para além das implicações ao nível organizacional e económico, os internamentos inapropriados têm também impacto direto na pessoa idosa. A permanência prolongada em ambiente hospitalar pode contribuir para a perda de autonomia, aumento do risco de infeções, agravamento do estado cognitivo e emocional, bem como para o reforço de sentimentos de isolamento e dependência. Estes efeitos negativos reforçam a necessidade de encontrar soluções que permitam uma transição adequada entre os cuidados de saúde e os cuidados sociais.

Assume particular importância o papel do assistente social, enquanto profissional responsável pela identificação das necessidades sociais do utente e pela coordenação com os recursos disponíveis na comunidade. A sua intervenção é fundamental para a avaliação das condições de suporte familiar, para o encaminhamento para respostas sociais adequadas e para a mediação entre os diferentes intervenientes no processo da alta (Seibert et al., 2019).

Com o objetivo de melhorar a cooperação entre os sistemas de saúde e de apoio social, têm vindo a ser implementadas medidas e instrumentos normativos que visam promover o planeamento atempado das altas hospitalares. Em Portugal, a Portaria n.º 38-A/2023, de 2 de fevereiro, estabelece os termos e condições da articulação entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a Segurança Social no planeamento das altas hospitalares, comprovando a necessidade de uma intervenção coordenada.

Paralelamente, o Manual de Articulação entre Saúde e Segurança Social (S+SS) para o Planeamento das Altas Hospitalares constitui um instrumento orientador que define procedimentos e responsabilidades dos diferentes intervenientes, promovendo uma abordagem mais estruturada e eficiente neste processo (Segurança Social, 2023).

Apesar destas iniciativas, persistem desafios significativos, nomeadamente ao nível da insuficiência de respostas sociais, da morosidade dos processos de encaminhamento e da pressão exercida sobre os profissionais de saúde para libertação de camas hospitalares. Esta pressão pode conduzir a decisões precipitadas ou à manutenção prolongada de utentes em contexto hospitalar, demonstrando a importância deste fenómeno.

Para além das implicações sociais e individuais, as altas sociais têm também um impacto significativo ao nível do funcionamento e sustentabilidade do sistema de saúde. A permanência de utentes em contexto hospitalar sem necessidade clínica contribui para a sobrelotação dos serviços, dificultando o acesso de outros doentes que necessitam efetivamente de cuidados médicos.

Esta realidade traduz-se numa utilização ineficiente dos recursos hospitalares, uma vez que as camas ocupadas por utentes em situação de alta social deixam de estar disponíveis para novos internamentos. Consequentemente, verifica-se um aumento dos tempos de espera nos serviços de urgência e uma maior pressão sobre os profissionais de saúde.

Do ponto de vista económico, os internamentos inapropriados representam um custo elevado para o sistema de saúde, uma vez que implicam a manutenção de cuidados hospitalares mais dispendiosos do que outras respostas sociais, como o SAD ou a ERPI. Neste sentido, a existência de respostas sociais adequadas e acessíveis revela-se fundamental não só para o bem-estar dos utentes, mas também para a eficiência do sistema de saúde.

A intervenção multidisciplinar assume particular relevância, integrando profissionais de saúde, assistentes sociais e outros agentes, numa lógica de trabalho em rede. Esta abordagem permite uma avaliação mais completa das necessidades do utente e uma resposta mais adequada às suas condições específicas.

Assim, a melhoria da colaboração entre serviços constitui um elemento-chave para a redução dos internamentos inapropriados e para a promoção de uma alta hospitalar segura e eficaz.

O fenómeno das altas sociais deve também ser analisado à luz da complexidade dos sistemas de saúde e de apoio social, bem como das dificuldades de coordenação entre os mesmos. A fragmentação dos serviços constitui um dos principais obstáculos à continuidade de cuidados, dificultando a resposta atempada às necessidades identificadas.

Em muitos casos, verifica-se uma desarticulação entre os diferentes níveis de intervenção, nomeadamente entre os cuidados hospitalares, os cuidados de saúde primários e as respostas sociais. Esta falta de coordenação contribui para atrasos no processo de alta e para a permanência prolongada dos utentes em contexto hospitalar.

A implementação de modelos de gestão de caso e de acompanhamento integrado surge como uma estratégia relevante para melhorar a coordenação entre serviços e garantir uma resposta mais eficaz às necessidades da pessoa idosa.

A gestão de caso permite uma abordagem centrada no utente, assegurando a continuidade de cuidados e facilitando a comunicação entre os diferentes intervenientes.

Assim, as altas sociais e os internamentos inapropriados configuram-se como um problema multidimensional, que resulta da interação entre fatores individuais, familiares, institucionais e estruturais. A sua compreensão exige uma abordagem que considere não apenas as necessidades clínicas, mas também as condições sociais e os recursos disponíveis, de forma a garantir respostas adequadas e sustentáveis para a população idosa.

1.4 Redes de apoio e articulação interinstitucional

A crescente complexidade das necessidades da população idosa, particularmente em situações de dependência e vulnerabilidade social, revela a importância das redes de apoio e da articulação entre diferentes instituições. A resposta eficaz às situações decorrentes de altas sociais depende, em grande medida, da existência de uma rede estruturada e funcional, capaz de garantir a continuidade de cuidados entre o contexto hospitalar e a comunidade.

No âmbito do Serviço Social, o conceito de rede assume um papel relevante na intervenção profissional. Segundo Payne (2018), a prática do Serviço Social está intrinsecamente ligada ao trabalho em rede, envolvendo a mobilização de recursos formais e informais para responder às necessidades dos indivíduos. Estas redes podem ser constituídas por serviços de saúde, instituições sociais, famílias, comunidade e outros agentes relevantes, sendo fundamental a sua coordenação para assegurar respostas integradas.

As redes de apoio podem ser classificadas em redes formais e informais. As redes formais incluem instituições e serviços organizados, como hospitais, centros de saúde (CS), ERPI, SAD e outras respostas sociais. Por outro lado, as redes informais são constituídas por familiares, amigos, vizinhos e outros elementos da comunidade que prestam apoio direto à pessoa idosa. A coordenação entre estas duas vertentes revela-se essencial para garantir o bem-estar e a segurança do indivíduo, especialmente em contextos de maior fragilidade.

No caso específico das altas sociais, a articulação entre o sistema de saúde e o sistema de segurança social assume particular relevância. A inexistência de uma comunicação eficaz entre estas entidades pode comprometer o processo de alta hospitalar, contribuindo para o prolongamento desnecessário dos internamentos. Assim, torna-se fundamental a existência de mecanismos que promovam a cooperação interinstitucional e a partilha de informação entre os diferentes intervenientes.

Em Portugal, foram desenvolvidos instrumentos normativos com o objetivo de melhorar esta colaboração. A Portaria n.º 38-A/2023, de 2 de fevereiro, estabelece os termos e condições da cooperação entre o SNS e a Segurança Social no planeamento das altas hospitalares. Este diploma define responsabilidades, procedimentos e prazos, promovendo uma intervenção mais coordenada e eficiente na resposta às necessidades sociais identificadas durante o internamento.

Paralelamente, o Manual de Articulação entre Saúde e Segurança Social (S+SS) para o Planeamento das Altas Hospitalares constitui um instrumento orientador que sistematiza o processo de cooperação interinstitucional, definindo as etapas a seguir e os intervenientes envolvidos. Este manual demonstra a importância do planeamento antecipado da alta, defendendo que a identificação de necessidades sociais deve ocorrer o mais precocemente possível durante o internamento, de forma a evitar atrasos na saída do utente do hospital (Segurança Social, 2023).

A Direção-Geral da Saúde (2022) reforça igualmente a importância da articulação entre diferentes níveis de cuidados e setores, salientando a necessidade de respostas integradas e coordenadas capazes de assegurar continuidade de cuidados e maior eficácia na intervenção junto da população idosa.

Apesar dos avanços verificados, a cooperação interinstitucional continua a enfrentar diversos desafios. Entre os principais desafios destacam-se a insuficiência de recursos, a

burocratização dos processos, a falta de comunicação entre serviços e a ausência de respostas sociais em tempo útil. Estas dificuldades podem comprometer a eficácia da intervenção e contribuir para a manutenção de situações de internamento inadequado.

Neste contexto, o trabalho em rede assume-se como uma estratégia fundamental para a resolução de problemas, exigindo uma atuação coordenada, colaborativa e centrada na pessoa. A colaboração entre os diferentes intervenientes permite não só uma melhor gestão dos recursos disponíveis, mas também uma resposta mais adequada às necessidades específicas de cada indivíduo.

As redes de apoio e a coordenação interinstitucional constituem elementos-chave na resposta às situações de altas sociais, sendo indispensáveis para garantir a continuidade de cuidados, promover a autonomia da pessoa idosa e evitar a permanência prolongada em contexto hospitalar. A sua eficácia depende da capacidade de cooperação entre instituições, da existência de recursos adequados e da intervenção qualificada dos profissionais envolvidos.

1.5 O papel das IPSS no acolhimento institucional de pessoas idosas

As IPSS desempenham um papel fundamental no sistema de proteção social em Portugal, constituindo uma das principais respostas de apoio à população idosa em situação de vulnerabilidade e dependência. Segundo a literatura na área do Serviço Social e das políticas sociais, estas instituições assumem um papel complementar ao Estado na garantia de respostas sociais e cuidados continuados dirigidos à população mais fragilizada (Payne, 2018) (Pinto, 2014)

De acordo com o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social, aprovado pelo Decreto-Lei nº172-A/2014, de 14 de novembro, as IPSS têm como objetivo principal a prossecução de fins de solidariedade social, através da prestação de serviços nas áreas da ação social, saúde, educação e apoio à comunidade. No âmbito da população idosa, destacam-se respostas como as ERPI, os SAD e os CD, que procuram assegurar o bem-estar, a segurança e a qualidade de vida dos utentes.

No contexto do acolhimento institucional, as ERPI assumem particular relevância, constituindo uma resposta social destinada a pessoas idosas que, por motivos de dependência

física, cognitiva ou social, não conseguem permanecer no seu domicílio em condições de segurança. Estas estruturas oferecem cuidados permanentes, incluindo apoio nas atividades de vida diária, acompanhamento médico e social, bem como atividades de animação e integração social.

As IPSS desempenham um papel determinante na resposta às situações decorrentes de altas sociais, funcionando como destino privilegiado para o encaminhamento de pessoas idosas que não têm condições para regressar ao domicílio após internamento hospitalar. Estas instituições assumem uma responsabilidade acrescida na absorção de situações de elevada complexidade social e clínica, muitas vezes sem os recursos necessários para dar resposta em tempo útil.

Um dos principais desafios enfrentados pelas IPSS prende-se com a limitação da capacidade instalada, refletida na existência de extensas listas de espera para acesso às respostas sociais dirigidas à população idosa, particularmente no caso das ERPI. De acordo com a Carta Social 2024 publicada pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento (2024), continua a verificar-se uma elevada procura destas respostas, associada ao envelhecimento populacional e ao aumento das situações de dependência, o que condiciona a capacidade de acolhimento em tempo útil. Esta realidade constitui um dos fatores que contribuem para o prolongamento dos internamentos hospitalares, uma vez que a ausência de vagas impede o encaminhamento atempado dos utentes.

Para além da limitação de vagas, as IPSS enfrentam também desafios ao nível dos recursos humanos e financeiros. A sustentabilidade destas instituições depende, em grande medida, de participações públicas, nomeadamente através da Segurança Social, bem como das mensalidades pagas pelos utentes e suas famílias. No entanto, os custos associados à prestação de cuidados, especialmente em situações de elevada dependência, podem exceder os recursos disponíveis, condicionando a capacidade de resposta.

Outro aspeto relevante diz respeito aos critérios de admissão nas respostas sociais. As IPSS definem, frequentemente, critérios específicos para a integração de utentes, tendo em consideração fatores como o grau de dependência, a situação económica, a rede de suporte familiar e a urgência social. No entanto, a pressão existente sobre estas instituições pode levar a uma seleção criteriosa dos casos, privilegiando situações que melhor se adequam à capacidade de resposta disponível.

A articulação entre as IPSS e os serviços de saúde, nomeadamente os hospitais, assume particular importância. O processo de encaminhamento de utentes após alta hospitalar exige uma comunicação eficaz entre os diferentes intervenientes, bem como a partilha de informação relevante que permita uma avaliação adequada das necessidades do indivíduo. No entanto, esta articulação nem sempre ocorre de forma eficiente, verificando-se frequentemente dificuldades ao nível da burocracia, da demora nos processos e da falta de uniformização de procedimentos.

Para além das respostas institucionais, importa destacar o papel das IPSS na dinamização de redes de apoio comunitário, promovendo a integração social da pessoa idosa e contribuindo para a prevenção do isolamento e da exclusão social. Estas instituições desenvolvem, muitas vezes, iniciativas que vão além da prestação de cuidados básicos, incluindo atividades de animação sociocultural, apoio psicossocial e envolvimento da comunidade.

Apesar das limitações identificadas, as IPSS continuam a constituir um pilar fundamental no apoio à população idosa em Portugal, sendo responsáveis por uma parte significativa das respostas sociais existentes. A sua intervenção revela-se essencial na gestão das situações de alta social, contribuindo para a redução dos internamentos inapropriados e para a promoção de soluções que garantam a continuidade de cuidados.

Torna-se assim fundamental reforçar o investimento nestas instituições, quer ao nível do financiamento, quer ao nível da capacitação dos recursos humanos, de forma a melhorar a sua capacidade de resposta. É também necessário promover uma maior colaboração entre saúde e ação social, garantindo uma intervenção mais eficaz.

O papel das IPSS no acolhimento institucional de pessoas idosas revela-se fundamental no contexto das altas sociais, constituindo um elemento-chave na resposta às necessidades desta população. A compreensão dos desafios e limitações destas instituições permite uma análise mais aprofundada do fenómeno em estudo, contribuindo para a identificação de estratégias que promovam a melhoria do sistema de apoio social.

1.6 A intervenção do assistente social

A intervenção do assistente social assume um papel relevante no contexto das altas hospitalares, particularmente nas situações em que se verificam limitações de natureza social que impedem o regresso da pessoa idosa ao domicílio. O assistente social surge como um elemento-chave na colaboração entre o sistema de saúde, o sistema de segurança social e a comunidade, promovendo respostas que garantam a continuidade de cuidados e o bem-estar do utente.

No contexto hospitalar, a intervenção do assistente social inicia-se com a identificação e avaliação das necessidades sociais do utente, tendo em consideração fatores como a autonomia funcional, as condições habitacionais, a existência de rede de suporte familiar e os recursos económicos disponíveis. Esta avaliação permite diagnosticar situações de risco e antecipar possíveis dificuldades no momento da alta hospitalar.

De acordo com a literatura, a intervenção do assistente social no planeamento da alta hospitalar deve ocorrer de forma precoce, idealmente desde o momento da admissão do utente, permitindo uma atuação mais eficaz e evitando atrasos no processo de encaminhamento (Santo, 2018). O planeamento da alta não deve ser entendido como um momento pontual, mas como um processo contínuo, que envolve diferentes profissionais e etapas.

O assistente social desempenha um papel fundamental na mediação entre os intervenientes, como a equipa de saúde, a família e as instituições de apoio social. Esta mediação implica não só a articulação de recursos, mas também a gestão de conflitos em situações em que a família não tem capacidade ou disponibilidade para assumir os cuidados necessários.

A intervenção profissional exige um conjunto de competências específicas, que vão além do aspeto técnico. Conforme definido no Código Deontológico dos Assistentes Sociais (APSS, 2018), o assistente social é um profissional com uma prática inter e transdisciplinar, que atua numa lógica de cooperação, mobilizando competências políticas, relacionais, psicossociais, assistenciais e técnico-operativas. Estas competências permitem ao profissional intervir de forma integrada, considerando as diferentes dimensões da realidade social.

A componente relacional assume particular importância, visto que a construção de uma relação de confiança com o utente e a família é essencial para a eficácia da intervenção.

A capacidade de escuta ativa, empatia e comunicação constitui uma ferramenta fundamental na compreensão das necessidades e na promoção de soluções adequadas.

Paralelamente, a intervenção do assistente social envolve também a mobilização de recursos disponíveis na comunidade, nomeadamente o encaminhamento para respostas sociais como ERPI, SAD, CD ou outras respostas adequadas à situação específica do utente. Este processo implica o conhecimento atualizado da rede de recursos e das condições de acesso aos mesmos.

Contudo, a intervenção do assistente social não se encontra isenta de desafios. Um dos principais desafios identificados na literatura refere-se à escassez de respostas sociais disponíveis, particularmente no que diz respeito à falta de vagas em instituições e à morosidade dos processos de admissão (Santo, 2018). Esta realidade coloca os profissionais perante situações difíceis, onde, apesar da identificação das necessidades, não existem soluções imediatas.

Os assistentes sociais encontram-se frequentemente sujeitos a pressão por parte das equipas médicas e da gestão hospitalar, no sentido de agilizar o processo de alta e libertar camas hospitalares. Esta pressão pode gerar tensão entre a necessidade de garantir uma solução adequada para o utente e as exigências institucionais, exigindo do profissional uma capacidade constante de tomada de decisão em contextos de incerteza.

A componente ética da intervenção assume um papel fundamental. O assistente social deve assegurar que as decisões tomadas respeitam os direitos, a dignidade e a autonomia da pessoa idosa, promovendo a sua participação no processo de decisão sempre que possível. A consideração da vontade do utente é essencial para evitar situações de institucionalização forçada, que podem comprometer o seu bem-estar emocional.

Neste sentido, a intervenção profissional deve ser orientada por princípios de justiça social, equidade e respeito pela pessoa humana, procurando encontrar soluções que equilibrem as necessidades do utente, as limitações da família e os recursos disponíveis. A atuação do assistente social implica uma constante reflexão crítica sobre a prática e sobre as condições estruturais que condicionam a intervenção.

Por outro lado, a crescente complexidade das situações sociais exige o desenvolvimento de estratégias inovadoras e a capacidade de adaptação a contextos em constante mudança.

No contexto hospitalar, torna-se essencial que o assistente social esteja permanentemente atualizado, com instrumentos e conhecimentos que permitam uma intervenção eficaz e atempada. A capacidade de antecipar problemas, articular recursos e propor soluções adequadas constitui um elemento determinante para a minimização dos internamentos inapropriados e para a promoção de uma alta hospitalar segura.

No exercício da sua prática profissional, o assistente social depara-se frequentemente com dilemas éticos, particularmente em situações em que existe conflito entre a vontade da pessoa idosa, as expectativas da família e as limitações institucionais. A tomada de decisão nestes contextos exige uma análise cuidadosa dos princípios éticos da profissão, nomeadamente o respeito pela dignidade humana, a promoção da autonomia e a defesa dos direitos da pessoa.

A gestão de conflitos constitui, assim, uma dimensão determinante da intervenção do assistente social. Em muitas situações, a família manifesta resistência à aceitação de responsabilidades ou discorda das soluções propostas, sendo necessário mediar posições e encontrar alternativas viáveis. Esta mediação implica competências ao nível da comunicação, negociação e resolução de problemas, sendo fundamental para garantir decisões equilibradas e centradas no interesse do utente.

O assistente social assume também um papel importante na sensibilização das famílias para a importância da sua participação no processo de cuidados, promovendo uma intervenção mais partilhada e colaborativa. A valorização da rede informal de apoio revela-se essencial para a construção de soluções mais sustentáveis e ajustadas à realidade de cada indivíduo.

Deste modo, o assistente social afirma-se como um agente de mudança social, desempenhando um papel fundamental na promoção de uma sociedade mais justa, inclusiva e adaptada ao envelhecimento da população.

A intervenção do assistente social no contexto das altas sociais configura-se como uma prática complexa, que exige competências técnicas, relacionais e éticas, bem como uma forte capacidade de cooperação interinstitucional. O seu papel é fundamental na construção de respostas que garantam a continuidade de cuidados e a qualidade de vida da pessoa idosa, contribuindo para a melhoria do funcionamento dos sistemas de saúde e de apoio social.

Considerando o exposto, o enquadramento teórico apresentado permitiu compreender o envelhecimento como um fenómeno multidimensional, com implicações sociais, familiares e institucionais importantes. A análise da institucionalização da pessoa idosa, das altas sociais, das redes de apoio, do papel das IPSS e da intervenção do assistente social evidencia a complexidade dos processos envolvidos no acolhimento institucional decorrente de altas sociais. Torna-se evidente a necessidade de respostas articuladas, centradas na pessoa idosa e sustentadas por uma intervenção interdisciplinar e interinstitucional. Este enquadramento constitui a base conceptual para a análise empírica a desenvolver nos capítulos seguintes.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

2.1 A região Entre Douro e Vouga

A região de Entre Douro e Vouga localiza-se no Norte de Portugal e corresponde a um território com identidade histórica, social e económica própria, integrando atualmente municípios pertencentes ao distrito de Aveiro, nomeadamente Santa Maria da Feira, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Arouca e Vale de Cambra. Caracteriza-se por uma diversidade territorial que articula zonas urbanas e industriais com áreas rurais e de montanha, conferindo especificidades demográficas e sociais relevantes para a análise das respostas sociais dirigidas à população idosa.

Do ponto de vista sociodemográfico, a região acompanha a tendência nacional de envelhecimento populacional, verificando-se um aumento progressivo da proporção de pessoas idosas e uma crescente pressão sobre os serviços de saúde e respostas sociais. Paralelamente, observam-se desafios associados ao despovoamento de algumas zonas mais rurais, à fragilização das redes familiares tradicionais e ao aumento de situações de dependência e isolamento social (INE, 2023; PORDATA, 2024). Estas características tornam a região particularmente relevante para a análise das situações de altas sociais e do acolhimento institucional de pessoas idosas em contexto de IPSS.

Segundo dados demográficos relativos à região de Entre Douro e Vouga, a população residente ronda os 274.859 habitantes, distribuindo-se por cerca de 132.784 homens e 142.075 mulheres. Os dados evidenciam igualmente um envelhecimento progressivo da população, verificando-se uma proporção significativa de pessoas com 65 e mais anos, particularmente nas faixas etárias dos 75 e mais anos, o que reforça os desafios associados à dependência, necessidade de cuidados continuados e pressão sobre as respostas sociais e de saúde existentes na região.

A título de exemplo, no concelho de Santa Maria da Feira existiam cerca de 15.121 pessoas com 65 e mais anos em 2001, valor que mais do que duplicou em 2024, passando para 32.144; em São João da Madeira, verificou-se igualmente um aumento significativo, passando de 2.639 pessoas em 2001 para 5.619 em 2024; em Oliveira de Azeméis, o número de pessoas com 65 e mais anos aumentou de 9.356 para 16.830 no mesmo período; já no concelho de Arouca, o aumento foi menos expressivo, passando de 3.910 para 5.378 pessoas;

enquanto em Vale de Cambra se verificou um aumento de 4.046 para 6.296 pessoas com 65 e mais anos entre 2001 e 2024 (INE, 2023; PORDATA, 2024).

A região apresenta igualmente uma forte tradição de solidariedade social, marcada pela presença significativa de IPSS, que assumem um papel fundamental na prestação de respostas dirigidas à população idosa, designadamente através de ERPI, SAD e CD. Estas instituições constituem um recurso fundamental no acolhimento institucional de pessoas idosas, particularmente em situações decorrentes de altas sociais.

De acordo com dados da Carta Social, a região de Entre Douro e Vouga dispõe de um conjunto significativo de respostas sociais dirigidas à população idosa, integrando diferentes serviços, nomeadamente ERPI, SAD e CD, isoladamente ou de forma articulada na mesma instituição. No concelho de Santa Maria da Feira existem 17 equipamentos com capacidade total para 613 utentes; em São João da Madeira existem 2 equipamentos com capacidade total para 175 utentes; Oliveira de Azeméis conta com 10 equipamentos com capacidade total para 363 utentes; o concelho de Arouca dispõe de 4 equipamentos com capacidade total para 199 utentes e Vale de Cambra apresenta igualmente 4 equipamentos com capacidade total para 232 utentes. Estes equipamentos evidenciam a relevância da rede social existente na região no apoio à população idosa em situação de vulnerabilidade. (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2024).

Assim, a caracterização da região de Entre Douro e Vouga constitui um elemento fundamental para o enquadramento empírico do estudo, permitindo situar o fenómeno investigado num contexto territorial, social e institucional concreto.

2.2 Objetivos

O objetivo geral desta investigação é:

I - Compreender como os profissionais das IPSS de Entre Douro e Vouga percecionam e vivenciam o problema da falta de soluções para o acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de altas sociais, identificando desafios, necessidades e estratégias de resposta.

Os objetivos específicos em questão são:

I - Caracterizar o fenómeno das altas sociais segundo a percepção dos representantes das IPSS;

II - Identificar fatores que levam à necessidade de acolhimento institucional após alta hospitalar;

III - Explorar os desafios enfrentados pelas IPSS na resposta a essas situações;

IV - Analisar os mecanismos de articulação entre os hospitais e as IPSS;

V - Identificar estratégias de melhoria no processo de acolhimento institucional pós-alta hospitalar.

A questão de investigação é:

Qual a perspetiva dos profissionais das IPSS de Entre Douro e Vouga relativamente ao acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de altas sociais?

2.3 Tipo de estudo

Optou-se pela realização de um estudo qualitativo exploratório e descritivo, centrado nas perspetivas de profissionais das IPSS da região Entre Douro e Vouga, acerca do acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de altas sociais.

A opção por este tipo de estudo justifica-se pela necessidade de explorar um fenómeno ainda pouco aprofundado na literatura e compreender, de forma contextualizada, percepções, práticas e desafios vivenciados pelos participantes.

Segundo Creswell (Creswell, 2009), a investigação qualitativa é particularmente adequada quando se pretende compreender significados atribuídos pelos participantes às suas experiências e práticas em contextos sociais específicos. Neste sentido, esta abordagem permitiu aprofundar a complexidade do fenómeno em estudo, valorizando a dimensão contextual e interpretativa dos discursos recolhidos.

A natureza exploratória do estudo prende-se com o propósito de aprofundar conhecimento sobre uma problemática ainda pouco estudada, enquanto a dimensão descritiva permitiu caracterizar percepções, processos e desafios associados ao acolhimento institucional decorrente de altas sociais.

2.4 Abordagem metodológica

Para a recolha de dados recorreu-se à realização de entrevistas semiestruturadas a profissionais de IPSS da região de Entre Douro e Vouga com experiência no acompanhamento de situações de alta social. A entrevista semiestruturada permitiu explorar as perceções, experiências e práticas profissionais das participantes, garantindo simultaneamente flexibilidade na condução das entrevistas e orientação através de um guião previamente definido.

2.5 Participantes

A seleção dos participantes foi realizada através de amostragem intencional, por se considerar a mais adequada em investigação qualitativa, na medida em que permite seleccionar participantes com conhecimento e experiência relevantes sobre o fenómeno em estudo.

Foram incluídas dez participantes em exercício de funções em IPSS do território em estudo e com experiência na área do envelhecimento e/ou no acompanhamento de processos de encaminhamento institucional relacionados com altas sociais.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas a estas participantes, número considerado adequado até que a recolha de dados deixe de acrescentar informação nova relevante.

A participação decorreu de forma voluntária, mediante consentimento informado, assegurando-se os princípios de confidencialidade, anonimato e proteção dos dados recolhidos.

Embora nem todos os participantes possuam formação em Serviço Social, todos exercem funções em contexto institucional com contacto com situações de acolhimento de pessoas idosas decorrentes de altas sociais, sendo por isso capazes de refletir sobre os processos de cooperação institucional e sobre o papel do assistente social neste contexto.

2.6 Instrumento de recolha de dados

A entrevista semiestruturada foi selecionada como técnica principal de recolha de dados, por permitir explorar em profundidade perceções, experiências e significados atribuídos pelos participantes ao fenómeno em estudo.

Este instrumento possibilita a existência de um guião orientador previamente definido, mantendo simultaneamente flexibilidade para aprofundar temas atuais ao longo da interação (Quivy & Campenhoudt, 2013).

Kvale e Brinkmann (2009) referem que a entrevista qualitativa constitui uma forma privilegiada de aceder às perspetivas dos participantes sobre o seu mundo vivido, sendo particularmente adequada quando se pretende compreender práticas profissionais e experiências subjetivas.

As entrevistas foram realizadas com base num guião semiestruturado organizado em torno dos objetivos da investigação e das questões orientadoras do estudo, presente no Anexo II.

Complementarmente, foi realizada pesquisa documental entre 2015 e 2025, recorrendo a bases de dados científicas e documentos institucionais, nomeadamente PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, RCAAP, repositórios universitários, Ministério da Saúde, Segurança Social e DGS.

Foram incluídos artigos científicos, relatórios, teses e dissertações relacionados com altas sociais, internamentos sociais, planeamento de alta e coordenação hospital-IPSS, sendo excluídos estudos sem fundamentação empírica ou sem relevância para a vertente social do fenómeno.

2.7 Procedimento de recolha de dados

Numa primeira fase, foi estabelecido contacto com as IPSS da região Entre Douro e Vouga para apresentação do estudo e convite à participação. Após a identificação dos profissionais disponíveis e elegíveis para participar, foram prestados os esclarecimentos

necessários sobre os objetivos da investigação, as condições de participação e os procedimentos éticos associados.

As entrevistas foram agendadas em data, hora e local acordados com os participantes, de acordo com a sua disponibilidade, podendo realizar-se presencialmente ou, sempre que necessário, por via digital.

Mediante consentimento informado, as entrevistas foram gravadas em formato áudio, de forma a assegurar maior rigor no registo da informação. Posteriormente, foram transcritas integralmente para efeitos de análise.

2.8 Análise de dados

Os dados recolhidos foram tratados através da análise de conteúdo, segundo Bardin (2016), seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento, inferência e interpretação dos resultados.

Numa primeira fase procedeu-se à leitura flutuante das entrevistas e definição de categorias iniciais.

Numa segunda fase realizou-se a codificação e categorização temática dos dados, sendo a codificação efetuada manualmente, com apoio de matrizes analíticas construídas para o efeito, após análise vertical e horizontal das transcrições das entrevistas.

Por fim, procedeu-se à interpretação dos resultados, articulando os dados empíricos com o enquadramento teórico do estudo.

Esta técnica permitiu identificar padrões, significados, convergências e divergências presentes nos discursos dos participantes.

A construção das categorias resultou de um processo indutivo, sustentado na recorrência e relevância temática dos discursos.

Da análise das entrevistas emergiram diferentes categorias temáticas, organizadas de acordo com os objetivos específicos do estudo, conforme apresentado na tabela seguinte.

Tabela 1 - Correspondência entre objetivos específicos e categorias de análise

Objetivos específicos	Categorias de análise	Dimensões
Compreender os motivos das altas sociais	Motivos das altas sociais	Frequência e recorrência das situações de alta social Fatores associados às situações de alta social Características das pessoas idosas em situação de alta social A complexidade do fenómeno das altas sociais
Analisar os processos de encaminhamento	Processos de encaminhamento	Articulação entre hospitais e IPSS Critérios de admissão no acolhimento institucional Dificuldades no processo de encaminhamento Estratégias mobilizadas pelas instituições
Identificar o papel do assistente social	Papel do assistente social	Avaliação e acompanhamento social Mediação e articulação institucional Estratégias de intervenção profissional O assistente social como promotor de respostas centradas na pessoa
Conhecer os desafios enfrentados pelas IPSS	Desafios e constrangimentos	Limitações de recursos e capacidade de resposta Dificuldades na gestão de situações complexas Constrangimentos na articulação institucional

		Desafios éticos e profissionais
Analisar o impacto da institucionalização	Impacto na pessoa idosa	Impacto emocional da institucionalização Adaptação ao contexto institucional Bem-estar e dignidade da pessoa idosa Ambivalência entre proteção e perda
Identificar propostas de melhoria	Propostas de melhoria	Reforço das respostas sociais e dos recursos Melhoria da articulação institucional Prevenção da institucionalização sempre que possível Mudanças ao nível das políticas e práticas

2.9 Considerações éticas

A investigação respeitou os princípios éticos aplicáveis à investigação em ciências sociais, nomeadamente participação voluntária, consentimento informado, confidencialidade, anonimato e direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os participantes.

As entrevistas apenas foram realizadas após assinatura do consentimento informado, tendo as gravações áudio sido utilizadas exclusivamente para fins científicos e posteriormente transcritas, assegurando-se a anonimização de toda a informação recolhida.

Os dados foram tratados em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), garantindo armazenamento seguro e acesso restrito à investigadora e orientadora.

Apesar de os participantes serem profissionais e não pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, o estudo procurou assegurar especial cuidado ético na abordagem de narrativas envolvendo situações potencialmente sensíveis.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 Caracterização dos participantes

Participaram neste estudo dez profissionais de IPSS da região Entre Douro e Vouga, selecionadas através de amostragem intencional, em função da sua experiência profissional e do contacto com situações relacionadas com o acolhimento institucional decorrente de altas sociais.

Todas as participantes são do sexo feminino e apresentam formações académicas diversificadas nas áreas do Serviço Social, Gerontologia, Educação Social e Educação de Infância, o que permitiu reunir diferentes perspetivas profissionais sobre o fenómeno em estudo.

Esta diversidade de perfis constitui um elemento enriquecedor da investigação, na medida em que possibilita compreender o fenómeno a partir de diferentes olhares profissionais inseridos na intervenção com pessoas idosas. Verifica-se uma presença mais expressiva de profissionais com formação em Serviço Social, ainda que estejam também presentes outras áreas de formação, contribuindo para uma leitura mais abrangente dos processos associados às altas sociais e ao acolhimento institucional.

Tabela 2 – Caracterização das participantes

Participante	Género	Formação Académica
E1	F	Educação de Infância
E2	F	Gerontologia
E3	F	Serviço Social
E4	F	Gerontologia
E5	F	Serviço Social
E6	F	Gerontologia
E7	F	Serviço Social
E8	F	Educação Social
E9	F	Serviço Social
E10	F	Educação Social

3.2 Situações de alta social

As situações de alta social surgem, no discurso das participantes, como uma realidade frequente e crescente no contexto das IPSS, sendo percecionadas como um fenómeno fortemente associado às fragilidades sociais e familiares da população idosa. A análise das entrevistas permitiu organizar esta categoria em quatro subcategorias: frequência e recorrência das situações de alta social; fatores associados à necessidade de acolhimento institucional; características das pessoas idosas nestas situações; e complexidade do fenómeno.

3.2.1 Frequência e recorrência das situações de alta social

Os discursos das participantes evidenciam que as situações de alta social são percecionadas como uma realidade cada vez mais presente nas instituições. Embora a frequência referida varie entre participantes, predominou a ideia de que estas situações surgem com regularidade e têm vindo a aumentar, acompanhando o envelhecimento populacional e a crescente insuficiência de respostas sociais adequadas.

Algumas participantes referiram que estas situações ocorrem “muitas vezes”, “semanalmente” ou “cada vez mais”, apontando para uma pressão crescente sobre as instituições e para a visibilidade deste fenómeno no quotidiano profissional. Ainda que algumas entrevistadas refiram menor frequência, o discurso global sugere a perceção de que as altas sociais deixaram de constituir situações excecionais, assumindo-se antes como uma realidade recorrente nas respostas dirigidas à população idosa.

“Cada vez aparecem mais casos, praticamente todas as semanas temos pedidos relacionados com altas sociais” (E4, Gerontóloga). “É uma situação muito frequente atualmente, sobretudo pela falta de respostas adequadas” (E2, Gerontóloga). “Temos assistido a um aumento significativo destes casos nos últimos anos” (E6, Gerontóloga). Estes discursos reforçam a perceção de recorrência do fenómeno e evidenciam a pressão sentida pelas instituições perante a insuficiência de vagas disponíveis.

Esta perceção parece estar relacionada não apenas com o aumento das necessidades da população envelhecida, mas também com fragilidades estruturais das redes de apoio

formal e informal, indo ao encontro do que a literatura aponta relativamente ao crescimento dos internamentos sociais e à pressão exercida sobre os sistemas de saúde e respostas sociais.

3.2.2 Fatores associados às situações de alta social

Relativamente aos fatores que conduzem à necessidade de acolhimento institucional após alta hospitalar, as participantes identificaram um conjunto de elementos interligados, destacando-se particularmente a fragilidade ou ausência de retaguarda familiar.

A falta de suporte familiar surge como o fator mais transversal nos discursos, associada quer à inexistência de familiares disponíveis para assegurar cuidados, quer à exaustão ou incapacidade das famílias em responder a situações de dependência crescente.

“Muitas vezes o problema não é clínico, é não haver quem cuide em casa” (E3, Assistente Social). Este excerto evidencia que a alta social não se define apenas pela condição clínica da pessoa idosa, mas pela ausência de condições sociais e familiares que permitam um regresso seguro ao domicílio.

Paralelamente, foram frequentemente referidos fatores relacionados com a condição da própria pessoa idosa, nomeadamente elevados graus de dependência funcional, alterações cognitivas, demência, sequelas de AVC, quedas e agravamento do estado de saúde, que comprometem a possibilidade de regresso seguro ao domicílio.

“Quando existe demência, AVC ou grande dependência, o regresso ao domicílio torna-se muito difícil” (E6, Gerontóloga). Esta referência reforça a articulação entre dependência funcional, alterações cognitivas e necessidade de resposta institucional, demonstrando o carácter multidimensional das situações analisadas.

As condições habitacionais inadequadas, o isolamento social e as dificuldades socioeconómicas foram igualmente apontadas como fatores relevantes, sugerindo que estas situações não resultam apenas de problemas clínicos, mas de uma conjugação de vulnerabilidades sociais, familiares e funcionais.

As participantes referem que a institucionalização após alta social tende a surgir quando diferentes fragilidades se acumulam, reforçando o carácter multifatorial deste fenómeno.

3.2.3 Características das pessoas idosas em situação de alta social

No discurso das participantes, as pessoas idosas em situação de alta social apresentam, de forma recorrente, perfis marcados por elevados níveis de vulnerabilidade e dependência. As entrevistadas descrevem estas situações como envolvendo, frequentemente, pessoas com perda de autonomia funcional, limitações físicas significativas e, em muitos casos, alterações cognitivas, nomeadamente demência. *“Recebemos muitos idosos com demência e sem capacidade para permanecer sozinhos em casa”* (E5, Assistente Social).

Foram também referidas situações associadas a quedas, sequelas de AVC e estados de fragilidade que comprometem a capacidade de autocuidado e dificultam o regresso ao domicílio sem apoio continuado. *“Muitos utentes já não conseguem realizar autonomamente as atividades básicas do dia a dia”* (E3, Assistente Social). Estas condições surgem frequentemente articuladas com a ausência de suporte familiar ou com redes de apoio fragilizadas. Como refere uma participante, *“há idosos completamente isolados, sem familiares próximos que assegurem acompanhamento”* (E1, Educadora de Infância).

Outro aspeto salientado pelas participantes prende-se com o isolamento social e com a existência de pessoas idosas que permanecem longos períodos sozinhas ou em contextos marcados por ausência de acompanhamento regular, sendo estas circunstâncias frequentemente apontadas como potenciadoras de institucionalização.

Algumas participantes destacaram ainda o impacto da exaustão familiar, referindo que, em diversas situações, a institucionalização decorre não apenas das necessidades da pessoa idosa, mas também do desgaste acumulado dos cuidadores informais, sugerindo que estas situações devem ser compreendidas numa perspetiva relacional e não exclusivamente individual. Neste sentido, uma entrevistada refere que *“as famílias chegam a um ponto de exaustão em que já não conseguem garantir os cuidados necessários”* (E2, Gerontóloga).

No conjunto dos discursos, surge a imagem de pessoas idosas em situação de elevada complexidade biopsicossocial, cujas necessidades ultrapassam frequentemente a vertente clínica, exigindo respostas articuladas e adequadas à multiplicidade de fragilidades presentes.

3.2.4 A complexidade do fenómeno das altas sociais

Para além dos fatores identificados, as participantes associaram as altas sociais sobretudo à ausência de alta clínica ou à necessidade de uma vaga institucional.

As entrevistas revelam a existência de tensões entre necessidades das pessoas idosas, capacidade de resposta das famílias, recursos institucionais disponíveis e funcionamento dos próprios sistemas de saúde e apoio social. Neste sentido, as altas sociais são percecionadas como expressão de fragilidades estruturais mais amplas, relacionadas com insuficiência de respostas, dificuldades de coordenação e pressão sobre os serviços. Como refere uma participante, *“muitas vezes o problema não é apenas clínico, mas social e familiar”* (E4, Gerontóloga). *“Os hospitais precisam de libertar camas, mas as instituições também não têm capacidade de resposta imediata”* (E6, Gerontóloga).

Várias participantes associaram estas situações a internamentos prolongados. *“Há situações em que os idosos permanecem internados semanas à espera de uma vaga”* (E2, Gerontóloga). Tal associa-se à dificuldade em encontrar soluções adequadas e, por vezes, à institucionalização como única resposta possível, mesmo quando não corresponde necessariamente à solução desejável. *“Por vezes a institucionalização acaba por ser a única alternativa viável...”* (E5, Assistente Social).

Esta leitura reforça a ideia de que as altas sociais configuram um fenómeno multifatorial, resultante da interação entre fatores individuais, familiares, institucionais e estruturais, em consonância com a literatura analisada no enquadramento teórico.

Compreendida a natureza das situações de alta social e os fatores que lhes estão associados, importa analisar de que forma se processam os mecanismos de encaminhamento e coordenação entre hospitais e IPSS nestes contextos.

3.3 Processos de encaminhamento

Os processos de encaminhamento surgem nos discursos das participantes como um conjunto de procedimentos que envolvem coordenação entre hospitais, famílias e IPSS, nem sempre isento de dificuldades. Da análise das entrevistas surgiram quatro subcategorias:

articulação entre instituições, critérios de admissão, dificuldades no encaminhamento e estratégias mobilizadas pelas instituições.

3.3.1 Articulação entre hospitais e IPSS

As participantes descrevem a articulação entre hospitais e IPSS como um elemento fundamental na gestão das situações de alta social, embora marcada por dinâmicas distintas entre contextos institucionais. Alguns discursos evidenciam experiências de cooperação positiva e proximidade entre serviços, referindo “boa articulação”, contacto regular e processos de referenciação estruturados. Uma participante refere que *“existe contacto frequente com os hospitais e conseguimos articular melhor quando há comunicação prévia”* (E3, Assistente Social). Outra entrevistada menciona que *“há situações em que a articulação funciona de forma bastante positiva”* (E8, Educadora Social).

Contudo, outras participantes identificam fragilidades neste processo, nomeadamente circulação insuficiente de informação, encaminhamentos pouco preparados e comunicação nem sempre eficaz entre entidades. Neste âmbito, uma participante afirma que *“muitas vezes recebemos pouca informação sobre o idoso e a situação familiar”* (E5, Assistente Social). Outra refere que *“alguns encaminhamentos acontecem com muita pressão para libertar camas hospitalares”* (E6, Gerontóloga). Surgem referências a situações em que a instituição recebe informação limitada sobre o caso ou em que o processo ocorre sob pressão associada à necessidade de libertação de camas hospitalares.

Verifica-se nos discursos que a colaboração existe, mas é vivida de forma desigual, dependendo dos recursos, dos interlocutores e dos mecanismos institucionais existentes. Como sintetiza a entrevistada, *“há instituições e hospitais com quem conseguimos trabalhar muito bem, mas noutras situações a articulação é mais difícil”* (E2, Gerontóloga).

3.3.2 Critérios de admissão no acolhimento institucional

Relativamente aos critérios considerados nos processos de admissão, as participantes referem múltiplos elementos de avaliação, destacando o grau de dependência, a condição

clínica, a existência ou ausência de retaguarda familiar, as condições socioeconômicas e a adequação entre necessidades da pessoa idosa e capacidade de resposta institucional.

Uma participante refere que “avaliamos sempre o grau de dependência e se a instituição consegue responder às necessidades da pessoa” (E3, Serviço Social). Outra entrevistada destaca que “*a ausência de suporte familiar pesa muito no momento da admissão*” (E5, Assistente Social).

A disponibilidade de vagas surge igualmente como fator determinante, condicionando frequentemente o processo de acolhimento. Uma participante afirma que “*muitas vezes a decisão depende também da existência de vaga disponível*” (E6, Gerontóloga).

Algumas participantes referem ainda que cada caso é analisado individualmente, sublinhando a necessidade de ponderar especificidades de cada situação, em vez de aplicar critérios exclusivamente formais. Como refere uma entrevistada, “*cada situação é diferente e exige uma avaliação individualizada*” (E8, Educadora Social).

Os discursos revelam, deste modo, que os processos de admissão resultam da conjugação entre critérios técnicos, recursos disponíveis e avaliação social das situações.

3.3.3 Dificuldades no processo de encaminhamento

Entre as principais dificuldades identificadas surgem a escassez de vagas, a burocracia dos processos, a morosidade das respostas e dificuldades de trabalho em rede entre entidades. Uma participante menciona que “*os processos são muitas vezes demorados e burocráticos*” (E2, Gerontóloga). Outra refere que “*nem sempre existe articulação eficaz entre todas as entidades envolvidas*” (E9, Assistente Social).

A falta de informação atempada, a urgência de alguns encaminhamentos e a complexidade das situações familiares foram também apontadas como fatores que dificultam estes processos. Neste sentido, uma entrevistada afirma que “*há encaminhamentos feitos com muita urgência e pouca preparação prévia*” (E4, Gerontóloga).

Algumas participantes referem que o encaminhamento pode ocorrer em contextos marcados por pressão institucional e por ausência de respostas adequadas, tornando o

processo mais reativo do que planeado. Como refere uma participante, *“por vezes sentimos pressão para encontrar respostas rapidamente, mesmo quando não existem vagas disponíveis”* (E7, Assistente Social).

Estas dificuldades demonstram limites estruturais que condicionam a eficácia dos processos de encaminhamento e podem comprometer respostas mais ajustadas às necessidades da pessoa idosa.

“Por vezes somos contactados já em cima da alta e sem informação suficiente sobre o caso” (E7, Assistente Social). Este excerto evidencia fragilidades na comunicação interinstitucional e sugere que, em algumas situações, o encaminhamento ocorre de forma tardia e pouco planeada.

3.3.4 Estratégias mobilizadas pelas instituições

Face às dificuldades identificadas, as participantes descrevem diferentes estratégias mobilizadas pelas IPSS para responder aos processos de acolhimento, destacando a avaliação individualizada dos casos, o envolvimento das famílias, a adaptação das respostas às necessidades dos utentes e a procura de cooperação com diferentes recursos. Uma participante refere que *“tentamos sempre adaptar a resposta às necessidades concretas de cada pessoa idosa”* (E3, Assistente Social). Outra entrevistada menciona que *“é fundamental envolver as famílias no processo de encaminhamento e acolhimento”* (E8, Educadora Social).

Foram referidas estratégias como recolha aprofundada de informação, aproximação às famílias, ajustamento de cuidados e tentativa de construir respostas o mais adequadas possível a cada situação. Uma participante afirma que *“muitas vezes é necessário articular com diferentes serviços para encontrar soluções viáveis”* (E6, Gerontóloga).

Estes discursos indicam que, apesar dos desafios, as instituições desenvolvem mecanismos próprios de mediação e adaptação, procurando responder à dificuldade dos processos de encaminhamento. Como refere uma entrevistada, *“apesar das dificuldades, procuramos encontrar alternativas e ajustar os cuidados às necessidades existentes”* (E5, Assistente Social).

3.4 Papel do assistente social

A análise dos discursos das participantes permitiu identificar o assistente social como um profissional fundamental nos processos de alta social e acolhimento institucional, surgindo associado a funções de avaliação, mediação, articulação e defesa de direitos. Desta categoria destacaram-se quatro subcategorias: avaliação e acompanhamento social, mediação e coordenação institucional, estratégias de intervenção e papel do assistente social enquanto promotor de respostas centradas na pessoa.

3.4.1 Avaliação e acompanhamento social

As participantes atribuem ao assistente social um papel fundamental na avaliação das situações sociais associadas às altas hospitalares, nomeadamente na identificação de necessidades, análise das condições familiares e habitacionais e apreciação dos recursos disponíveis para a continuidade de cuidados. Uma participante refere que *“o assistente social tenta perceber não só a condição clínica, mas também as condições familiares e sociais da pessoa idosa”* (E3, Assistente Social).

Nos discursos, esta intervenção surge associada à leitura global da situação, procurando compreender não apenas as necessidades imediatas da pessoa idosa, mas também o contexto relacional e social em que se insere.

É valorizado o papel do assistente social enquanto profissional que avalia cada caso na sua singularidade, procurando adequar respostas às necessidades identificadas. Como menciona uma entrevistada, *“cada situação exige uma avaliação muito individualizada e um acompanhamento próximo”* (E9, Assistente Social).

3.4.2 Mediação e articulação institucional

Um aspeto particularmente enfatizado pelas participantes é a função mediadora do assistente social, frequentemente descrito como “ponte”, “elo de ligação” ou elemento articulador entre pessoa idosa, família, hospital e instituição. Como refere uma participante,

“O assistente social acaba por ser a ponte entre hospital, família e instituição” (E5, Assistentes Social). Este excerto reforça a centralidade deste profissional na articulação entre os diferentes intervenientes envolvidos no processo de alta social. Outra participante destaca que *“o assistente social muitas vezes faz a articulação entre hospital, família e instituição para encontrar soluções viáveis”* (E7, Assistente Social).

As participantes sugerem que o reconhecimento do assistente social como profissional, facilita comunicação entre intervenientes, promove coordenação com recursos e acompanha processos de encaminhamento.

A mediação surge também associada à gestão de tensões e dificuldades que aparecem em situações difíceis, nomeadamente quando existem conflitos familiares, insuficiência de respostas ou constrangimentos institucionais. Como refere uma entrevistada, *“muitas vezes o assistente social tem de gerir conflitos entre aquilo que a família pretende e os recursos efetivamente disponíveis”* (E9, Assistente Social).

Esta vertente reforça o papel do assistente social enquanto elemento estruturante dos processos de continuidade de cuidados. Outra participante salienta que *“o acompanhamento do assistente social ajuda a tornar o processo mais articulado e menos difícil para as famílias”* (E3, Assistente Social).

3.4.3 Estratégias de intervenção profissional

As participantes identificaram diversas estratégias associadas à intervenção do assistente social, destacando o envolvimento das famílias, o aconselhamento, a informação sobre direitos, o acompanhamento próximo e a adaptação das respostas a cada situação. Uma participante refere que *“tentamos encontrar respostas ajustadas à realidade de cada pessoa idosa e da sua família”* (E3, Assistente Social).

Surgiu igualmente a valorização de uma intervenção centrada na escuta, na sensibilização e na construção partilhada de soluções, procurando responder à complexidade dos casos de forma individualizada. Outra entrevistada salienta que *“muitas vezes é necessário escutar a família e construir soluções em conjunto”* (E9, Assistente Social).

Nos relatos observa-se que a intervenção profissional ultrapassa a componente burocrática do encaminhamento, integrando componentes relacionais, éticas e técnico-operativas.

3.4.4 O assistente social como promotor de respostas centradas na pessoa

Para além das vertentes operacionais da intervenção, as participantes atribuem ao assistente social um papel relevante na defesa da dignidade, do bem-estar e dos direitos da pessoa idosa. Como refere uma participante, *“o mais importante é perceber aquilo que faz sentido para a pessoa idosa e respeitar a sua vontade sempre que possível”* (E5, Assistente Social).

Surgem referências à importância de humanizar processos, considerar a vontade da pessoa idosa e procurar soluções que privilegiem respostas adequadas e respeitadoras da individualidade de cada utente. Uma entrevistada menciona que *“não podemos olhar apenas para a vaga disponível, mas para aquilo que responde verdadeiramente às necessidades da pessoa”* (E7, Assistente Social).

Nesta perspetiva, o assistente social é percecionado não apenas como gestor de encaminhamentos, mas como profissional comprometido com uma intervenção ética e centrada na pessoa.

3.5 Desafios e constrangimentos

Os discursos das participantes sugerem que o acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de altas sociais é atravessado por múltiplos desafios e constrangimentos, quer ao nível institucional, quer ao nível estrutural. Da análise das entrevistas observaram-se quatro subcategorias: limitações de recursos e capacidade de resposta; dificuldades na gestão de situações complicadas; constrangimentos na coordenação institucional; e desafios éticos e profissionais. Como refere uma participante, *“lidamos frequentemente com situações muito complexas e com respostas insuficientes para as necessidades existentes”* (E6, Assistente Social).

3.5.1 Limitações de recursos e capacidade de resposta

Um dos principais desafios identificados pelas participantes prende-se com a insuficiência de recursos disponíveis para responder adequadamente às situações de alta social, nomeadamente ao nível de vagas, recursos humanos e capacidade institucional.

A escassez de lugares em ERPI surge de forma recorrente nos discursos, sendo frequentemente apontada como um dos principais obstáculos ao acolhimento em tempo útil. Paralelamente, as participantes referem limitações ao nível dos recursos humanos e financeiros, que condicionam a resposta a situações marcadas por elevados níveis de dependência e complexidade.

“O maior problema são as vagas, muitas vezes não há resposta quando é preciso” (E2, Gerontóloga). Este discurso evidencia a insuficiência da capacidade instalada e a pressão colocada sobre as IPSS perante necessidades urgentes de acolhimento.

As participantes referiram que os desafios institucionais não se relacionam apenas com falta de respostas, mas também com a pressão sobre respostas já existentes. Como refere uma entrevistada, *“mesmo quando existe vaga, muitas vezes as instituições já estão no limite da sua capacidade de resposta”* (E6, Gerontóloga). Outra participante menciona que *“há instituições com muita dificuldade em responder a situações muito dependentes por falta de recursos humanos”* (E2, Gerontóloga).

3.5.2 Dificuldades na gestão de situações complexas

As participantes destacam também desafios associados à complexidade das situações acompanhadas, nomeadamente casos de elevada dependência, ausência de suporte familiar, conflitos com famílias e necessidade de responder a necessidades múltiplas e urgentes. Como refere uma participante, *“há situações muito difíceis em que a pessoa precisa de resposta imediata, mas os recursos existentes não conseguem dar resposta adequada”* (E5, Assistente Social).

A gestão destas situações surge descrita como exigente, sobretudo quando as necessidades das pessoas idosas ultrapassam os recursos disponíveis ou quando a institucionalização surge como solução pouco desejável, mas aparentemente inevitável.

A análise revelou que estas situações convocam processos de decisão complexos e exigem respostas frequentemente construídas em contexto de incerteza. Uma entrevistada menciona que *“muitas vezes temos de decidir entre aquilo que seria ideal e aquilo que é efetivamente possível no momento”* (E9, Assistente Social).

3.5.3 Constrangimentos na articulação institucional

Para além das dificuldades internas às instituições, as participantes identificam constrangimentos na articulação entre serviços, particularmente entre hospitais, segurança social e IPSS.

Entre os aspetos referidos surgem dificuldades de comunicação, morosidade dos processos, burocracia e, em alguns casos, pressão institucional associada à gestão das altas hospitalares. Como refere uma participante, *“muitas vezes a comunicação entre serviços é insuficiente e os processos acabam por se tornar muito demorados”* (E7, Assistente Social).

Estes elementos são percecionados como fatores que dificultam respostas mais céleres, condicionando a eficácia dos processos de acolhimento. Outra entrevistada menciona que *“há situações em que a pressão para libertar camas dificulta uma articulação mais cuidada entre instituições”* (E5, Assistente Social).

3.5.4 Desafios éticos e profissionais

Aparecem ainda nos discursos desafios relacionados com a vertente ética da intervenção, particularmente em situações em que existe tensão entre necessidades da pessoa idosa, expectativas familiares e limitações institucionais. Como refere uma participante, *“muitas vezes sabemos qual seria a resposta mais adequada para a pessoa idosa, mas os recursos existentes não permitem concretizar essa solução”* (E5, Assistente Social).

As participantes deixam transparecer preocupações com a adequação das respostas, a dignidade da pessoa idosa e a dificuldade de garantir soluções plenamente ajustadas em contextos marcados por escassez de recursos. Outra entrevistada menciona que *“há situações em que sentimos que nenhuma resposta disponível corresponde totalmente às necessidades da pessoa”* (E9, Assistente Social).

Esta componente evidencia que os desafios identificados não são apenas operacionais, mas também éticos e profissionais, atravessando a prática quotidiana dos profissionais envolvidos. Uma participante salienta ainda que *“estas decisões acabam por envolver dilemas éticos constantes no trabalho quotidiano”* (E7, Assistente Social).

3.6 Impacto na pessoa idosa

A análise dos discursos das participantes demonstra que a institucionalização decorrente de situações de alta social pode produzir múltiplos impactos na vida da pessoa idosa, envolvendo vertentes emocionais, relacionais e de adaptação ao contexto institucional. Desta categoria sobressaíram quatro subcategorias: impacto emocional da institucionalização; adaptação ao contexto institucional; bem-estar e dignidade da pessoa idosa; e ambivalência entre proteção e perda.

3.6.1 Impacto emocional da institucionalização

Nos discursos das participantes, a institucionalização surge frequentemente associada a impactos emocionais significativos para a pessoa idosa, nomeadamente sentimentos de tristeza, medo, perda e, em alguns casos, vivências próximas da percepção de abandono.

“Para muitos idosos é vivido como uma perda muito grande” (E8, Educadora Social). Esta afirmação reforça a dimensão emocional da institucionalização, sobretudo quando esta ocorre de forma repentina e pouco participada pela pessoa idosa.

As entrevistadas referem que a transição para contexto institucional, sobretudo quando ocorre de forma repentina após internamento hospitalar, pode representar uma rutura com rotinas, vínculos e referências anteriormente significativas.

Como refere uma participante, *“muitos idosos sentem que perderam a sua rotina e aquilo que lhes era familiar”* (E5, Assistente Social). Outra entrevistada menciona que *“quando a institucionalização acontece de forma muito rápida, há pessoas idosas que vivem isso com muita angústia”* (E7, Assistente Social).

Estes discursos sugerem que a institucionalização não constitui apenas uma mudança física de contexto, mas também uma experiência com forte dimensão subjetiva e emocional. Uma participante refere ainda que *“o impacto emocional depende muito da forma como o processo é conduzido e explicado à pessoa idosa”* (E3, Assistente Social).

3.6.2 Adaptação ao contexto institucional

As participantes sublinham, contudo, que o impacto da institucionalização não é homogêneo, dependendo de fatores como o grau de autonomia, a participação no processo de decisão, o suporte familiar e a forma como ocorre a integração institucional. Uma participante refere que *“a adaptação depende muito da forma como a pessoa entra na instituição e do apoio que recebe nos primeiros tempos”* (E3, Assistente Social).

Alguns discursos reconhecem dificuldades de adaptação, enquanto outros salientam que, em determinadas situações, o contexto institucional pode representar proteção, segurança e melhoria das condições de vida. Outra entrevistada menciona que *“há idosos que acabam por sentir maior segurança e estabilidade depois da institucionalização”* (E8, Educadora Social).

Esta diversidade de perspetivas demonstra a complexidade do processo de adaptação e a importância das condições em que a institucionalização ocorre.

3.6.3 Bem-estar e dignidade da pessoa idosa

Um plano fortemente presente nos discursos prende-se com a preocupação com o bem-estar e a dignidade da pessoa idosa. As participantes associam a qualidade das respostas institucionais à capacidade de promover cuidados humanizados, respeito pela individualidade e preservação da autonomia possível. Como refere uma participante, “*é importante que a pessoa idosa continue a sentir que é respeitada nas suas escolhas e rotinas*” (E5, Assistente Social).

Surge a ideia de que o acolhimento institucional pode constituir uma resposta protetora, desde que orientada para necessidades da pessoa e não apenas para gestão de carências sociais. Outra entrevistada destaca que “*o acolhimento deve procurar preservar ao máximo a autonomia e a dignidade da pessoa*” (E7, Assistente Social).

Esta perspetiva demonstra a importância de pensar a institucionalização para além da lógica assistencial, integrando direitos, dignidade e qualidade de vida.

3.6.4 Ambivalência entre proteção e perda

As participantes revelam ainda uma visão ambivalente da institucionalização, simultaneamente percecionada como resposta protetora e como experiência potencial de perda.

Por um lado, é reconhecida como solução necessária em contextos de vulnerabilidade extrema; por outro, surgem referências a perdas associadas à autonomia, à vida no domicílio e à continuidade dos laços afetivos e comunitários. Como refere uma participante, “*a institucionalização acaba por trazer segurança, mas também implica muitas perdas para a pessoa idosa*” (E6, Gerontóloga). Outra entrevistada menciona que “*há famílias que sentem alívio pela proteção garantida, mas os idosos nem sempre vivem o processo da mesma forma*” (E9, Assistente Social).

Uma participante refere que “*muitas vezes é uma solução necessária, embora saibamos que a pessoa está a deixar para trás parte da sua vida e autonomia*” (E5, Assistente Social). Esta ambivalência demonstra que a institucionalização decorrente de

altas sociais comporta simultaneamente ganhos e perdas, exigindo uma leitura crítica e centrada na singularidade de cada situação.

3.7 Propostas de melhoria

Para além da identificação de desafios, os discursos das participantes permitiram recolher propostas de melhoria orientadas para o reforço das respostas às situações de alta social. Da análise das entrevistas emergiram quatro subcategorias: reforço das respostas sociais e recursos; melhoria da coordenação institucional; prevenção da institucionalização; e necessidade de mudanças ao nível das políticas e práticas.

3.7.1 Reforço das respostas sociais e dos recursos

Uma das principais propostas identificadas pelas participantes prende-se com o reforço das respostas sociais disponíveis, particularmente ao nível do aumento de vagas em respostas residenciais, fortalecimento do apoio domiciliário e investimento em recursos humanos e financeiros nas instituições. Como refere uma participante, *“é necessário aumentar as respostas disponíveis porque muitas vezes não conseguimos encaminhar as situações em tempo útil”* (E2, Gerontóloga).

Observou-se a perceção de que muitas dificuldades associadas às altas sociais decorrem da insuficiência de respostas e não apenas da complexidade dos casos, sendo o reforço da capacidade instalada entendido como condição essencial para melhorar o acolhimento institucional e reduzir limitações existentes. Outra entrevistada menciona que *“sem mais recursos humanos e mais vagas torna-se difícil garantir respostas adequadas”* (E6, Gerontóloga).

3.7.2 Melhoria da articulação institucional

Outro elemento fortemente presente nos discursos refere-se à necessidade de melhorar a articulação entre hospitais, segurança social e IPSS, através de processos mais coordenados, comunicação mais eficaz e planeamento mais atempado das altas hospitalares.

Uma participante refere que *“seria importante existir maior articulação entre hospital, segurança social e instituições desde o início do processo”* (E5, Assistente Social).

As participantes valorizam a existência de maior trabalho em rede e de mecanismos que promovam respostas, reconhecendo a articulação interinstitucional como elemento-chave para melhorar os processos de encaminhamento. Outra entrevistada destaca que *“o trabalho em rede facilita muito o encaminhamento e evita situações feitas à última hora”* (E8, Educadora Social).

3.7.3 Prevenção da institucionalização sempre que possível

Um eixo particularmente relevante nos discursos prende-se com a valorização de estratégias que permitam evitar ou adiar a institucionalização, sempre que existam alternativas adequadas.

As participantes referem a importância de investir em respostas comunitárias, apoio às famílias cuidadoras e soluções que favoreçam a permanência da pessoa idosa no domicílio. Como refere E10, *“Se houvesse mais apoio domiciliário, muitos destes casos não precisavam de institucionalização”* (E10, Educadora Social). Este excerto evidencia a relevância das respostas domiciliárias enquanto estratégia de prevenção da institucionalização evitável.

Esta perspetiva demonstra uma visão da institucionalização como resposta a mobilizar quando necessária, mas não como solução automática para situações de alta social.

3.7.4 Mudanças ao nível das políticas e práticas

Para além de propostas centradas nas respostas concretas, surgem nos discursos referências à necessidade de mudanças mais estruturais, envolvendo políticas sociais, modelos de organização dos serviços e práticas profissionais.

As participantes apontam a necessidade de respostas mais adequadas, investimento público e reconfiguração de procedimentos que permitam responder de forma mais eficaz às

necessidades da população idosa em situação de alta social. Uma participante refere que *“muitas vezes sentimos que o problema não é apenas do caso em si, mas da falta de respostas estruturadas e articuladas”* (E5, Assistente Social). Outra entrevistada menciona ainda que *“seriam necessárias políticas mais ajustadas à realidade das altas sociais e ao envelhecimento da população”* (E8, Educadora Social).

Estas propostas sugerem uma leitura crítica do fenómeno e reforçam o contributo dos discursos profissionais para pensar melhorias ao nível do sistema.

3.8 Implicações para a prática profissional

A análise dos resultados apresenta implicações relevantes para a prática profissional no contexto das situações de alta social e do acolhimento institucional de pessoas idosas. Os discursos das participantes evidenciam a complexidade destes processos e a necessidade de intervenções cada vez mais articuladas, éticas e centradas na pessoa. Como refere uma participante, *“cada situação exige respostas articuladas e muito ajustadas à realidade da pessoa idosa”* (E9, Assistente Social).

As participantes mencionam a importância de práticas profissionais sustentadas numa avaliação global das situações, capazes de integrar dimensões sociais, familiares e institucionais, ultrapassando leituras centradas exclusivamente na condição clínica da pessoa idosa.

Os resultados apontam também para a relevância do trabalho em rede e da cooperação interinstitucional como componentes estruturantes da prática profissional, reforçando a necessidade de intervenções colaborativas entre saúde, ação social e respostas comunitárias. Uma entrevistada menciona que *“sem articulação entre serviços torna-se muito difícil construir respostas adequadas”* (E5, Assistente Social).

No âmbito do Serviço Social, os resultados sublinham a centralidade do papel do assistente social na mediação de processos complexos, na defesa dos direitos da pessoa idosa e na construção de respostas ajustadas às necessidades identificadas. Mencionam igualmente a importância de uma prática orientada por princípios éticos, promotora da dignidade, autonomia e participação da pessoa idosa nos processos de decisão. Como refere uma

participante, *“é importante que a pessoa idosa continue a sentir que é ouvida nas decisões sobre a sua vida”* (E7, Assistente Social).

Paralelamente, os desafios identificados pelas participantes evidenciam a necessidade de reforçar práticas profissionais críticas e reflexivas, capazes não apenas de responder a limitações institucionais, mas também de problematizar limites estruturais das respostas existentes.

Neste sentido, os resultados do estudo sugerem implicações para a prática profissional ao nível do reforço do trabalho interdisciplinar, da valorização do planeamento das altas, da promoção de alternativas à institucionalização e da consolidação de práticas mais humanizadas e centradas na pessoa.

Assim, mais do que mencionar desafios, os resultados apontam para a necessidade de práticas profissionais comprometidas com respostas mais articuladas e ajustadas às necessidades concretas da população idosa em situação de vulnerabilidade.

Conclusão

A presente investigação teve como objetivo compreender a perspetiva dos profissionais das IPSS da região Entre Douro e Vouga relativamente ao acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de situações de alta social, procurando identificar fatores associados a este fenómeno, desafios vivenciados pelas instituições, dinâmicas de trabalho em rede existentes e possíveis estratégias de melhoria.

Os resultados evidenciam que as situações de alta social são percecionadas pelas participantes como uma realidade crescente, fortemente associada à fragilidade das redes de suporte familiar, ao aumento de situações de dependência e à insuficiência de respostas sociais capazes de assegurar alternativas ao acolhimento institucional.

A análise dos discursos permitiu compreender que a institucionalização decorrente de altas sociais resulta frequentemente da conjugação de fatores sociais, familiares e estruturais, mais do que exclusivamente de necessidades clínicas, demonstrando o carácter multifatorial deste fenómeno.

Os resultados revelaram igualmente a relevância das IPSS na resposta a estas situações, bem como os desafios enfrentados pelas instituições, nomeadamente desafios ao nível de recursos, capacidade de resposta e colaboração interinstitucional.

A investigação permitiu ainda salientar a relevância do papel do assistente social, particularmente nos planos de avaliação social, mediação, coordenação de recursos e defesa dos direitos e dignidade da pessoa idosa, salientando a importância do Serviço Social na gestão destes processos.

Paralelamente, as participantes sublinham a necessidade de reforço das respostas sociais existentes, melhoria da coordenação entre serviços e investimento em estratégias que privilegiem, sempre que possível, alternativas à institucionalização e a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida.

Neste sentido, o estudo contribui para incentivar a compreensão das altas sociais enquanto problemática social e institucional que exige respostas centradas na pessoa e sustentadas por práticas profissionais articuladas e eticamente comprometidas.

Apesar dos contributos produzidos, importa reconhecer algumas limitações do estudo, nomeadamente o número reduzido de participantes e a circunscrição territorial da investigação, fatores que não permitem generalizações, embora sejam compatíveis com a natureza qualitativa do estudo.

Como pistas para investigação futura, considera-se relevante aprofundar esta problemática a partir da perspetiva das próprias pessoas idosas, das famílias e dos profissionais em contexto hospitalar, bem como explorar modelos alternativos de resposta que possam prevenir institucionalizações evitáveis.

O estudo contribui para reforçar a compreensão das altas sociais não apenas como problema de gestão de recursos, mas como fenómeno social complexo que interpela práticas profissionais, políticas públicas e modelos de resposta à pessoa idosa.

Em suma, este estudo procurou contribuir para a reflexão sobre um fenómeno ainda pouco explorado, demonstrando a necessidade de respostas mais articuladas, humanizadas e socialmente adequadas às necessidades das pessoas idosas em situação de alta social.

Bibliografia

- APAH. (2024, maio 22). *Barómetro de internamentos sociais*. https://www.ey.com/content/dam/ey-unified-site/ey-com/pt-pt/newsroom/2025/03/document/bis_resultados_abril_2025.pdf
- APSS. (2018). *Código deontológico dos assistentes sociais*. <https://www.eas.pt/wp-content/uploads/2018/12/C%C3%B3digo-Deontol%C3%B3gico-dos-Assistentes-Sociais-C%C3%B3pia-1.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss (Vol. 1)*. Basic Books.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Publishing.
- Crawford, R., Stoye, G., & Zaranko, B. (2021). *Long-term care spending and hospital use among the older population in England*. The Health Foundation.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (3rd ed.)*. SAGE.
- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. M., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (2), 127-136.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Envelhecimento ativo*. <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-ativo.aspx>
- Eurostat. (2023). *Demography 2024: Ageing population*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2024#ageing-population>
- Fundação La Caixa. (2020). *O desafio da solidão nas pessoas idosas*. <https://fundacaolacaixa.pt/documents/d/fundacao-la-caixa/o-desafio-da-solidao-nas-pessoas-idosas-pdf>
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2024). *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos sociais 2024*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- Instituto da Segurança Social, I. P., Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., & Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (2023). *Manual de articulação: Saúde e Segurança Social (S+SS) para o planeamento das altas hospitalares*. <https://www.seg-social.pt/documents/10152/25948515/Manual+de+Articula%C3%A7%C3%A3o+->

+Sa%C3%BAde+e+Seguran%C3%A7a+Social+para+o+Planeamento+das+Altas+Hospitales/b815925f-90a5-40e1-b339-c27299282473

- Instituto Nacional de Estatística. (2023m junho 15). Estimativas de população residente. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing (2nd ed.). SAGE.
- Morais, J. L. (2019). Lágrimas de solidão: Similitudes reacionais no luto por perdas e abandono na velhice. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(3), 467–491.
- Organização Mundial de Saúde. (2024). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Payne, M. (2018). *Serviço social: Teorias e práticas*. Pactor.
- PORDATA (2024, maio 29). *Esperança de vida à nascença: Total e por sexo*. [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418)
- Portugal. (1995, janeiro 29). *Código Penal*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-58974728>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2013). Manual de investigação em ciências sociais. Gradiva.
- Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 33, 109-113.
- Sabia, S., Dugravot, A., Dartigues, J. F., Abel, J., Elbaz, A., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2017). *Physical activity, cognitive decline, and risk of dementia*. *Neurology*, 89 (11) «, 1102-1110.
- Santo, I. E. (2018). Planeamento de alta hospitalar: Perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. *Cuadernos De Trabajo Social*, 25, 33–50.
- Seibert, D., Mangini, F. da R. N., & Kocourek, S. (2019). Alta social como dispositivo de proteção integral na saúde: Contribuições do serviço social. *Barbarói*, (53), 272-290. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.13716>
- Sharkiya, S. H. (2023). Impact of healthcare service quality on older people's satisfaction at geriatric medical centers: A rapid review. *Journal of Public Health in Africa*, 14, 2685. <https://doi.org/10.4081/jphia.2023.2685>
- SPMI. (2025, abril 22). *Internamentos Sociais no SNS: Estudo destaca custos elevados e falta de resposta social*. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*.

<https://www.spmi.pt/internamentos-sociais-no-sns-estudo-destaca-custos-elevados-e-falta-de-resposta-social/>

Anexos

Anexo I – Cronograma

TAREFAS	2025		2026				
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abril	Maio
Reunião de Orientação							
1ª Fase							
Formulação do Índice e Introdução							
Redação do Enquadramento Teórico							
Entrega do Pré-projecto							
Elaboração do Consentimento Informado							
Pedido de Parecer à Comissão de Ética							
2ª Fase							
Estudo Qualitativo Exploratório							
Tratamento de Dados Recolhidos							
Interpretação e Análise dos Resultados							
3ª Fase							
Redação Final da Dissertação							
Defesa da Dissertação							

Anexo II – Guião de entrevista semiestruturada

Guião da Entrevista Semiestruturada

Tema:

Acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de altas sociais

Participantes:

Profissionais das IPSS – Entre Douro e Vouga

Objetivo:

Compreender as perceções, práticas e desafios dos profissionais das IPSS de Entre Douro e Vouga relativamente ao acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de altas sociais dos hospitais.

ASSUNTO	QUESTÕES	OBJETIVO	OBSERVAÇÕES
Caracterização do participante e da instituição:	1 – A sua formação de base é em que área? 2 – Há quanto tempo trabalha nesta instituição? 3 – Que tipo de respostas sociais a instituição disponibiliza para a população idosa? 4 – Qual o seu papel no processo de admissão de idosos?	Compreender o contexto de intervenção das IPSS.	(Sempre assegurando que o/a entrevistado não poderá ser identificado/a através destas respostas)

Situações de alta social:	1 – Na sua experiência, com que frequência surgem situações de alta social de pessoas idosas? 2 – Quais são, por norma, os principais motivos que conduzem à necessidade de institucionalização após alta hospitalar? 3 – Que características definem os idosos nestas situações (rede de apoio, autonomia, condições habitacionais, etc.)?	Identificar a natureza e os motivos das altas sociais.	(Se necessário, orientar a linha de pensamento do/a entrevistado/a na diferença entre alta hospitalar e alta social para melhor entendimento da questão)
Processo de encaminhamento e acolhimento:	1 – Como é feita a articulação entre o hospital e a instituição? 2 – Quais os critérios considerados na admissão de um idoso vindo de uma alta social?	Analisar a articulação entre entidades.	

	3 – Quais as dificuldades sentidas no processo de encaminhamento?		
Papel do assistente social:	1 – Qual considera ser o papel do assistente social nas situações de alta social? 2 – Que estratégias utiliza para responder às necessidades dos idosos e famílias?	Compreender a intervenção profissional.	
Desafios e constrangimentos:	1 – Quais os principais desafios enfrentados pela instituição no acolhimento destes idosos? 2 – Existem limitações de recursos humanos ou financeiros?	Identificar dificuldades institucionais.	(Uma vez mais, assegurar o anonimato do/a entrevistado/a para que não tenha receio em ser identificado e prejudicado por participar)
Impacto na pessoa idosa:	1 – Na sua opinião, que impacto tem a institucionalização na vida da pessoa idosa? 2 – Considera que estas respostas garantem o bem-	Avaliar consequências da institucionalização.	

	estar e a dignidade dos idosos?		
Propostas de melhoria:	1 – Que melhorias considera necessárias no processo de altas sociais? 2 – O que poderia ser feito para evitar a institucionalização (quando possível)? 3 – Que mudanças considera importantes ao nível das políticas sociais ou da articulação institucional?	Identificar sugestões dos profissionais.	
Conclusão:	1 – Gostaria de acrescentar mais alguma informação relevante sobre o tema abordado?		

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Designação do projeto de investigação:

Acolhimento institucional de idosos decorrente de altas sociais – a perspetiva das IPSS de Entre Douro e Vouga

Investigadora Responsável:

Elodie Martins Fonseca, declaro que expliquei ao/à participante, de forma adequada e compreensível, o projeto de investigação referido, incluindo os benefícios previstos, possíveis riscos/incómodos, custos ou compensações em resultado da participação neste projeto. Declaro ainda que foi entregue ao/à participante documento escrito com informação ao participante sobre este projeto e cópia do consentimento informado.

Data: ____/____/____

(assinatura do/a investigador/a)

Participante:

(nome completo),
declaro que:

- Compreendi a explicação que me foi fornecida pelo/a investigador/a que assina este documento, sobre este estudo, nomeadamente os objetivos, métodos, benefícios previstos, possíveis riscos/incómodos, custos ou compensações em resultado da minha participação.
- Recebi o documento escrito com a informação ao/à participante relativo ao estudo.

- Tive a oportunidade de solicitar todas as informações de que necessitei, tendo obtido resposta satisfatória.

- Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, poder recusar ou abandonar este estudo, bem como pedir a imediata eliminação de todos os meus dados recolhidos, sem qualquer tipo de consequências ou prejuízo na assistência que me é prestada.

- Declaro não estar a participar em nenhum outro projeto de investigação neste momento.

Desta forma, aceito participar neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento.

Data: ____/____/____

(assinatura do/a participante)

Anexo IV – Informação ao Participante

Informação ao Participante

Identificação do/a Investigador/a

Se tiver qualquer questão ou apreensão com este estudo, poderá contactar:

Elodie Martins Fonseca, investigadora responsável, estudante do Mestrado em Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, através do email 230124004@issp.pt .

Prof. Doutora Sara Melo, orientadora da tese de mestrado e professora no Instituto Superior de Serviço Social do Porto, através do email sara.melo@issp.pt .

Projeto

Acolhimento institucional de idosos decorrente de altas sociais – a perspetiva das IPSS de Entre Douro e Vouga

Objetivo do Estudo

Este estudo tem como objetivo compreender as perceções, práticas e desafios dos profissionais das IPSS da região Entre Douro e Vouga relativamente ao acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de situações de altas sociais. Identificar os principais motivos que conduzem à institucionalização após alta hospitalar, analisar os processos de articulação entre entidades, compreender o papel do assistente social nestas situações, identificar os principais desafios, e recolher propostas de melhoria para a resposta a estas situações, na perspetiva dos profissionais que se encontram diariamente com este tema.

Metodologia

O presente estudo adota uma abordagem qualitativa, tendo como objetivo compreender o acolhimento institucional de pessoas idosas decorrente de situações de alta social, na perspetiva dos profissionais das IPSS da região Entre Douro e Vouga, e lida com experiências e pontos de vista pessoais, através de entrevista semiestruturada aos profissionais das IPSS.

Irá ser feito um trabalho de pesquisa que em conjunto com as entrevistas gravadas em formato áudio e posteriormente transcritas irão complementar o mesmo de forma a que seja possível um melhor entendimento sobre esta matéria.

Potenciais benefícios ou riscos

A participação neste estudo pode envolver emoções ligadas a experiências pessoais, representando um risco psicológico. Serão tomadas todas as medidas de precaução, como apoio imediato em caso de desconforto. Por garantir que a confidencialidade dos dados será assegurada, não se aplicam riscos legais, sociais ou económicos. Os participantes poderão contribuir para o enriquecimento do conhecimento no serviço social, ajudando a encontrar soluções e a melhorar práticas profissionais mediante a aceitação de participar nesta entrevista.

Tratamento de dados

O tratamento de dados recolhidos garante o anonimato dos participantes, sendo que em nenhum momento será feito qualquer tipo de utilização que permita a identificação dos mesmos. A investigadora responsável pela pesquisa assegura que a publicação da tese, quer direta ou indiretamente, não resultará em qualquer violação do anonimato ou da confidencialidade acordada com os participantes.

A recolha e análise dos dados serão integradas numa dissertação de mestrado, que será disponibilizada publicamente no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, para consulta em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/4827>.

A dissertação não irá conter quaisquer dados pessoais que possam, direta ou indiretamente, identificar qualquer pessoa singular ou organização.

Confidencialidade

As informações pessoais dos participantes serão mantidas confidenciais e só divulgadas com consentimento prévio. Os dados serão armazenados de forma segura, em conformidade com a legislação portuguesa e europeia de proteção de dados, num computador pessoal protegido por palavra-passe, com acesso restrito à investigadora e sua orientadora.

Recusa em participar

A participação neste estudo é totalmente voluntária. Caso decida participar, tem total liberdade para desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer consequência. Além disso, pode recusar-se a responder a qualquer pergunta.

Pode, de igual modo e a qualquer momento, solicitar que os dados recolhidos sejam imediatamente eliminados.

Anexo V – Análise do Conteúdo das Entrevistas

Categoria	Dimensão	Unidades de discurso (verbalizações)
Situações de alta social	Frequência e recorrência	"são poucas situações (...) quando nos procuram nós temos os serviços completos" (E2)
		"É uma situação muito frequente atualmente, sobretudo pela falta de respostas adequadas" (E2)
		"Não lhe sei dar assim uma frequência, mas acho que cada vez acontecem mais" (E4)
		"normalmente admitimos esses casos das vagas sociais em vagas privadas, porque não temos... Nós temos uma grande lista de espera nas vagas" (E4)
		"Cada vez aparecem mais casos, praticamente todas as semanas temos pedidos relacionados com altas sociais" (E4)
		"é assim, essas situações são sempre muito dependentes de termos vaga ou não disponível o que na maior parte das vezes não temos" (E5)
		"o hospital poderá ter outra alternativa que serão os CC" (E5)
		"em cada 10 inscrições, 8 ou 9, ou seja, 8 das 10 inscrições que eu recebo são de pessoas que têm alta clínica e não têm a alta social" (E6)
		"Temos assistido a um aumento significativo destes casos nos últimos anos" (E6)
		"Pois... Existe muitas vezes ao nível do lar, normalmente eles vêm e são cuidados da melhor forma" (E7)
		"É assim, nós temos muitas solicitações por parte da AS do hospital local que nos questiona se temos vagas" (E8)

		"Efetivamente vagas regulares normais é muito difícil, pode acontecer na altura da solicitação da mesma ter disponibilidade, ter falecido alguém e estarmos num processo de admissão, mas é realmente muito difícil, na maior parte das vezes quando nos são solicitadas essas vagas, nós não as temos" (E8)
		"nós temos um problema muito grave, que é transversal a todo o país, nós temos poucas vagas" (E9)
		"todos os dias, quase todos, nos surgem situações em que a pessoa idosa tem alta clínica, mas depois não há uma resposta (...) como não há vagas em lares e as famílias não têm capacidade em casa para prestar os cuidados necessários, acabam por ficar como ficam nos hospitais" (E9)
		"Semanalmente!" (E10)
	Fatores associados	"Quando isto acontece é porque não têm retaguarda familiar e pode ser consequência de uma queda e para além da queda, de outras patologias associadas, ou seja, não pode de forma alguma ficar 24 sob 24h sozinho" (E1)
		"Quando isto acontece é porque não têm retaguarda familiar e pode ser consequência de uma queda e para além da queda, de outras patologias associadas, ou seja, não pode de forma alguma ficar 24 sob 24h sozinho" (E1)
		"E às vezes também é a impotência e a falta de capacidade para lidar com o familiar, vamos falar de um utente com demência, seja ela alzheimer, seja outra qualquer (...) avançou de forma tão galopante que o filho se sentia impotente (...) ele achava que o CD já não era adequado e suficiente para o pai, mas achava que os cuidados que ele prestava ao pai também já não eram suficientes" (E1)
		"Normalmente é a falta de retaguarda familiar e de condições no domicílio e a dependência" (E2)
		"Quando os utentes estão mais dependentes muitas famílias acabam por dizer logo que não têm condições, quando não fizeram um caminho, ou seja, não prepararam esta dependência antes" (E2)

	"só quando efetivamente precisam é que procuram e aí normalmente não há vagas" (E2)
	"Quedas, às vezes AVC, demências, tudo junto! (...) haver queda e a pessoa já estar demenciada, (...) a coisa ia andando, depois de repente tem uma queda e isto tudo junto, e o cansaço das famílias.... Feridas..." (E3)
	"Nós somos baratos! (...) a SS paga uma parte e a comparticipação do utente é relativa aos rendimentos do utente" (E3)
	"têm um sítio que acaba por as pessoas estarem, têm fisioterapeuta, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, médico, enfermeiro 24h sob 24, num lar não têm (...) depois têm alguma resistência em tirar as pessoas daqui, porque depois acabam por ir procurar e realmente aquilo que encontram é caro" (E3)
	"Muitas vezes o problema não é clínico, é não haver quem cuide em casa" (E3)
	"A falta de retaguarda familiar e a falta de condições para regressar ao domicílio mediante as sequelas ou limitações do utente" (E4)
	"eu acho que se calhar mais no sentido de terem ainda vidas ativas e não conseguirem dar resposta" (E4)
	"é aumentar o grau de dependência do utente. Ou devido a queda ou devido a um AVC ou outra situação clínica, que coloca o utente numa situação de dependência que não acontecia antes deste episódio" (E5)
	"alegam que não têm condições de ele regressar a casa" (E6)
	"porque trabalham os filhos, ou porque simplesmente não querem" (E6)
	"a dependência física do utente, portanto, as pessoas dizem não ter formação para prestar os cuidados, porque não sabem, porque não conseguem assegurar" (E6)

	"depois é por exaustão (...) sinto muitas vezes por parte de quem vem inscrever os familiares que também há assim um... É como se fosse um estorvo, portanto termos de cuidar do nosso pai ou da nossa mãe não dá jeito" (E6)
	"acho que também há muitos conflitos, muitos conflitos familiares, é difícil as pessoas se articularem para conseguirem assegurar os cuidados aos pais" (E6)
	“Quando existe demência, AVC ou grande dependência, o regresso ao domicílio torna-se muito difícil” (E6)
	"Após alta hospitalar é realmente o grau de dependência (...) se caminham por eles próprios e estão bem cognitivamente vão para casa (...) se realmente ficam debilitados, dependentes ou cognitivamente alterados vêm para os lares" (E7)
	"Após AVC's, após quedas, normalmente há muita procura do lar, porque não podem estar em casa sozinhos..."(E7)
	"É a questão da dependência (...) o utente está num grau de dependência elevado que não consegue estar sozinho, obviamente e depois lá está, falta a retaguarda familiar" (E8)
	"não é fácil de gerir em casa por falta de disponibilidade das famílias, porque ainda estão em fase ativa laboral" (E8)
	"a alteração do grau de dependência, o elevado grau de dependência das pessoas é o principal motivo" (E9)
	"acabam por ir parar ao hospital por uma agudização e depois não há possibilidade de reverter e as famílias têm que trabalhar, isto não é como há alguns anos atrás em que ficavam em casa a ajudar, não é possível e, portanto, aumentando o grau de dependência é impossível manter as pessoas no domicílio" (E9)
	"A falta de retaguarda familiar e poucas condições habitacionais" (E10)

Características das pessoas idosas	"Falta de rede de apoio, às vezes falta de vontade da família também de tentar sequer procurar uma solução" (E1)
	"Sentimento de culpa (...) é um misto de emoções (...) um ato de amor. Se vocês não fizessem nada pelo vosso familiar, aí sim vocês estavam a negligenciar. Agora vocês estão à procura do melhor para o vosso familiar, não o estão a abandonar (...) por vezes custa muito mais aos familiares do que propriamente aos utentes. Porque depois os utentes aqui vão passando o tempo, têm as atividades, vão saindo, vão ganhando relações afetivas com os outros" (E1)
	"Tirando aqueles que efetivamente não têm retaguarda familiar nenhuma, têm muitas visitas" (E1)
	"há idosos completamente isolados, sem familiares próximos que assegurem acompanhamento" (E1)
	"em termos de autonomia é reduzida (...) estamos a falar aqui de um público no lar de idosos que tem pouca autonomia e grande dependência" (E2)
	"temos utentes que têm boa retaguarda familiar (...), mas têm os seus trabalhos e, portanto, não conseguiriam aqui assegurar cuidados" (E2)
	"e depois temos algumas situações que estão mais isolados" (E2)
	"as famílias chegam a um ponto de exaustão em que já não conseguem garantir os cuidados necessários" (E2)
	"Nós estamos predestinados para trabalhar e pouco programados para a velhice ativa" (E3)
	"Aqui as pessoas já vêm com a saúde muito debilitada e precisam de ajuda e precisam de apoio e tudo isso (...) O que se sente é que quando as pessoas vão para um lar, já vão muito mal (...) muito dependentes" (E3)

	"almocei muitos anos ali na casa de repouso e a porta não estava encerrada, chegávamos ali e abríamos a porta e agora a porta está fechada à chave, as pessoas fogem pela porta fora... As pessoas estão muito degradadas ao nível cognitivo, ao nível físico, é muito complicado" (E3)
	"Muitos utentes já não conseguem realizar autonomamente as atividades básicas do dia a dia" (E3)
	"a rede de apoio é limitada, porque a maior parte dos filhos trabalham" (E5)
	"alguns têm o apoio do SAD nas refeições, na higiene, mas quando a situação é mais profunda, este tipo de solução não serve" (E5)
	"é necessário às vezes uma cama articulada, ou passa a incontinente e a família, algumas ficam completamente desorientadas (...) e muitas vezes a casa também não está adaptada para uma mudança" (E5)
	"arranjar alguém para ir tomar conta do pai ou da mãe que nem sempre é fácil" (E5)
	"Recebemos muitos idosos com demência e sem capacidade para permanecer sozinhos em casa" (E5)
	"a rede de apoio normalmente é fraca, as condições habitacionais também podem não ser as melhores (...) a autonomia é muito pouca" (E6)
	"os utentes demoram um bocadinho a reconhecer a necessidade de ser institucionalizados" (E6)
	"o idoso quando cá chega, chega de facto muito debilitado com deterioração cognitiva muito evidente já, já não está capaz de gerir a própria medicação, (...) muito menos de cozinhar, de fazer alguma coisa, as atividades de vida diária e a independência desse ponto de vista está totalmente comprometida" (E6)
	"É assim, as casas muitas vezes não estão preparadas para os receber porque têm alguns obstáculos físicos (escadas, descidas muito a pique, casas de banho fora da habitação)" (E7)
	"Depois uma pessoa que tem alterações cognitivas requer uma pessoa 24h" (E7)
	"Os familiares que trabalham, não podem deixar de trabalhar para cuidar dos idosos em casa" (E7)

		"São carenciados, muito carenciados (...) porque não têm condições em casa, porque não têm condições financeiras (...) e pronto são precárias, na sua generalidade, quer sejam elas de habitação, financeiras, retaguardas familiares eu acho que é muito precário" (E8)
		"a rede de apoio não é suficiente quando o utente aumenta o grau de dependência (...) porque não é possível as pessoas deixarem o trabalho delas e ficarem em casa" (E9)
		"O SAD não combate estas situações de pessoas que precisam de apoio para tudo o dia todo" (E9)
		"e relativamente às condições habitacionais pronto, o que nós verificamos também nas visitas domiciliárias é que as casas (...) não têm boas condições, as casas de banho não estão preparadas para um banho, para uma higiene, para cadeira de rodas" (E9)
		"os utentes têm alta clínica e não têm alta (...) a instituição tem um protocolo com a SS (...) admissões de utentes em ERPI de utentes que estejam em contexto hospitalar há muito tempo, a instituição tem uma parceria com a SS, existe uma rede nacional e são eles que fazem a atribuição desses utentes" (E10)
	A complexidade do fenómeno	"muitas vezes o problema não é apenas clínico, mas social e familiar" (E4)
		"Os hospitais precisam de libertar camas, mas as instituições também não têm capacidade de resposta imediata" (E6)
		"Há situações em que os idosos permanecem internados semanas à espera de uma vaga" (E2)
		"Por vezes a institucionalização acaba por ser a única alternativa viável..." (E5)
	Processos de encaminhamento	Articulação entre hospitais e IPSS
		"temos uma parceria muito boa porque assinamos um protocolo de hospitalização domiciliária, ou seja, um utente tem alta, mas continua a precisar de cuidados de enfermagem e médicos, é a equipa do hospital que vem cá" (E1)

	"considero haver boa relação (...) sempre que necessitam procuram a instituição. Não conseguimos é atualmente dar resposta." (E2)
	"há instituições e hospitais com quem conseguimos trabalhar muito bem, mas noutras situações a articulação é mais difícil" (E2)
	"A nível de admissões não é feita. Nós não temos nenhuma articulação direta" (E3)
	"é feita para qualquer coisa que nós precisamos de saber (...) articulação com consultas, por exemplo, pedimos colaboração" (E3)
	"E depois a nível social, para qualquer situação, nós articulamos com o SS do hospital para sabermos alguma coisa dos nossos utentes" (E3)
	"existe contacto frequente com os hospitais e conseguimos articular melhor quando há comunicação prévia" (E3)
	"Ligam connosco, as AS do hospital, e perguntam se nós temos vagas disponíveis" (E4)
	"É enviado o relatório que a AS faz no hospital, com as notas de alta, a informação clínica toda" (E4)
	"O hospital costuma entrar em contacto telefónico a perguntar se temos alguma vaga, a maior parte das vezes a resposta é não" (E5)
	"muitas vezes recebemos pouca informação sobre o idoso e a situação familiar" (E5)
	"Péssimo... Não existe. É sempre através da família" (E6)
	"sempre que é solicitado algum documento ao hospital e tudo mais, eles não têm capacidade de resposta (...) é muito complicado" (E6)
	"numa situação normal de ir à urgência e tudo mais eu acho que aí funciona um bocadinho melhor normalmente os médicos têm o cuidado de ligar para a instituição" (E6)

		"no momento da alta do hospital para cá, já volta a complicar porque (...) medico e enfermeiro não têm tempo para estar a ligar então procuramos sempre ser nós a ligar para o hospital quando temos conhecimento da alta" (E6)
		“alguns encaminhamentos acontecem com muita pressão para libertar camas hospitalares” (E6)
		"Normalmente é a colega, a AS que está no hospital, que telefona para a instituição e comunica a condição da pessoa e o que é necessário (...) é a médica ou a enfermeira que faz a ponte também... A articulação é muito boa entre o hospital e a instituição" (E7)
		"Normalmente é a AS que liga para cá, entra em contacto com a pessoa responsável que sou eu, questiona se temos vagas" (E8)
		“há situações em que a articulação funciona de forma bastante positiva” (E8)
		"quando o hospital tem estas situações, contacta-nos" (E9)
		"o que nós aconselhamos sempre é que depois a família venha fazer a inscrição porque é com a família que nós tratamos de tudo, não com o hospital" (E9)
	Critérios de admissão no acolhimento institucional	"temos também um protocolo com a unidade de saúde (...) ao nível da demência em que vêm cá fazer consultas" (E1)
		"se é uma vaga social, normalmente já vem encaminhada pela SS (...) a SS tem 2 meses para voltar a ocupar essa cama." (E1)
		"Os critérios são a nível geral: ou seja, temos a condição socioeconómica, temos o grau de dependência, a retaguarda familiar, a questão dos casais, (...) a questão também de ser utente de outra resposta social nossa, (...) também damos obviamente priorização a utentes da freguesia daqui ou próxima" (E2)
		"Não há..." (E3)

	“avaliamos sempre o grau de dependência e se a instituição consegue responder às necessidades da pessoa” (E3)
	"nós não temos critérios, não coordenamos quem vem" (E4)
	"o critério é: ver se conseguimos prestar ou não um serviço adequado àquela pessoa" (E4)
	"eu não vou falar das condições socioeconómicas, porque esse é o critério nº1" (E5)
	"é realmente a falta de retaguarda familiar, o grau de dependência do utente e a falta de condições para poder dar resposta a essas necessidades" (E5)
	“a ausência de suporte familiar pesa muito no momento da admissão” (E5)
	"nós temos critérios genéricos para todos os utentes" (E6)
	"somos obrigados por natureza a dar prioridade aos utentes com dificuldades socioeconómicas mais acentuadas (...) o segundo critério é pertencer ao concelho (...) o terceiro critério é a retaguarda familiar, o quarto é a nível de dependência e o quinto (...) é por ter algum familiar direto na instituição" (E6)
	"10% dessa cota são para vagas reservadas à SS (...) geridas diretamente pelo Centro Distrital" (E6)
	“muitas vezes a decisão depende também da existência de vaga disponível” (E6)
	"Normalmente se é alta social, não há muita retaguarda familiar e nós não temos algumas informações no que diz respeito à saúde" (E7)
	"quando não é alta social, normalmente há um familiar que depois vem cá, ou antes, faz a ponte" (E7)
	"O que prioriza mais é a situação socioeconómica desfavorável (...) é o critério que tem mais peso na admissão" (E8)
	“cada situação é diferente e exige uma avaliação individualizada” (E8)

		"Privilegiamos quem é do concelho, quem está connosco noutras respostas sociais, CD e SAD (...) que deixam de ter condições para estar em casa e, portanto, acabam por ter prioridade" (E9)
	Dificuldades no processo de encaminhamento	"Não porque para além do processo clínico, vem um processo social, vem sempre também o contacto da AS (...) vem com relatório, o tipo de medicação, a toma, tudo isso. (...) há sempre uma boa articulação no sentido de termos uma boa comunicação e a maior informação possível" (E1)
		"Não sinto assim grandes dificuldades" (E2)
		"nós já fazemos esse trabalho prévio antes, ou seja, eu acabo por pedir uma série de documentação antes" (E2)
		"a AS do hospital terá que fazer muito esta ponte, ou seja, os casos já têm que me chegar aqui supostamente com uma decisão" (E2)
		"os processos são muitas vezes demorados e burocráticos" (E2)
		"Os que vêm para cá é não terem critérios de admissão e eu tenho de os receber" (E3)
		"Às vezes é a urgência da informação, às vezes recebemos os utentes e não sabemos nada deles, não sabemos a medicação que fazem..." (E4)
		"há encaminhamentos feitos com muita urgência e pouca preparação prévia" (E4)
		"caso seja um utente que venha de casa, tem que ir junto do médico de família pedir um relatório" (E5)
		"se vier um utente numa vaga social, (...) e que venha de um lar clandestino e que seja o lar fechado, (...) aí pode acontecer ele não vir com grande informação" (E5)
		"o nível de escolaridade, as limitações que as pessoas às vezes têm, a falta de conhecimento de processos legais, acabam por dificultar o encaminhamento" (E6)

		"a principal falha é mesmo não haver vagas porque eu acho que todos os profissionais, todas as entidades envolvidas estão em sintonia" (E7)
		“por vezes sentimos pressão para encontrar respostas rapidamente, mesmo quando não existem vagas disponíveis” (E7)
		“Por vezes somos contactados já em cima da alta e sem informação suficiente sobre o caso” (E7)
		"Não sentimos grandes dificuldades porque o hospital encaminha tudo o que é documentação, tudo o que é processo" (E8)
		"Não há é grande ligação com as famílias porque eles depois, lá está, de uma forma têm algum receio de se aproximar muito e nós cobrarmos alguma coisa seja ela financeira ou pronto... E acaba por haver um bocado desse desapego da família dos utentes que cá estão nessas circunstâncias" (E8)
		"Todas as situações que nos chegam salvo raras exceções, (...) vêm com o processo todo muito bem definido" (E9)
		“nem sempre existe articulação eficaz entre todas as entidades envolvidas” (E9)
		"é bastante burocrático (...) temos uma vaga aberta (...) e que ainda não foi preenchida, ou seja, o processo é muito burocrático, é necessário autorizações das famílias (...) é feita aqui uma avaliação médica pela parte da instituição e pela parte do hospital e pela parte do SS (...), mas é um processo muito demorado, muito burocrático" (E10)
	Estratégias mobilizadas pelas instituições	"Existe muita proximidade" (E1)
		"O facto de eles poderem vir cá todos os dias à hora que quiserem" (E1)
		"O contacto do médico é logo disponível aos familiares" (E1)

	"na tal 1ª entrevista é sacar a maior informação possível (...) porque tudo isso implica na adaptação dele" (E1)
	"quanto mais informação tivermos melhor. Porque melhor fica o PIC organizado (...) melhor fica o cuidado embora isso tenha que ser constantemente alterado" (E1)
	"avaliação (...) do que eles esperam da instituição, dos serviços (...) fazemos a avaliação do utente e depois tentamos aqui definir aquilo que lhe será prestado, no fundo é o plano de cuidados (...) a parte do envolvimento da família (...) mais no momento da admissão" (E2)
	"Aqui estamos limitados..." (E3)
	"quando as famílias vêm um bocadinho mais vulneráveis até de um ponto de vista emocional temos aqui também a psicóloga que pode dar algum apoio" (E3)
	"Vêm muitas vezes sem informação e nós damos uma série de informação do ponto de vista dos direitos até a nível daquilo que podem fazer com o processo de maior acompanhado (...) quer dos apoios da SS (...) dou por mim a dar algum conselho daquilo que podem fazer até com as propriedades" (E3)
	"tentamos sempre adaptar a resposta às necessidades concretas de cada pessoa idosa" (E3)
	"tentamos (...) adequar os serviços que eles precisam, nós trabalhamos o mais possível de acordo com a necessidade de cada utente" (E4)
	"Tentamos também responder e aliviar as famílias" (E4)
	"a nível de saúde do utente, resolver o mais possível dentro da instituição para não encaminharmos para a urgência"(E4)
	"tentamos o mais possível tratar de tudo quer a nível da saúde quer da parte de cuidado, tudo aqui na instituição para a família não ter de estar com essas preocupações" (E4)

	"A entrevista (...) envolver a família no processo e na instituição, partilhar, dar a conhecer a evolução da situação, mantê-los informados das situações, dos progressos positivos e dos negativos" (E5)
	"apesar das dificuldades, procuramos encontrar alternativas e ajustar os cuidados às necessidades existentes" (E5)
	"Olhe, conversar... (...) sensibilidade e bom senso (...) conversar, é perceber, é explicar, é ser verdadeiro, é contar efetivamente aquilo que se passa" (E6)
	"quando institucionalizamos uma pessoa, recebemos o utente e naturalmente a família. Recebemos o utente, acolhemos uma família inteira" (E6)
	"muitas vezes é necessário articular com diferentes serviços para encontrar soluções viáveis" (E6)
	"Cada caso é um caso, porque o que é resolução para mim pode não ser para o outro" (E7)
	"Mediante os atendimentos que vamos fazendo, e mediante os problemas que vão surgindo a cada idoso nós tentamos ajustar e sugerir" (E7)
	"porque nós não temos soluções, na área social não há soluções. Nós fazemos encaminhamentos, fazemos sugestões, fazemos aconselhamento, dizemos quais os caminhos que existem, mas nós não temos a solução" (E7)
	"É encaminhar, ajudar, sugerir e adaptar as circunstâncias àquele momento, àquele idoso, àquele dificuldade" (E7)
	"Primeiro procuramos perceber quais são essas necessidades a partir do momento que ele entre cá e depois fazer a ponte (...) cuidados médicos, clínicos, assegurar a questão da saúde é prioritária" (E8)
	"e logo a seguir a isso, garantir a aproximação da família" (E8)
	"é fundamental envolver as famílias no processo de encaminhamento e acolhimento" (E8)

		"temos os procedimentos todos muito bem definidos e, portanto, as estratégias que nós usamos é fazer no início a ficha de caracterização da família, a ficha de avaliação diagnóstica, tentar perceber um bocadinho também da história de vida da pessoa, dos gostos, dos interesses, quer em termos de comida, em termos de atividades, em termos de horas de higiene, ou seja, tentar (...) manter as rotinas" (E9)
		"e integrarmos a família neste processo que eu volto a reforçar que a família é um elemento importantíssimo na integração" (E9)
		"primeiro é importante conhecermos as pessoas, para depois percebermos efetivamente qual é a necessidade daquele agregado familiar, depois colocarmos todos os mecanismos existentes a funcionar" (E10)
Papel do assistente social	Avaliação e acompanhamento social	"é só a ponte, é ligar e perguntar se temos vagas" (E1)
		"não há depois qualquer tipo de acompanhamento ou preocupação"(E1)
		"O nosso papel é sempre um papel... É sempre de apoiar" (E3)
		"Nas situações em que não há família somos nós que temos esse papel (...) fazer as inscrições em lar, reunir todos os documentos, fazer tudo (...) referenciar à SS para vagas sociais em lar, todas essas coisas" (E3)
		"o assistente social tenta perceber não só a condição clínica, mas também as condições familiares e sociais da pessoa idosa" (E3)
		"O papel do AS é muito importante!" (E4)
		"É quem procura uma resposta, é quem oferece soluções" (E4)
		"Um bom AS faz toda a diferença! Porque há muitos que só estão preocupados em libertar a vaga" (E4)
		"primeiro perceber esta conjuntura digamos familiar, económica quer do utente, quer da família mais próxima" (E5)

	"identificamos as necessidades mais prementes do utente numa fase inicial" (E5)
	"Termos esta visão de conjunto (...) é necessária intervenção mais da enfermeira, do médico (...) alertar os outros técnicos e depois a própria comunicação com os familiares mais próximos no sentido de em conjunto tentarmos suprir e ultrapassar aquelas dificuldades e entrar depois no processo de rotina" (E5)
	"É das coisas mais importantes que existe" (E6)
	"a figura do AS na comunidade é mesmo de assistência" (E6)
	"sempre encarado como uma espécie de tábua de salvação para as pessoas que precisam, no sentido de ser a pessoa que melhor encaminha, que melhor conhece o processo, que melhor conhece as instituições na zona, acaba por se inteirar (...) da situação em específico de forma a referenciar da melhor maneira" (E6)
	"é a parte da integração, as burocracias todas e o fazer a ponte entre a equipa e os idosos em qualquer dos serviços" (E7)
	"O nosso papel é mesmo ser aqui o mediador, entre as várias entidades que estão envolvidas e também entre as várias pessoas que estão envolvidas, desde a família, aos cuidadores, aos vizinhos, à rede de vizinhança, de amigos e o próprio utente claro" (E7)
	"É mediador. Eu acho que o papel é muito mediador" (E8)
	"Fazer a ligação entre o utente, a instituição para onde vai, garantir realmente que a instituição tem disponibilidade, que vai assegurar os cuidados que o utente necessita, eu acho que é muito papel de mediador" (E8)
	"o nosso papel aqui também é no fundo ser o elo de ligação (...) é muito importante que a família esteja envolvida" (E9)

		"o meu papel aqui é fazer com que o processo se desenvolva o mais rápido possível e criar essas condições para receber a pessoa em tempo útil" (E9)
		"cada situação exige uma avaliação muito individualizada e um acompanhamento próximo" (E9)
		"Reintegrar novamente na sociedade" (E10)
		"o nosso papel aqui é fazer esta ligação do utente com a comunidade, é que ele não se sinta excluído" (E10)
		"porque falamos de utentes que muitas vezes vão para sítios geograficamente muito distantes daquilo que era a sua área de residência, é também fazermos aqui contactos com a rede de apoio que teriam lá" (E10)
	Mediação e articulação institucional	"O assistente social acaba por ser a ponte entre hospital, família e instituição" (E5)
		"o assistente social muitas vezes faz a articulação entre hospital, família e instituição para encontrar soluções viáveis" (E7)
		"muitas vezes o assistente social tem de gerir conflitos entre aquilo que a família pretende e os recursos efetivamente disponíveis" (E9)
		"o acompanhamento do assistente social ajuda a tornar o processo mais articulado e menos difícil para as famílias" (E3)
	Estratégias de intervenção profissional	"tentamos encontrar respostas ajustadas à realidade de cada pessoa idosa e da sua família" (E3)
		"muitas vezes é necessário escutar a família e construir soluções em conjunto" (E9)
		"o mais importante é perceber aquilo que faz sentido para a pessoa idosa e respeitar a sua vontade sempre que possível" (E5)

	Promotor de respostas centradas na pessoa	“não podemos olhar apenas para a vaga disponível, mas para aquilo que responde verdadeiramente às necessidades da pessoa” (E7)
Desafios e constrangimentos	Limitações de recursos e capacidade de resposta	"Financeiras não, mas humanos existem" (E1)
		"as pessoas não querem trabalhar em ERPI por causa dos horários, fazer noites e trabalhar fins de semana e feriados" (E1)
		"temos que nos sujeitar efetivamente às pessoas que dizem que sim, mas depois temos que as trabalhar muito" (E1)
		"Depois estão aqui 1, 2, 3 dias e - vai-me desculpar, mas não consigo" (E1)
		"se tivéssemos mais um elemento técnico se calhar era mais uma mais valia" (E2)
		"mas neste momento apesar de tudo acho que estamos aqui numa fase boa a nível dos recursos" (E2)
		"Temos dificuldades sim no recrutamento. Quando é preciso (...) as pessoas que nos chegam são sem experiência (...) limita-nos muito" (E2)
		“O maior problema são as vagas, muitas vezes não há resposta quando é preciso” (E2)
		“há instituições com muita dificuldade em responder a situações muito dependentes por falta de recursos humanos” (E2)
		"O existir limitações, existem sempre. Mas eu acho que o básico é assegurado" (E3)
		"O rácio entre o nº de utentes e o nº de profissionais (...) devia ser revisto porque acho que continuam a olhar como se fosse ainda a população com muita autonomia e a população agora está muito dependente" (E3)

	"O salário mínimo tem aumentado todos os anos (...) quem paga são os utentes, a SS comparticipa, mas não paga (...) se o custo que temos com os RH dispara, nós vamos ter que disparar as mensalidades e, portanto, é a nossa maior dificuldade" (E4)
	"Mesmo muitas das vezes queríamos investir em material inovador que facilita o nosso trabalho (...), mas não podemos porque a verba não é suficiente" (E4)
	"em termos de recursos humanos com formação (...) nós somos efetivamente uma classe profissional onde existe um desgaste muito acentuado (...) também recebemos muito mal (...) E isto faz com que as classes jovens não procurem este tipo de trabalho" (E4)
	"nós até acho que estamos bem" (E5)
	"isto tem alturas, não somos só nós, há alturas complicadas para recrutar pessoal (...) contratávamos alguém, estava aqui até 1 mês ou quê, para ir embora ou vinha uma semana e ia embora" (E5)
	"Financeiros não. Isto tem que ser gerido como uma empresa, claro, isto não é uma entidade para dar lucro, mas também não é para dar prejuízo" (E5)
	"Existem, muito (...) acordo de cooperação, portanto não se prevê mensalidades avultadas, as pessoas não têm capacidade económica para mensalidades avultadas e não temos custos menores por isso. O salário mantém-se, o custo da alimentação é o mesmo para nós e para uma instituição particular" (E6)
	"lidamos frequentemente com situações muito complexas e com respostas insuficientes para as necessidades existentes" (E6)
	"mesmo quando existe vaga, muitas vezes as instituições já estão no limite da sua capacidade de resposta" (E6)

		"Muitas (...) é uma luta constante encontrar profissionais para trabalhar nestas áreas (...) trabalhamos imensas horas (...) e depois também a nível das ajudantes de ação direta é uma rotatividade imensa porque os salários são baixos (...) isto de trabalhar o ano todo e estar aberto 24h não é fácil" (E7)
		"O aspeto financeiro também é muito importante (...) ainda temos idosos com pensões baixas (...) tomam banho cá, fazem cá as refeições, tudo, não compensa! Se nós formos a ver não compensa. Nós temos prejuízos e realmente esta como outras, a sustentabilidade da instituição está um bocadinho em risco neste momento" (E7)
		"Não, a nossa casa está muito estruturada e muito tranquila, sustentável (...) conseguimos garantir tudo o que eles precisam e estamos bem financeiramente" (E8)
		"aqui na instituição nós temos a sorte de (...) se nós comprovarmos que é necessário mais recursos humanos, tudo o que é material para o bem-estar dos idosos, nós temos sempre luz verde, portanto eu aqui não sinto isso" (E9)
		"Financeiros sempre, o Estado não comparticipa 50% daquilo que são as despesas de uma ERPI (...) e por isso financeiramente é sempre complicado, difícil" (E10)
		"RH pronto, a equipa que nós temos atualmente em lar tem-se mantido muito estável, é uma equipa já antiga, há sempre um elemento que vai saindo, mas efetivamente este grupo tem-se mantido aqui de uma forma estável" (E10)
	Dificuldades na gestão de situações complexas	"há situações muito difíceis em que a pessoa precisa de resposta imediata, mas os recursos existentes não conseguem dar resposta adequada" (E5)
		"muitas vezes temos de decidir entre aquilo que seria ideal e aquilo que é efetivamente possível no momento" (E9)

	Constrangimentos na articulação institucional	“muitas vezes a comunicação entre serviços é insuficiente e os processos acabam por se tornar muito demorados” (E7)
		“há situações em que a pressão para libertar camas dificulta uma articulação mais cuidada entre instituições” (E5)
	Desafios éticos e profissionais	"90% dos nossos utentes são dependentes, totalmente dependentes" (E1)
		"A maior parte deles com demência" (E1)
		"Fazer com que as colegas ajudantes de ação direta (...) percebam determinadas palavras (...) frases (...) comportamentos que podem contribuir para a agitação do utente" (E1)
		"essa sensibilidade falta nas ajudantes de ação direta" (E1)
		"há tanto procedimento (...) tanto correr contra o relógio" (E1)
		"elas também precisam de ser ouvidas" (E1)
		"às vezes é a não presença dos familiares no momento da integração" (E2)
		"Acabam às vezes por vir diretamente e o familiar se estiver fora, só passado uma semana, às vezes um mês é que conseguem vir cá tratar de algumas partes mais burocráticas" (E2)
		"Às vezes os utentes vêm mal medicados (...) com demências, destabilizados, que exigem um cuidado, uma paciência, uma dedicação diferente" (E4)
		"Também é difícil quando recebemos pessoas que estão nos domicílios há muito tempo isolados, que não têm hábitos de higiene, que não têm hábitos alimentares adequados" (E4)
		"Tirando isso é lidar com as diferentes personalidades" (E4)
		“muitas vezes sabemos qual seria a resposta mais adequada para a pessoa idosa, mas os recursos existentes não permitem concretizar essa solução” (E5)

	"É mais a nível inicial, é realmente conhecer melhor o utente e a dinâmica familiar (...) é uma pessoa nova, novos hábitos, novos gostos..." (E5)
	"adaptação das rotinas às nossas rotinas, às necessidades deles, é muito difícil, eles têm todas as particularidades distintas e é difícil nós conseguirmos implementar uma rotina que se adeque a todos" (E6)
	"em casos em que as pessoas estão mais isoladas (...) estão internadas há muito tempo, ou não estão numa situação de dependência há muito tempo (...) estão muito habituados ao que era antes" (E6)
	"somos obrigados a forçar alguma alteração na rotina" (E6)
	"É muito triste ver o desespero dos outros e não conseguir dar resposta a esse desespero, porque passam aqui pessoas completamente desesperadas" (E7)
	"as instituições em geral deviam de estar mais bem preparadas em termos de equipamento de apoio (...)camas muitas vezes adaptadas a cada situação (...) há cadeiras de rodas básicas e outras com outro tipo de equipamentos" (E7)
	"acho que devíamos de ter outros profissionais (...) não somos obrigados a ter fisioterapeutas (...) agora a SS a protocolar novas instituições devia de ter isso um bocadinho em conta" (E7)
	"estas decisões acabam por envolver dilemas éticos constantes no trabalho quotidiano" (E7)
	"Às vezes é o não ter muito conhecimento do histórico deles porque a informação que vem é básica, documentos, nota de alta, nota clínica, mas depois falta-nos o histórico todo para trás (...) toda a história de vida falta" (E8)
	"o principal desafio aqui é fazer com que o idoso aceite, seja bem integrado" (E9)

		"eu costumo dizer que meio caminho andado é eles saberem que vêm para cá e terem a família presente (...) o principal desafio aqui efetivamente é conseguir envolver a família e fazer com que a família continue a participar, porque acontece com muita regularidade, e quando eu digo muita regularidade é em 90% dos casos, que a partir do momento que os idosos entram aqui, a família acha que a responsabilidade de tudo é da instituição e não é! Porque eles continuam a ser filhos, sobrinhos, netos!" (E9)
		"há situações em que sentimos que nenhuma resposta disponível corresponde totalmente às necessidades da pessoa" (E9)
		"Nos dias de hoje, a doença mental... Portugal é um país que sempre entendeu a doença mental como um parente pobre (...) nós para além de juntarmos a demência, temos pessoas com depressão e que durante toda a vida não procuraram tratamento, ou não receberam ajuda para essa patologia, por isso para nós neste momento é tentarmos diversificar o tipo de resposta para conseguirmos resolver os problemas destas pessoas. Resolvermos no sentido de minimizar" (E10)
Impacto na pessoa idosa	Impacto emocional da institucionalização	"Se prestar um bom serviço (...) o impacto é brutal" (E1)
		"O objetivo disto é impactarmos a vida do utente de forma a que ele tenha o final de vida com dignidade e qualidade" (E1)
		"sente isso quando um utente parte e a família não deixa de vir cá (...) é o melhor exemplo que efetivamente nós prestámos um bom serviço" (E1)
		"Na generalidade, nós notamos que não gostariam de vir para cá" (E2)
		"cada vez mais as situações que nos chegam já são em fim de linha, de demências já muito avançadas, dependências já muito avançadas" (E2)

	"Já não é como quando o lar abriu, os utentes vinham porque queriam, agora já é porque tem de ser" (E2)
	"Eu acho que é terrível (...) acho que as pessoas deprimem" (E3)
	"o impacto emocional depende muito da forma como o processo é conduzido e explicado à pessoa idosa" (E3)
	"Depende do utente e depende da problemática da pessoa idosa" (E4)
	"A maioria das pessoas que nós recebemos aqui, a institucionalização tem um impacto muito positivo porque vinham de situações menos favoráveis" (E4)
	"Se analisarmos a qualidade de vida, aí já é um bocadinho mais subjetivo" (E4)
	"nem sempre longevidade significa qualidade de vida. Nos lares garantimos longevidade e garantimos qualidade de vida àqueles que não podem estar no domicílio. Mas àqueles que podem estar no domicílio e estão aqui, nós tiramos qualidade de vida" (E4)
	"eu vejo mais os positivos (...) melhora muito a sua qualidade de vida, o seu bem-estar, a sua saúde, o estado da alimentação, a relação com os pares, deixa de haver isolamento que a maior parte deles mesmo tendo família passavam o dia todo sozinhos, abre-lhes um leque de oportunidades a nível de atividades quer sociais, quer religiosas, quer de grupo, há uma série de coisas. As negativas, pronto, saem do meio habitual que é a casa, que é o espaço deles, o meio geográfico que estavam inseridos" (E5)
	"e depois claro, tem aquelas situações extremas que necessitam de muitos cuidados e a família não consegue dar resposta, pronto, aí os cuidados, é tudo positivo" (E5)
	"muitos idosos sentem que perderam a sua rotina e aquilo que lhes era familiar" (E5)
	"desastroso!" (E6)

	"quando estão num hospital e quando estão numa UCC há uma pequenina esperança de que a pessoa vá embora" (E6)
	"Quando se chega ao lar, (...) nós sabemos que só vamos embora se acontecer uma coisa, a morte" (E6)
	"há uma tristeza instalada (...) por se perceber que isto no fundo é o último sítio onde a pessoa vai ficar, não há esperança de sair daqui e ir para mais lado nenhum, sabemos que daqui só vamos para um sítio" (E6)
	"No lar há situações que é a situação ideal porque são pessoas que não têm retaguarda familiar, ou que os familiares não se entendem e as pessoas estão sozinhas em casa, abandonadas, portanto vindo para o lar acho que é o melhor" (E7)
	"Agora aquelas pessoas que têm possibilidades de contratar um cuidador para estar em casa, eu acho que é a situação ideal, porque para todos os efeitos nós, na nossa casa, somos nós que ditamos as regras" (E7)
	“quando a institucionalização acontece de forma muito rápida, há pessoas idosas que vivem isso com muita angústia” (E7)
	"Muito... Muito... Eu acho que no pensamento vamos desmistificando, mas todos eles querem permanecer nas suas casas independentemente das condições, que às vezes são tão fracas e nós aqui temos boas condições, temos conforto que eles não têm em casa, mas eles têm um apego tão grande àquilo que lhes pertence (...) depois de cá estarem e sentirem todo o conforto, tudo aquilo que a casa lhes oferece, o discurso muda" (E8)
	"Há aquele medo (...) é o desconhecimento (...) os lares eram um depósito onde eles ficavam lá, não faziam nada, depois ouve-se nas notícias infelizmente só as más práticas, os maus-tratos, os lares ilegais, pronto" (E8)
	“Para muitos idosos é vivido como uma perda muito grande” (E8)

		"tem um impacto muito forte, porque é deixar uma vida inteira para trás" (E9)
		"querem vir, porque não querem estar sozinhos, porque não querem dar trabalho aos filhos, e mesmo esses eu noto nas admissões uma tristeza, medo. Porque é no fundo deixar o nosso cantinho, deixar tudo o que nós construímos, (...) para vir para uma casa com mais X pessoas" (E9)
		"Um enorme impacto" (E10)
		"O utente deveria entrar em SAD ou CD e depois passar para uma ERPI (...) já conhece as pessoas, já conhece os colegas com quem vai partilhar casa, e para nós esse seria o caminho mais fácil, sempre a pessoa entrar numa dessas respostas e depois transitar para ERPI" (E10)
	Adaptação ao contexto institucional	"a adaptação depende muito da forma como a pessoa entra na instituição e do apoio que recebe nos primeiros tempos" (E3)
		"há idosos que acabam por sentir maior segurança e estabilidade depois da institucionalização" (E8)
	Bem-estar e dignidade da pessoa idosa	"A minha garante" (E1)
		"considero que sim, mas ainda existe muito trabalho a fazer" (E2)
		"terem mais a preocupação de dar a escolher ao utente (...) isto tem de ser trabalhado" (E2)
		"equipas que já cá estão há muito tempo, também cria estes vícios e elas fazem isto quase que sem terem noção e esta parte de dar a escolher, de humanizar aqui um bocadinho os cuidados" (E2)
		"quando referi o facto que eles já vêm muito em fim de linha, no dia-a-dia nós notamos isso muito na dificuldade de participação deles na adesão às atividades" (E2)
		"Esta aqui eu acho que garante (...) dos lares não sei porque acho que os RH são muito poucos" (E3)
		"O nosso lar sim" (E4)
		"Sim, plenamente, eu falo pela minha instituição" (E5)

	"nós procuramos que se sintam bem, felizes, e que esta seja a casa deles" (E5)
	"é importante que a pessoa idosa continue a sentir que é respeitada nas suas escolhas e rotinas" (E5)
	"Considero" (E6)
	"Quando eu eventualmente pondero (...) os familiares dizem-me - também nunca tive" (E6)
	"garantir cuidados de saúde, enfermagem, isto é geral (...) em termos daquilo que é a segurança, a dignidade, estas instituições asseguram" (E6)
	"Ah sim! Eles são muito bem tratados nos lares porque as funcionárias (...) nós afeiçoamo-nos às pessoas e já sabemos os gostos pessoais deles" (E7)
	"Mas acho que os familiares também têm um papel fundamental no lar porque apesar de eles estarem no lar, eles também têm obrigações, os familiares! De os vir visitar, de levá-los em algumas situações pontuais (...) ir perguntando o estado do idoso" (E7)
	"o acolhimento deve procurar preservar ao máximo a autonomia e a dignidade da pessoa" (E7)
	"Sim, uma casa que trabalhe bem, sim, garante" (E8)
	"Considero" (E9)
	"eu acho que o ideal era toda a gente poder manter-se em casa e ter todos os recursos, tudo em casa, os cuidados todos e estar até ao fim da vida em casa" (E9)
	"Mas sabemos que não é possível e, portanto (...) aqui tentamos que se sintam o mais possível em casa, nós até aconselhamos sempre a trazerem objetos pessoais, fotografias, santos, imagens, uma cadeira, um sofá, qualquer coisa que faça sentir-se mais em casa" (E9)
	"Eu considero. Eu sou uma defensora das ERPI" (E10)

		"efetivamente eu acho que nós promovemos respostas sociais de qualidade e que prestam um bom serviço às pessoas" (E10)
	Ambivalência entre proteção e perda	"a institucionalização acaba por trazer segurança, mas também implica muitas perdas para a pessoa idosa" (E6)
		"há famílias que sentem alívio pela proteção garantida, mas os idosos nem sempre vivem o processo da mesma forma" (E9)
		"muitas vezes é uma solução necessária, embora saibamos que a pessoa está a deixar para trás parte da sua vida e autonomia" (E5)
Propostas de melhoria	Reforço das respostas sociais e dos recursos	"é necessário aumentar as respostas disponíveis porque muitas vezes não conseguimos encaminhar as situações em tempo útil" (E2)
		"sem mais recursos humanos e mais vagas torna-se difícil garantir respostas adequadas" (E6)
	Melhoria da articulação institucional	"Eu acho que não (...) há uma boa articulação (...) nunca tivemos problemas a esse nível" (E1)
		"no fundo não sinto que haja, aquilo que podem, eu sei que elas fazem" (E2)
		"Eu acho que tem de haver mais respostas" (E3)
		"Os apoios domiciliários têm que ter outro tipo de respostas na comunidade, tem que haver cuidadores informais (...) com respostas diferenciadas" (E3)
		"Cuidadores mais em permanência dentro de casa, isso paga-se, (...) eu não conheço um SAD com protocolo com a SS em que tenha um cuidador dentro de casa" (E3)
		"acolhimentos familiares em que se calhar não tivesse que haver uma institucionalização tão grande em lares por exemplo" (E3)
		"Em primeiro era não haver tanta pressão para esvaziar camas" (E4)

	"criar-se respostas / lares em nº suficiente para libertar estas vagas" (E4)
	"os utentes que são transferidos para estes hospitais nomeadamente as pessoas mais idosas, que precisam de mais cuidados, (...) encaminham para esses hospitais e depois também não há controlo, não há pessoal suficiente, não há um serviço de qualidade" (E4)
	"Famílias de acolhimento em maior nº e mais fiscalizadas" (E4)
	"há um abuso grande e as coimas ainda compensam (...), mas elas seriam uma boa resposta, se fossem fiscalizadas e legalizadas" (E4)
	"destas situações em que não tem retaguarda nenhuma que a informação é escassa, ou de quando vem de um lar ilegal que é fechado no dia e no mesmo dia tem de ser integrado, portanto a informação é muito escassa" (E5)
	"seria importante existir maior articulação entre hospital, segurança social e instituições desde o início do processo" (E5)
	"celeridade (...) se tivesse agora uma alta para preencher por vaga reservada, (...) eu teria sempre 1 mês ou 1 mês e meio à espera com uma cama vazia" (E6)
	"A melhoria é mesmo haver mais vagas... Haver disponibilização de mais vagas... Porque esse é o grande problema neste momento" (E7)
	"Ou então criar outro tipo de serviço intermédio, pensar aqui numa solução, num outro tipo de serviço, em vez de existir o CD e o ERPI, sei lá, um serviço de acolhimento temporário para idosos" (E7)
	"Não sei... Provavelmente há, mas como é um processo no qual eu não estou tão... Não temos tanta relação, (...) correram bem, articulamos bem, (...) tenho dificuldade em manifestar alguma coisa em relação a essa questão" (E8)

		"o trabalho em rede facilita muito o encaminhamento e evita situações feitas à última hora" (E8)
		"nós devíamos ter mais respostas nesta área que permitissem dar resposta a toda a gente" (E9)
		"eu acho que a SS deveria facilitar, porque é muito difícil, quer seja aumentar a capacidade, quer seja criar uma resposta social nesta área para dar resposta a toda a gente" (E9)
		"primeiro esta questão de evitarmos estes internamentos de longa duração por motivos de ausência de altas sociais" (E10)
		"nós não aproveitámos o PRR e muitas respostas acabaram, muito do dinheiro se diz que vai ter que ser devolvido à EU porque o país não conseguiu fazer projetos para capitalizar essa verba, nomeadamente na área do envelhecimento" (E10)
		"o facto de alguém estar em contexto hospitalar durante 1 ano, depois a pessoa sair sem processo de reabilitação, porque muitas vezes a pessoa em contexto hospitalar está (...) contida naquilo que são as suas movimentações, porque não faz caminhadas diárias, está muitas vezes confinada a cadeirões ou a camas e era necessário fazer-se uma reabilitação da pessoa" (E10)
	Prevenção da institucionalização sempre que possível	"O SAD se efetivamente o utente precisar de cuidados a esse nível" (E1)
		"apostar mais em CD (...) estar hospitalizada (...) volto a ter a minha vida normal (...) já acho que não sou capaz (...) isto faz com que o isolamento aumente" (E1)
		"nós adultos esquecemo-nos muitas vezes até de olhar para o vizinho da frente que até é uma pessoa que pode até nem ter muita idade, mas por vários motivos passa o dia inteiro em casa sozinho, porque não tem como sair" (E1)
		"Pessoas autónomas a partir dos 65 anos que se inscrevem" (E1)

	"Ponderarem a integração no domicílio com mais antecedência. Normalmente só procuram (...) quando já estão acamados, não podem, não há vagas" (E2)
	"ou têm um plano B de encontrar uma solução mais privada ou recorrer a cuidadores (...) ou se estiverem à espera de uma resposta institucional naquele momento exato em que precisam do serviço é muito difícil" (E2)
	"Portanto acho que aqui é mesmo pensar no envelhecimento mais cedo" (E2)
	"isto teria que haver aqui medidas a nível do governo para algum familiar (...) poder assumir, tendo condições, o encargo daquele familiar (...) supondo que havia um benefício financeiro, esse benefício contribuir para a carreira da SS (...) ter a possibilidade (...) a licença sem vencimento por X período e podendo ser renovada e a pessoa ter a possibilidade de retornar" (E5)
	"acho que também as pessoas que assumem os cuidados em casa (...) por outro lado sinto que muitas vezes as pessoas não estão dispostas a isso" (E6)
	"deveria investir um bocadinho na obrigação da prestação de cuidados dos filhos aos pais" (E6)
	"acho que a solução seria criar mais infraestruturas destas" (E6)
	"Quando as pessoas ficam reformadas, têm que continuar a ter atividades (...) não ficam reformadas de viver e de ter outras atividades (...) a prevenção vem já aí (...) dedicar-se mais aos netos, à família, ser voluntário" (E7)
	"Depois quando o problema existe e fica acamado ou fica debilitado cognitivamente, aí tem que ter ajuda, claro que o ideal era ou ter o cuidador em casa e eles permanecerem na sua casa, ou o SAD se o SAD tivesse um horário mais alargado" (E7)

		"Isso era criar condições em casa, recursos, serviços mais personalizados, mas isso implica naturalmente custos mais elevados" (E8)
		"querem é efetivamente retardar a institucionalização, mas eu acho que nessas circunstâncias, a institucionalização às vezes devia ser até mais cedo, para as pessoas poderem aproveitar aquilo que o lar pode dar" (E8)
		"Eles já entram cá numa situação de dependência tão elevada, que não aproveitam aquilo que nós temos para lhes oferecer... Cuidados continuados já, parece que isto é uma continuação do hospital e não devia. Nós oferecemos muito, mas depois os nossos utentes não têm capacidade para acompanhar" (E8)
		"Permanecer mais tempo em casa..." (E9)
		"temos pessoas que estão connosco em SAD, mas são famílias que têm uma capacidade económica muito elevada e têm pessoas a dormir lá a fazer escala" (E9)
		"Termos uma rede de SAD muito superior. Superior ao que funciona agora" (E10)
		"promovermos sempre que possível esta interligação, o trabalho multidisciplinar é muito importante, esta ligação com os CS, o próprio CS ser o elo motivador para que os utentes frequentem este tipo de respostas enquanto podem" (E10)
		"Se houvesse mais apoio domiciliário, muitos destes casos não precisavam de institucionalização" (E10)
	Mudanças ao nível das políticas e práticas	"acho que há muita burocracia" (E1)
		"para se conseguir uma coisa simples, demora-se uma eternidade" (E1)
		"é preciso um parecer daqui outro dacolá e depois o parecer dacolá segue, mas não é isto que falta, (...) acho que se devia simplificar um bocadinho mais" (E1)

	"fazer um estudo de mercado (...) quando lançam os projetos, devem depois avaliar os mesmos projetos (...) as consequências destes projetos, as positivas e as negativas" (E1)
	"Seria às vezes se calhar mais importante flexibilizarem aqui algumas regras para aumentar a capacidade dos lares" (E2)
	"É aumentar as vagas (...) não há aqui outra forma" (E2)
	"Era facilitar mais o aumento da capacidade" (E2)
	"Sim, cuidador informal, do SAD, se calhar ERPI mais pequenas em detrimento de maiores, mas depois isto bate tudo a nível dos modelos financeiros das instituições que para serem rentáveis precisam de x utentes" (E3)
	"estas vagas novas hospitalares são importantes e é uma solução, embora ache que elas não funcionam bem (...) isto de dar meio ano para se libertar, depois é quase como passar a batata quente para as instituições" (E4)
	"O Governo deveria dar mais condições seguras a pessoas da família ou outro cuidador, que garantisse que o idoso ou tivesse condições para ficar em casa (...), mas condições também a nível financeiro e também da garantia de direitos" (E5)
	"muitas vezes sentimos que o problema não é apenas do caso em si, mas da falta de respostas estruturadas e articuladas" (E5)
	"instituições como estas deveriam de ser mais fiscalizadas (...) quem define politicamente devia de estar mais próximo, devia de participar mais ativamente" (E6)
	"o subsídio neste momento (...) está completamente desajustado à realidade e às necessidades dos utentes" (E6)

	"seria muito importante aplicar as políticas às realidades regionais, que seja, porque a realidade de Aveiro não tem nada a ver com a do Porto e não tem nada a ver com a de Bragança nem a de Vila Real" (E6)
	"as políticas neste momento devido aos problemas sociais que agora estão a surgir dentro dos idosos, têm que ser reformuladas (...) a esperança média de vida do idoso está muito mais alta (...) não sei se passa pela idade da reforma" (E7)
	"Mas se calhar haver aqui outras soluções para trabalhar também a nível cognitivo, porque o que nós vemos agora é idosos, e pessoas de meia-idade, já com grandes problemas cognitivos. Muitas depressões, muitas demências que agora surgem cada vez mais cedo" (E7)
	"É desburocratizar as situações, ser mais ágeis, ser mais céleres, haver mais apoios nomeadamente para a 3ª idade, tentar canalizar mais recursos para esta faixa etária que tem reformas muito baixas ainda" (E8)
	"seriam necessárias políticas mais ajustadas à realidade das altas sociais e ao envelhecimento da população" (E8)
	"as burocracias, tudo o que implicar ali uma nova resposta social ou alargar, as exigências são absurdas" (E9)
	"eu acho que falta um bocadinho de sensibilidade a quem está no governo, na SS, nessas entidades" (E9)
	"Temos que olhar para o envelhecimento de uma forma séria" (E10)
	"Precisamos de promover respostas articuladas quer com os CS quer esta ligação entre instituições e ao mesmo tempo diminuir aqui as despesas das instituições através desses apoios, através nomeadamente daqui de alguma isenção na luz, na água, (...) que pode parecer pouco mas tem um impacto muito positivo nas instituições" (E10)

Prática Profissional	Implicações	“cada situação exige respostas articuladas e muito ajustadas à realidade da pessoa idosa” (E9)
		“sem articulação entre serviços torna-se muito difícil construir respostas adequadas” (E5)
		“é importante que a pessoa idosa continue a sentir que é ouvida nas decisões sobre a sua vida” (E7)