



INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

SERVIÇO SOCIAL NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: DA REFERENCIAÇÃO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE NA TIPOLOGIA ECCI

Discente: Marta Cristina Coelho Moreira

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

Orientador: Profa. Doutora Sandra Mendes

Coorientador: Profa. Doutora Vera Mendonça

Abril 2025

SERVIÇO SOCIAL NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: DA REFERENCIAÇÃO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE NA TIPOLOGIA ECCI

Discente: Marta Cristina Coelho Moreira

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

Orientador: Profa. Doutora Sandra Mendes

Coorientador: Profa. Doutora Vera Mendonça

Abril 2025

Resumo

As novas carências sociais e humanas resultantes da conjuntura sociodemográfica vigente, demarcada pelo fenómeno do envelhecimento populacional, apresentam um agravamento da vulnerabilidade e dependência da população, marcada por múltiplas e complexas comorbilidades. Esta situação carece da implementação de medidas sociopolíticas urgentes, bem como de práticas profissionais que comportem um trabalho multidisciplinar, tendo por desiderato uma prestação de cuidados mais humanizados promotores da garantia dos direitos humanos e da coesão social.

O presente trabalho de investigação pretende refletir acerca dos contributos da intervenção do assistente social na ECCI - através da análise dos indicadores para a elaboração do relatório do processo de referenciação e monitorização da admissão do doente; e compreender de que forma se encontram garantidos os direitos preconizados pela RNCCI na prestação de cuidados de saúde e no apoio psicossocial.

Para a análise da atuação do assistente social, na tipologia ECCI, recorreu-se ao método de estudo de caso, tendo como principal técnica de recolha de dados, a realização de entrevistas a profissionais da ECCI/ECL e doentes/cuidadores de um organismo da RNCCI de um concelho da região Norte do país.

Através de uma análise categorial dos dados recolhidos, os resultados permitiram compreender a relevância do lugar que ocupa o Serviço Social no âmbito da saúde, exercendo a sua influência de forma direta e positiva na promoção da qualidade da prestação de cuidados e da advocacia social. Os desafios apreendidos evidenciam as teias burocratizadas do serviço social. Tal realidade exige uma maior reflexividade sobre a prática, enfatizando capacidade do assistente social para encontrar estratégias conducentes com as singularidades de cada pessoa, advogando a importância de um olhar clínico, dinâmico e holístico.

Palavras-Chave: Serviço Social; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Abstract

The new social and human needs resulting from the current socio-demographic situation, marked by the phenomenon of an ageing population, are exacerbating the vulnerability and dependency of the population, marked by multiple and complex comorbidities. This situation calls for the implementation of urgent socio-political measures, as well as professional practices that involve multidisciplinary work, with the aim of providing more humanised care that guarantees human rights and social cohesion.

This research project aims to reflect on the contributions of the Social Worker's intervention in the ECCI - by analysing the indicators for drawing up the referral process report and monitoring patient admission; and to understand how the rights advocated by the RNCCI are guaranteed in the provision of healthcare and psychosocial support.

To analyse the work of the Social Worker in the ECCI typology, the case study method was used, with the main data collection technique being interviews with ECCI/ECL professionals and patients/carers from a RNCCI organisation in a municipality in the north of the country.

Through a categorical analysis of the data collected, the results made it possible to understand the importance of the place occupied by the Social Service in the field of health, exerting its influence directly and positively in promoting the quality of care and social advocacy. The challenges highlighted are the bureaucratised webs of social work. This reality calls for greater reflexivity about practice, emphasising the social worker's ability to find strategies that are conducive to the singularities of each person, advocating the importance of a clinical, dynamic and holistic approach.

Keywords: Social Work; National Network of Integrated Continuing Care; Integrated Continuing Care Team

Agradecimentos

O meu especial agradecimento à Professora Doutora Sandra Mendes e à Professora Doutora Vera Mendonça, por toda a dedicação e disponibilidade demonstrada ao longo deste meu percurso, principalmente, por me incentivarem e ensinarem, com o seu exemplo, a querer alcançar o rigor e sublimidade.

À minha família, pelas diferentes razões que cada um tão bem conhece.

Aos meus amigos e a todos que de alguma forma, no melhor das suas capacidades, contribuíram e colaboraram para que este estudo se tornar-se possível.

“O agradecimento é a memória do coração”

Tao Tse

Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro
AVD- Atividades de Vida Diária
AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
CCI – Cuidados Continuados Integrados
CRP- Constituição da República Portuguesa
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral de Saúde
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipa Coordenadora Local
ECR – Equipa Coordenadora Regional
EGA- Equipa de Gestão de Altas
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
ISS – Instituto da Segurança Social
MS – Ministério da Saúde
MTSS- Ministério do Trabalho e da Segurança Social
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
PDS – Plataforma de Dados em Saúde
PII – Plano Individual de Intervenção
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UE – União Europeia
UC - Unidade de Convalescença
UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade
ULS- Unidade Local de Saúde
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UMCCI – Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UP – Unidade de Paliativos

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

<i>Resumo</i>	<i>i</i>
<i>Abstract</i>	<i>ii</i>
<i>Agradecimentos</i>	<i>iii</i>
<i>Abreviaturas</i>	<i>iv</i>
<i>Introdução</i>	<i>1</i>
<i>Capítulo I - Serviço Social e o Sistema Nacional Saúde</i>	<i>4</i>
1.1 O Serviço Social na Saúde - Contexto histórico internacional da génese à emergência da profissão em Portugal	4
1.2 Sociodemografia do tecido social Português	8
1.3 O percurso do Sistema de Saúde Português e o papel do Estado na implementação de novas políticas para a promoção da saúde	12
1.4 Reformas político Sociais do SNS articuladas com os determinantes sociais da saúde	14
1.4.1 Determinantes sociais da saúde e a sua influência na Saúde	20
1.5 Mudança de paradigma: Da perspetiva biomédica à perspetiva holística uma abordagem centrada na Pessoa	23
1.6 Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI): Enquadramento, Missão e Objetivos	25
1.6.1 Tipologia ECCI: Modelo de Gestão e coordenação da ECCI	34
1.6.2 Processo de referenciação, admissão e acompanhamento do doente integrado na tipologia ECCI	36
1.7 O Serviço Social na RNCCI.....	39
1.7.1 A importância e os contributos da perspetiva humanista do Serviço Social na RNCCI.....	39
1.7.2 Mecanismos e estratégias mobilizadas pelos profissionais do Serviço Social na RNCCI.....	41
1.8 Medidas Sociopolíticas: Reconhecimento dos Cuidadores Informais e Promoção de Redes de Apoio	45
<i>Capítulo II- Metodologia</i>	<i>56</i>
2.1 Justificação do estudo e Formulação do problema	56

2.2 Objetivos do estudo	58
2.3 Metodologia de estudo.....	59
2.4 Contexto do estudo	63
2.5 Considerações éticas.....	64
2.6 Método recolha e tratamento dos dados recolhidos	66
<i>Capítulo III- Resultados</i>	<i>69</i>
3.1- Domínio - Referenciação do doente para a tipologia da ECCI.....	72
3.2. Domínio - Cuidados Continuados Integrados.....	75
3.3 Domínio - O Serviço Social na ECCI.....	82
<i>Capítulo IV- Discussão</i>	<i>91</i>
<i>Conclusão</i>	<i>98</i>
<i>Bibliografia.....</i>	<i>101</i>
<i>Legislação Consultada</i>	<i>105</i>
<i>Webgrafia.....</i>	<i>106</i>
<i>Anexos</i>	<i>109</i>
Anexo 1: Guião da Entrevista a Profissionais.....	110
Anexo 2: Guião de Entrevista Doente/ a Cuidadores informais	112
Anexo 3: Informação ao/à participante.....	113
Anexo 4: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....	115
Anexo 5: Declaração de consentimento	117
Anexo 6: Tabela análise dados recolhidos	118

Índice de Figuras

Figura 1- Pirâmide Etária Portugal.....	9
Figura 2- População por Grupos etários em Portugal.....	9
Figura 3- Índice de Envelhecimento.....	10
Figura 4- Organização dos Cuidados de Saúde de 2005 até 2024	19
Figura 5- Determinantes sociais da saúde- Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)	21
Figura 6- Estrutura Coordenação da RNCCI.....	28
Figura 7- Tipologias de resposta da RNCCI.....	31
Figura 8- Admissões na RNCCI na região Norte	32
Figura 9- Evolução N° de respostas da RNCCI (2010- 2024/1).....	33
Figura 10- Processo de sinalização e referenciação.....	37
Figura 11- População residente no Concelho em Estudo por grupos etários	57

Índice de Tabelas

Tabela 1- Perfil sociodemográfico profissionais	69
Tabela 2- Perfil sociodemográfico doente/cuidador informal	70
Tabela 3- Análise Dados - Equipa profissionais e doentes/cuidadores	71

Introdução

As alterações sociodemográficas decorridas ao longo dos tempos apresentam um aumento tendencial de adultos mais velhos, repercutindo-se em novos desafios para a conjuntura social. Os desafios manifestam-se através de um aumento da prevalência de doenças crónicas, comorbilidades de evolução prolongada, com elevado grau de incapacidade e de dependência funcional. Estas situações emergem a par de condições socioeconómicas, que condicionam a participação do suporte familiar nos cuidados informais, determinando uma necessidade premente de desenvolver políticas intersectoriais e respostas articuladas e ajustadas às necessidades vivenciadas no âmbito da saúde e do apoio social.

É perante este contexto que emerge a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), regulamentada pelo Decreto-Lei, n. 101/2006, de 6 de junho, com o objetivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de saúde e de apoio social, baseada num modelo de cuidados centrados no doente, estruturado por um conjunto de tipologias que melhor se coadunam e adaptam às necessidades singulares de cada pessoa.

A implementação deste modelo de intervenção desenvolve-se perante uma mudança de paradigma na abordagem ao doente, valorizando todas as condicionantes que consubstanciam a sua condição. Pauta-se por uma abordagem holística, focada na recuperação global, promovendo a sua readaptação, reabilitação e, subsequentemente, reintegração sociofamiliar.

O Serviço Social apresenta um longo percurso na área da saúde. É reconhecido como uma profissão dotada de competências próprias, vocacionadas para a intervenção nas vastas dimensões que configuram o indivíduo ao nível biopsicossocial. Desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar do doente ao desenvolver a sua ação orientada pelo código deontológico intimamente ligado aos direitos humanos e à promoção da justiça social. O Assistente social é assim um profissional de referência dos quadros contratuais e elemento integrante nas equipas multidisciplinares da estrutura de gestão da Rede.

A importância da resposta articulada - ajustada às necessidades da prestação de cuidados continuados, no âmbito da saúde e do apoio social aos doentes dependentes - é

um ponto fundamental a abordar pelo Serviço Social, dotado de um conhecimento técnico e científico. É a partir desse conhecimento que realiza um diagnóstico que contempla a informação pormenorizada da condição biopsicossocial do doente, repercutindo-se numa atuação mais assertiva ao longo do processo, garantindo a qualidade da prestação de cuidados e a advocacia dos seus direitos.

É perante esta perspetiva que o presente trabalho de investigação será desenvolvido sobre o tema “Serviço Social na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Da referenciação à prestação de cuidados ao doente na tipologia ECCI”. A razão da escolha deste tema justifica-se pelo facto de não existirem muitos trabalhos desenvolvidos sobre atuação dos Assistentes Sociais no âmbito da RNCCI, mais particularmente, no que respeita ao processo decorrente para a prestação de cuidados na tipologia ECCI. Pretende-se, aqui, conhecer e compreender os contributos do assistente social neste âmbito, na perspetiva das Equipas de profissionais que constituem as distintas etapas do processo (ECL e ECCI), bem como a perspetiva por parte dos doentes/cuidadores informais.

Esta dissertação encontra-se organizada em cinco capítulos.

O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento teórico, pautado por uma revisão da literatura científica sobre o Serviço Social e o Sistema Nacional de Saúde, aqui debruçamo-nos sobre o Serviço Social na saúde no contexto histórico internacional, desde a génese da profissão em Portugal. Apresentamos um retrato sociodemográfico do tecido social português, percorremos o percurso do Sistema de Saúde português e refletimos acerca do papel do Estado na implementação de novas políticas. Enfatizamos as reformas sociais do SNS, articuladas com os determinantes sociais da saúde, a mudança de paradigma da perspetiva biomédica à perspetiva holística na abordagem centrada na pessoa. Apresenta-se também a RNCCI, no que concerne ao seu enquadramento, missão e objetivos. Ainda a este respeito, decorremos sobre o Serviço Social na RNCCI e, por último, sobre as medidas sociopolíticas, nomeadamente o reconhecimento dos cuidadores informais e promoção de redes de apoio.

No segundo capítulo aborda-se a metodologia utilizada para realizar esta investigação. Encontramos a construção do problema em estudo e os objetivos de investigação. Expõe-se o método do estudo de caso, as técnicas de recolha de dados e o seu respetivo tratamento. Por fim, são exibidas as considerações éticas que salvaguardam o processo investigação de acordo com os padrões, rigor e normas da comunidade académica.

O terceiro capítulo descreve os resultados obtidos a partir das categorias e subcategorias criadas para o tratamento dos dados.

O quarto capítulo respeita a discussão dos resultados, a partir da interpretação segundo os conceitos e as temáticas abordadas no primeiro capítulo do enquadramento teórico.

A dissertação finda com a conclusão proveniente do trabalho de investigação, refletindo ideias chaves que decorrem do estudo, as suas limitações e pistas de investigação futura.

Capítulo I - Serviço Social e o Sistema Nacional Saúde

1.1 O Serviço Social na Saúde - Contexto histórico internacional da génese à emergência da profissão em Portugal

A relação do serviço social com a área da saúde reporta-se à origem da identidade profissional, marcada historicamente como um dos principais campos de intervenção, pautada por uma doutrina associada ao higienismo social, ao assistencialismo de modo paliativo e casuístico, ancorada em conceções teóricas e em práticas médico-sociais, “o Serviço Social tem uma relação próxima com a saúde mesmo antes da existência dos modernos sistemas de saúde” (Carvalho et al., 2017, p.283).

O serviço social atua na e com a área da saúde, desde o início da sua génese, nomeadamente, através do “trabalho desenvolvido pelas visitadoras domiciliárias que deu visibilidade inicialmente ao Serviço Social nos Estados Unidos, havendo registos históricos de sua presença nas equipas de saúde antes mesmo de finalizar a década de 1880” (Martinelli, 2003, p.10). O trabalho desenvolvido pelas “visitadoras domiciliárias” adquiriu mais relevância na prestação de cuidados, passando a ser reconhecidas, no início do séc. XX, como Assistentes Sociais e elementos das equipas de saúde. Foi assim, instituído, em 1905, o primeiro Serviço Social hospitalar, na estrutura organizacional do Hospital General de Massachussets, em Boston, promovido pelo Dr. Richard Cabot, o qual reconheceu a “ação do Serviço Social [um] valioso instrumento tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento médico-social” (Martinelli, 2003, p.10).

A correlação da componente médica com a social promoveu a adoção de uma nova abordagem nos cuidados de assistência, refletindo-se numa intervenção mais centrada na pessoa e no seu bem-estar. Esta forma de atuação desencadeou a análise de diferentes determinantes que constituem o reportório de vida do doente, condicionando e interferindo no estado de saúde. Neste seguimento, enquadra-se a necessidade de integração de um assistente social, capaz de alavancar novas perspetivas de complementaridade à ação médica/clínica, revelando-se como uma mais-valia para a recolha de informação e, subsequente, elaboração do plano de intervenção. Entende-se assim que, “este programa revelou a importância do conhecimento dos aspetos sociais

dos doentes, remetendo para a necessidade dos trabalhadores sociais de saúde” (Carvalho, 2012, p.57).

O serviço social, em Portugal, foi institucionalizado com base num contexto sociopolítico pautado por uma emergência filantrópica, emergindo no período pós II Guerra Mundial, o qual manteve uma dinâmica partilhada de cariz assistencialista no reforço do sistema de bem-estar, estabelecendo uma relação de cooperação com o Estado, desenvolvendo, assim, o seu campo de profissionalização associado ao contexto da saúde.

No caso português, a emergência da integração do serviço social ocorreu “Tal como acontecera no Reino Unido, França, e Estados Unidos, Portugal também assistiu a uma proposta de criação do Serviço Social Hospitalar por parte de médicos do Movimento Higienista Português” (Mendes, 2019, p.63).

De acordo com Guadalupe (2011), em Portugal, o serviço social hospitalar foi institucionalizado na década de 40, iniciando no ano de 1941, nos Hospitais Universitários de Coimbra, com a primeira assistente social admitida no serviço hospitalar. Em 1942, alarga-se a admissão ao Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos e em 1948 no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa. Procedendo-se ao enquadramento do assistente social no organograma hospitalar, regulamentado pela Lei nº2011, de 2 de abril de 1946 (Lei da Organização Hospitalar), reconhecendo-se assim, a imprescindibilidade do diagnóstico social como um complemento ao diagnóstico clínico, corroborando a ideologia defendida pelo Dr. Cabot, valorizando-se a relação triangular “doente-médico-meio social”.

O reconhecimento da importância do trabalho dos assistentes sociais expandiu-se ao longo dos tempos, salientando-se a necessidade da sua intervenção nos cuidados de saúde primários, fundamentada pelo Decreto-Lei 413/71, o que conduziu à aprovação, em 1973, segundo Guadalupe (2015) do “Regulamento do Serviço Social” pela Secretaria do Estado da Saúde (29 de novembro de 1973), definindo as funções do serviço social Hospitalar. Esta valorização coadunou-se com o marco histórico, assinalado pela Revolução do 25 de abril de 1974, da qual resultaram grandes transformações a nível institucional, cultural e ideológico, impulsionando a dinâmica democrática e, subsequentemente, um novo ciclo para o serviço social em Portugal.

Neste seguimento, o serviço social estendeu-se a outros setores da área da saúde, sendo, atualmente, parte integrante do corpo de equipas multidisciplinares, conforme reitera Martinelli (2003) “o lugar do serviço social na área da saúde é, portanto, um lugar

multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares” (p.12).

O assistente social é reconhecido como um elemento promotor da mudança social, perante a sua atuação na resolução de problemas no contexto das relações humanas e do bem-estar social, sendo reconhecido internacionalmente pela IASSW, IFSW e ICSW, no ano de 2014, na conferência de Melbourne, como

uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2018)

A forma como o assistente social aborda as questões que envolvem a pessoa despoletara a reflexão e avaliação da ação, conduzindo a uma intervenção holística, orientada por um modelo sustentado num conhecimento concreto, obtido através do estudo da realidade social, evidenciando a relevância da “investigação-ação” defendida por duas pioneiras do Serviço Social Americano, Jane Addams e Mary Richmond, como um meio de capitalização profissional e da construção de novas práticas de intervenção. Segundo Mendes (2019) “O Serviço Social é, assim, entendido como sendo uma atividade profissional das sociedades modernas, simultânea ao surgimento da ciência social, e consequentemente do pensamento científico.” (p.66).

Emerge, desta forma, o reconhecimento da importância do Diagnóstico Social sistematizado por Richmond (1917), alavancado nos processos de intervenção do Serviço Social, pautando-se por um conjunto de procedimentos, nomeadamente de estudo, de pesquisa de variáveis, de recolha de dados, de troca de informações entre o assistente social, da saúde, outros profissionais e as pessoas envolvidas, que irão formar um serviço final.

Segundo Carvalho,

O diagnóstico social de saúde é a fase central de qualquer procedimento ou protocolo, a base que articula a fase de estudo, primeiro, com a fase de intervenção e tratamento e,

posteriormente para a construção, reinserção ou reabilitação da pessoa. É o eixo que altera o sentido da ação e que incentiva as pessoas na sua própria recuperação (Carvalho, 2012, p. 61).

No decorrer das transformações na área da saúde, o serviço social destaca-se pelo processo de conquistas que foi adquirindo ao longo dos tempos, e que, parafraseando Guadalupe (2011, p. 101) “tem sido um dos atores do Sistema de Saúde Português”.

A integração e reconhecimento da imprescindibilidade do assistente social, no âmbito da saúde, pauta-se pelo seu carácter operativo e participativo nos diferentes níveis da sua ação. É reconhecida a sua capacidade técnica-operativa que o dota de ferramentas e instrumentos, desencadeadores de uma relação capaz de tornar as políticas sociais vigentes em matéria-prima da sua ação e, subsequentemente, tornar-se num agente da própria política, mediante uma envolvimento comprometida e ativa assegurando, segundo Carvalho, et al. (2017) “um papel crucial na construção e no desenho das políticas, o que lhe permite discutir medidas mais justas e adequadas pela experiência aferida do exercício profissional e da avaliação da sua intervenção”(p.284).

As evoluções na saúde decorreram a par dos avanços tecnológicos e da progressão do conhecimento médico-científico. Importa salientar que as transformações também foram instituídas pela junção da visão médico-social, impulsionando o desencadear de novas abordagens, pautadas por uma perspectiva Biopsicossocial e holística do indivíduo, assumindo que “a saúde não é apenas ausência de doença, como modelo biomédico, mas um completo estado de bem-estar subjetivo, sendo a pessoa responsável também pela sua saúde” (Guerra,2017, p. 4).

A adoção de um modelo holístico, segundo Guerra (2017), recai sobre “os fatores físicos, mentais, espirituais, sociais e ambientais [que] não existem separadamente, isto é, a pessoa e o meio ambiente não se podem dissociar” (p.4). Este modelo fomenta novas dinâmicas de intervenção com equipas multidisciplinares, promovendo a partilha de saberes diferenciados e, consequentemente, um maior enriquecimento pessoal e profissional de todos os intervenientes.

A abordagem holística, encontra-se assim, associada à promoção da saúde desencadeada por,

Cuidados centrados na pessoa ao invés de centrados na doença ou no órgão. Isto implica uma visão e uma abordagem integrada e personalizada dos cuidados e, conseqüentemente, atenção ao nível de funcionalidade (deficiências, incapacidade e fatores contextuais) das pessoas e à continuidade dos cuidados. (PD- RNCCI 2016-2019, p.13)

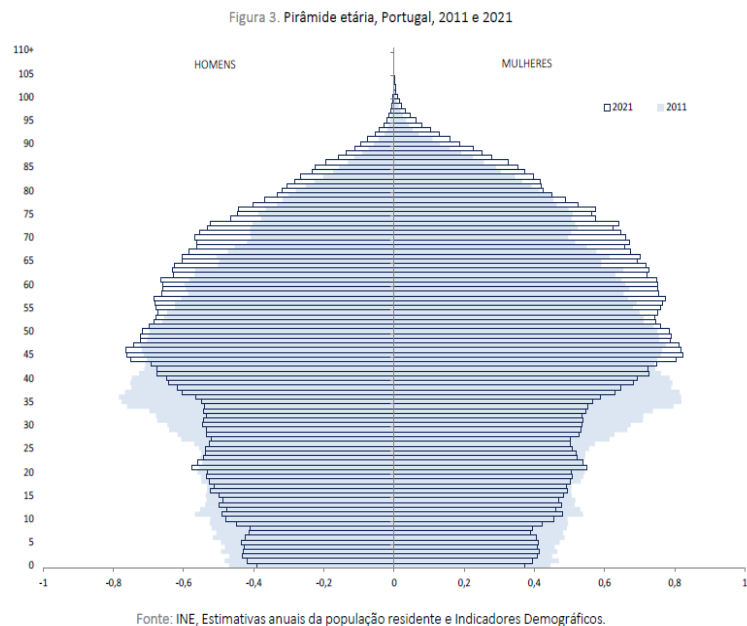
Esta nova abordagem requer um trabalho de equipa dotado de esforços coletivos e individuais, como meio potenciador para proporcionar um melhor atendimento e prestação de cuidados a que todos possamos aceder, uma vez que, a saúde “é um direito fundamental a todo o ser humano, sem distinção da raça, religião, credo político e condição económica e Social” (OMS, 2011).

1.2 Sociodemografia do tecido social Português

A necessidade de (re)adaptação e da importância atribuída à abordagem holística do Ser Humano, provém da evolução técnico-científica e social que tem decorrido ao longo dos tempos, implicando diversas alterações na estrutura social. Esta evolução lança ao Ser Humano o desafio de maior longevidade e, conseqüente, aumento da sua esperança média de vida, que se traduz no fenómeno da atualidade, perante “o processo de envelhecimento demográfico [que] não é apenas um fenómeno português, mas sim, das sociedades europeias e do mundo” (Ribeiro, 2020, p.14).

Em detrimento das constantes evoluções, tem-se verificado, não só em Portugal, mas também nas sociedades europeias, uma redução da taxa de mortalidade e da taxa de fecundidade. Estes fatores originam o aumento progressivo de adultos mais velhos que, caracteriza a base da pirâmide etária e nos confronta com o fenómeno do Duplo Envelhecimento.

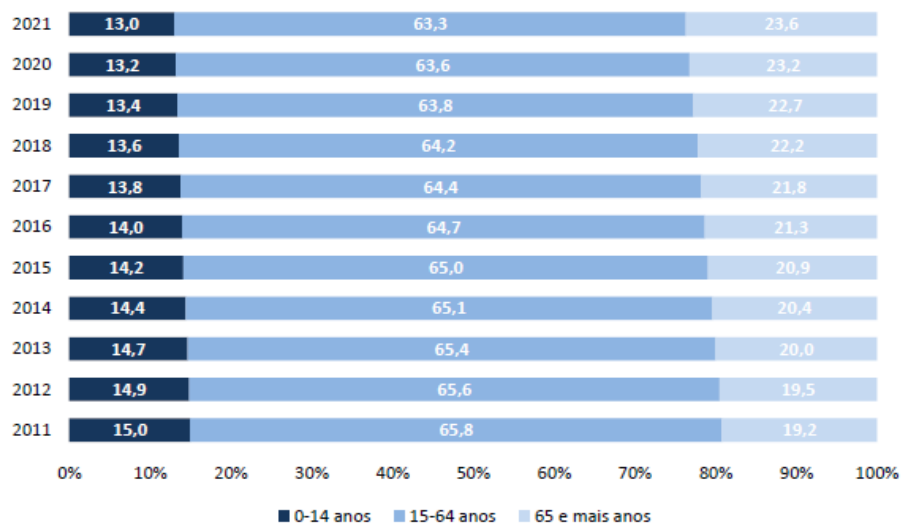
Figura 1- Pirâmide Etária Portugal



Fonte: INE- Estatísticas Demográficas 2021 (relatório 31 de março de 2023)

Figura 2- População por Grupos etários em Portugal

Figura 4. Distribuição da população por grupos etários (%), Portugal, 2011-2021



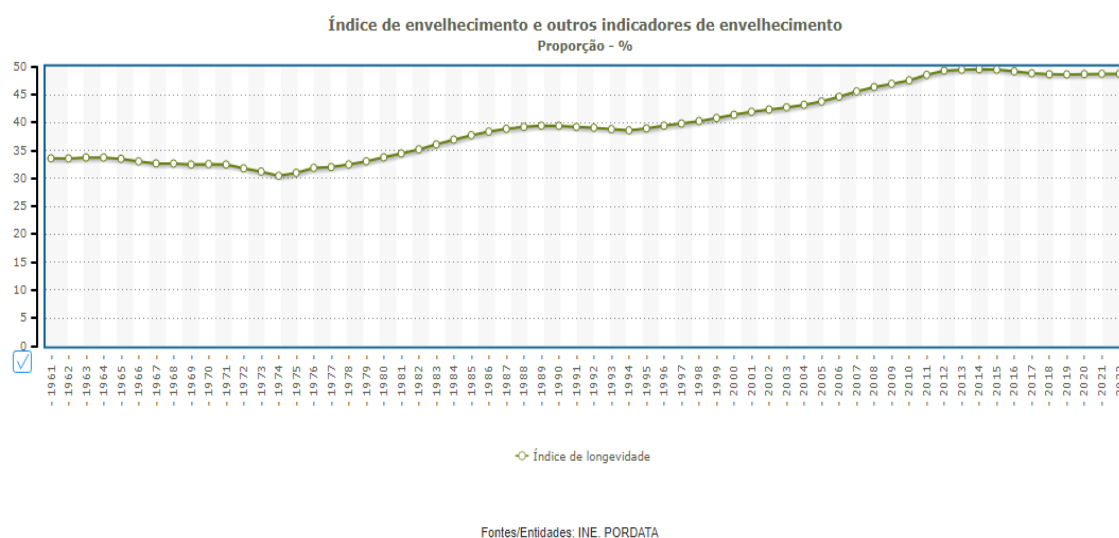
Fonte: INE, Estimativas anuais de população residente e Indicadores Demográficos.

Fonte: INE- Estatísticas Demográficas 2021 (relatório 31 de março de 2023)

Os dados recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023) vêm corroborar o fenómeno do Duplo Envelhecimento Demográfico em Portugal, onde podemos identificar, nas figuras 1 e 2, uma tendência para o aumento de adultos mais velhos e uma diminuição da população jovem. Segundo Ribeiro (2020, p.15) “A continuidade do envelhecimento na base da pirâmide etária leva a que futuramente a pirâmide fique invertida, num cenário de agravamento do envelhecimento populacional”.

Neste seguimento, o envelhecimento demográfico pode também ser evidenciado através do tendencial aumento da idade média da população (conforme figura 3), rondando os 50 anos, num futuro próximo.

Figura 3- Índice de Envelhecimento



Fonte: INE, Pordata (2023)

A questão do envelhecimento rápido e, de forma acentuada na sociedade global, particularmente na sociedade portuguesa, espelha que a “esperança de vida continua a aumentar paulatinamente com uma qualidade de vida tendencialmente acrescida” (Ferreira et al., 2017, p.100).

O aumento da esperança média de vida emerge em detrimento da melhoria da qualidade dos serviços tecnológicos, médicos, farmacológicos e educacionais. Estas melhorias contribuíram para adoção de hábitos de vida mais saudáveis, conscienciosos e promotores de uma participação mais ativa da população, nomeadamente num envelhecimento ativo, perspetivando-se viver mais anos.

Com o passar do tempo levantam-se questões de sustentabilidade sociodemográfica, acarretando consequências profundas e duradouras, que conduzirão a constrangimentos e a novos desafios para a sociedade nos seus diferentes domínios ao trazer “implicações sociais e económicas profundas numa dinâmica populacional, visto que, aumenta o número de pessoas envelhecidas, mas também a reposição da população é mais perlongada” (Ribeiro, 2020, p.14).

A conjuntura atual tem vindo a levantar questões associadas às políticas sociais, no que concerne à adequação das estruturas existentes para a prestação de apoio e de cuidados continuados, requerendo, de forma urgente, a implementação de medidas e a criação de infraestruturas que possam dar respostas a estas necessidades. Neste sentido, “o futuro dos sistemas de cuidados vai exigir novos modelos e/ou a reforma dos sistemas existentes, com particular atenção à necessidade de integrar os sistemas formais e informais e prever um apoio estruturado aos cuidadores informais” (PD- RNCCI 2016-2019, p.12).

As medidas político-sociais representam um papel preponderante na mitigação das necessidades patenteadas, carecendo de um conhecimento prévio, com recurso à “investigação”, para recolher informação mais pormenorizada no que respeita às características particulares dos indivíduos.

As constantes alterações sentidas ao nível social, económico e demográfico, elevam-se a par do processo de globalização, marcado pela evolução científica, tecnológica e política, espalhada por todo o mundo “vivemos integrados numa comunidade de destino global, interdependentes num só mundo” (Singer, 2004, p.33).

Este desenvolvimento expandiu-se a um crescimento global, desencadeado pela revolução industrial, marcado pelo ingresso da mulher no mercado de trabalho e pela implementação do capitalismo. Caracterizado como sendo um sistema económico que versa, fundamentalmente, na obtenção do lucro, o capitalismo, baseia-se numa economia de mercado de livre circulação, competição e de escolha, prevalecendo a privatização empresarial, reduzindo ao máximo a intervenção do Estado.

Os progressos sentidos ao nível tecnológico e da ciência acarretam ameaças para a sociedade ao interferir com o campo sociopolítico e, subsequentemente, nas dinâmicas sociofamiliares. Trata-se de estrutura mais reduzida e menos capaz de responder às necessidades familiares, nomeadamente no tempo de dedicação à prestação de cuidado. A situação impulsiona para o surgimento de novas carências ao nível político, económico

e social, que se repercutem no estado de saúde físico e mental da população. Neste seguimento, manifesta-se uma propensão para o desenvolvimento de uma sociedade de risco com o aparecimento significativo de pessoas, cada vez mais, vulneráveis ao nível físico, psicológico, social e económico, muitas das quais padecem de doenças graves e complexas, necessitando de apoio contínuo e integral nas suas vastas dimensões.

Não obstante, os progressos emergentes pela influência da globalização podem, também, revelar-se em fatores imponentes da sociedade moderna, veiculada por um carácter reflexivo capaz de traçar novos rumos na criação, na avaliação e na gestão de soluções adequadas ao combate dos riscos contemporâneos. É perante este cenário que urge a necessidade de organizar respostas adequadas, atendendo às singularidades, de forma a suprir as carências sociais, conferindo à pessoa qualidade, bem-estar e a garantia do uso pleno dos seus direitos. Como veremos no ponto 1.3, as transformações sociais aqui contextualizadas têm relação direta com o estado atual dos Sistemas de Proteção Social Português, nomeadamente no que respeita à saúde.

1.3 O percurso do Sistema de Saúde Português e o papel do Estado na implementação de novas políticas para a promoção da saúde

O Sistema de Saúde Português apresenta-se baseado na ideologia do modelo defendido pelo economista William Beveridge, em 1942, no relatório intitulado: “*Social Insurance and Allied Services*”, pautado pela “implementação de um dispositivo completo de segurança social que abrange a saúde, a educação entre outras prestações sociais” (Albuquerque et al., 2016, p.182). Trata-se de um sistema assente num modelo de Estado Providência, na convicção de um Estado interventor, responsável por apresentar respostas aos riscos sociais e garantir a cidadania social, nomeadamente, através do acesso aos cuidados de saúde por todos os cidadãos.

As políticas de saúde constituem uma das frações de maior investimento económico ao nível social, manifestando constantes alterações no sentido de minimizar situações de vulnerabilidade e de dependência. De acordo com Guerra,

a saúde pode ser entendida como uma questão basilar da humanidade, na sua presente evolução, porque é pela e da saúde que dependem o bem-estar físico, psíquico e social

das pessoas, a capacidade de trabalho, de organização e de iniciativa das comunidades, o equilíbrio da sociedade e a potencialidade desencadeadora dos grandes impulsos do desenvolvimento económico-social e psicossocial. (Guerra, 2017, p.59)

Um dos grandes marcos da história da saúde foi a Declaração de Alma-Ata (1978), que enfatiza o envolvimento das pessoas no seu processo de recuperação, dando prioridade aos cuidados de saúde primários e à educação para a saúde, e privilegiando uma prestação de cuidados de maior proximidade. A participação integrativa e ativa permitiu uma maior cooperação entre os vários setores da sociedade, tornando-se reconhecida por adotar uma filosofia de saúde ao enfatizar “action beyond the health system to address the determinants of health through policies, strategies and plans of action” (OMS, 2018, p.7).

Esta declaração veio promover o movimento da saúde para todos, conforme consagrado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, que considerou a saúde um direito fundamental de todo o ser humano sem distinção de raça, religião e condições socioeconómicas.

Por conseguinte, a abordagem holística constitui-se num modo de conceber uma melhor perceção da prestação de cuidados de saúde, rompendo com o modelo reducionista da hegemonia biomédica, abrindo o campo da saúde a outras áreas científicas e a múltiplos atores-sociais. A abordagem holística, na saúde, potencia uma melhor compreensão do processo saúde/doença e, subsequentemente, uma transformação da realidade com a conquista do direito à vida com ética e dignidade humana.

Em 1986, foi apresentada a Carta de Ottawa, documento elaborado com a premissa de responder às crescentes expectativas em torno da promoção da saúde, ficando definido que esta ideologia deve ser encarada como um processo que engloba todos os atores, no qual todas as partes têm responsabilidades e direitos pela sua própria saúde.

Portugal tentou acompanhar as ideologias propostas pela OMS, criando programas e desenvolvendo medidas públicas conducentes à promoção da saúde, atribuindo um papel preponderante aos determinantes da saúde, reconhecendo-os como recursos para um melhor entendimento da saúde, bem como um produto amplo dos diversos espectros sociais, assim, “a qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde” (Carvalho, 2012, p.257).

É no domínio da promoção da saúde e na satisfação das vulnerabilidades sociais que se desenvolveram e continuam a desenvolver políticas públicas. Trata-se de reconhecer a saúde a partir integrando a perspetiva social, ainda que, aqui se assuma a carência de novas orientações, que visem a promoção de estilos de vida mais saudáveis e a prestação de cuidados de saúde mais adequados e ajustados às necessidades da população.

1.4 Reformas político Sociais do SNS articuladas com os determinantes sociais da saúde

As políticas emanadas ao longo do tempo, promovem a mudança de paradigmas, alicerçam novas relações, novos recursos e métodos de intervenção, consolidando a participação ativa de diferentes parceiros, de áreas de saber distintas, em prol da prestação de cuidados de saúde de qualidade e eficientes, objetivando o bem-estar da população. Podemos identificar algumas datas significativas no percurso histórico do Serviço Nacional de Saúde:

Até 1970, grande parte dos hospitais eram geridos pelas Misericórdias, encontrando-se a prestação de cuidados de saúde associada à caridade social, o que remeteu o Sistema público de Saúde para uma posição financeira limitada, alimentando a sua fragmentação.

Entre 1970 e 1985, identifica-se um período marcado pela reforma de “Gonçalves Ferreira”, a qual promoveu a criação e expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS), regulamentado pela Lei nº56/79, de 15 de setembro. O SNS, apesar de apresentar fragilidades e desafios na implementação das políticas de saúde e qualificação do sistema, permitiu o estabelecimento dos “Centros de Saúde”, conseguindo reunir condições para elaborar um Plano Nacional de Saúde e expandi-lo à população, apresentando indicadores de melhorias substanciais na prestação de cuidados, de níveis de saúde e de recursos disponibilizados. Fomentou-se uma maior clarificação do papel interventivo do Estado nos cuidados de saúde, considerando-se o principal responsável pelas políticas neste âmbito, assim como, pela concretização desse direito, conforme preconizado constitucionalmente em Portugal, desde 1976, perante o artigo 64º, nº1 da Constituição da República Portuguesa (CRP) onde estabelece que “todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde de a defender e promover.”

Ao longo deste período, foram criadas condições políticas e sociais que permitiram alterações significativas marcadas pela implementação do SNS, conferindo jurisdição às características de universalidade, generalidade e de tendencial gratuitidade, constituindo-se na “concretização do principal dever do Estado, orientado para a realização de um direito fundamental” (Albuquerque et al., 2016, p.183).

De 1985 a 1995, verificou-se a expansão dos serviços e equipamentos de saúde ao nível público e privado.

Em 1986, Portugal integrou a Comunidade Económica Europeia (CEE), o que permitiu a mobilização de fundos para o desenvolvimento de serviços, infraestruturas e equipamentos no setor da saúde.

Em 1990, é aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90 de 24 de agosto), sendo esta considerada um marco de mudança no Sistema de Saúde que reporta até à atualidade. Trata-se do alargamento do ao abarcar o SNS, entidades privadas, bem como, co-responsabilizando os cidadãos pela proteção da própria saúde, passando a vigorar o princípio da “responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado” (Albuquerque et al., 2016, p. 184).

As alterações datadas foram significativas na proteção do direito à saúde, ficando também assinaladas pela aplicabilidade das taxas moderadoras de acesso aos cuidados de saúde, perante o regulamentado pelo Decreto-Lei nº 54/92, de 11 de abril, que estabelece “o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como as suas isenções” (Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde), com o intuito das receitas obtidas contribuírem para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços. A aplicação desta medida salvaguardou os grupos mais vulneráveis e de risco, no qual,

o diploma sublinha os princípios de justiça social que impõem que pessoas com maiores rendimentos e que não são doentes crónicos ou de risco paguem parte da prestação dos cuidados de saúde de que sejam beneficiários, para que outros, mais carenciados e desprotegidos, nada tenham de pagar (Decreto-Lei nº 54/92).

Em 1993, através da aprovação do Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro, deu-se a criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS), despoletada pela crescente

exigência da população, em termos de acesso e prontidão das respostas às suas necessidades sanitárias, requerendo uma reformulação de gestão de maior proximidade dos recursos.

A ARS apresenta como missão “garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção” (Artigo 3º, nº 1), bem como, “desenvolver e fomentar atividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a proteção e promoção da saúde das populações” (Artigo 3º, nº2, al. d), ambos do Decreto-Lei nº. 22/2012, de 30 de janeiro).

No período entre 1995 e 2002, efetivou-se um aumento de serviços de saúde com apostas em novas formas de gestão de maior autonomia e flexibilidade, valorizando as entidades públicas em detrimento do setor privado “houve um recuo na perspetiva de privatização dos hospitais e serviços, para contratualização de entidades público empresariais.” (Jesus, 2017, p.16). Este período também ficou marcado na História do SNS com a criação do cartão de identificação do utente do Serviço Nacional de Saúde, pelo Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho.

De 2002 a 2005, ocorreu um desenvolvimento do sistema de forma mista, tanto no setor público como no setor privado, tendo por premissa uma melhoria mais eficiente na prestação de cuidados, despoletando numa nova alteração à designação do SNS, passando de Serviço Nacional de Saúde para a designação de Sistema Nacional de Saúde. Desta forma,

assume-se, igualmente, como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos. Traduz a necessidade de uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, possam coexistir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos.

(Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde)

A responsabilização partilhada adquire justificação perante o movimento de promoção da saúde, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), numa perspetiva baseada no apoio à população na gestão da sua própria saúde, no reconhecimento dos fatores biopsicossociais como condicionantes do seu bem-estar.

Neste seguimento, têm sido desenvolvidas reformas e estratégias, que visam a promoção da saúde como tentativas de melhorar a organização do sistema, congregando os indivíduos, os grupos comunitários, os profissionais e instituições de saúde, bem como o Estado, pautando-se por uma intervenção de maior proximidade à gestão da doença. Considera-se a saúde como um processo dinâmico, com recurso à vida quotidiana e não como objetivo final de si própria.

As políticas de saúde propostas para o período compreendido entre 2005 e 2009, visam a continuidade da eficiência do SNS, através de novas iniciativas, perspetivando a expansão e modernização dos serviços, abarcando uma maior diversidade de fatores económicos, educativos e técnicos, por forma a “melhorar e expandir a prestação de serviços ao nível de cuidados primários, cuidados diferenciados e de reabilitação” (Jesus, 2017, p.16).

Em 2006, emerge a RNCCI, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, como uma política transformadora, centrada na prestação de cuidados de saúde de forma continuada e integrada, tendo por premissa “dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes” (Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde), objetivando a garantia dos direitos, da dignidade humana e consequente coesão social.

Em 2007, aparecem as Unidades Familiares que dão corpo à reforma dos Cuidados de Saúde Primários, tendo por objetivo obter ganhos mediante aposta na acessibilidade, na continuidade e globalidade dos cuidados prestados.

Por conseguinte, em 2008, efetua-se mais uma reforma importante, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, ao nível dos cuidados primários, marcada pela criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde do SNS(ACeS), que integram as Unidades de Saúde Familiar (USF), apresentando como objetivo “dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.” (Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde).

Para uma melhor realização do Direito fundamental à proteção da saúde, conforme o disposto no artigo 64º da CRP, foi instituído mediante o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, um reforço das políticas da promoção da saúde e da prevenção da doença, alavancadas pela articulação entre os distintos níveis de cuidados. O presente Decreto-

Lei surge em detrimento do aumento significativo das necessidades de saúde e de bem-estar, associadas ao fenómeno do envelhecimento massivo da população, nomeadamente da população portuguesa, o que fomenta o surgimento de uma maior carga a nível de doenças e vulnerabilidades psicossociais.

Seguindo a complexidade das necessidades apresentadas, no âmbito da saúde, torna-se impreterível a fomentação de modelos organizacionais que promovam a gestão integrada, que assente numa tripla dimensão ao nível económico, social e ambiental, conforme o perspectivado na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

Neste seguimento, o crescente de exigências e expectativas veio a requerer uma maior cobertura e eficiência na prestação de cuidados de saúde por parte do SNS, levando à adoção do modelo de organização do funcionamento das Unidades Locais de Saúde (ULS), almejando o incremento da promoção de «saúde de Proximidade» e «saúde de Qualidade».

O modelo organizacional da ULS efetivou-se, mediante a reestruturação do modelo de prestação de Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares integrados nos ACES's, ao desenvolver-se perante um movimento de reorganização do SNS, apresentando como desiderato final, organizar as respostas da saúde em função das necessidades das pessoas.

Recorrendo ao projeto de sistematização da Comissão Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte (CCDR-N), trabalhos preparatórios do Plano de Ação NORTE 2030, podemos, de uma forma muito sucinta, resumir as alterações efetuadas na organização dos cuidados de saúde desde o ano 2005 até 2024.

Figura 4- Organização dos Cuidados de Saúde de 2005 até 2024



Fonte: Autoria Própria a partir da (CCDR-N) Trabalhos preparatórios do Plano de Ação NORTE 2030¹

Como já abordamos no ponto 1.2, vivemos numa sociedade marcada por um forte envelhecimento populacional, com carências múltiplas, repercutindo-se velozmente em toda a conjuntura societal, necessitando de respostas céleres e eficientes, que garantam os direitos e a dignidade humana. As medidas adotadas ao longo do tempo surgem para dar continuidade à prestação de cuidados, de forma continuada e integrada. Os profissionais da saúde, entre os quais os assistentes sociais, atuam em consonância com as exigências populacionais, de modo a corresponder o mais favorável possível aos condicionantes postulados pelos determinantes sociais da saúde, uma vez que “a atenção à saúde não está hoje centrada apenas no enfoque médico, mas nas diferentes intervenções presentes no campo, nomeadamente o Serviço Social” (Guerra, 2017.p.6).

¹ Comissão Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte (CCDR-N) Trabalhos preparatórios do Plano de Ação NORTE 2030: Projeto “Quadro de Referência Temático” Comunidades Saudáveis Diagnóstico Sintético, Estratégia e Propostas de Ação 2021/30, Fernando Tavares; Departamento de Estudos e planeamento ARS Norte

1.4.1 Determinantes sociais da saúde e a sua influência na Saúde

“Ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social.”

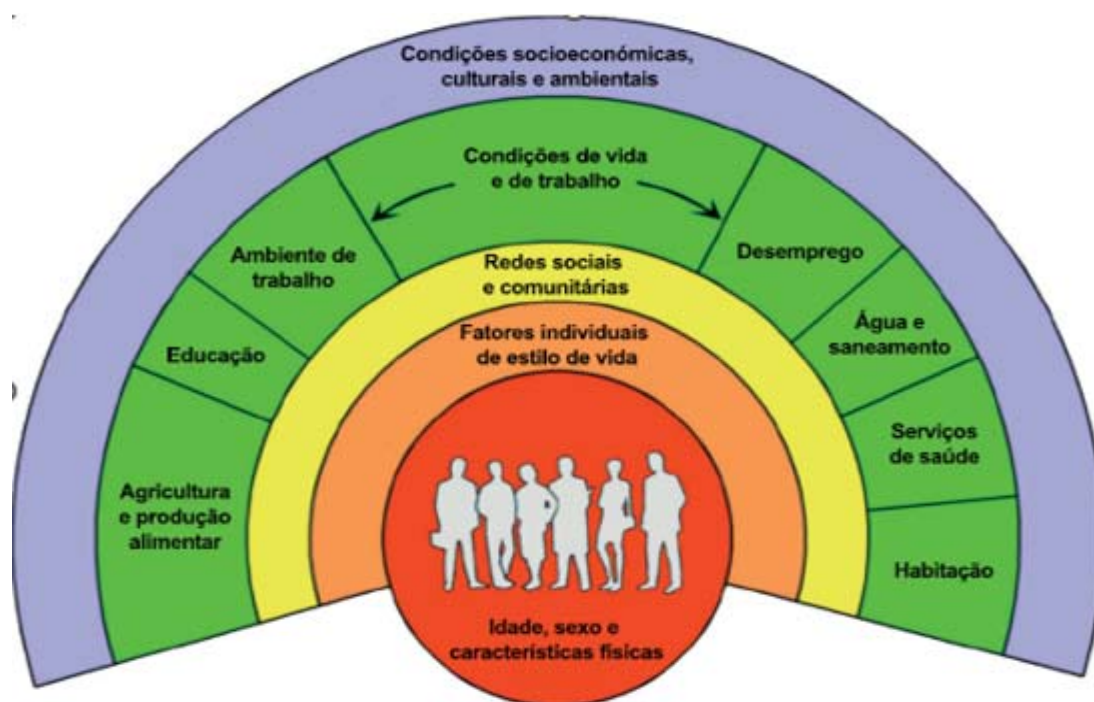
Virchow (1821-1902)

A saúde apresenta-se perante uma panóplia de fatores intrincados e de difícil análise que, requer um estudo multifacetado decorrente de uma abordagem de proximidade, integrada, multidisciplinar e intersetorial, onde se perspetiva a adoção de respostas adequadas, duradouras e potenciadoras de uma sociedade mais equitativa e saudável.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, a saúde pode ser reconhecida por um estado completo de bem-estar físico, mental e social, correlacionado com o conceito de qualidade de vida, ao ser determinada por fatores de natureza biológica, comportamental e socioeconómica e, não somente associada a ausência de doença.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) manifestam uma elevada influência no estado de saúde, despoletando a necessidade de maior procura por cuidados, cada vez mais complexos e diversificados, análogos com todas as dimensões biopsicossociais dos indivíduos, apresentando-se como “Os fatores que influenciam o estado de saúde de uma população são dinâmicos, sistémicos e complexos.” (República Portuguesa- Conselho Nacional de Saúde, 2019. p.1).

Figura 5- Determinantes sociais da saúde- Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: European Social Survey, 7ª Edição do Inquérito social Europeu

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) evidencia os diferentes determinantes sociais que impactam a saúde. Deste modo,

a saúde surge como um elemento num sistema complexo, sendo resultado de um conjunto de sistemas, organizados em diferentes camadas, de acordo com a sua abrangência, onde se incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, as condições de vida e trabalho, as redes sociais e comunitárias, os estilos de vida do indivíduo e as suas características biológicas. (Gato, et al., 2022, p.3)

Os DSS encontram-se subjacentes a fatores exógenos e endógenos do indivíduo que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), provêm de circunstâncias decorrentes do processo vital, nomeadamente, de situações nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, que influenciam direta ou indiretamente o seu estado de saúde.

Por conseguinte, os DSS podem ser divididos em determinantes estruturais e determinantes intermédios de saúde. Os primeiros incluem o rendimento, o trabalho, a educação, o género, a etnia e a rede de suporte social e familiar. Estes determinantes podem alterar as crenças, em relação à saúde e influenciar a utilização dos cuidados de saúde ao implicarem “uma diferenciação nas condições de saúde mediante o lugar de cada indivíduo na hierarquia social” (Gato, et al., 2022, p.3).

No que respeita aos determinantes intermédios de saúde, estes envolvem os aspetos associados à condição de vida a nível de habitação e emprego, bem como aos estilos de vida e o acesso aos cuidados de saúde. Embora se possa dividir os determinantes em estruturais e intermédios de saúde, existe uma interligação entre ambos que permite evidenciar o agravamento das desigualdades sociais e a influência que exercem na saúde. Podemos considerar que, a saúde intercede com os diversos subsistemas sociais e ao adotar um modelo que congrega estas duas perspetivas, conseguir-se-á uma maior coesão e materialização do capital social, fomentando o desenvolvimento sustentável ao nível da saúde e do bem-estar social.

Em 2010, a OMS, através da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), elaborou um relatório final com o intuito de promover um serviço de saúde mais equitativo na distribuição e utilização de recursos, mitigando as iniquidades no âmbito da saúde. Deste modo, o Sistema de Saúde assume um papel preponderante no acesso aos cuidados de saúde, mediando as consequências da doença na vida dos indivíduos. Esta responsabilidade promove o rompimento com o paradigma biomédico para uma abordagem centrada na pessoa e orientada para o indivíduo, conferindo uma conceção mais ampla e abrangente do conceito de saúde.

Nesta linha de pensamento torna-se premente abordar a pessoa perante uma perspetiva holística e dinâmica, valorizando todas as suas dimensões biopsicossociais, encarando as questões de saúde como um processo contínuo, no qual “a saúde deixa de ser entendida num estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido” (Carvalho, 2004, cit in Carvalho, 2012, p.258).

Esta abordagem promove a integração de profissionais de áreas distintas com conhecimentos diversificados, capazes de intervir, eficientemente, nas bastas dimensões da vida humana, reconhecendo que “os DSS têm um maior impacto na saúde da população que os cuidados de saúde por si só” (Oliveira, 2022, p.5).

A intervenção dos assistentes sociais nos serviços de saúde, adquire maior relevância perante a centralidade que se atribui à dimensão psicossocial que envolve a pessoa doente, “os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre-arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes Sociais” (Buss & Filho, 2007, p.83). Esta dimensão está associada à promoção da saúde, pautada por uma abordagem psicossocial que se reporta, segundo a DGS (2006), a fatores de ordem social que interferem ao nível psicológico, repercutindo-se no estado de saúde, no processo de tratamento, de reabilitação, readaptação e reintegração sociofamiliar, contribuindo, assim, a sua ação para a “humanização e a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e famílias, e ainda a rentabilização dos recursos de saúde e sociais próprios de cada unidade de [saúde]” (Carvalho, 2012, p.35).

1.5 Mudança de paradigma: Da perspetiva biomédica à perspetiva holística uma abordagem centrada na Pessoa

“Cuidar de uma pessoa: de um animal muito particular, de um ser humano único, que constrói permanentemente a sua humanidade graças aos outros humanos, que desenvolve permanentemente as particularidades que o tornarão, simultaneamente, semelhante e diferente dos outros homens.” (Gineste. Y & Pellissier. J, 2007, p.15)

Em Portugal, nos últimos anos, tem-se evidenciado um aumento significativo de pessoas dependentes com doenças crónicas, que os remete para uma posição de perda de autonomia, favorecendo o acréscimo da necessidade cada vez mais premente de cuidados continuados integrados. Efetua-se uma mudança de paradigma, emergindo medidas no sentido de qualificar as respostas sociais e desenvolver novas medidas integradas entre a área da saúde e a área social, objetivando a promoção da coesão social, e garantindo uma maior equidade e justiça social.

Não obstante, as transformações demográficas, os progressos tecnológicos, científicos e medicinais repercutiram-se nos determinantes sociais da saúde, promovendo um aumento da esperança média de vida, elevando “a probabilidade de vivermos na idade

avançada períodos mais longos de incapacidade e dependência, aumentando a primazia das doenças crónicas e degenerativas” (Guadalupe, 2017, p.24). Esta realidade contribui, significativamente, para um “envelhecimento [que] constitui simultaneamente um fenómeno populacional de enorme relevância social” (Guadalupe, 2017, p.1).

Como já tem vindo a ser defendido na nossa investigação, a saúde não é percecionada como uma realidade estanque, pelo contrário, é um processo complexo, dinâmico e interativo que correlaciona diversos determinantes interligados entre si.

O SNS apresenta como missão no XXI Governo Constitucional, sob o Despacho nº 199/2016, promover a saúde mediante a recuperação do funcionamento dos hospitais em colaboração com as unidades de saúde familiares existentes, bem como, a criação de novas unidades, potenciando a expansão e execução do plano de desenvolvimento de cuidados continuados integrados, a idosos e população que se encontre em situação de vulnerabilidade e dependência. Este modelo de cooperação permite uma atuação de maior proximidade para com a população, fomentando um trabalho mais preciso e eficiente, no qual a abordagem ao doente contempla todas as suas condicionantes sociais.

A complexidade das necessidades apresentadas no âmbito da saúde torna impreterível a fomentação de modelos organizacionais e estruturais que promovam a gestão integrada, assente numa prestação de cuidados de saúde e de apoio psicossocial pautados pelo o incremento da promoção de «Saúde de Proximidade» e «Saúde de Qualidade», através de uma abordagem holística e do estabelecimento de uma relação de maior empatia, conferindo-lhe maior pertinência no trabalho desenvolvido no âmbito da saúde, com a adequação das respostas às necessidades vigentes. Esta perspetiva vai ao encontro da teoria defendida por Carl Rogers (2009), no que respeita à importância da abordagem centrada na Pessoa “ao ter a preocupação de compreender o outro como um indivíduo livre, ao colocar o foco na sua própria autenticidade e presença ativa, ao confiar no potencial positivo de cada paciente” (Rogers, 2009, p. 14). No seguimento desta linha de pensamento depreende-se que, quanto maior for a compreensão e apreço, mais facilmente se estabelecerá uma relação significativa pautada pelo respeito, aceitação, qualidade e satisfação.

O fenómeno do envelhecimento é cada vez mais expressivo. Ainda que não seja sinónimo de doença e perda de funcionalidade, coexiste uma relevante prevalência de doenças mais complexas nos adultos mais velhos. Esta situação traduz-se na realidade social vigente que carece, urgentemente, da implementação de medidas para satisfazer as

necessidades que despoletaram na modificação das características da prestação de cuidados de saúde, tanto na procura como na oferta dos mesmos.

A mudança de perfil acentuou as institucionalizações, em detrimento do elevado grau de dependência funcional, que caracteriza a população, sendo também provocada pela incapacidade da família para acompanhar e cuidar da pessoa dependente.

O reconhecimento da necessidade de Cuidados Continuados Integrados emerge, em Portugal, através da RNCCI. Trata-se de um modelo que visa responder às necessidades de saúde e sociais de forma continuada e integrada. Este modelo constituiu-se num novo nível de prestação de cuidados, perspetivando um aumento da eficiência dos hospitais de agudos, referenciando os doentes mediante o seu estado clínico para unidades ou equipas de prestação de cuidados mais adequados, nomeadamente para tipologias de internamento, de unidades de ambulatório, equipas domiciliárias- ECCI ou Equipas comunitárias.

Constatando-se o tendencial aumento para a procura de prestação de cuidados no decorrer dos tempos, é imprescindível criar respostas adequadas e ajustadas à situação que integra a população, por forma a promover e garantir os direitos humanos.

Neste seguimento, abordaremos no ponto 1.6 o modelo da RNCCI, proposto em 2006, objetivando a promoção de uma prestação de cuidados de saúde e de apoio psicossocial.

1.6 Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI): Enquadramento, Missão e Objetivos

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, regulamentada pelo Decreto-Lei nº.101/2006 de 6 de junho, é constituída por um conjunto de Instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio psicossocial. Trata-se de um tratamento continuado e integrado a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, por motivos de doença aguda ou por prevenção de agravamento de doença crónica, conforme o disposto no artigo 4º da presente lei;

1 - Constitui objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência.

2 - Constituem objetivos específicos da Rede:

a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;

b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;

c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;

d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;

e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;

f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;

g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

Este modelo de cuidados tem como premissa a recuperação global do doente, enfatizando os aspetos adaptativos da pessoa em consonância com as circunstâncias de saúde e sociais através da lógica dos 3R's: i) Reabilitação no que respeita à melhoria das suas funcionalidades e autonomia, ii) Readaptação à sua situação de dependência e subsequentemente, iii) Reintegração sociofamiliar. Fundamenta-se pelos princípios base da Rede que orientam a sua intervenção perante: a) prestação individualizada e humanizada de cuidados; b) garantia de articulação e continuidade dos cuidados entre diferentes serviços, setores e níveis de atuação; c) equidade no acesso e mobilidade entre tipologias e equipas da RNCCI; d) multidisciplinariedade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; e) avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência; f) definição periódica de objetivos e funcionalidade e autonomia, g)

eficiência e qualidade na prestação de cuidados (Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados- Instituto da Segurança Social, IP, 2024).

A coordenação da RNCCI realiza-se no âmbito nacional através da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). Apresenta uma estrutura inter-organizacional, perante um modelo pautado por uma lógica de descentralização de cedências dos serviços (Despacho n.º 19040/2006, de 19 de junho). Neste seguimento, a gestão é efetuada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), mantendo dois níveis territoriais de operacionalização, o regional e o local. A coordenação regional é assegurada pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), sediadas nas ARS, com representatividade de elementos da entidade e dos centros distritais de Segurança Social. A ECR articula-se com o nível local e nacional, participando no planeamento, gestão e avaliação de qualidade do decurso dos processos nas distintas unidades.

As Equipas Coordenadoras Locais (ECL) encontram-se sediadas nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e nas Unidades Locais de Saúde (ULS), que não tenha ACES constituído (Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro), na representatividade de um médico, um enfermeiro e um assistente social, tendo por premissa, assegurar o acompanhamento das unidades da Rede ao nível local, assim como, a sua coordenação e articulação dos recursos no âmbito da referência.

Análogo a esta estrutura, existem também as Equipas de Gestão de Altas (EGA), responsáveis pela referenciação dos doentes para a RNCCI, aquando do seu internamento hospitalar e as Equipas de Saúde Familiar, que se encontram sedeadas nas Unidades de Saúde Familiar (USF), responsáveis pela referenciação dos doentes provenientes do domicílio. Estas referenciações só serão efetuadas com a validação da ECL.

Figura 6- Estrutura Coordenação da RNCCI



Fonte: Autoria própria a partir da Portaria n.174/2014, de 10 de setembro

A Rede prevê, desta forma, potenciar novas respostas para as necessidades dos doentes, conferindo a prestação de cuidados clínicos e de apoio psicossocial por equipas multidisciplinares da área da Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, entre outros, proporcionando uma abordagem holística do doente, pautada pela partilha e congregação de distintos saberes, que convergem para a elaboração de um Plano Individual de Intervenção (PII) mais pormenorizado, comprometedor de uma intervenção mais focalizada no doente e no seu bem-estar. Este modelo de intervenção assenta no pressuposto da promoção dos direitos da pessoa que se encontra numa situação de dependência, coadunando, deste modo, o Artigo 26.º da CRP² com o artigo 7.º do DL n. 101/2006, garantindo o direito:

- a) Dignidade;
- b) Preservação da identidade;
- c) Privacidade;

² Artigo 26.º Constituição da República Portuguesa

1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação.

2. A lei estabelecerá garantias efetivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.

3. A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica.

4. A privação da cidadania e as restrições à capacidade civil só podem efetuar-se nos casos e termos previstos na lei, não podendo ter como fundamento motivos políticos.

- d) Informação;
- e) Não discriminação;
- f) Integridade física e moral;
- g) Ao exercício da cidadania;
- h) Ao consentimento informado das intervenções efetuadas.

De uma forma sucinta, abordaremos a definição dos direitos pessoais que conferem uma intervenção mais humanizada à pessoa, designadamente:

i) A *dignidade* pode ser encarada como uma qualidade intrínseca de cada ser humano, pautada por uma relação complexa de direitos e deveres recíprocos entre a pessoa, o Estado e a comunidade, fomentando o incremento do respeito e da consideração, excluindo qualquer ato de desumano e de discriminação;

ii) A *preservação da identidade* pauta-se pelo respeito do conjunto de traços de personalidade, idiossincrasias e valores sociais e culturais que configuram o processo de socialização da pessoa;

iii) A *privacidade* incorpora um direito fundamental para a humanidade, direcionado a um conjunto de dados que constituem o reportório de vida pessoal, profissional e social;

iv) A *informação* encontra-se consagrado como um direito constitucional no artigo 37.º da CRP, o qual advoga que todos têm o direito de exprimir livremente o seu pensamento como meio de informar, de se informar e de ser informado;

v) *Não discriminação* pressupõe que todos temos o direito a ser tratados de forma igualitária, independentemente da nossa raça, etnia, classe social, nacionalidade, género, religião e ideologia política;

vi) O direito à *integridade física e moral* apresenta-se como um ato inviolável, no qual ninguém pode ser submetido a atos degradantes e desumanos e a penas cruéis ou tortura (artigo 25.º CRP);

vii) O *exercício da cidadania* é um direito que contribui para o bem-estar da sociedade, permitindo a representatividade adequada de representantes na garantia dos seus interesses, necessidades e objetivos sociais, políticos, económicos e culturais;

viii) *Consentimento informado*³ pode ser interpretado por uma autorização esclarecida e livre prestada pelo doente, antes de qualquer ato médico, ato integrado de submissão a prestação de cuidados de saúde e/ou participação em investigação clínica.

O Modelo de intervenção da Rede emerge com o propósito de preconizar estes direitos, pautando-se por uma prática integrada e articulada, provendo diferentes tipos de unidades e equipas, ao “surgir como entidade pertencente ao SNS na medida em que se encontra sob tutela do Estado que vem tentar solucionar a existência lacunar na articulação institucional de saúde e domicílio dos utentes” (Oliveira, 2018, p.37). A prestação de cuidados continuados integrados é efetuada por unidades e equipas adequadas e capacitadas na prestação de cuidados, ao nível da saúde e do apoio social, abrangendo hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da segurança social e da rede solidária, através de diferentes tipologias de resposta.

³ 1. O consentimento informado para tratamentos médicos, participação de doentes em ensaios clínicos e projetos de investigação e participação de doentes em ações de formação pré-graduada e pós-graduada é um requisito ético e jurídico fundamental.

2. O consentimento informado é uma manifestação de respeito pelo doente enquanto ser humano. Reflete, em particular, o direito moral do doente à integridade corporal e à participação nas decisões conducentes à manutenção da sua saúde.

3. O consentimento informado assegura não só a proteção do doente contra a sujeição a tratamentos não desejados, como uma participação ativa na definição dos Cuidados de saúde a que é sujeito.

4. Para um consentimento informado de qualidade, a comunicação eficaz é fundamental e as instituições devem instaurar mecanismos que a assegurem, não só entre o médico e o doente como também entre os diversos profissionais.

5. O consentimento informado deve ser encarado como um processo contínuo e participado, e não como uma mera assinatura de formulários.

6. O consentimento informado não pode, em circunstância alguma, conflitar com os princípios éticos que regulam a prática médica, e não constitui justificação para que os clínicos deles abdicuem.

7. As situações em que o consentimento não é possível devem estar tipificadas e devem ser assumidas pelas instituições como situações de exceção, devidamente justificadas.

8. Os princípios éticos do consentimento informado não podem, em qualquer circunstância, sobrepor-se às leis gerais do País. (ERS, 2009, p.2)

Figura 7- Tipologias de resposta da RNCCI



Fonte: Autoria própria a partir do DL n. 101/2006, 6 de junho, artigo 12º

A RNCCI encontra-se estruturada por unidades que disponibilizam camas em i) regime de internamento (Unidade de convalescença até 30 dias; ii) de Média Duração e Reabilitação até 90 dias e de Longa Duração e Manutenção superior a 90 dias), unidades de Ambulatório (Unidade de dia e promoção de autonomia); iii) Equipas Hospitalares (Equipa intra-hospitalar e suporte cuidados paliativos); iv) e Equipa Domiciliárias (Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

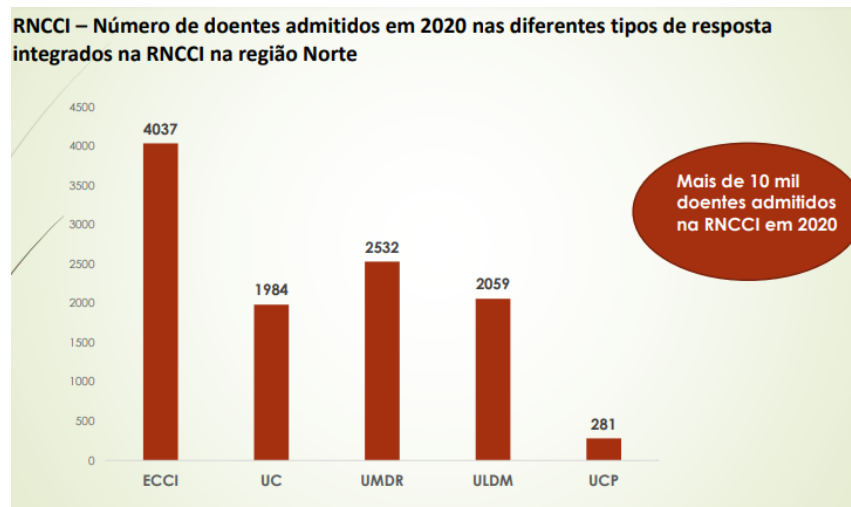
Foram criadas, posteriormente, as Unidades de Saúde Mental e as Unidades de Cuidados Pediátricos, que se excluí a sua análise neste estudo, bem como as unidades de cuidados paliativos que instituíram uma Rede própria- Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), regulamentada pela Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

No que concerne às unidades de internamento, estas encontram-se implementadas por várias zonas do país, “em processo de melhoria contínua no que respeita à prestação de cuidados e circuitos de referência” (Ministério da Saúde, 2007, p.4).⁴

Nesta sequência, podemos apresentar a evolução de camas da RNCCI na região Norte, na qual encontra-se integrado o concelho de análise da presente investigação.

⁴ Orientações para a constituição de ECCI nos Centros de Saúde, publicado em 2007 pelo Ministério da Saúde Português.

Figura 8- Admissões na RNCCI na região Norte

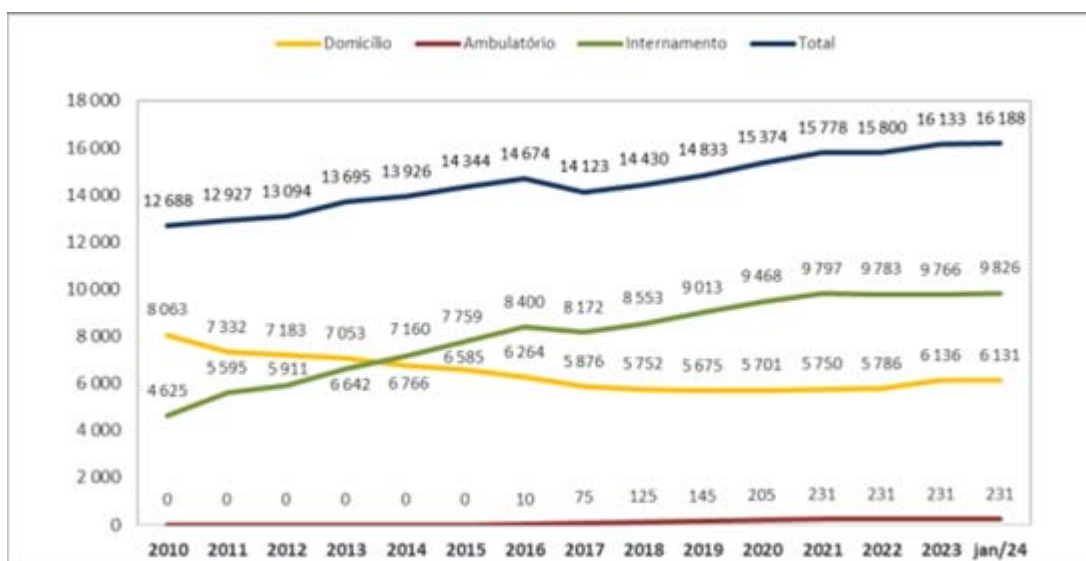


Fonte: Comissão Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte (CCDR-N)
Trabalhos preparatórios do Plano de Ação NORTE 2030

Ao analisarmos o relatório de monitorização de janeiro de 2024, a partir da fonte do SI RNCCI utilizada pelo Ministério da Saúde da República Portuguesa, podemos, também, constatar a continuidade da evolução da reposta da RNCCI, ao se verificar a existência de 9826 lugares de internamento, 231 de ambulatório e 6131 lugares domiciliários. (Ministério da Saúde, 2024),

Perante os dados apresentados verifica-se um aumento expressivo de doentes admitidos na RNCCI, com maior incidência na tipologia ECCI. Esta prestação de cuidados efetua-se no contexto domiciliário, por Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), caracterizadas por equipas multidisciplinares, agregadas às Unidades dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), onde intervém perante uma abordagem articulada de apoio psicossocial e dos cuidados de saúde. Sobre esta tipologia abordaremos com mais profundidade no ponto 1.6.1, deste trabalho.

Figura 9- Evolução N° de respostas da RNCCI (2010- 2024/1)



Fonte: Monitorização Mensal RNCCI 2024-1, publicado pelo Ministério da Saúde, 2024

A RNCCI tem-se constituído num instrumento preponderante na prestação de cuidados ao nível da saúde e do apoio psicossocial da população e, de acordo com o Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, pelo Instituto de Segurança Social, I.P., assiste-se a uma acentuada expansão ao longo dos anos, nomeadamente “um crescimento traduzido no aumento sustentado do número de camas nas diferentes tipologias de cuidados” (p.8).

Importa reforçar que, a intervenção dos serviços de saúde se processa de modo mais integrativo, promotor da expansão da RNCCI com o aumento e melhoria da capacidade de respostas, impulsionando o surgimento de novas respostas, mais diversificadas, tendo em conta as alterações sociodemográficas, marcadas pelo envelhecimento ativo, por doenças cada vez mais complexas, pela dependência e pelas necessidades que lhe estão subjacentes.

Torna-se imperioso repensar as políticas de cuidados continuados integrados, atendendo aos valores pessoais e públicos perante uma abordagem integrada e de qualidade, seguida de uma avaliação multidisciplinar efetuada por diferentes profissionais que permita “compreender as diferentes dimensões e implicações de doença da pessoa” (PD da RNCCI, 2016-2019, p.14). A abordagem e os cuidados integrados permitem a articulação e a colaboração de serviços especializados, particularmente do Serviço Social, reconhecendo como relevante o seu conhecimento teórico-prático para uma maior

exequibilidade deste modelo de prestação de cuidados continuados, numa lógica de reabilitação integral nas suas vastas dimensões Biopsicossociais, pautando-se por princípios como respeito, dignidade, integridade física e psíquica, bem como a defesa dos direitos humanos e maior justiça social.

1.6.1 Tipologia ECCI: Modelo de Gestão e coordenação da ECCI

A Tipologia de ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados coaduna-se com as diferentes respostas da RNCCI, encontra-se estipulada no artigo 27º do Decreto-lei n. 101/2006, tendo por objetivo comum, o tratamento do utente em função do grau de dependência, provendo, sempre que possível, que o mesmo se efetue no contexto domiciliário, este propósito coaduna-se com a missão do PD da RNCCI 2016-2019 ao considerar “a expansão da capacidade de resposta da Rede, privilegiando a domiciliação e as respostas comunitárias” (p.18).

Segundo a Portaria 174/2014, compreende-se por traços destes cuidados uma prática preventiva, reabilitadora, (re)adaptativa e de reintegração sociofamiliar, atendendo a uma “prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais” (Artigo 8.º, alínea a)). Constituindo-se, assim, de acordo com Macedo (2020) num nível de cuidados de saúde e apoio social intermédio alavancado por um “modelo intersectorial de prestação de cuidados de saúde, posicionando-se entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários” (2020, p. 5).

Neste seguimento, a ECCI assegura na sua intervenção, segundo o Artigo 28º do Decreto-lei n. 101/2006, os respetivos serviços:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;
- b) Cuidados de fisioterapia;
- c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;

- f) Apoio no desempenho das atividades básica e instrumentais da vida diária;
- g) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

A tipologia ECCI é integrada no âmbito do apoio domiciliário, “constitui-se como uma das dimensões mais diferenciadoras e mais difíceis de concretizar (...) constitui-se, também, como uma mudança paradigmática tradutora inequívoca de cuidados de qualidade e de promoção do respeito e da autonomia das pessoas” (PD da RNCCI 2016-2019, p. 15), encontrando-se sobre a alçada dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Baseia-se numa intervenção articulada de apoio psicossocial e dos cuidados de saúde decorrentes da avaliação integral de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e do apoio social (ACES,2017). Estes cuidados são direcionados a pessoas em situação de vulnerabilidade com comorbilidades de cariz físico e psíquico que resulta na perda das suas funcionalidades, nomeadamente locomoção e gestão das Atividades de Vida Diária (AVD’S), impedindo a sua deslocação de forma autónoma, remetendo para uma condição que não carece de internamento. Não obstante, esta condição configura-se num critério de referenciação, assente na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores adversos de doença severa, em fase avançada ou terminal.

Para a exequibilidade da intervenção da ECCI é necessário que o doente reúna condições no domicílio, que permitam a prestação de cuidados continuados integrados e que careçam de uma intervenção superior a uma vez por dia, ou de cuidados que requeiram um tempo superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de três dias por semana, apresentam um nível de complexidade no tratamento, pelo que, requerem um grau de diferenciação na componente reabilitativa. A prestação de cuidados é efetuada num horário alargado do funcionamento, incluindo fins de semana e feriados, funcionando como suporte às necessidades e capacitação do cuidador informal.

A prestação de cuidados pela ECCI é conferida gratuitamente no domicílio do doente, por uma equipa de profissionais de áreas de especialidade distintas, no sentido de tornar a intervenção na prestação de cuidados mais direcionados às necessidades diversificadas de cada utente. Parafraseando Fonseca (2020, p.36) “diferentes especialidades, melhora o acesso dos seus utentes, pela adequação dos cuidados, a promoção da multidisciplinariedade no cuidado e a continuidade dos cuidados”.

O trabalho desenvolvido processa-se mediante a articulação dos distintos técnicos com o médico de família do utente, tendo por objetivo dar continuidade dos cuidados prestados pela ECCI e os Cuidados de Saúde Familiar. Esta articulação visa promover

respostas mais humanizadas, como um meio de garantia de apoio efetivo e integrado dos cuidados necessários prestados nos diferentes momentos do seu ciclo de vida, por motivos de doença e/ou situações sociais.

1.6.2 Processo de referenciação, admissão e acompanhamento do doente integrado na tipologia ECCI

O processo de referenciação de utentes para as distintas unidades da RNCCI obedece ao preconizado na Portaria 50/2017 sob o artigo 20.º. O modelo de gestão de doentes que integram a Rede tem definidos critérios de referenciação que determinam a sua admissão ou exclusão, conforme ilustrado (artigo 19.º, n.2 e n.8). Neste sentido, os critérios de referenciação designam-se à pessoa que se encontra perante uma situação de dependência e com necessidade de cuidados de saúde continuados e integrados, designadamente:

- a) A alimentação entérica;
- b) O tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
- c) A manutenção e tratamento de estomas;
- d) A terapêutica parentérica;
- e) As medidas de suporte respiratório designadamente a oxigenoterapia ou a ventilação assistida;
- f) Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.

Consideram-se como critérios de não admissão em unidades e equipas, as pessoas:

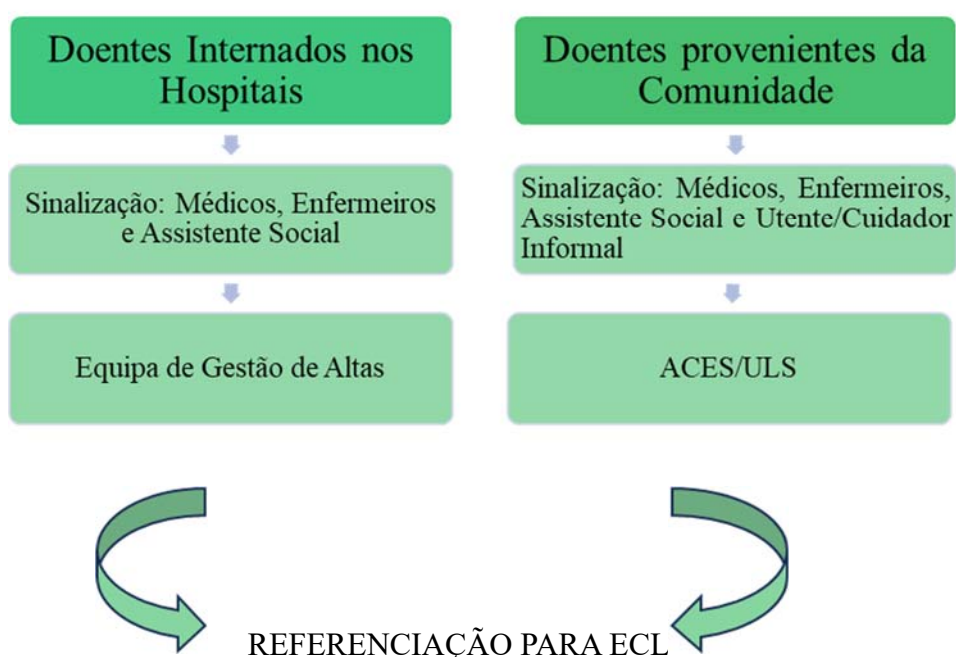
- a) Com episódio de doença em fase aguda;
- b) Com necessidade exclusiva de apoio social;
- c) Cujo objetivo de internamento seja o estudo diagnóstico;
- d) Cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar.

Este modelo de intervenção pauta-se como sendo um método equitativo no acesso e na mobilidade entre distintas equipas e unidades da RNCCI, tendo por premissa assegurar a continuidade da prestação de cuidados, de forma continuada, coordenada e articulada com as diferentes tipologias de cuidados, almejando uma prestação de cuidados comunitários de proximidade. Constitui-se num processo complexo que envolve diferentes intervenientes do organismo da RNCCI (ECR, ECL, EGA e equipa referenciadora das

Unidades Locais de Saúde), circunscrito por distintas etapas para análise dos critérios e, posterior emissão do aval para admissão dos doentes.

A referenciação para RNCCI conta com a participação obrigatória de três categorias profissionais, designadamente médico, enfermeiro e assistente social que procedem à inserção dos registos clínicos e sociais do utente formalizando o pedido, na plataforma da RNCCI SI, direccionado à equipa da Equipa Coordenadora Local (ECL) responsável da área de residência do utente. Este processo pode ser efetuado pelo Hospital aquando do internamento, através da Equipa gestora de Altas (EGA) ou pela equipa referenciadora das Unidades de Saúde Familiar, quando o doente se encontra no domicílio.

Figura 10- Processo de sinalização e referenciação



Fonte: Autoria própria

Após a receção do pedido, a ECL tem por incumbência analisar os critérios de referenciação contemplados no artigo 19.º n.2 da Portaria nº50/2017, validando a admissão do utente na Rede mediante a tipologia que melhor se coaduna com as necessidades (artigo 20.º n.7). Com aprovação da ECL, o utente fica inserido numa lista de espera por ordem cronológica a aguardar vaga para ser admitido.

Torna-se pertinente salientar que, a referenciação do utente deve ter em conta a proximidade da sua área de residência na admissão à unidade ou equipa, bem como,

atender à sua preferência na escolha das mesmas (artigo 20.º, n.8). Este processo deverá decorrer com o consentimento informado do doente em conjunto com a família, sendo este um dos princípios a salvaguardar pela RNCCI pelo decreto-Lei 101/2006, “a participação das pessoas em situação de dependência e dos seus familiares ou representante legal” assim como a “corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação de cuidados” (Artigo 6º, alíneas i) e j)).

A criação da RNCCI instituiu-se como um marco importante no Sistema de Saúde Português, com a “expansão e melhoria integrando-a com outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência, [a Rede] representa uma reforma fundamental do Serviço Nacional de Saúde” (Despacho de nomeação nº 201 de 2016). Apresenta um modelo estratégico para incrementar a cobertura das necessidades manifestas pela sociedade vigente. Todavia, têm-se verificado que apesar dos esforços da criação de infraestruturas, recursos humanos e de trabalho em constante articulação e parcerias público-privadas, continua a prevalecer uma crescente procura de prestação de cuidados continuados integrados, que coloca a Rede numa posição de frágil sustentabilidade em detrimento do fenómeno do envelhecimento e do surgimento de doenças agudas e complexas no seu tratamento.

Segundo o Relatório Mensal RNCCI-2023 do Ministério da Saúde, decorreu uma forte aposta na domiciliação dos cuidados, através das ECCI, apresentando-se a tipologia com maior número de lugares (5734) em relação às restantes respostas. De acordo com Fonseca “A prestação de cuidados de saúde em contexto domiciliário pode ser uma opção economicamente vantajosa quando comparada com a assistência de emergência, internamento hospitalar ou integração em lar residencial” (2020, p.23), bem como uma prestação de cuidados que melhora os resultados em saúde e o atendimento individualizado, mais humanizado e de qualidade.

Paralelamente a ser mais vantajosa a nível económico, a prestação de cuidados domiciliários, também vai ao encontro da preferência do utente em permanecer no seu domicílio, conforme nos assevera Rodrigues & Bárrios (2019) “As pessoas desejam envelhecer no seu habitat, beneficiando das vantagens que o seu bairro, a sua vizinhança e o conforto da sua habitação proporcionam” (p.134), quando reunidas as condições para cuidar do utente no domicílio, os serviços de apoio, efetuado pela ECCI, poderão desencadear em “potenciais benefícios não apenas físicos, mas também psicológicos para os seus clientes, bem como familiares e comunidade” (Fonseca, 2020, p.24).

A evolução tecnológica e medicinal veio promover melhores procedimentos, no âmbito da saúde, facilitando a articulação dos serviços e da informação, repercutindo-se nas exigências sociais e demográficas permitindo um melhor acompanhamento do processo e do estado do doente. Nomeadamente, do doente que se encontra integrado na tipologia da ECCI, promovendo, desta forma, um trabalho sistémico de contínua articulação dos organismos públicos, da família e da rede de apoio social.

1.7 O Serviço Social na RNCCI

1.7.1 A importância e os contributos da perspetiva humanista do Serviço Social na RNCCI

O serviço social, enquanto profissão, é essencial uma vez que, todo o reportório humano tem a vertente social associada, podendo assim considerar-se que “todo o Serviço Social é serviço social da saúde” (Bywaters e Napier, 2009 cit in Guadalupe et al, 2020, p. 4).

A profissão pauta-se por fundamentos associados aos direitos humanos e a teorias que enaltecem a relação e interação da pessoa com a sociedade, a forma como atua legítima a sua existência como profissão e disciplina científica. Deste modo, o assistente social apresenta-se dotado de conhecimentos inter, multi e transdisciplinares, que lhe permitem atuar nos diferentes vetores da estrutura social, assumindo diferentes facetas e complexidades no seu campo de intervenção. Mobiliza teorias do comportamento humano, da realidade social e dos sistemas político-sociais, que configuram o quotidiano dos indivíduos. Um serviço social humanista está intimamente ligado aos direitos humanos, à dignidade humana, ao bem-estar e ao cuidado (Payne, 2011; Carvalho, 2011).

Na saúde, o assistente social é reconhecido pela Rede perante o Manual de Boas Práticas. A sua ação confere-lhe o carácter de agente facilitador e mediador da integração dos doentes nos serviços de saúde, nomeadamente na RNCCI, ao fomentar a prestação integral e integrada dos cuidados continuados, potenciando uma abordagem holística e dinâmica que permite assegurar um melhor acompanhamento e cumprimento do Plano Individual de Intervenção (PII), de modo articulado e contínuo pelas equipas multidisciplinares.

Os cuidados continuados em saúde, devem ser reportados à junção da intervenção clínica com a social. Assim, a elaboração do diagnóstico social é imperiosa neste âmbito,

sendo um meio pelo qual se obtém a recolha de dados do reportório de vida e do suporte social da pessoa doente, relativamente às suas condições sociofamiliares e redes de apoio. Parafraseando Macedo (2020, p.27) “a cooperação entre o apoio social formal e informal é desejável em quase todas as situações, sendo o serviço social o construtor privilegiado de articulações e mediações.”. Esta capacidade teórico-técnica-operativa, manifestada pelo assistente social, potencia o elencar de estratégias integradas e estruturadas entre os níveis de cuidados sociais e clínicos, conduzindo a uma resposta mais eficaz no apoio ao processo de admissão na rede, bem como, na prestação de cuidados para a promoção do bem-estar do doente.

Apesar de ser notório que “o Serviço Social tem sido um dos atores do Sistema de Saúde” (Guadalupe, 2011, p.101), verifica-se ainda, uma limitação dos recursos humanos e o parco investimento nesta área profissional, encontrando-se “entraves à contratação e à vinculação (...) [que] deixam adivinhar a dificuldade de crescimento e de renovação desta categoria profissional no âmbito do SNS” (Guadalupe et al, 2020, p. 12). Esta situação condiciona a ação do assistente social na sua intervenção transversal e sob a perspetiva holística da pessoa, levando a uma crescente dimensão e complexidade do âmbito de intervenção, requerendo, por parte deste profissional, uma rigorosa gestão do trabalho e do tempo, tornando, consequentemente, a sua ação mais pragmática e imediatista, desembocando numa “resposta limitada face às necessidades dos utentes e da comunidade” (Guadalupe et al, 2020, p.14).

Reconhecendo as teias burocratizadas do trabalho do interventor, deve a reflexividade ter lugar sobre a prática, à imagem do ideal de Schon (2010), não apenas operando através de um conhecimento prático comum ou conhecimento processual pautado pelo saber fazer, mas também através da promoção de uma prática reflexiva que permita encontrar estratégias que se coadunem com as singularidades de cada pessoa identificados pelo olhar “clínico” do assistente social. É, para este efeito, premente não considerar o conhecimento como uma aquisição estanque e imutável, sendo necessário reconhecer a realidade social como uma questão de carácter dinâmica, complexa e específica.

Urge que os assistentes sociais recorram na sua prática profissional a habilidades técnicas, identificando os problemas oriundos da realidade e definindo “a decisão a ser tomada, os fins a serem alcançados e os meios que podem ser escolhidos” (Schon, 2010, p.56).

Compreende-se o campo ambíguo de intervenção do assistente social, na saúde, requerendo a mobilização constante dos seus conhecimentos pautados pelo saber fazer, saber estar e saber pensar (que constituem o *habitus* profissional), acompanhados pela criatividade e inovação, como requisitos primordiais para afirmação da sua competência e da sua identidade no seio de uma equipa multidisciplinar. Estes requisitos constituem-se num desafio e ao mesmo tempo numa “oportunidade de investigação que permite ao serviço social a acumulação de conhecimento, uma prática crítica e uma cultura profissional em permanente construção” (Batista, 2001, cit in Macedo, 2020, p. 24). Este modelo de trabalho resultará em intervenções mais precisas e com impactos mais significativos na vida da pessoa doente nos seus vastos domínios sociofamiliares, com a garantia de assegurar uma intervenção mais eficaz nos cuidados prestados e na prevenção, por forma a proporcionar o bem-estar e uma melhor qualidade de vida.

1.7.2 Mecanismos e estratégias mobilizadas pelos profissionais do Serviço Social na RNCCI

O serviço prestado pelo serviço social, no âmbito da saúde, é, como já referimos, imperioso, promovendo a sua identidade profissional, assegurando o seu reconhecimento e legitimação, ao apresentar-se com competências teórico/prática que lhe confere uma intervenção de natureza diferenciada, num “universo de problemas de origem multidimensional e multifatorial com dinâmicas e processos incertos e contingentes” (Granja, 2011, p. 433) - quer no campo formal ao lidar com as medidas político-social, quer no campo informal perante intervenção nos contextos de ação. Atua desta forma, através de um modelo pragmático que de acordo com Guerra “é responsável pelo profundo empirismo de que a profissão se nutre e por uma determinada maneira de conceber a relação teoria e prática” (2014, p.5), como meio de orientação para ação que permite “garantir ao profissional a sua competência profissional, eficácia, legitimidade do processo de trabalho e segurança relativamente às atividades que desenvolve” (Granja, 2011, p. 437).

Nesta sequência, podemos refletir sobre a relação entre a teoria humanista mobilizada na práxis do serviço social e o modelo pragmático. Ambos apresentam por premissa a análise do contexto de intervenção, concetualizando a pessoa como um ser

dotado de capacidade de se relacionar e interagir dinamicamente com o meio que a integra. Nesta sequência como nos advoga Payne (2011), “o humanismo pode ser concetualizado como uma filosofia ou sistema de verdade que dá importância à capacidade de o ser humano utilizar a racionalidade, de pensar e de atuar, de viver a vida tendo em conta o ambiente” (Payne, 2011, p.5, cit in Carvalho, 2011, p.58).

Podemos corroborar esta filosofia recorrendo à teoria de Dewey no que respeita à categoria do contextualismo e do instrumentalismo.

No que se refere ao contextualismo de Dewey, interpretado por Guerra (2013), “o contexto é algo inerente à vida dos sujeitos, está intrinsecamente relacionado com os modos de ser e pensar do indivíduo” (p.7) ao passo que na categoria instrumentalista “coloca em relevo o sujeito individual na condição de ser racional, protagonista da ação, da qual decorre sua convicção na articulação entre razão e experiência” (Guerra,2013, p.7).

Pressupõe-se, uma abordagem humanista ancorada na “compreensão da experiência e das significações do sujeito, tendo em conta o ambiente, os princípios e valores e a cultura de determinada sociedade” (Carvalho,2011, p.58), pautada por uma relação de ajuda, de diálogo e escuta ativa. Este processo segundo a autora, desenvolve-se mediante elementos simbólicos, socioculturais e de idiossincrasias que se repercutem em normas e condutas sociais. Importa ressaltar que a abordagem deve perspetivar,

O indivíduo como um processo em construção onde a visão particular de cada um deve ser considerada. A compreensão deste referencial é muito importante para desenvolver processos compatíveis com a advocacia e com a negociação de processos de equidade tendo em conta a justiça social (Carvalho,2011, p.59).

Nesta linha de pensamento, a intervenção do serviço social objetiva otimizar as oportunidades, a promoção e o bem-estar das pessoas vulneráveis, por circunstâncias sociais e de saúde em que se encontram.

É perante os princípios humanistas e o modelo pragmático que se debruça o trabalho do Serviço Social no contexto da saúde, mais precisamente no âmbito da RNCCI na intervenção com os doentes/ cuidador informal integrados na tipologia da ECCEI,

recorrendo, também, à perspectiva tripartida de Malcolm Payne (2002), nomeadamente individualista-reformista; terapêutica reflexiva e socialista- coletivista.

A perspetiva individualista-reformista segundo o autor, assenta numa abordagem mais clássica, na qual a função de assistente social incide em auxiliar no ajustamento e adaptação das pessoas à realidade que o integra. Relativamente à perspetiva terapêutica-reflexiva, visa o fomento e empoderamento das suas capacidades, potenciando o seu desenvolvimento nos vastos domínios ao nível, social, educativo, económico e político. Por última, apresenta-se a perspetiva socialista- coletivista, na qual o profissional deve capacitar o seu interveniente, de forma a incrementar a autodeterminação e capacidade crítico reflexiva, promovendo a sua emancipação social.

O assistente social materializa em simultâneo as perspetivas defendidas por Payne (2002) para a sua prática, porém, o que as distingue fundamentalmente é o sentido que atribuem à mudança social, atendendo à variação do tempo e das condições sociais e culturais vigorantes. Ressalta-se que o serviço social se desenvolve a partir de três elementos estruturantes, nomeadamente, o profissional, a pessoa e o contexto.

Os assistentes sociais interagem perante um contexto social marcado por fatores políticos e económicos, que lhe conferem um trabalho complexo na gestão de conjugar interesses, orientando a sua atuação “por um lado [a]uma perspetiva crítica do sistema e, por outro, [a]uma ação mais focalizada na pessoa” (Carvalho & Marques, 2021, p.91). A sua intervenção é transversal a todas as fases na RNCCI, requerendo um elencar de procedimentos técnicos que vão desde o acolhimento social, realização do diagnóstico, reuniões multidisciplinares, articulação com as redes de familiares, comunitária de serviços sociais e de saúde. Como refere Carvalho “numa intervenção em equipa multidisciplinar o assistente social assume o papel de mediador e facilitador da intervenção e procura, dentro das respostas a melhor para promover o bem-estar do doente” (2014, p. 268), tornando-se num complexo desafio, que requer um acompanhamento exaustivo de avaliação e execução do plano de ação, reconhecendo-se, deste modo, que “os profissionais de serviço social são desafiados a compreender a complexidade dos problemas e a atuar sobre os mesmos desenvolvendo relações de ajuda compreensivas e integradas, fundadas na justiça social” (Carvalho, 2011, p.52).

Cabe ainda, ao profissional do Serviço Social, garantir o apoio/suporte adequado ao doente e sua família, desenvolvendo processos informativos e de aconselhamento, incentivos em situação de crise, incrementar programas educativos, bem como coordenar

e mobilizar recursos sociais e comunitários. De acordo com Carvalho (2011) os Assistentes Sociais desenvolvem a profissão no “âmbito das políticas sociais [que] desenvolvem atividade de concepção, de mobilização, de desenvolvimento social e de ação direta junto das populações” (p.51). A atividade pauta-se pela envolvimento da comunidade e estruturas de cariz público, bem como Instituições Particulares e de Solidariedade Social (IPSS), com o objetivo de promover a mudança e o desenvolvimento, empoderando os atores sociais, dotando-os de capacidades capazes para enfrentar e superar os desafios da vida melhorando, subsequentemente, o seu bem-estar.

Este trabalho em rede permite estabelecer relações promotoras de mudanças e desenvolvimentos inter/intrapessoais significativos, para os quais “o indivíduo se organizará tanto no nível consciente como naqueles mais profundos da sua personalidade de maneira a enfrentar a sua vida de uma forma mais construtiva, mais inteligente, assim como mais socializada e satisfatória” (Rogers, 2010, p.60).

O assistente social, norteia-se pela partilha responsável na determinação de objetivos potenciadores de uma intervenção mais ajustada e humanizada, recorrendo aos atores sociais como membros ativos e dinâmicos do processo, estabelecendo uma relação de empatia e um desejo contínuo de compreender e apoiar, praticando “uma aceitação desta outra pessoa como uma pessoa distinta com valor do seu próprio mérito, e por uma compreensão empática profunda que [lhe] possibilita ver o seu mundo particular através dos seus olhos” (Rogers, 2010, p.59).

Neste seguimento, Carvalho (2011) advoga que a intervenção do serviço social privilegia a compreensão dos fenómenos perante uma prática orientada para a flexibilidade da ação humana “onde os indivíduos são concebidos como sujeitos da ação” (p.52). A sua atuação consubstancia-se pelos princípios que subjazem a profissão, carecendo de uma abordagem holística, centrada na pessoa ao nível biopsicossocial abrangendo o seu micro, meso e macro sistemas.

Parafraseando Mendes (2019, p.24),

a dimensão contextual assume uma importância primordial, na medida em que é na sequência de um tempo, de um espaço e de um conjunto de relações que a realidade emerge com uma determinada configuração e não com uma configuração diferente.

Constituindo-se em reportórios relevantes para a recolha de informação mais pormenorizadas na elaboração do diagnóstico social e, conseqüente, elencar do Plano individual de intervenção mais assertivo, promotor de procedimentos e estratégias que melhor se coadunam a satisfazer as necessidades apresentadas em prol da fomentação e garantia dos direitos humanos.

1.8 Medidas Sociopolíticas: Reconhecimento dos Cuidadores Informais e Promoção de Redes de Apoio

Ao longo dos tempos vão ocorrendo alterações político-sociais para dotar o Sistema de Saúde nas suas vastas dimensões de competências, de modo a corresponder aos distintos níveis de complexidade e de desempenho que o mesmo exige, associadas a uma maior procura de cuidados de saúde, promovida pelo desenvolvimento e expansão tecnológica e da saúde.

A adoção e (re)adaptação de medidas sociopolíticas, vão ao encontro dos direitos preconizados na Constituição da República Portuguesa sob o artigo 64º ponto 2. da alínea b) que declara a “criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho.”, cabendo ainda ao Estado no ponto 3.alínea a) “Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação.”

Segundo os dados da Eurostat de 2024, Portugal, apresenta-se como um dos países mais envelhecidos ao nível mundial, ocupando o topo da tabela, com a população a envelhecer 4,4 anos em média em apenas uma década. Por outras palavras, 24% da população portuguesa tem 65 e mais anos, 12,9% são crianças até aos 14 anos e 63,1% têm entre 15 e 64 anos. A par deste cenário acresce a liderança do País nos rácios mais elevados de dependência de adultos mais velhos, com indicadores de envelhecimento populacional socialmente vulnerável. Em 2017, Guadalupe referia que “este quadro de vulnerabilidade tem encontrado resposta na expansão de políticas de bem-estar no contexto do desenvolvimento do Estado-providência, mas também, na provisão informal, sobretudo das famílias.” (2017, p.11) Com as tendências de agravamento do envelhecimento da população portuguesa até 2040, urge que os cuidados sociais em

matéria de envelhecimento sejam (re)assumidos pelo Estado, através de um maior e melhor investimento de recursos direcionados, a esta população, a par de melhores efetividades políticas que sustentam o desejável aumento da natalidade.

A mobilização e articulação de redes de suporte social formais e informais têm vindo adquirir, cada vez mais, relevância na sociedade contemporânea portuguesa, (talvez como explicado, por Adão e Silva (2002) e Lopes & Lemos (2012), vigora um sistema familialista que sustenta uma desresponsabilização do estado social português).

A consciencialização das necessidades emergentes, promove a necessidade de desenvolver princípios e valores humanos que dignifiquem a população idosa, perspetivando que “todos os seres humanos são vulneráveis na medida em que são mortais, mas é a sua interdependência que os torna seres sociais” (Soeiro et al. 2020, p.121). Esta ideia vai ao encontro dos princípios preconizados pela Organização das Nações Unidas aos seus estados-membros no que confere à preservação do respeito, da independência, da participação, autorrealização e dignidade.

Inteirando ONU (2015) reconhece-se, contudo “que para largos segmentos da população, a idade avançada é associada a dependência e a vulnerabilidade crescentes relacionadas com o declínio do rendimento ou da saúde, havendo uma crescente necessidade de cuidados e suporte” (Organização das Nações Unidas, UN, 2015, cit in Guadalupe, 2017, p.22)

Esta nova realidade apresenta indicadores que conferem atenção, especialmente, à família reconhecendo-a como fulcral e “o núcleo duro da rede primária de suporte social” (Guadalupe, 2012, p.186).

Segundo Albuquerque & Pimentel (2010) a família ocupa uma posição central na sociedade perante um “papel social [que] já não comporta apenas uma dimensão cultural e axiológica, mas adquire, cada vez mais, uma orientação política e normativa, consubstanciada no conceito de solidariedade familiar” (p.252). Assume-se desta forma, como fonte de suporte informal no contexto sociocultural português, conforme constitui o artigo 67º, n.1 da CRP “A família como elemento fundamental da sociedade, tem direito à proteção da sociedade e do Estado e à efetivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros”.

Este núcleo familiar é constituído por vínculos afetivos, sentimentos de proteção e sentido de pertença fundamentais para a promoção do bem-estar da pessoa, vinculados por laços que persistem no tempo. De acordo com Leandro (2011) e Guadalupe (2017),

apesar de verificarmos inúmeras transformações ao nível sociofamiliar denota-se uma enorme propensão por parte das famílias de adaptação, resistência e de dinâmica consecutiva, transversal a todo o ciclo vital dos seus membros, assim “a família não é apenas o que resiste ao tempo, mas (...) o que se constrói no tempo, relativamente ao passado, ao presente e ao devir do futuro” (Leandro, 2011, p. 105).⁵

O familiarismo assume um papel preponderante perante as políticas sociais, coadunando-se com o modelo de Estado de Bem-Estar da Europa do Sul (Adão e Silva 2002), perante uma perspetiva efetiva de participação, atuando como agente ativo no processo. A família contribui significativamente para a recuperação do doente, que se encontra perante um conjunto de incapacidades e de dificuldades acrescidas para as quais necessita de acompanhamento efetivo, sendo reconhecida como um pilar de “proteção próxima”, (co)responsabilizada pela transmissão de segurança, no cuidado contínuo e intemporal dos seus familiares.

A sociedade vigente caminha a passos largos para um contexto de crise sociodemográfica, com tendência para se agravar num futuro próximo, em detrimento do aumento da taxa de envelhecimento e do índice de longevidade. Esta condição social, remete os sistemas públicos de apoio formal, regulamentados pelo Estado-Providência para uma posição vulnerável, com dificuldades de sustentabilidade económica e de recursos humanos para satisfazer as necessidades da atualidade.

Porém, podemos considerar que ocorrera, em Portugal, um investimento substancial de infraestruturas e equipamentos sociais implementados nos últimos tempos. Contudo, continuam a ser escassos para erradicar o risco social, consubstanciado pela “diversificação e complexidade dos riscos na sociedade contemporânea, [provocado pelas] transformações na esfera do trabalho e do tempo livre, [pela] necessidade e exigência de participação e iniciativa por parte dos cidadãos” (Albuquerque & Pimentel, 2010 p. 254).

De acordo com Albuquerque & Pimentel (2010), esta situação remete para a necessidade da cooperação e do apoio das redes informais, que acabam por assumir a responsabilidade da prestação de cuidados, desresponsabilizando cabalmente o Estado ao coexistir a

⁵ Artigos • Soc. estado. 33 (1) • Jan-Apr 2018 • As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa.

necessidade e exigência de participação e iniciativa por parte dos cidadãos, sob uma ótica de maior responsabilidade e implicação na construção do bem-estar individual e coletivo [que]abriram, na verdade, novas potencialidades subjacentes ao terceiro setor, e, em particular, ao incremento das solidariedades informais (p. 254).

Segundo Ribeiro, (2020) “uma boa rede de suporte social[informal] é sinónimo de apoio instrumental e emocional por parte de pessoas que se disponibilizam, (...), que se preocupam, que valorizam a relação e gostam das pessoas” (p.38). Esta perspetiva enfatiza o trabalho em Rede, tornando-se numa solução imperiosa para colmatar as questões de risco social, o que nos leva a refletir sobre a teoria de Bourdieu (1980), no que se refere ao Capital Social como o “conjunto de recursos, efetivos ou potenciais, ligados à posse de uma rede durável de relações, mais ou menos institucionalizadas, de conhecimento ou reconhecimentos mútuo” (Bourdieu, 1980, p.2).

O modelo da Rede tem como foco o equilíbrio social, ao considerar que “a realidade social é perspetivada como um sistema aberto, e não como um sistema fechado” (Mendes, 2019, p.24), apresentando a premissa de promover o bem-estar dos indivíduos, atuando através de ações de apoio que abranjam as questões da saúde, de apoio psicossocial, educação e justiça, fundindo-se pelas relações de cooperação interpessoais entre os indivíduos, grupos e/ou instituições e o Estado.

É perante esta ideologia de trabalho que emerge a RNCCI, como já foi abordado no ponto 1.4, constituída por uma relação entre vários intervenientes da esfera pública e privada que abraçam um projeto de partilha de conhecimentos e cooperação, com a premissa de promoverem uma prestação de cuidados continuados integrados de saúde e de apoio psicossocial.

Todavia, a RNCCI é uma resposta social em constante desenvolvimento de infraestruturas, como é consabido desde 2006 até à presente data, no entanto, continua muito aquém das respostas necessárias. É uma medida temporária que requer uma procura ativa por alternativas para o cuidado da pessoa doente. Em consequência da falta de respostas, a família mantém o laço perene e a (co) responsabilização do cuidar.

Para formalizar as questões associadas à ação do cuidar a nível formal-institucional e a nível informal-familiar/domicílio, estipularam-se procedimentos práticos, burocráticos e normativos, que deram lugar à elaboração de várias legislações,

nomeadamente o Regime de Maior Acompanhado, o Estatuto de Cuidador Informal, bem como a Portaria do Descanso do cuidador e, muito recentemente, a aprovação do Estatuto da Pessoa Idosa. Estas normativas visam, doravante, regulamentar a atuação responsável e consciente dos diversos atores que protagonizam a prestação de cuidados.

O Regime Jurídico do Maior Acompanhado é regulamentado pela Lei nº.49/2018 de 14 de agosto, revogando o antigo Regime jurídico de interdição e inabilitação, no qual as pessoas intervencionadas pelo mesmo eram colocadas à margem da sociedade, estigmatizadas pela anulação da sua capacidade no exercício jurídico dos seus direitos, bem como da limitação do gozo dos mesmos. Segundo nos advoga Francisca Van Dunem (Ex-Ministra da Justiça), em 2019 no Jornal Público “Isto é uma reforma civilizacional”, na qual este novo Regime enceta como um mecanismo para colmatar as necessidades apresentadas pela sociedade vigente, sendo reconhecido pela Sr.^a Ministra que,

Vivemos num país de idosos. A população está cada vez mais envelhecida. Somos o quarto país da OCDE [Organização para a Cooperação e para o Desenvolvimento Económico] com mais demências por cada cem mil habitantes. Temos de ter instrumentos para que as pessoas incapacitadas possam exercer os seus direitos no limite das capacidades que têm. (Van Dunem, 2019, Jornal Público).

Um aspeto a salientar na reforma do Regime de Maior Acompanhado é o seu carácter de flexibilidade e de capacidade de compreensão holística de cada indivíduo, reconhecendo o seu capital social, cultural, económico e simbólico. Atendendo a Ribeiro, (2020) “o novo regime tenta traduzir o respeito pela dignidade da pessoa acompanhada, que é tratada como uma pessoa inteira, com direito à solidariedade, ao apoio e proteção especial que é reclamada pela sua situação de vulnerabilidade” (p.27). Consequentemente, enquadra-se numa mudança de paradigma, cujo objetivo visa acautelar os interesses, as pretensões e os direitos fundamentais, inerentes à qualidade de vida e bem-estar do ser humano, que se encontra numa situação de vulnerabilidade e com capacidade diminuída, com o desígnio de estimular e promover a sua autonomia e autodeterminação.

O presente Regime é aplicado pelo Ministério Público, por um Juiz, que visa defender e promover os interesses dos adultos com capacidades diminuídas ou em

situação de vulnerabilidade. O processo decorre perante a proposição da Ação do Acompanhamento Maior, no qual pode ser requerido pelo beneficiário, por familiares, provir de processos judiciais ou de organismos institucionais, como por exemplo: Hospitais, Centro de Saúde, Segurança Social, Juntas de Freguesia, Estruturas Residenciais, entre outros.

Após o início do processo é instaurado um Auto pautado pela realização de diligências tendentes à recolha de informação, mediante uma avaliação preliminar onde contemple de forma detalhada e concreta a situação para, subsequentemente, se determinar a medida que melhor se coaduna, mediante o grau de incapacidade, autodeterminação e necessidade apresentada. A análise do processo rege-se em função do respeito e da vontade manifestada pela pessoa a ser acompanhada, no que concerne ao seu reportório de vida, bem como na aceitação do seu representante.

A pessoa designada para Maior Acompanhado pode ficar totalmente responsável ou de forma parcial pelo apoio à pessoa acompanhada, mediante o seu grau de dependência e incapacidade, tendo por função zelar, de forma gratuita, pelo seu bem-estar, pela recuperação e reabilitação, devendo manter, assim, contacto e visitas regulares, de modo a proteger, a impedir ou evitar que outros tomem decisões que lhe sejam prejudiciais ou fiquem à mercê da vontade arbitrária ou abusiva de terceiros.

Esta sentença não é de cariz vitalício, podendo ser revogada pela recuperação da pessoa acompanhada, por desistência do maior acompanhado e, caso não ocorram alterações, a medida deve ser revista de cinco em cinco anos.

Por conseguinte, o Regime de Maior Acompanhado encontra-se muito presente na RNCCI, no enquadramento processual dos utentes, apesar de ser uma medida recente, apresenta-se com um cariz muito relevante, por forma a garantir os direitos, sobretudo dos mais vulneráveis, suprimindo a incapacidade apresentada para o exercício, de modo idóneo, da sua prática de tomada de decisão e gestão da sua pessoa. Perante esta incapacidade, este novo regime permite a atribuição do Estatuto de Acompanhamento Maior a um representante legal, que garanta a melhor gestão dos seus direitos e deveres enquanto cidadãos.

No que respeita ao Estatuto de Cuidador informal, emerge em torno de uma política de cuidados, aprovado pela Lei n. 100/2019, de 6 de setembro, onde contempla as respetivas medidas de apoio, bem como um conjunto de normas que regulam os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada.

Esta lei é seguida doravante pelo Decreto Regulamentar nº1/2022, de 10 de janeiro, que vem validar e definir as condições de reconhecimento do estatuto, bem como as respetivas medidas de apoio. De acordo com (Soeiro et al., 2020) este regulamento legislativo vem pôr termo a um cuidado informal não reconhecido e desvalorizado socialmente, para um reconhecimento formal e legal. Assim, segundo os autores “em Portugal, o processo de criação de um estatuto para os cuidadores informais foi o primeiro passo no sentido do seu reconhecimento formal, começando assim a pôr fim a uma espécie de «Clandestinidade legal»” (Soeiro et al., 2020, p.131). Não obstante, até à data,

as famílias [destacavam-se] como componentes centrais destas redes no apoio social [assumindo]informalmente [o] plano da proteção pessoal e familiar, pelo que tem sido evidenciado o forte familismo das redes sociais em Portugal, traço caracterizado por uma forte entreaajuda sobretudo baseada no parentesco (Guadalupe, 2017, p.13).

Para este trabalho, mobilizamos a definição de Cuidador informal, enquadrada no documento do Governo elaborado por (Teixeira et al, 2017, p. 8) que define;

Os cuidadores informais são pessoas que cuidam de outra, numa situação de doença crónica, deficiência e, ou dependência, parcial ou total, de forma transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidado, realizando-se este fora do âmbito profissional, ou formal.

O ato de cuidar pode ser designado por uma prestação de cuidados e serviços quando alguém deles necessita, para garantir a satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente alimentação, higiene pessoal, administração farmacológica e acompanhamento domiciliário e institucional ao nível clínico e educativo, quando aplicável, constituindo-se fatores indispensáveis ao seu conforto e bem-estar. Todavia, a família assume um comportamento altruísta e de reciprocidade no ato de cuidar em relação ao membro familiar que se encontra vulnerável, desembocando na

perda de autonomia (...) [que se domina] como dependência. Denominação essa que (...) traz consequências tanto para o indivíduo dependente como para sua família, que

vê designada a mudar a sua rotina e dinâmica em prol de dar cuidado a um familiar em dificuldade” (Pereira, 2014, p.13).

Atendendo ao documento legislativo em análise que regula o Estatuto do Cuidador informal, a pessoa cuidada deve apresentar como requisito ser titular de complemento por dependência de 2º grau ou auferir do subsídio por assistência de 3ª pessoa. No que concerne à prestação de cuidado, de acordo com o Guia Prático do Estatuto do cuidador informal (2024), o cuidador informal é a pessoa que mantém laços de consanguinidade ou que viva em comunhão de habitação. Este requisito foi revisto com a entrada em vigor do Estatuto da Pessoa Idosa⁶, a 1 de novembro do presente ano, com o alargamento ao cuidador sem laços familiares, porém, o cuidador principal deve viver em comunhão domiciliária e fiscal com a pessoa cuidada.

Pode ser designado como Cuidador informal principal quando assume, de forma tutelar e permanente, o exercício vital de funções de cuidar, alavancadas pelas políticas sociais com a premissa de promover o desenvolvimento e a proteção social das pessoas cuidadas, ou ser reconhecido formalmente por cuidador informal não principal no apoio e acompanhamento à pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente.

Segundo Canha, os apoios formais em torno das políticas do cuidar, muitas vezes, apresentam-se como “medidas políticas que oferecem apoio aos cuidadores informais são restritas aos membros da família, por isso o cuidador informal significa cuidador familiar em termos de apoios legais, embora em termos reais extrapole a definição política” (Canha, 2020, p.13). Nesta linha de pensamento, segundo Carvalho (2011, p.55),

nestes últimos anos as políticas têm investido na formação, informação e apoio as famílias cuidadores, contudo a sua extensão é limitada. São na sua maioria a esposa e a esposo também idosos, as filhas e os filhos. Estes últimos têm uma dupla jornada de trabalho com emprego fora e dentro de casa.

Em consequência da escassez de respostas sociais na prestação de cuidados e a sobrecarga que recai sobre as famílias ao que a este tema diz respeito, os cuidadores

⁶Estatuto da Pessoa Idosa: Para um envelhecimento ativo, digno e valorizado por todos

informais, principalmente, os tutelados como principais, são considerados “uma parte fundamental da chamada economia do cuidado, que envolve a produção e o consumo de bens e serviços necessários ao bem-estar físico, social, mental e emocional de qualquer pessoa que temporária ou permanentemente necessite de cuidados” (Canha,2020, p.13)

Em Portugal, o reconhecimento legal do Estatuto de cuidador informal (ECI)⁷, foi tardio, iniciando-se primeiramente por um projeto piloto em 2016. Em detrimento da ausência de dados sobre esta dimensão, despoletou uma maior atenção política no âmbito do SNS e da promoção para a saúde, correlacionado com o Plano de Desenvolvimento da RNCCI para 2016-2019, do qual “Os cuidadores já têm vindo a ser sinalizados através da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), uma vez que faz parte do plano de cuidados dos beneficiários que os cuidadores tenham algum apoio por parte da rede” (PD da RNCCI 2016-2019, p.14).

De acordo com Carvalho (2011), os cuidadores têm vindo a manifestar sérios riscos sociais e de saúde, colocando em causa a continuidade e sustentabilidade da prestação de cuidados a nível informal. Esta situação é decorrente da exposição prolongada ao stress e à continuidade do cuidar, que exige um grande esforço físico, emocional e económico “os que experienciam estas situações queixam-se da falta de apoio e manifestam a sua incapacidade física e psíquica para continuar a prestar cuidados” (2011, p. 55).

Destarte a esta condição social, foi desenvolvida uma medida de proteção aos cuidadores na Europa, mediante uma política para a promoção do descanso dos cuidadores com a premissa de,

responder às necessidades dos cuidadores e da pessoa cuidada ao longo do tempo, ser flexíveis, bem planeados, com metodologias de intervenção mista de cuidados no domicílio com outras formas tradicionais de descanso que promovam a comunicação entre os profissionais de saúde, profissionais da área social e os próprios cuidadores (Teixeira et al., 2017, p.17)

Em Portugal, o Descanso do Cuidador foi implementado no seguimento da Lei 100/2019 de 6 de setembro, que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa

⁷ Estatuto Cuidador Informal

cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio sob o artigo 7º n.2 das alíneas a); b) e c). Esta medida de apoio, contemplou os termos e as condições propostas nos projetos-piloto regulados pela Portaria n.º 64/2020, pelo Decreto Regulamentar n.º 1/2022, e, atualmente, pela Portaria n.º 335-A/2023, de 3 de novembro.

Segundo a pesquisa realizada no portal eportugal.gov.pt⁸, o cuidador informal poderia beneficiar da medida de apoio do Descanso do Cuidador para a diminuição da sua sobrecarga física e emocional, com a referenciação para a RNCCI, durante um período de descanso com a duração máxima de 90 dias por ano, na admissão da pessoa cuidada na tipologia ULDM, ou em unidades de internamento de residência de apoio máximo ou de apoio moderado no caso da RNCCI de Saúde Mental, por um período de 45 dias por ano; bem como ser encaminhada e acolhida temporária e transitoriamente em estabelecimentos de apoio social, nomeadamente estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), lares residenciais ou em famílias de acolhimento e beneficiar de serviços de apoio domiciliário (SAD).

Não obstante, podemos constatar perante a Portaria n.º 335-A/2023, que a medida institui que, “o período de descanso do cuidador informal é definido no PIE, num período até 30 dias, seguidos ou interpolados, por cada ano civil” (Artigo 3º, n.º 1).

Perante a conjuntura sociodemográfica em que nos encontramos, torna-se pertinente refletir sobre as medidas de apoio direcionadas para a prestação de cuidados informais, não será de todo descabido nos questionarmos sobre a exequibilidade e a eficiência destas medidas, ao depararmo-nos com um Estado, cada vez menos, interveniente e com a continuidade “camuflada” da responsabilização dos cuidadores informais e redes de apoio sociais?

Face exposto, podemos considerar que “As redes sociais pessoais, paralelamente às famílias, até pelo seu familismo, podem ser encaradas como fortes fatores de regulação e de reprodução social” (Guadalupe, 2017, p.41), ao potenciar que o trabalho em rede se desenvolva perante um paradigma construtivista, desencadeador de mecanismos informais, pautados por princípios, valores e idiossincrasias sociais e culturais, capazes de mitigar as redutíveis medidas de apoio formal. Assumindo como nos reitera (Teixeira et al, 2017, p.10) um papel “deveras fundamental a nível da promoção da saúde e bem-estar da pessoa que cuidam, proporcionando apoio emocional e bem-estar, assegurando

⁸Portal de Serviços Públicos da república Portuguesa: Fazer um intervalo na prestação de cuidados

ainda a promoção da autonomia e a manutenção da sua qualidade de vida e da dignidade humana”.

O Estatuto da Pessoa Idosa foi implementado, muito recentemente, vem no seguimento de promover um envelhecimento ativo, digno e de valorização. Este documento sistematiza os direitos da pessoa idosa, destaca o reforço de autonomia (participação em atividades formativas, culturais e de voluntariado) e acesso a serviços de qualidade (apoio domiciliário, benefícios na saúde, mobilidade, acessibilidade e habitação). Apresenta como premissa a atualização das pensões, de modo a mitigar os impactos económicos na vida das pessoas idosas, bem como, incrementar novos procedimentos no Estatuto do Cuidador informal, tornando-o num processo mais célere e menos burocratizado.

O capítulo I ficou marcado pela indagação de várias fontes de evidência, que permitiram o acesso à informação, através de consulta de documentos oficiais, revisão de literatura, e conceptualizações que sustentaram a elaboração da fundamentação teórica, incrementando a sua estruturação em diversos pontos de análise. Iniciando-se pelo percurso do Serviço Social no âmbito da saúde, a historicidade do SNS no que respeita às reformas e medidas político-sociais para colmatar o flagelo Sociodemográfico, desenhando o processo envolto do tema escolhido para a investigação, acerca da perceção e relevância da intervenção do assistente social, no Âmbito da RNCCI, mais particularmente, na tipologia da ECCI.

Capítulo II- Metodologia

Este capítulo integra os aspetos de natureza metodológica que orientaram o estudo. Inicia-se com a formulação do problema, procedendo-se à sua justificação e finalidade.

Ao longo deste capítulo pretende-se descrever e fundamentar as opções tomadas no decorrer da investigação, no que respeita aos métodos e técnicas adotados que melhor se coadunaram com os objetivos definidos.

2.1 Justificação do estudo e Formulação do problema

O assistente social na ECCI, quais os seus contributos para uma abordagem mais humanizada na intervenção com o doente?
“Se não sabe, quando pergunta, como é que pode perguntar?” (Polanyi, 2009, p.16)

As constantes alterações decorridas ao longo do tempo interferem nas vastas dimensões da esfera social, despoletam a necessidade premente de criar respostas e desenvolver modelos que rompam com paradigmas implementados, por forma a satisfazer as necessidades apresentadas pela sociedade atual.

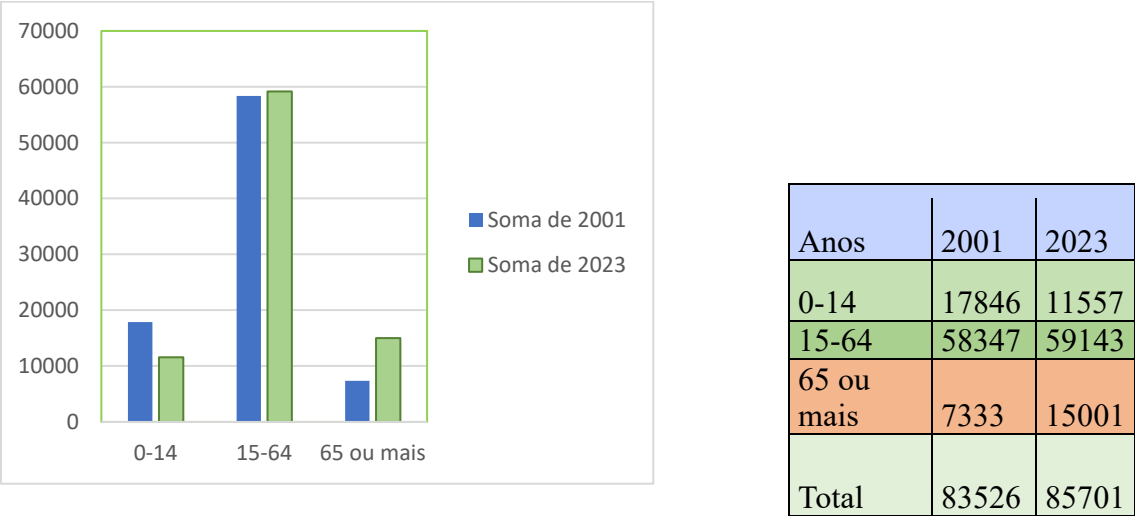
A investigação seguiu o método de estudo de caso, um estudo aprofundado, que não fornece uma base para generalizações, mas que, segundo Melo a “riqueza do estudo de caso assenta no facto de permitir aceder com a profundidade necessária a um objeto de estudo que assim o requer e que a sua virtualidade radica nas possibilidades que abre para a génese de novas hipóteses e pistas de investigações” (Melo, 2014, p.62).

O presente estudo debruça-se sobre uma problemática atual de cariz complexo a nível sociodemográfico, envolto na atuação do Serviço Social na RNCCI, abarcando o papel do assistente social nas distintas fases do processo para tipologia ECCI, no que respeita à referenciação, admissão, prestação de cuidados continuados e acompanhamento dos doentes.

A fundamentação prática pautar-se-á por uma análise micro, circunscrita ao organismo da RNCCI de um concelho da região Norte. Este concelho situa-se no distrito do Porto, é reconhecido pela forte tradição industrial. Encontra-se subdividido em cerca

de vinte freguesias e ao nível da saúde apresenta unidades de Saúde Familiar, um Hospital público, um Hospital privado que integra uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e uma Unidade de Convalescença. Apresenta, também resposta com uma Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e duas Equipas de Cuidados Continuados Integrado (ECCI).

Figura 11- População residente no Concelho em Estudo por grupos etários



Fonte: Elaboração própria Pordata (censos 2021)

Este universo de estudo, apesar de apresentar respostas às fragilidades da população deste concelho, nomeadamente de apoio na prestação de cuidados integrados, inseridos na RNCCI, releva, ainda, um flagelo concelhio com um número de respostas insuficientes face ao número de população vulnerável e dependente, segundo o diagnóstico social do concelho em estudo. No que respeita aos recursos ao nível da saúde, é afirmado que o valor inferior aos registados, a par da escassez de recursos humanos constituem-se foco de preocupação, nomeadamente no que respeita às dificuldades de acesso à prestação de cuidados.

A investigação sobre a atuação do serviço social na Tipologia ECCI prende-se com o facto de estar a frequentar o Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP), o que despoletou um interesse em conhecer o trabalho realizado por estes profissionais no âmbito da RNCCI do Concelho em estudo.

Acresce a familiaridade com o contexto prático de internamento na Tipologia ULDM onde a investigadora se encontra a trabalhar. Começamos por querer conhecer

outra realidade de abrangência da Rede como resposta emergente de políticas sociais, que congregam o objetivo geral da RNCCI, alavancadas na avaliação integral e multidimensional da pessoa em situação de vulnerabilidade e dependência.

A ECCI funciona como uma unidade orgânica, que perpetua a ideologia da RNCCI, ao prestar cuidados centrados na pessoa contemplando as suas necessidades, direitos e expectativas, garantindo os níveis de prevenção por parte de todos os profissionais implicados na prestação de cuidados. A sua constituição foi legitimada pelo Decreto-Lei nº28/2008, perante o novo modelo organizativo dos Cuidados de Saúde Primários, no âmbito do ACES, que passou a integrar as UCC.

A resposta da ECCI, nomeadamente no que diz respeito à admissão dos utentes, é consentânea a um processo de referenciação idêntico ao praticado em toda a RNCCI, encontra-se constituída por uma equipa multidisciplinar, com uma intervenção mais abrangente e num horário mais alargado, tornando-se, assim, mais integradora na avaliação das necessidades e na resposta aos cuidados de saúde e de apoio psicossocial.

A informação sobre a ECCI, em específico, é escassa, apesar de se apresentar numa tipologia de elevada incidência de admissão, resultante do flagelo sociodemográfico vigente marcado pelo aumento exponencial da população idosa, assim como, pela alteração do tecido social, desencadeando a necessidade de encontrar respostas para pessoas em situação de dependência, ao nível da saúde e de apoio social, que carecem de cuidados continuados integrados, designadamente, cuidados de reabilitação e reinserção, a par de políticas de envelhecimento ativo, manifestando-se num desafio para a sociedade atual ao nível global.

É perante esta vulnerabilidade sociodemográfica, que se pretende perspetivar os contributos do trabalho do Serviço Social, junto das equipas que constituem a hierarquia procedimental (ECL e ECCI) no que respeita ao bem-estar do doente, na garantia da prestação de cuidados, no uso pleno dos seus direitos e da dignidade humana.

2.2 Objetivos do estudo

O presente projeto de investigação tem como objetivo principal, compreender os contributos da intervenção do assistente social, desde o processo de referenciação do doente para a RNCCI até à prestação dos cuidados pela ECCI.

Para operacionalizar este objetivo delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar os indicadores a ter em conta para a elaboração do relatório no processo de referenciação para a RNCCI e monitorização da admissão;
2. Perceber em que medida se encontram garantidos os valores preconizados pela RNCCI na prestação de cuidados de saúde e no apoio psicossocial;
3. Identificar os efeitos das práticas do serviço social na promoção do suporte de apoio psicossocial ao doente no decorrer do processo.

2.3 Metodologia de estudo

Ao reconhecer a heterogeneidade dos indivíduos do qual incide a intervenção dos assistentes sociais, perante uma realidade intrincada e com necessidade de medidas de apoio, no âmbito da saúde e a nível psicossocial urgentes, assume-se a pertinência em recorrer à metodologia que melhor permita o acesso à essência dessa heterogeneidade, principalmente quando se pretende identificar contributos e significações de ações humanas, reconhecendo-se a complexidade das suas interpretações e intenções, formalizando a ideia de que “ a sociedade é fruto de uma inter-relação de atores sociais, onde as ações de uns são reciprocamente orientadas em direção às ações de outros” (Minayo,2004, p.51).

Atendendo às particularidades do tema em análise e às condicionalidades das suas possíveis abordagens metodológicas, o trabalho de investigação foi apresentado com premissa de ampliar o conhecimento acerca dos contributos do assistente social na promoção de maior equidade, de cuidados mais humanizados, maior advocacia e coesão social, na sua intervenção junto dos indivíduos mais vulneráveis e dependentes.

A realização do trabalho de investigação ancorou-se no método de pesquisa qualitativa, permitindo adotar determinados métodos e técnicas moldadas ao objeto de estudo, que lhe configuraram os pressupostos epistemológicos e rigor metodológico. Seguindo a ideologia de Minayo (2004), o método qualitativo é entendido como capaz de “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (...) como construções humanas significativas” (2004, p.10). Esta pesquisa desenvolveu-se perante procedimentos exploratórios descritivos, com recurso ao método indutivo a partir da compreensão da regra geral que regulamenta o *modus operandi* da RNCCI para, subsequentemente, obter dados específicos que

permitem evidenciar os contributos do Serviço Social no âmbito da Rede, mais concretamente, no que concerne à sua atuação na tipologia ECCL.

Não obstante, o recurso à abordagem qualitativa pode ser alvo de críticas como nos apresenta Minayo (2004), no que concerne,

o empirismo a que são acometidos muitos pesquisadores que passam a considerar ciência a sua própria descrição dos factos que lhes são fornecidos pelos sociais; b) a ênfase na descrição dos fenómenos em detrimento da análise dos factos; c) o envolvimento do pesquisador com seus valores, emoções e visão do mundo na análise da realidade e d) a dificuldade em si de trabalhar com “estados mentais” (2004, p.36).

A crítica apontada à abordagem qualitativa advém das dificuldades sentidas pelos investigadores na construção do conhecimento, apontando, segundo o autor “o problema fundamental que é o próprio carácter específico do objeto de conhecimento o ser humano e a sociedade” (Minayo, 2004, p.36).

Nesta sequência, recorreu-se ao método de estudo de caso, como guia procedimental e orientador das regras gerais a utilizar, apelando à conceção de Yin (2001) ao considerar-se que “o protocolo é uma das táticas principais para aumentar a confiabilidade da pesquisa de estudo de caso e destina-se a orientar o pesquisador ao conduzir o estudo de caso” (p.89). Assim, de acordo com a conceção de Yin, elencam-se as respetivas secções: (i) visão geral do projeto de estudo de caso (objetivos, questões e leituras de documentos relacionados com o tema de investigação); (ii) procedimentos de campo (credenciais e acesso ao contexto de estudo, fontes gerais de evidências e advertências de procedimentos; (iii) Questões do estudo de caso (questões específicas que objetivem a recolha dos dados e disposição específica de fontes de informação e participação no estudo de caso; e (iv) guia para o relatório do estudo de caso (resumo, a narrativa e especificação da informação ao nível bibliográfico e/ou documentação).

A escolha do método de Estudo de Caso foi equacionada como uma estratégia focada em encontrar informações significativas do fenómeno contemporâneo, na procura exacerbada por cuidados de saúde e de apoio psicossocial. Como nos advoga Yin (2001) o estudo de caso “contribui de forma inigualável, para a compreensão que temos de fenómenos individuais, organizacionais, sociais e políticos” (p.21).

Numa primeira fase procedeu-se à validação da construção do estudo, com recurso a instrumentos de pesquisa para validar a elaboração da investigação, através da utilização de múltiplas fontes de evidência, designadamente documentos oficiais, revisão de literatura, conceitos pré-definidos e realização do guião de entrevistas semiestruturadas. Este trabalho de pesquisa permitiu estruturar o encadeamento das evidências, a exploração da unidade de análise e, subsequentemente, a estruturação do projeto na composição da fundamentação teórica e na metodologia de estudo. Desembocando no processo de análise dos dados recolhidos, o que permitiu aceder à respetiva apresentação dos resultados para, posteriormente, elaborar a conclusão de todo o processo de investigação.

Na segunda fase, avizinhou-se a validação interna pela instituição académica (nomeadamente, pela direção do mestrado em Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto) e pela entidade de incidência do projeto de pesquisa. Esta validação visou a análise de dados, tendo em conta a adequação, a construção da explanação e a pertinência do tema.

Os procedimentos efetuaram-se por distintas etapas, iniciando-se, em junho de 2023, com o preenchimento do formulário para a atribuição do/a Orientador(a)/ e Coorientador(a). Após a atribuição realizaram-se mentorias mensais para discutir os procedimentos e análise dos resultados. Em setembro, efetuou-se a elaboração e apresentação do projeto à Direção do Mestrado em Serviço Social do ISSSP. Esta aprovação foi comunicada no final de outubro, procedendo-se a submissão do projeto à Comissão de Proteção de Dados e Comissão de Ética da instituição académica. Durante o tempo de espera, pelo deferimento da Comissão de Ética (CE), foram realizados contactos presenciais e via email com os representantes do (ACES) do território em estudo, rececionando-se como resposta inicial a disponibilidade em colaborar na realização do trabalho de investigação. Todavia, o trabalho de campo só seria autorizado mediante o despacho do parecer da CE.

O processo de investigação em curso apresentou alguns percalços associados a procedimentos burocráticos, nomeadamente o tempo de espera pelo deferimento da Comissão de Ética, (Parecer da Comissão de ética do ISSSP N.º 7/2024) com a data de aprovação, a 11 de março de 2024, assim como a gestão dos serviços públicos, marcado pela alteração de políticas sociais com a transferência de competências do ACES para as ULS, desde janeiro de 2024.

Após se efetuarem várias diligências para obter a autorização, o pedido foi encaminhado para o Centro de formação e investigação da ULS, em maio de 2024, o qual requereu a submissão do parecer da Comissão de Ética do ISSSP à Comissão de Ética e conselho de Direção da própria Instituição.

Na sequência dos procedimentos burocráticos, a autorização do estudo apresentou despacho, no dia 11/10/2024, com o N/comunicação°.28/2024.

Não obstante, o processo seguiu os trâmites procedimentais que potenciaram a prorrogação do estudo. Parafraseando Quivy (2008), a investigação é “por definição algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica” (p.31).

O tema escolhido tem suscitado inquietude social a nível global, porém a investigadora escolheu realizar o estudo abordando uma unidade de análise específica, abraçando a especificidade do contexto selecionado, com o intuito de despoletar uma maior flexibilidade, sobre o flagelo social da procura exacerbada pela prestação de cuidados de saúde e de apoio psicossocial. Este projeto de pesquisa perspetiva-se numa lógica de replicação, mediada pela validade externa com uma possível prossecução do estudo.

Consequentemente, o respetivo trabalho teve como finalidade alcançar a confiabilidade, no recurso ao protocolo de estudo de caso como instrumento orientador na recolha de dados, para melhor compreender fenómenos sociais complexos, atuando perante um método de estudo de caso aprofundado, de modo a evitar generalizações, “para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real tais como ciclos da vida individuais, processo organizacionais e administrativos” (Yin, 2001, p.21), que envolvem a ação realizada pelo/a assistente social na área da saúde, nomeadamente os profissionais que integram nas equipas da RNCCI.

Adotou-se um procedimento exploratório descritivo que, teve como função revelar aspetos do fenómeno estudado, despoletando no investigador um pensamento reflexivo e crítico, apresentando-se com o objetivo de maior aproximação ao campo de investigação, reconhecendo que o “conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida” (Minayo 2004, p. 89), mediante uma pesquisa Social que, de acordo com o autor “não pode ser definida de forma estática e estanque. Ela só pode ser conceituada historicamente e entendendo-se todas as contradições e conflitos que premeiam seu caminho” (Minayo

2004, p.27). Neste sentido, visou-se promover o acesso ao desenvolvimento de hipóteses e proposições pertinentes à identificação de resultados, acerca do reconhecimento dos contributos dos profissionais do Serviço Social, como meio favorecedor da recolha de informação, ao reconhecer-se que “a realidade se apresenta como uma totalidade que envolve as mais diferentes áreas de conhecimento e também ultrapassa os limites da ciência” (Minayo 2004, p. 27).

Para minimizar a probabilidade de enviesamento, a investigadora recorreu ao método de triangulação de dados, através da aplicação de entrevistas semiestruturadas, com questões que retratam, exclusivamente, o conjunto de interesses que alicerçam o estudo de caso e que foram tratados como casos únicos, no testemunho dos contributos do assistente social no processo de referenciação, de admissão e acompanhamento do doente, assim como a perceção da influência da sua atuação no acesso e garantia de uma prestação de cuidados de saúde disseminados por um modelo holístico mais humanizado. Interpretando Yin (2001), as questões abarcam entrevistados específicos, recorrendo como fonte de evidência aos Assistentes Sociais pertencentes à ECL e ECCI e aos restantes profissionais do contexto de estudo. Abrangendo, ainda, questões para casos individuais, nomeadamente direcionadas aos doentes/cuidadores informais, integrados na tipologia da ECCI.

Neste sentido, considerou-se pertinente promover um estudo científico nesta área, almejando contribuir para a compreensão da prestação de cuidados, fomentado a adoção de uma prática reflexiva, integrativa e de maior humanização dos serviços. Aspirando, também, que possa resultar em contributos significativos para um maior reconhecimento do Serviço Social.

2.4 Contexto do estudo

O presente estudo de investigação desenvolve-se no contexto da RNCCI, mais propriamente no âmbito da tipologia ECCI em articulação com equipa da ECL, que se encontra responsável pela coordenação e monitorização do processo de referenciação.

A ECCI presta cuidados continuados integrados, através de uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros especialistas e de reabilitação, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais, permitindo ao doente ter acesso a um cuidado intermédio em contexto domiciliário. Importa ressaltar que se inclui,

neste processo de articulação, também, os doentes/ cuidadores informais integrados na tipologia da ECCI.

O universo do estudo incidiu sobre atuação e os contributos dos profissionais do Serviço Social que integram as respetivas equipas, ECL e ECCI. Neste seguimento, recorreu-se a uma unidade de análise específica contemplando os profissionais integrados nas equipas e os doentes admitidos na tipologia ECCI, que se encontram sob a coordenação da ULS do Concelho em estudo. Todavia, serão excluídos do estudo os profissionais que não integram estas duas equipas, salvo a assistente social, identificada pela ULS para acompanhar o trabalho de investigação, assim como os doentes que não se encontram conscientes e orientados e/ou sem representação legal de Acompanhado Maior.

Segundo o Relatório de Monitorização da RNCCI de 2023, as ECCI's refletem a evolução da área da tecnologia e da medicina. As ECCI's têm vindo apresentar um aumento significativo de capacidade de atendimento e resposta às necessidades manifestadas pela atual conjuntura sociodemográfica. Encontrámo-nos numa sociedade marcada pelo elevado índice de envelhecimento e por doenças crónicas, agudas de cariz complexo, que exigem uma readaptação continua e integrada, em detrimento do resultado das transformações da própria sociedade.

A prestação de cuidados pela ECCI pode ser encarada como um meio facilitador da vida ativa das pessoas, ao potenciar respostas conducentes aos interesses e idiossincrasias dos doentes, proporcionando a continuidade da assistência ao nível da saúde e do apoio social no domicílio, conservando as relações de proximidade, segurança e conforto.

A unidade de análise será fundamentada em critérios específicos, arrolados com os objetivos de estudo propostos, por forma a obter informações válidas dos contributos do assistente social, no âmbito da RNCCI, no que respeita à advocacia social e implementação de um modelo mais humanista na prestação de cuidados preservando a dignidade humana.

2.5 Considerações éticas

Ao contemplar no âmbito deste projeto de investigação um estudo sobre seres humanos, importa considerar os valores e princípios subjacentes ao código de ética do Serviço

Social, encontrando-se como um postulado inerente a todo o processo de investigação, por forma a garantir a maior congruência possível, entre a conduta ética do investigador e o respeito, a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Assume-se uma preocupação quanto às consequências do estudo na população em análise, razão pela qual serão tomadas medidas para garantir a não maleficência e a ausência de conflitos de interesses. Como referem Sobocan et al. (2019, p. 809), “In the research context, it compels scientists to avoid the accidental or intentional infliction of harm and to minimise the risk of harm or discomfort for research subjects”. Segundo as autoras, na investigação em Serviço Social essa noção de dano deve incluir uma perspetiva que atente a danos psicológicos, sociais e económicos.

O código ético deontológico de Serviço Social Português (2018) não abrange diretamente a ética na investigação. Ainda assim, exige, no artigoº 9.2 que o uso de informação e dados pessoais deve realizar-se sob consentimento informado, esclarecido e livre.

A recolha de informação restringe-se apenas à estritamente necessária, mais exata possível e fazendo uso responsável da mesma, por forma a que, a gestão de todos os dados sobre as pessoas seja realizada com privacidade e discrição, sendo a sua partilha considerada somente em casos de comprovada necessidade, “salvaguardando, em primeiro lugar, a vida, a segurança, a integridade física, psicológica e social da pessoa” (2018, p. 13). Pressupõe ainda o dever de viabilizar o acesso dos sujeitos à informação a que a elas se refira, caso seja do interesse da pessoa.

À imagem do que Sobocan et al. (2019), advogam, é esperado que os investigadores em Serviço Social ponderem acerca das consequências das suas atividades e encontrem “the right balance between the risks of doing harm and the benefits that people involved and the wider society can gain from the research.” (2019, p. 810).

De modo a corresponder com a exigência do código deontológico de Serviço Social e à ética na investigação, nomeadamente quanto ao dever de viabilizar o acesso das pessoas à informação que a elas dizem respeito, caso esta seja sua vontade, a investigadora compromete-se em devolver os resultados da investigação após respetiva aprovação e publicação da dissertação.

2.6 Método recolha e tratamento dos dados recolhidos

A recolha de dados para este trabalho realizou-se através da observação, com recurso ao instrumento de entrevistas semiestruturadas^{9 10}, aplicadas a onze participantes, com o intuito de “encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho” (Quivy, 2008, p.70), às quais foram atribuídos códigos de identificação, de modo a preservar e a salvaguardar a confidencialidade e anonimização dos participantes, tendo por princípio a preocupação de formulação de perguntas estreitamente estipuladas, de acordo com os objetivos da investigação (por exemplo, não serão pedidas informações quanto ao nome ou residência do participante).

As entrevistas permitiram à investigador dirigir-se aos participantes e obter a informação procurada “ao responder às perguntas, o sujeito intervém na produção da informação” (Quivy, 2008, p.164), através do discurso promovendo um momento de construção significativa, distinguindo-se como um processo fundamental de comunicação e interação humana, “o discurso é a palavra em ato” (Quivy, 2008, p.80). O recurso a este instrumento possibilitou à investigadora retirar informações fundamentais e elementos de reflexão, potenciando um maior enriquecimento do trabalho, atendendo a que o conteúdo da informação obtida fosse objeto de análise de conteúdo sistemático, designado para testar hipóteses de trabalho.

Importa salientar a ideia defendida por Quivy (2008), relativamente ao recurso da entrevista como método de recolha de informação, ao advertir que “o espírito teórico do investigador deve, no entanto, permanecer continuamente atento, de modo a que as intervenções tragam elementos de análise tão fecundos quanto possível” (p.192).

O tratamento e armazenamento dos dados recolhidos seguiram a política de proteção e privacidade de dados, aprovado a 22/01/2024, pelo Departamento de Regulamento de Proteção de Dados do ISSSP, com o número do parecer 11/2024/RGPD.

Os dados recolhidos foram, exclusivamente, para fins académicos, com o consentimento informado¹¹ de todos os participantes envolvidos. Na informação ao participante e consentimento informado consta o objetivo do estudo, o tempo previsto da

⁹ Anexo 1: Guião da Entrevista a Profissionais

¹⁰ Anexo 2: Guião de Entrevista Doente/ a Cuidadores informais

¹¹ Anexo 4: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

aplicação do instrumento e a informação de que a participação é voluntária, sem qualquer custo ou seguro associado. A participação poderia ser interrompida em qualquer momento da investigação. Comportou, ainda, a informação da garantia que todos os dados seriam tratados em conformidade com o anonimato, salvaguardando o sigilo e a confidencialidade, dos quais só teriam acesso exclusivo o/a participante, a investigadora, a orientadora e coorientadora académica. Por fim, foi colocada a declaração¹² de compreensão dos procedimentos e de que eventuais questões, as quais foram respondidas em conformidade com o esperado, concordando em participar no presente estudo.

A aplicabilidade das entrevistas foi efetuada, sempre que possível, pela investigadora aos profissionais, bem como aos doentes/cuidadores informais, que decorreu nos dias (13,14 e 15 de novembro de 2024), a nove dos entrevistados. A recolha dos dados efetuou-se com a deslocação da investigadora ao domicílio dos doentes/cuidadores informais que, perfizeram a aplicação de cinco entrevistas. No que respeita às restantes quatro entrevistas, foram realizadas aos profissionais no contexto institucional, onde se encontravam a exercer as suas funções, em conformidade com a sua disponibilidade.

Nos casos em que não foi possível a realização das entrevistas presencialmente, por motivo de indisponibilidade de horário dos restantes profissionais, solicitou-se junto do elemento designado pela ULS como elo de ligação, a distribuição dos guiões para a recolha dos dados a três dos participantes, obtendo uma colaboração com o envio da gravação da entrevista, no dia 6 de dezembro e outro por via email, no dia 18 de dezembro. Ficou em falta a recolha de dados de um elemento que se recusou em colaborar.

Pretendeu-se com este trabalho obter a participação dos assistentes sociais integrados na ECL e ECCI, bem como dos restantes profissionais que, integram as equipas e os doentes/cuidadores informais admitidos na tipologia ECCI.

À posteriori, as entrevistas foram transcritas e alvo de análise de conteúdo, que segundo Quivy (2008) “é um método operativo, flexível e maleável” (p.81) e para Bardin (1977) é um método empírico, que consiste numa técnica que requer um trabalho exaustivo e de aperfeiçoamento “a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (p.39). No recurso a esta análise “é importante

¹² Anexo 5: Declaração de consentimento

que o investigador tenha uma visão global do seu trabalho e não preveja as modalidades de nenhuma das etapas sem se interrogar constantemente acerca das suas implicações posteriores” Quivy (2008, p. 185). Importa referir que durante o processo de transcrição foram anonimizados todos os elementos passíveis de serem identificativos dos participantes.

Através da análise de conteúdo pretendeu-se compreender a historicidade do trabalho realizado pelo assistente social, no âmbito da saúde, mais concretamente, ao nível da RNCCI na tipologia da ECCI, bem como, perceber a nível metodológico a capacidade de desenvolver mecanismos conducentes a contributos significativos para todos os intervenientes do processo.

O objetivo desta abordagem pretendeu estabelecer a concordância entre o nível empírico e o nível teórico, de modo a que as hipóteses fossem validadas e dessem confiabilidade ao trabalho de investigação.

A análise de dados permitiu codificar, categorizar, identificar padrões e temas proporcionando uma melhor compreensão da informação. Alguns temas foram aprofundados e ampliados em subcategorias que se consideraram espaços de reflexão.

Após o escrutínio, dos dados em análise, abordaram-se as respetivas dimensões: (i) A referenciação para a tipologia ECCI; (ii) Cuidados Continuados Integrados; (iii) Serviço Social na ECCI.

Capítulo III- Resultados

Para a recolha dos dados apresentados foram administrados dois guiões de entrevista semiestruturada, a um público alvo de onze participantes. Os participantes apresentam-se distribuídos por cinco doentes/cuidadores informais, que se encontram admitidos na tipologia ECCI e seis profissionais, nomeadamente enfermeiros/as, fisioterapeuta e assistentes sociais dos quais quatro integrados na ECCI, um na ECL e o restante a aguardar integração na ECCI.

O 1º grupo de questões do guião de entrevista permitiu obter informação passível de realizar uma caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, nomeadamente:

Tabela 1- Perfil sociodemográfico profissionais

Categoria de dados	Segmento de dados	Resultados		
Idade	34	1		
	44	1		
	46	1		
	49	1		
	58	1		
	65	1		
Sexo	F	4		
	M	2		
Categoria Profissional	Enfermeiro/a	3	Mestrado	2
			Pós-Graduação	1
	Fisioterapeuta	1	Licenciatura	1
	Assistente social	2	Licenciatura	2
Tempo de trabalho na ECCI	0-5 anos	3		
	10-15 anos	3		

Fonte: Autoria própria

Os dados apresentados na tabela 1 permite-nos traçar o perfil sociodemográfico dos profissionais, verificando-se que apresentam idades compreendidas entre os trinta e quatro e os sessenta e cinco anos, com incidência de (n= 4) do sexo feminino e (n=2) do sexo masculino. No que respeita ao grau académico (n=3) são detentores de licenciatura, (n=2) de mestrado e (n=1) com pós-graduação. Enquadram-se (n=3), na categoria profissional de enfermeiros/as, (n=2) assistente social e fisioterapeuta (n=1). Dos profissionais entrevistados verifica-se que metade da equipa (n=3) exerce funções há

menos de cinco anos e os restantes (n=3) encontram-se inseridos na ECCI entre dez a quinze anos.

Tabela 2- Perfil sociodemográfico doente/cuidador informal

	Categoria de dados	Segmento de dados	Resultados
Dados Doente	Idade	51-70	1
		71-90	3
		+91	1
	Sexo	M	1
		F	4
	Estado civil	Casado	1
Viúvo		3	
Outro		1	
Dados Cuidador	Idade	50-60	1
		61-70	2
		81-90	2
	Sexo	M	1
		F	4
	Estado civil	Casado	3
		Viúvo	1
		Outro	1
	Situação profissional	Desempregado	1
		Reformado	3
		outro	1
	Grau de Parentesco	Cônjuge	1
		Filho/a	2
		Irmã	1
		Doente	1
Agregado familiar	2 pessoas	4	
	3 pessoas	1	

Fonte: Autoria própria

Na análise dos dados sociodemográficos do doente/cuidador informal, ilustrados na tabela 2, podemos considerar que, o cuidador apresenta uma faixa etária variável entre os cinquenta (50) e os noventa (90) anos, com predominância do sexo feminino (um N de 4 para 1 do sexo masculino). Quanto ao estado civil observamos que a maioria (n=3) dos cuidadores são casados, encontra-se 1 na situação de viuvez e 1 sem definição. Os cuidadores apresentam-se maioritariamente (n=3) em situação de reforma, 1 em situação de desemprego e 1 com situação indefinida. No que concerne ao grau de parentesco verificou-se uma diversificação dos cuidadores, porém prevalece uma maior incidência do cuidador informal representado pela filha/o com duas (2) respostas. Os restantes resultados são unânimes de trata-se de cônjuge (n=1), (n=1) irmã e (n=1) de um/a doente autónomo/a na realização dos autocuidados e representatividade da sua pessoa.

Verificou-se que o número de agregado familiar se apresenta, maioritariamente (n=4) constituído por dois elementos, e com três elementos (n=1). Foi, também, possível verificar que o nível de escolaridade dos cuidadores é marcado pelo ensino básico dos entrevistados (n=5).

No que respeita ao doente, a sua idade oscila entre os 51 anos e superior a 91 anos (cinquenta e um anos e idade superior a noventa e um anos). Perante os dados recolhidos podemos observar que um participante se situa numa faixa etária entre os 51 e os 70 anos (cinquenta e um e os setenta anos), maior incidência dos 71 aos 90 anos (setenta e um e noventa anos) (n=2) e um participante com idade superior aos noventa e um anos (n=1). A pessoa cuidada é representada maioritariamente como sendo do sexo feminino (n=4), havendo somente um participante do sexo masculino (n=1). No que se refere ao estado civil da pessoa cuidada verifica-se que dois participantes estão em situação de viuvez, um na situação de casado e um na situação de solteiro.

Como já foi mencionado, anteriormente, a análise dos dados encontra-se dividida em três domínios, subdivididos por categorias e subcategorias, conforme apresentado na Tabela 3, o que permitiu analisar a frequência das respostas dos entrevistados e obter informação válida para o trabalho de investigação.

Tabela 3- Análise Dados - Equipa profissionais e doentes/cuidadores

Domínios	Categorias	Subcategorias	Frequência
Referenciação tipologia ECCI	Processo referenciação e admissão	Entidades referenciação e Procedimentos	6
		Capacidade admissão na ECCI	6
	Critérios de admissão	Nível curativo, reabilitação e paliativo	2
Cuidados continuados e integrados	Recursos para a intervenção	Recursos materiais	7
		Recursos Humanos	6
		Mobilização redes apoio	3
	Cuidados de saúde e Apoio Psicossocial	Prestação de cuidados e acompanhamento	10
	Promoção e qualidade da prestação de cuidados continuados integrados	Procedimentos adotados para encontrar soluções e respostas adequadas às necessidades	5

Serviço Social na ECCI	O papel/funções do assistente social na ECCI	As distintas interações e intervenções do assistente social	6
	O serviço social e as práticas profissionais na ECCI	O desempenho do assistente social na ECCI e a sua abordagem ao doente/família	10
	Medidas político-sociais e a crise sociodemográfica vigente	Dilemas/desafios do assistente social	6

Fonte: Autoria própria

3.1- Domínio - Referenciação do doente para a tipologia da ECCI

Na **Referenciação do doente para a tipologia da ECCI**, a 1ª categoria de análise é o Processo de referenciação e admissão e as suas subcategorias, a análise das entidades de referenciação e os procedimentos, assim como a capacidade de admissão de doentes.

Para a **análise do Processo de referenciação e admissão** obtivemos seis respostas, o que nos permitiu verificar as entidades de referenciação, como sendo, nomeadamente, a Equipa de Gestão de Altas (EGA) - aquando do internamento hospitalar ou a Equipa de Unidades de Saúde Familiar (USF) - quando o doente se encontra no domicílio, bem como os procedimentos adotados no processo de referenciação.

O processo de referenciação inicia-se com a proposta fundamentada a nível clínico e social pelos profissionais (médico, enfermeiro e assistente social), dirigida à ECL da área de residência que analisa os processos e verifica a existência de critérios validando ou indeferindo a admissão. Todos os profissionais foram unânimes na sua resposta e na sistematização desta fase do processo, atenda-se aos seguintes excertos de entrevista

“Os utentes podem ser referenciados ou pelo médico de família, ou pelo enfermeiro de família, portanto, equipa de saúde familiar. Pelo hospital e podem vir, vir, também, de outras tipologias, tipo unidades de cuidados continuados de, de média duração, longa duração e, podem vir transferidos também para a equipa.” (P1/20/25)

“(…) A equipa clínica, médico e enfermeiro, avaliam os critérios, fazem uma proposta, devidamente fundamentada, onde elencam o diagnóstico do utente em questão e apontam as necessidades identificadas, daquele utente. O assistente social realiza a

avaliação social (...) A proposta segue para a ECL que avalia a necessidade ou não desta intervenção e, é esta equipa, a ECL, que valida ou exclui o episódio de referenciação.” (P2/20/25)

“A referenciação para ingresso de doentes oriundos do domicílio, e dos hospitais deverá ser efetuado através de:

1. Proposta clinicamente fundamentada, apresentando o diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional da Doença; registo de comorbilidades, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – médicos e enfermeiros.

2. Avaliação do serviço social

3. Qualquer outra informação relevante

4. Proposta enviada à ECL

5. ECL avalia a existência de critérios de inclusão ou exclusão.

6. Valida e coloca o episódio em aguarda vaga, ou recusa.” (P3/20/25)

Foi, também, passível de se verificar que a tipologia ECCI é constituída por duas equipas que, prestam cuidados continuados integrados, no concelho em estudo. Estas ECCI’s apresentam capacidade de admissão, neste momento, para cerca de 35 doentes.

“20 Utente por ECCI, ou 5 utentes por enfermeiro, promovendo uma lotação de 15 utentes para reabilitação e 5 utente para outros cuidados.” (P3/20/25)

“A capacidade de admissão de utentes na tipologia da ECCI, é de 20 utentes por ECCI ou 5 utentes por enfermeiro, promovendo uma lotação de 15 utentes para reabilitação e 5 utentes para outros cuidados.” (P2/20/25)

“Neste momento, nós inicialmente com uma ECCI tínhamos capacidade para 20 doentes. Ao abrigo do PRR com a abertura da nova ECCI estamos a programar para 35 doentes (...)” (P4/20/25)

“Total 15 mais 20, que nós temos as duas ECCI’s (...)” (P5/20/25)

Na 2ª categoria foram apreendidos os **Critérios de admissão para a ECCI**, nomeadamente ao nível curativo, reabilitativo e paliativo, conforme elencado nas subcategorias. Para análise desta informação foram extraídas duas respostas que explanaram os critérios de admissão e de exclusão. A recolha da informação permitiu verificar que os critérios de admissão na tipologia ECCI encontram-se associados ao tratamento de feridas complexas, reabilitação por sequelas resultantes de AVC e/ou fraturas e apoio da gestão terapêutica.

“(...) a gestão do regime terapêutico, onde o utente ou a família não consegue gerir a medicação do utente; é por feridas complexas, tratamentos de feridas diárias, ou tratamentos de feridas que demorem mais do que uma hora e meia, o seu tratamento é um critério de admissão à rede (...).Doentes que necessitem de cuidados de reabilitação e que não se possam deslocar do seu domicílio, mas que tenham condições no domicílio para realizar um programa de reabilitação é um critério de admissão.” (P4/20/25)

“(...) nós não podemos ter utentes por situações sociais na ECCI (...) o doente que teve um AVC, ou que teve uma queda, ou uma fratura e que vem do hospital para o domicílio, (...) feridas que necessitem de tratamento diário (...) doentes que vão acamando e têm feridas, que já são complexas e, então é um dos critérios para estar connosco (...) Ou então situações, por exemplo; demências que vão surgindo e antes que haja um agravamento, significativo, o doente é encaminhado para a reabilitação para tentar retardar ao máximo os sintomas da doença.” (P6/20/25)

Não obstante, a informação recolhida permitiu, também, constatar que as questões sociais não são critérios de admissão, pese embora, os profissionais se deparem com situações análogas aos determinantes sociais da saúde, ao longo da sua intervenção, que influenciam o seu trabalho e a qualidade dos cuidados prestados.

“(...) nós vemos que esta região e a maioria dos doentes que nos são enviados têm algumas dificuldades económicas e nós temos que perceber, que pessoas com maiores dificuldades económicas tendem a ter um pior nível de saúde. Ora se nós acrescermos ao facto de as pessoas não terem saúde, não terem recursos para a tratar, nós estamos aqui a juntar o pior de dois mundos.” (P4/20/25)

3.2. Domínio - Cuidados Continuados Integrados

O segundo domínio é referente aos **Cuidados Continuados Integrados**, apresenta-se dividida em três categorias e as respetivas subcategorias.

A 1ª categoria abarca os **Recursos de intervenção** para a prestação de cuidados ao nível recursos materiais, recursos humanos e redes de apoio.

No que respeita aos **recursos materiais**, foi possível obter cinco respostas, nas quais se verifica a existência de materiais de tratamento terapêutico, de reabilitação, bem como veículos para as deslocações dos profissionais aos domicílios dos doentes.

“Temos carrinhas à disposição, depois temos material de penso e algum material de reabilitação, fitas de elásticas, as tiras elásticas, pesos, alteres, bastões, pedaleira, tábuas de equilíbrio, material para trabalhar a motricidade fina, um aparelho de electroestimulação. Depois existe vários equipamentos que são disponibilizados, andarilhos, canadianas, tripés, bengalas, cadeira de rodas, uma série vasta de equipamentos.” (P5/20/25)

“Pronto, os carros, depois temos material de reabilitação, desde colchões, bicicletas, cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas, tudo que são material de tratamento de feridas, pensos, tudo de tratamento de feridas, basicamente.” (P6/20/25)

“Viaturas, ahhhh aqueles produtos de apoio, tipo a bicicleta, pesos, canadianas. Andarilhos, não sei se, neste momento, tem alguma cadeira de rodas, camas articuladas, é principalmente isso.” (P1/20/25)

“Neste momento, temos 3 carrinhas, 3 veículos. Temos, ora muito material de reabilitação, que foi obtido através de um programa da missão sorriso que nós ganhamos do Continente. E temos algum material, também fornecido pela Rede Nacional de Cuidados Continuados, pouco, mas temos também algum.” (P4/20/25)

“Necessários para a reabilitação, para prática curativa, ensinios e meios de transporte.” (P3/20/25)

Em relação aos **recursos materiais** para a prestação de cuidados foi, de igual modo, recolhida informação junto dos **doentes/ cuidadores** (n=2), permitindo observar que, reúnem condições para que o doente permaneça no domicílio, encontrando-se na posse de recursos materiais adequados às suas necessidades e conforto. Porém, foi, também, suscetível verificar que a nível de apoio do cuidador reside a escassez de disponibilidade da rede familiar e salientam-se as dificuldades económicas para a contratação de meios/rede de apoio formal, repercutindo-se no ato de cuidar diário e, consequentemente, na exaustão do cuidador.

“Tem a cadeira de rodas, tem a cama, tem o cadeirão. Estando eu sozinha fica todo o dia na cama, porque eu não consigo movimentá-la para outro lado. Estando com a minha irmã, pronto! Vai para a cadeira de rodas, damos-lhe banho na cadeira de rodas e ao fim de semana vai para o cadeirão.” (C1/20/25)

“Tem uma cadeira de rodas que foi a minha irmã, uma irmã minha que está em Inglaterra que lhe ofereceu, a cama articulada é emprestada. Banho, eu, eu mudei a casa de banho, mas ela agora, eu dou-lhe banho na cama, porque ela agora está acamada (...) há tempos falaram-me, mas eles queriam tanto dinheiro para vir cá e eu organizo-me sozinha, eu consigo dar-lhe banho, mudar-lhe a... Pronto apanhei-lhe o jeito e consigo sozinha e então não quis.” (C2/20/25)

No que respeita aos **recursos humanos**, verifica-se perante os dados recolhidos (n=6) uma certa incoerência, relativamente ao número de profissionais afeto às ECCI's, por quanto, é passível de se constatar que os profissionais de enfermagem apresentam o grupo de maior contratação em relação aos restantes profissionais da equipa multidisciplinar, nomeadamente psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeuta e nutricionista.

“Cinco enfermeiros a tempo completos, T.S. Social, psicóloga e nutricionista em tempo parcial. Apoio do médico de família.” (P3/20/25)

“A equipa é constituída por 5 enfermeiros a tempo inteiro, 1 assistente social, 2 psicólogos e 1 nutricionista a tempo parcial. O apoio clínico é dado pelo médico de família (...)” (P2/20/25)

“De reabilitação somos 13, atualmente. Em termos reais 3, e os enfermeiros, que assumem durante a semana, são 5 durante a semana e depois tem os outros enfermeiros que fazem, também, o fim-de-semana. Depois há 2 psicólogas, 1 nutricionista e uma assistente social e eu (...).” (P5/20/25)

“Temos uma psicóloga, não duas psicólogas, uma assistente social, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, e então sobram nove, não onze. Eu disse dezasseis, sim, são onze enfermeiros.” (P6/20/25)

“Neste momento, não sei! Há tantos ausentes, 14, 15.” (P1/20/25)

“A equipa como são duas equipas e são as duas equipas que dão resposta às duas ECCI's, neste momento a equipa é composta por 8 ou 9 elementos” (P4/20/25)

A subcategoria da **mobilização de redes de apoio** apresenta-se como complemento da intervenção, de modo a prover a mitigação das vulnerabilidades apresentadas pelo doente/cuidador, bem como pela equipa da ECCI na promoção de uma resposta mais assertiva e conducente com o requerido. Para esta análise obtivemos 3 respostas que evidenciam a mobilização e articulação da ECCI com a rede formal e informal de apoio.

“Fala-se com a equipa do SAAS, com a equipa da Câmara, das Juntas de Freguesia e das IPSS (...) Em situações que vão prestar os cuidados aos doentes.” (P1/20/25)

“Na avaliação inicial nós conseguimos logo perceber quais são aquelas necessidades, identifica-las para depois de imediato pedir esta colaboração estreita com o serviço social, psicologia, nutrição e às vezes os stakeholders da comunidade, toda a rede de apoio que possa beneficiar um pouco o programa que nós estamos a implementar para aquela família para aquele utente.” (P4/20/25)

“Quando existe necessidade, o serviço social, referencia ou articula com instituições da comunidade, com a Segurança Social, com as entidades que tiver que ser, para resolver situações sociais mais concretas.” (P5/20/25)

Na 2ª categoria tratou-se dos **Cuidados de Saúde e o Apoio Psicossocial** através da análise de dez respostas (profissionais e doente/cuidador) da **prestação de cuidados e o acompanhamento efetuados ao doente/cuidador**.

Os cuidados de saúde prestados versam o nível curativo, reabilitativo e paliativo, de acordo com o preconizado pela RNCCI, com o intuito de garantir uma prestação de cuidados continuados integrados, numa abordagem holística e de proximidade com o doente/cuidador e ECCI. Os procedimentos adotados são negociados com os distintos intervenientes do processo (doente/cuidador e equipa multidisciplinar da ECCI), assumindo-se um compromisso em prol do bem-estar do doente, sendo-lhe preservada a sua identidade e conferidos os seus direitos.

“Reabilitação, cinesioterapia, tratamento de feridas, ahhhh... basicamente, creio que será isso.” (P1/20/25)

“A prestação de cuidados de enfermagem, toda ela, desde de tudo. Portanto, desde que seja cuidado de reabilitação, tratamento de feridas, ensinios ao cuidador e ensinios ao próprio doente.” (P6/20/25)

“Principalmente, na área de pensos e da reabilitação. Sim, social enquadrado dentro destas duas tipologias podem ter o acompanhamento social, psicologia e nutrição.” (P5/20/25)

“A equipa de cuidados continuados integrados assegura, designadamente:

a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa; frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior 1h e 30 m por dia, no mínimo de 3 dias por semana. Presta

cuidados além do horário normal da equipa de saúde familiar incluindo fins-de-semana e feriados.”

b) Cuidados de fisioterapia;

c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;

d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;

e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;

f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;

g) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária;

h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.”

(P3/20/25)

“(...) cuidados domiciliários de enfermagem e médicos, de natureza preventiva e reabilitadora e, também, vamos fazendo algumas intervenções na área paliativa. As visitas domiciliárias estão programadas de acordo com o programa definido, previamente, pela equipa, posteriormente à primeira avaliação do utente. (...)

“Cuidados de reabilitação, apoio psicossocial que envolve, não só, o utente, mas também, os seus cuidadores principais. A equipa realiza a sensibilização para a promoção da saúde, a todo o agregado, bem como técnicas de cuidado e autocuidado, apoia na satisfação das necessidades básicas do agregado, promove o desempenho das atividades de vida diária e, também, realizamos a gestão dos casos articulando com a saúde e a ação social.” (P2/20/25)

“É um cuidado de proximidade (...) os cuidados são negociados e articulados com a família e com o prestador de cuidados. Nós temos aqui muito cuidado em incluir sempre o prestador de cuidados na nossa prestação e na nossa gestão de cuidados, os objetivos são sempre articulados com eles.” (P4/20/25)

“Ora bem, ela está ainda entregue aquela unidade de cuidados continuados. Atualmente, elas estão com poucos recursos, pronto! Quando a minha mãe veio, vinham aqui três vezes por semana, atualmente, têm vindo uma vez por semana. (...) Pronto, eles o que disseram foi que a qualquer momento podia ligar para eles, disponibilidade, certo e quando acontecesse alguma coisa e nisto têm sido prestáveis.” (C1/20/25)

“Sim, ainda veio hoje de manhã fazer-me o curativo. (...) É fazia dia sim dia não, mas agora faço 3 vezes por semana (...)” (D1/20/25)

“Eles vêm cá pra mudar os pensos (...). E então elas vêm mudam os pensos, vê a algália, vê a sonda, pronto essas coisas, sei lá. Cuidam das feridas e mudar os pensos. (...) Três vezes por semana, porque não é necessário vir mais, porque eles se fosse...pronto! Tá mais ou menos controlado, senão elas vinham ao fim de semana ou todos os dias se fosse necessário, é o que elas dizem. (...) é uma coisa que a gente sente apoio, um apoio, qualquer coisa que a gente...gosto da maneira delas, fazem aquilo com vontade, com gosto, coisa que às vezes não se vê em todas áreas. (...) São muito prestativas, simpáticas, atenciosas qualquer coisa e, lá está e tenho aquela, aquela coisa se preciso posso ligar,” (C2/20/25)

“(...) os tipos de cuidados, vem a enfermeira a fazer a fisioterapia, vem a enfermeira de vez em quando dar as vacinas, vem ver se é preciso alguma coisa de vez em quando, também. Prontos, uma vez de lá de longe a longe também vem a Sr.^a Doutora também visitar pra ver como ela está, fazer a consulta de rotina e é isso.” (C3/20/25)

Na categoria da análise da **promoção e melhoria da qualidade da prestação de Cuidados Continuados Integrados (CCI)**, pretendeu-se analisar os **procedimentos adotados pela ECCI para encontrar soluções e respostas adequadas às necessidades emergentes**, no âmbito institucional, assim como na intervenção com os doentes/cuidadores.

Têm-se verificado ao longo do tempo que existe um flagelo nas respostas às vulnerabilidades emergentes em detrimento da condição sociodemográfica vivenciada a nível macro (Por todo o mundo), a nível meso (Portugal) e focando-nos num nível mais micro (concelho em estudo) que apresenta uma taxa elevada de população idosa, vulnerável com múltiplas comorbilidades que carece, cada vez mais, da prestação de CCI e de respostas sociais que colmatem as fragilidades vivenciadas.

Após o tratamento dos dados recolhidos (n=5), considerou-se pertinente abordar esta categoria, por forma a perceber os mecanismos utilizados pela ECCI para promover a melhoria da prestação de cuidados. Neste sentido, verifica-se que existe um controlo da

qualidade na prestação e satisfação dos cuidados prestados pelas entidades coordenadoras da ECCI, são também aplicados inquéritos de satisfação aos doentes/família, a equipa fomenta o espírito de interajuda e de missão perspetivando uma abordagem humanista para com o doente/família.

“Nós temos os inquéritos de satisfação dos nossos utentes. É uma forma de nós, também, termos ideia do trabalho que está a ser desenvolvido, vai de encontro aquilo que são as expectativas e os ganhos do doente e da família. Depois, também, temos as auditorias internas e externas (...) auditorias a registos, quer auditorias físicas, no local que fazem acompanhamento para ver se a qualidade é garantida.” (P6/20/25)

“Nós temos procedimentos escritos e descritos para a maioria da nossa atuação (...) avaliação inicial é muito pormenorizada e é muito importante, porque através dela que nós vamos conseguir depois fazer o mais correto programa na ECCI adequado aquele utente. É aí que avaliamos as necessidades, claro que ao longo do internamento na ECCI o utente é sempre avaliado.”

“(...) nós temos aqui um cuidado muito grande pela humanização e pela humanidade, como muitas vezes nós dizemos. (...) nós fomentamos internamente, na nossa equipa multidisciplinar, esse espírito. Esse espírito de entreaajuda, de empatia, de ajudar o próximo, porque só assim é que nós, essa integridade que nós fazemos internamente, depois passa coerência. É muito mais fácil depois ser transmitida pós doentes.” (P4/20/25)

“(...) nós fazemos isso nas reuniões, em contactos com os colegas, sempre a procurar resolver problemas, (...) esta equipa é uma equipa bastante humana e bastante preocupada, sempre, com o doente, sempre, a pensar no bem-estar do doente e não, e não em números (...) são equipas muito, muito preocupadas, principalmente, porque vivem muito o, no domicílio, não só a questão do doente, mas como toda a família em si.” (P1/20/25)

Na análise desta subcategoria podemos, ainda, verificar a existência de dificuldades em gerir o rácio de recursos humanos, requerendo um reajuste da carga horária ou a

redução do número de vagas de admissão, de modo a garantir a prestação de cuidados integrados adequadamente e de qualidade.

“(...) é tentar manter o número de enfermeiros compatível com o número de utentes, o que nem sempre é possível. Neste caso recorre-se a estratégias como realização de horas extra ou em caso de extrema necessidade a redução do número de vagas. O que esta última, não é a solução ideal, mas, muitas vezes, temos de infelizmente que recorrer.”
(P2/20/25)

“Matem o rácio de cinco utente por enfermeiro. Se necessário e possível, recorre-se a horas extras. Se não for possível reduz-se ao número de vagas.” (P3/20/25)

3.3 Domínio - O Serviço Social na ECCI

O terceiro domínio refere-se ao **Serviço Social na ECCI** e encontra-se dividido por três categorias, cada uma com a sua subcategoria de análise.

Na 1ª categoria abordou-se o **papel/funções do assistente social na ECCI**, tendo por subcategoria de análise as **distintas interações e intervenções** junto da equipa multidisciplinar, doente/cuidador, entidades e meio envolvente.

A sua ação, no âmbito da saúde, segundo o Manual de Boas práticas para os Assistentes Sociais da saúde na RNCCI (2006), desenvolve-se segundo o modelo do código de Ética, adotado pela federação Internacional dos assistentes sociais, apresentando por premissa a garantia dos direitos humanos e a justiça social como princípios fundamentais da sua atuação.

É consabido pelo percurso histórico do serviço social, no âmbito da saúde, que o assistente social atua em diferentes níveis (económico, sociais e político) dotado de um perfil orientado para o apoio psicossocial e gestão personalizada da situação e necessidades do doente/família. Neste sentido os dados recolhidos (n=6), permitiram aceder a informação relevante sobre a intervenção do assistente social na ECCI, ao considerar que a sua atuação é fundamental na cooperação, mobilização, articulação e planificação de estratégias conducentes à satisfação das necessidades do doente.

“o papel da assistente social na ECCI é fundamental, porque no nosso caso temos uma estreita ligação com a nossa assistente social, porque qualquer dúvida que nós

enquanto profissionais, quer utentes e família tenham, nós acionamos logo o seu contacto e pedimos que faça uma visita domiciliária. Porquê? Porque a intervenção da assistente social é muito importante, porque nós vemos que esta região e a maioria dos doentes que nos são enviados têm algumas dificuldades económicas e nós temos que perceber, que pessoas com maiores dificuldades económicas tendem a ter um pior nível de saúde (...), o serviço social entrando aqui e podendo amenizar um bocadinho esta situação e facultando um bocadinho tudo aquilo que são apoios disponíveis e adequados aquela situação, vai ajudar-nos quer a nós muitas vezes como prestadores diretos de cuidados quer aquela família(...). (P4/20/25)

“(...) o meu papel de assistente social, é como as outras funções, só que vou a áreas onde utentes, (...) poderão não estar, ou os familiares poderão não estar dentro das informações. (...) o utente vem de um hospital ou vem de uma unidade, que não possa ter tido certo tipo de informações, tipo apoios para centro de dia, apoios domiciliários, atestados multiusos, juntas médicas para ter apoios do complemento por dependência, produtos de apoio (...). (P1/20/25)

“O papel da assistente social, (...) ele faz sempre parte da referenciação (...) tem sempre que vir uma parte social na referenciação. (...). Depois faz o acompanhamento de tudo o que são, eu digo ajudas, mas pronto, daquilo que o doente e a família poderão adquirir e que, ainda, não estejam completas (...) [faz] esta ponte de ligação (...).” (P6/20/25)

“(...) fazer uma avaliação socioeconómica, das condições habitacionais e de perceber se o utente em causa tem ou está a ter garantidos o acesso aos seus direitos sociais, no âmbito social. Caso não esteja, fazer os encaminhamentos necessários para que essas situações sejam regularizadas e que a pessoa passe a usufruir dos seus direitos, de âmbito social. (...) O assistente social acaba por dinamizar, e pôr-nos a par e ajudar-nos a arranjar as soluções necessárias para cada utente.” (P5/20/25)

“Ao assistente social cabe o acolhimento do utente, família. Avaliação socioeconómica do utente e agregado familiar, avaliar as fragilidades e potencialidades do mesmo. Avaliar a condição biopsicossocial e informar relativamente aos apoios

disponíveis na comunidade e institucionais e promover a reabilitação, inclusão e saúde (...) Na interação com a equipa multidisciplinar, o assistente social, deve ter um papel facilitador e de humanização. O assistente social deve promover a educação para a saúde e deve informar relativamente à saúde, articular, mobilizar e coordenar juntamente com as entidades e parceiros sociais, com o propósito de facilitar o acesso à saúde e apoios sociais.” (P2/20/25)

“Na ECCI o assistente social deve efetuar uma recolha de dados/informação sobre a situação biopsicossocial do utente através do diagnóstico social, para assim construir e avaliar o plano de intervenção, em cooperação, de forma participativa com o utente/família/cuidadores. (...) A ação do assistente social desenvolve-se de forma integrada numa equipa multidisciplinar, visa atender às necessidades psicossociais identificadas, acionando os recursos existentes no seio familiar e na comunidade envolvente, de forma a potencializar ao máximo a concretização dos objetivos previamente fixados”. (P3/20/25)

Na 2ª categoria abrange-se o **Serviço social e as práticas profissionais na ECCI**, abordando na subcategoria o **desempenho do assistente social na ECCI e a sua abordagem ao doente/família**.

Da análise extraída dos dados fornecidos pelos entrevistados (n=10), é passível de se constatar que a prática do assistente social na ECCI, é pautada pela recolha da informação do doente/família, pela identificação das vulnerabilidades e potencialidades existentes, para posteriormente, elaborar um diagnóstico social pormenorizado potenciando o traçar de um Plano individual de intervenção adequado às necessidades apresentadas, conferindo ao longo do processo de intervenção a garantia dos seus direitos e a dignidade humana. A prática profissional aplicada revela uma abordagem centrada na pessoa, enfatizando o bem-estar, neste caso doente/cuidador, orientada para a compreensão das experiências e significações dos intervenientes.

“O assistente social tem que avaliar quais as necessidades, preocupações e potencialidades específicas de cada utente/família e, informar, orientar, facilitar o acesso aos recursos mais adequados existentes na comunidade, favorecendo o alcance dos objetivos e a continuidade/estabilidade dos cuidados. (...) A intervenção do assistente

social. é fundamental, na medida em que conhecendo e valorizando as diferentes dimensões da realidade e condição dos utentes/famílias/cuidadores, permite estabelecer prioridades e delinear estratégias de intervenção. Os assistentes sociais são agentes de mediação entre os utentes/famílias/cuidadores e as instituições sociais e de saúde. O assistente social garante o adequado acolhimento, é um agente facilitador da integração dos utentes/cuidadores/família na ECCI.” (P3/20/25)

“(…) o acompanhamento deve ser holístico e visto de uma forma transversal. O assistente social, além do acolhimento deve realizar um acompanhamento efetivo do agregado familiar, no sentido de satisfazer as necessidades identificadas e deve rentabilizar e articular o mais possível com recursos em saúde e sociais, numa visão psicossocial que visa prevenir as situações que colocam em perigo a prestação de cuidados e a reabilitação social.(…), mediante uma avaliação prévia do utente e do agregado traçamos um plano de intervenção do mesmo e, a partir daí, realizamos as ações necessárias face ao identificado, funcionando como fio condutor na resolução ou na tentativa de resolução das mesmas. (...) a nossa intervenção é de extrema importância, nós somos o elemento facilitador e promotor e, a nossa avaliação visa identificar os fatores psicossociais que invariavelmente interferem na saúde das pessoas incidindo, principalmente, nas situações de risco e vulnerabilidade.” (P2/20/25)

Por outro lado, também, se verificou que a prática do assistente social se pauta por promover o apoio burocrático e encaminhamento dos processos para apoios e subsídios sociais. Esta forma de atuação pode ser encarada como uma abordagem pragmática e heurística da situação ao incorporar uma determinada racionalidade ao pensar no imediatismo de solucionar o problema.

“(…) há uma entrevista, por assim dizer, ao utente ou aos cuidadores (...) para fazer o reconhecimento da situação, após esse reconhecimento ajuda na resolução dos problemas sociais, quer através do encaminhamento, quer através da, da articulação, ele próprio, com entidades de resposta local. (...) É extremamente importante, porque muitas das vezes, a nossa própria intervenção acaba por ser condicionada por questões sociais e nesse aspeto, o assistente social, vai trazer os recursos que possam falhar ou vai colaborar de forma a que estejam garantidos os cuidados (...) Ajuda na articulação e no

encaminhamento para os apoios locais, que dão a resposta social que necessitam.”
(P5/20/25)

“(...) apoio é muito grande (...) a resolução mais rápida de todos os processos, muitas vezes, burocrático e que têm mais dificuldade em as famílias sozinhas conseguirem dar resposta. (...) tem uma maior sensibilidade para perceber, exatamente, quando os doentes são referenciados tudo o que se passa naquela família, até porque, o trabalho, nós chegamos lá, às vezes, muitas vezes, muitas vezes com pezinhos de lã e o trabalho de uma assistente social é muito mais direcionado (...).” (P6/20/25)

“Eu considero que é imprescindível (...) ela intervém diretamente com as famílias, quer com apoios, quer com esclarecimentos, quer com muitas vezes com Atestados Multiusos, como é que pode ter aquele apoio, como é que tirar à Segurança Social, isto, aquele, muitas vezes é produtos de apoio e assim que é fundamental para eles recuperarem melhor.” (P4/20/25)

A prática profissional do assistente social, no âmbito da ECCI, é reconhecida pela proximidade da intervenção com os intervenientes (doente/família/profissionais ou entidades formais/informais). A sua intervenção requer um atendimento individualizado, de forma a promover um melhor acompanhamento ao nível psicossocial do doente/cuidador e uma articulação multidisciplinar e intersectorial.

“Acho muito importante o nosso papel (...) acaba por haver uma proximidade muito maior do profissional com a família e o doente, sendo no próprio domicílio, e temos outra visão (...) Aconselho-os a frequentar centros de dia muitas vezes, há alguns que não querem ir, mas faz bem, tanto para eles como para as famílias, aconselho a recorrer ao apoio domiciliário (...) Visitas domiciliárias, contacto telefónico, contactos presenciais (...)colaboração com médico de família a tentar resolver alguns dos problemas e apoios que possam vir a surgir, contactos com a equipa do SAAS, com a Câmara, com as IPSS, Juntas de freguesia, família, basicamente é isso.” (P1/20/25)

No decurso da análise evidenciou-se, ainda, a importância da escuta ativa, do sentimento de empatia, da valorização holística do doente, bem como a capacidade de

prover a segurança e a garantia dos direitos tanto no acesso aos bens materiais como no acesso aos serviços.

“É, é sempre importante. Pelo menos conversar e dizer essas coisas, mas de resto nunca ninguém me deu nada. (...) foi só mais para meter os papeis para o apoio das fraldas e para o acompanhamento social e já foi à junta médica por causa disso.” (D2/20/25)

“(...) eu acho que é muito bom, claro! Uma pessoa saber, são coisas que a gente nem sabe, ele tem, pode ter direitos que uma pessoa nem sabia. Como este que vai agora, ele até aos 55anos, é um apoio que eu nem sabia que tinha, não é!” (D1/20/25)

“Sim, sim, gosto muito dela, ela é uma pessoa assim (gestos com as mãos), ela é tão calma e transmite assim, parece que faz a gente relaxar assim um bocadinho (...) Então a Dr.^a (...) é que me explicou que agora, aliás ela tá, tá a tratar do assunto, porque tem direito a mais, uma vez que ela agora tá acamada e a fraldas, mas eu isso como não percebo nada nunca procurei. Pronto, ela, ela, ela agora, a Dr.^a (...) e fez os papeis e pronto, não sei se vai dar ou se não vai dar.” (C2/20/25)

“É assim, ela desta última vez que veio, ela esteve a conversar, viu se era preciso ajuda de alguma coisa. Eu acho que tem ajuda também nas fraldas, nessas coisas da higiene (...) Ah sim, eu acho muito importante (...) não é muito o caso daqui ser uma necessidade muito grande, (...) Mas acho isso muito importante porque há famílias, muitas famílias a precisar muito mais, dessas ajudas e acho isso muito importante, porque se não as pessoas estão a passar muita miséria e, e falta de tratamentos e falta de medicações derivado às vezes por falhar, por desconhecimento e falta de acompanhamento (...)e avaliar a condição do utente (...).” (C3/20/25)

A terceira e última categoria, é referente às **medidas político-sociais e à crise sociodemográfica**, apresentando por subcategoria a análise **dos dilemas/desafios do assistente social na ECCI**.

A atuação do assistente social efetua-se com diferentes atores em simultâneo que o remete para uma posição intrincada na escolha de valores, na defesa e garantia dos

interesses e direitos do doente/cuidador correlacionados com as especificidades socioculturais e políticas dos contextos profissionais, fazendo com que “Os profissionais de serviço social [sejam] desafiados a compreender a complexidade dos problemas e a atuar sobre os mesmos desenvolvendo relações de ajuda compreensivas e integradas, fundadas na justiça social.” (Carvalho, 2011, p.52)

Para a análise dos dados desta categoria/subcategoria foram recolhidas (n=6) de respostas que identificam os dilemas/desafios existentes.

Os desafios mencionados na recolha de dados encontram-se associados com a escassez de respostas sociais e comunitárias para acolher e cuidar dos doentes que se encontram numa situação de dependência e com complexas comorbilidades, a burocracia do processo de referenciação e o número de vagas reduzido para a elevada procura, a estrutura sociofamiliar e a insuficiência económica são os problemas mais referenciados.

“No contexto da ECCI, as dificuldades e constrangimentos na intervenção do serviço social passam pela referenciação e/ou integração tardia dos utentes, a exaustão do(s) cuidador(es) e em paralelo a demora ou falta de acesso a apoios/resposta comunitárias. Por outro lado, a atuação dos profissionais é frequentemente condicionada e limitada, porque os A. S. acumulam funções noutros serviços, com sobre carga de funções e com exigências distintas.” (P3/20/25)

“Os desafios e dilemas são muitos, mas o assistente social, enquanto profissional com um leque diversificado de áreas de atuação vê-se, muitas vezes, confrontado com cenários de conflito e contrariedades e dificuldades acrescidas (...)

O modelo social atual é frágil e contém erros crassos de intervenção, no sentido que faz uma análise deficiente daquilo que são as questões sociais da atualidade (...) A nossa luta é diária e, muitas vezes, inglória (...) por nos encontrarmos no terreno e estarmos mais familiarizados com reais problemas que afetam as pessoas, famílias e grupos sociais, o nosso papel pode ser fundamental na melhoria das políticas (...).” (P2/20/25)

“(...) falta de disponibilidade do cuidador (...) por não haver essa disponibilidade física e económica, de tempo e, às vezes, até mesmo de conhecimento para poder resolver a situação (...) é um dos grandes fatores que impede que, às vezes, as coisas sejam mais

rápidas e mais efetivas. Portanto, há alguma falta de conhecimento, há uma falta de literacia para a resolução dos problemas sociais (...) o absorver do cuidador pelos cuidados, que não deixa tempo disponível para, para resolução das questões.” (P5/20/25)

“É não ter depois resposta social (...), nós temos de cuidar de cuidadores idosos a cuidar de outras pessoas idosas, e precisam, e não é de um descanso mental, também, mas muitas vezes, é de um descanso físico, porque não conseguem lidar 24 horas com outro utente. (...) Eu acho que a assistente social é um trabalho muito inglório, que é tentar procurar vagas onde elas não existem. Ou então, darem valores, porque não há vaga social, mas há uma vaga particular, que valores para reformas que são impensáveis e, muitas vezes, eu acho que se devem sentir com as mãos atadas, muito sinceramente.” (P6/20/25)

“(...) é a impotência e a incapacidade de não conseguir fazer mais. Legalmente há os tramites que não nos permite, muitas vezes uma atuação maior, porque não tem capacidade de dar este apoio, não tem a capacidade de fazer mais (...).” (P4/20/25)

“(...) falta de resposta que também temos das instituições, para dar apoio aos utentes. Muitas vezes, não há vagas no centro de dia, não há vagas apara apoio domiciliário (...) As famílias, muitas das vezes, também, algumas são negligentes com o doente, não prestam os cuidados que deveriam prestar, não dão o apoio que devia prestar ao doente.” (P1/20/25)

Na análise dos dados foi, também, possível constatar que os dilemas/desafios sentidos, não residem, somente, na escassez de recursos/respostas sociais ou da estrutura sociofamiliar, podendo, de igual modo, emergir associado com as idiossincrasias da pessoa/doente, bem como ao apego emocional de bens materiais e a recordações do contexto onde se encontra integrado, condicionando a atuação do assistente social na decisão do plano de intervenção.

“(...) há coisas que, que não conseguimos mudar (...).”

“exemplo; ainda hoje, fui a uma casa de um utente que a habitação é péssima, quer dizer, eles vivem lá há 50 anos, ninguém agora vai retirá-los, apesar da habitação, ser

uma habitação fraca, tinha higiene estava, prontos, arranjada, mas claro que ao fim de 50 anos, ninguém vai dizer aos senhores para sair daquela casa. Porque é ali que eles sempre viveram e é ali que eles querem acabar o fim da vida deles.” (P1/20/25)

Perante a análise dos dados recolhidos, podemos considerar que o Serviço Social é uma mais valia na prestação de cuidados continuados integrados, potenciando uma interação mais efetiva entre os diferentes intervenientes no processo, promovendo a garantia dos direitos humanos e, consequentemente a coesão social.

Capítulo IV- Discussão

A informação obtida através da análise das entrevistas realizadas aos doentes/cuidadores e aos profissionais da ECCI e da ECL, permitiram identificar as características sociodemográficas de ambos os grupos entrevistados.

No grupo de profissionais foram efetuadas seis entrevistas, onde se verificou a predominância da categoria profissional de enfermeiros/as, seguida dos assistentes sociais e, por último, a fisioterapeuta. Os profissionais apresentam idades compreendidas entre os 34 e 65 anos, com maior representatividade do sexo feminino. A nível académico apresentam com maior incidência a licenciatura, seguida de mestrado e, por último, a pós-graduação.

No que respeita à área de abrangência das ECCI's, foi unânime a informação com intervenção em toda a área do concelho em estudo.

As respostas facultadas relativamente ao número de elementos que integram as equipas não foram coesas, tornando-se, assim, difícil determinar um número exato de profissionais, porém, atendendo à informação recolhida, apresentam como valor mínimo oito profissionais e como valor superior mais de doze.

Relativamente aos doentes/cuidadores, é possível determinar as características sociodemográficas, mediante os dados recolhidos nas cinco participações, nomeadamente, no que respeita à idade do cuidador, que varia entre os 50 e os 90 anos e do doente dos 51 a superior a 91 anos. Prevalece o sexo feminino, tanto no/a cuidador/a como na pessoa cuidada. Quanto ao estado civil, o/a cuidador/a apresenta maior frequência no estado de casado, enquanto que no doente a frequência é maior no estado de viuvez.

No que respeita à situação laboral do cuidador, apresentam maior incidência como reformados ou desempregados.

Foi, igualmente, colocada a questão do número de elementos que constituem o agregado familiar, do qual se verificou que, a maior parte é constituída por dois elementos e um por três, onde integra o doente no seu agregado.

Os cuidadores fazem parte do núcleo familiar próximo, apresentando com maior representatividade a filha, seguida do cônjuge, irmã e um/a doente autónomo/a na gestão da sua pessoa. Esta análise espelha a realidade vigente do estudo de caso apresentado,

porém, é um reflexo da situação sociodemográfica da sociedade em geral, na qual nos deparamos com elevada taxa de população idosa, dependente e com múltiplas comorbilidades, carecendo de cuidados integrados.

Não obstante, também nos deparamos que, apesar dos avanços tecnológicos e científicos permitirem melhores acessos aos cuidados e educação para a saúde, a sociedade não se encontra, ainda, preparada para dar resposta e satisfazer as necessidades da população. Constata-se, cada vez mais, a necessidade de intervenção em sintomatologia complexa, que congrega os determinantes sociais da saúde, carecendo de uma abordagem holística, individualizada e humanista.

O trabalho de investigação teve como premissa perceber os contributos do Serviço Social, no âmbito da RNCCI, particularmente na tipologia ECCI, no que respeita à promoção e garantia de uma prestação de cuidados mais humanizados, fundamentados pelo respeito e preservação da dignidade humana.

A análise efetuada aos dados recolhidos nas entrevistas permitiu o acesso à informação passível de responder aos objetivos propostos, correlacionando os dados recolhidos com a fundamentação teórica apresentada neste trabalho de investigação.

Os profissionais do Serviço Social desenvolvem a sua identidade, no âmbito da saúde, nomeadamente no campo de ação da RNCCI, incorporando nas distintas equipas e tipologias, promovendo a multidisciplinidade e a congregação de diferenciados conhecimentos para uma intervenção mais efetiva e humanizada. A atuação do assistente social incide na abordagem psicossocial, que se reporta a fatores de ordem social (económico, cultural e espiritual) e a fatores de ordem psicológica, que interferem no processo de reabilitação, readaptação e reinserção ao nível sociofamiliar do doente. Parafraseando Carvalho, “na saúde, é geralmente aceite que o serviço social atua na dimensão psicossocial da doença para promover a saúde” (2012, p.95).

Neste seguimento, tentou-se perceber o processo de referenciação e admissão do doente, para a tipologia da ECCI, a sua capacidade de admissão e os critérios de inclusão ou exclusão. Foi possível verificar que o processo de referenciação e admissão segue os parâmetros determinados, nomeadamente a proposta apresentada pela EGA (se o doente estiver internado no hospital) ou pela USF (se o doente estiver no domicílio, hospital privado ou noutras instituições ou estabelecimentos). Esta proposta é efetuada pelos profissionais (médico, enfermeiro e assistente social) afetos a ambas as equipas de referenciação, que encaminham o processo com o relatório clínico e social para a ECL,

da área de residência do doente, a qual se encontra na incumbência de analisar os critérios e validar ou excluir a admissão. Após a validação, o episódio fica a aguardar vaga para admissão.

A tipologia da ECCI tem apresentado um aumento significativo como meio de resposta da RNCCI, na prestação de cuidados continuados integrados no domicílio, com um valor de 6712 lugares a nível nacional (ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2025). Devido ao aumento da necessidade da população do concelho em estudo, foi necessário criar mais uma ECCI, ao abrigo do PRR, para conseguir mitigar a carência premente da procura de cuidados de saúde e de apoio psicossocial. Neste sentido, as ECCI's implementadas apresentam capacidade de admissão para 35 doentes, pese embora, tenha sido mencionado que *“A capacidade de admissão de utentes na tipologia da ECCI, é de 20 utentes por ECCI ou 5 utentes por enfermeiro, promovendo uma lotação de 15 utentes para reabilitação e 5 utentes para outros cuidados.”* (P2/20/25)

Perante os factos apresentados podemos considerar que, apesar da procura exacerbada por cuidados de saúde, as vagas não se encontram totalmente preenchidas. Não obstante, esta problemática também foi abordada juntamente com a escassez de recursos humanos, sendo mencionado um esforço por parte das equipas para assegurar a prestação de cuidados, através do alargamento do horário e/ou da redução do número de vagas para admissão *“Matem o rácio de cinco utentes por enfermeiro. Se necessário e possível, recorre-se a horas extras. Se não for possível reduz-se ao número de vagas.”* (P3/20/25)

Face ao exposto, relativamente à distribuição dos doentes pela equipa, torna-se evidente a relevância que se dá às lacunas sentidas nos recursos humanos de profissionais de saúde e reabilitação, em contraponto com a contratação de psicólogos e Assistentes Sociais. Por conseguinte, apesar de se constatar a abertura para a fomentação de equipas multidisciplinares, é passível se verificar, ainda, maior prevalência dos cuidados de saúde.

Esta situação pode levar à reflexão sobre o sentido de hierarquizar as necessidades humanas (fisiologia, segurança, aspetos sociais, estima e realização pessoal), recorrendo à Teoria Maslow (1943), tendo em consideração que, nos dias que decorrem, com a conjuntura sociodemográfica vigente não podemos separar as questões ligadas à saúde das questões sociais, uma vez que se encontram intrinsecamente associadas ao bem-estar do ser humano.

A dificuldade sentida pelas ECCI's prende-se, não só, com a questão da prestação e garantia dos cuidados em função dos critérios estipulados para a admissão do doente, nomeadamente, tratamento de feridas complexas, fraturas diversas, apoio na gestão terapêutica, tratamentos de reabilitação em detrimento de sequelas de AVC ou doenças degenerativas, que requerem uma intervenção mais individualizada e contínua, como também, os determinantes sociais inerentes ao doente/família condicionam a sua atuação. É consabido que, a vulnerabilidade social não é um critério de admissão para a RNCCI, no entanto, verifica-se que a componente social está a tornar-se numa problemática recorrente no âmbito da saúde, o que nos pode levar a pensar que as necessidades dos doentes denunciam as lacunas do sistema de saúde e podem alterar as práticas profissionais institucionalizadas.

As ECCI's apresentam uma prestação de cuidados peculiares, na medida em que se realizam no domicílio, tornando a atuação dos profissionais numa perspetiva de cuidar mais próximo, o qual integra a vida quotidiana do doente/cuidador/família. A atuação dos profissionais das ECCI's procede-se de modo articulado e negociado entre o doente/cuidador e equipa, tendo por base a promoção da saúde perante o compromisso com a missão de recuperação, reabilitação e reinserção sociofamiliar.

Para a prestação de cuidados, as ECCI's possuem uma panóplia de material terapêutico e de reabilitação, bem como viaturas, de modo a assegurar os cuidados domiciliários de enfermagem, médicos e de reabilitação, devendo as visitas ser programadas consoante a necessidade do doente, perante a avaliação multidisciplinar e a elaboração do PII. Normalmente, a frequência da prestação de cuidados de saúde é superior a 1 vez por dia ou necessidade de intervenção superior a 1h30 minutos por dia, no mínimo 3 vezes por semana. Dentro da lista dos cuidados assegurados pelas ECCI's, salientaram-se os cuidados de reabilitação, os cuidados de enfermagem e o apoio psicossocial.

Relativamente à atuação do Serviço Social na ECCI, constata-se que é reconhecida a sua importância, quer pelos profissionais, quer pelos doentes/cuidadores na promoção da prestação de cuidados mais humanizados.

A sua intervenção pauta-se pela recolha de informação e avaliação dos fatores psicossociais, que interferem na saúde das pessoas e as remete para uma situação de risco e vulnerabilidade. O assistente social encontra-se munido de ferramentas teóricas, que lhe permitem uma prática mais interventiva junto da equipa multidisciplinar e da rede de

apoio institucional e comunitária, de modo a garantir uma prestação de cuidados de qualidade centrados no doente, onde se encontram assegurados os seus direitos.

De acordo com Loureiro & Miranda (2018),

A multiplicidade de atores, disciplinas e áreas de intervenção permite melhor compreender as situações, reconhecer oportunidades e forças para participar na construção/reconstrução/coconstrução de um sistema global mais organizado e humanizado que viabilize uma ação mais eficaz de desenvolvimento do potencial da saúde, reduzindo as desigualdades e tornando as pessoas mais saudáveis e felizes. (p.55)

O assistente social intervém diretamente com o doente/cuidador/família, na qual o diagnóstico social fomenta e contribui para a elaboração do Plano Individual de Intervenção (PII) multidisciplinar, que se reporta à “fase que envolve a transformação dos problemas, necessidades e capacidades diagnosticadas em objetivos e, consequentemente, em ações a desenvolver” (Carvalho, 2012, p. 93), promovendo uma abordagem global, facultando uma intervenção mais assertiva e conducente com as necessidades iminentes.

Neste sentido, o assistente social é encarado como um intérprete, um mediador, um facilitador e um promotor de estratégias para colmatar as vulnerabilidades socioeconómicas e integrar o doente/cuidador/família, novamente, no Sistema Social. Inteirando Carvalho “A prática é, assim, consubstanciada pela necessidade de resposta às questões apresentadas, quer pelos utentes quer pelos profissionais, sendo que estas determinam toda a intervenção.” (2022, p.56-57)

Pegando como reflexão a prática profissional do assistente social, verifica-se que tende a ser influenciada pela necessidade de minimizar os impactos sociais na saúde das pessoas e no evitamento do agravamento da condição da doença, através de uma atuação com o cunho pragmático e assistencial. Na análise dos dados recolhidos foi passível constatar que, grande parte da atuação do assistente social cinge-se ao apoio burocrático, tanto no preenchimento como no encaminhamento dos processos para apoio de subsídios sociais, assim como, na mediação entre a equipa multidisciplinar e articulação com as entidades formais e informais, de modo a prover recursos necessários para garantir a prestação de cuidados, na qual “assume uma intervenção no âmbito de situações de crise

e limite, não refletindo sobre essa ação de forma complexa e abrangente inerente ao Serviço Social.” (Lopes et al., 2022, p.98)

Por conseguinte, esta conduta poderá convergir numa dicotomia entre a dimensão teórica e a prática, colocando o desafio ao profissional do Serviço Social em encontrar um equilíbrio na sua atuação. O pragmatismo-assistencialismo é relevante para a componente colaborativa com a equipa multidisciplinar, bem como a nível da estrutura institucional, porém, poderá afastar a sua atuação da abordagem humanista, objetivando uma intervenção além da dimensão individual, na qual “(...) os assistentes sociais são desafiados pelos determinantes sociais da saúde, privilegiando uma abordagem integrada, humanista e holística da saúde, nem sempre fácil de quantificar.” (Carvalho, 2022, p.133)

A atuação do serviço social encontra-se condicionada pelas teias burocratizadas do sistema político-social, assim como, das estruturas institucionais que redirecionam a sua prática profissional para uma vertente mais imediatista, no sentido de obter resposta à problemática iminente.

A conjuntura social encontra-se frágil, sem respostas para fazer face às necessidades e vulnerabilidades sociais. Caminhamos a passos largos para um aumento do índice de envelhecimento, o que se vai repercutir num agravamento da situação sociodemográfica. É passível de se verificar a escassez de respostas sociais e comunitárias, assim como, a exaustão dos cuidadores que, em alguns casos, são também já idosos, provocada pelas situações de dependência na realização das AVD's que, requerem disponibilidade total do cuidador, durante as 24 horas do dia, exigindo “motivação, capacidade, conhecimento e habilidades que o exercício do papel de cuidador requer para dar resposta, com mestria, às necessidades de cuidado à pessoa dependente que se adivinham cada vez mais complexas.” (Bento et al. (2021, p.3)

As instituições existentes encontram-se assoberbadas e os valores das diárias de internamento são elevados para a capacidade económica da população em geral.

Esta situação poderá constituir um dilema e ao mesmo tempo um desafio para o assistente social. Um dilema por não ter respostas plausíveis para sanar as necessidades, o que poderá remeter para cenários de conflito, de dificuldades e contrariedades acrescidas, colocando em causa a sua conduta profissional. Por outro lado, poderá constituir um desafio, pela sua capacidade de intervir em diferentes áreas e fomentar o seu potencial ao atuar próximo dos contextos, o que lhe permite aceder a informação relevante para a elaboração do diagnóstico social e, consequentemente, tornar esses dados

em matéria-prima passível de ser trabalhada ao nível das medidas político-sociais, promovendo a implementação de medidas mais conducentes às necessidades biopsicossociais, tendo por premissa a salvaguarda dos direitos e da dignidade humana.

Atendendo à relevância da atuação podemos considerar que “O Serviço Social na área da Saúde é parte da solução.” (Carvalho 2012, p.51)

Conclusão

Ao longo dos últimos anos, Portugal sentiu uma alteração significativa na estrutura sociodemográfica, marcada pelo aumento da esperança média de vida da população. Porém, esta situação trouxe condicionantes, na medida em que, os anos suplementares são marcados pela vulnerabilidade, incapacidade e doenças complexas das pessoas, nomeadamente da população mais idosa.

Em resposta a esta problemática, foram desenvolvidas medidas políticas de saúde e sociais, com o intuito de mitigar as necessidades apresentadas. Neste seguimento, emerge a RNCCI como uma medida para fazer face às necessidades, mediante a prestação de cuidados continuados integrados e apoio psicossocial, estruturada por várias tipologias para uma intervenção mais adequada a cada doente. A resposta em cuidados continuados integrados deve privilegiar, através da equipa multidisciplinar, a assistência ao doente que se encontra em situação de risco ou de dependência, de forma a prover a garantia dos cuidados de saúde e o apoio social necessários ao seu bem-estar.

Foi perante o campo de ação, da tipologia ECCI, que se pretendeu percecionar os contributos do Serviço Social na promoção dos cuidados de saúde e na garantia dos direitos humanos.

Esta análise tornou evidente que, o assistente social é reconhecido como um elemento importante para as distintas equipas da RNCCI e, em particular, para as ECCI's, na qual recai o estudo, ao promover a mudança de paradigma na abordagem ao doente, congregando os determinantes sociais da saúde perante uma abordagem holística.

Este modelo de intervenção vai ao encontro dos princípios basilares da RNCCI, com o pressuposto de fomentar junto da equipa multidisciplinar, dos doentes/cuidadores/família, bem como da rede de apoio comunitária e institucional a participação conjunta e articulada no alcance dos objetivos para recuperação, reabilitação e reinserção sociofamiliar do doente.

A atuação do assistente social orienta-se pela sua capacidade técnico e científica, que lhe permite elaborar um diagnóstico pormenorizado da condição de saúde e social do doente, impulsionando a procura de soluções condignas e adequadas ao doente/cuidador/família, advogando os seus direitos sociais e a prestação de cuidados de qualidade e mais humanizados ao longo do seu processo.

Nem sempre é possível ao assistente social adotar uma abordagem totalmente humanista na sua intervenção, o que remete para um dilema ético entre a teoria e a prática, no qual as estruturas em que se encontra inserido regem-se por políticas da saúde e sociais, que condicionam a sua atuação redirecionando para uma abordagem pragmática, heurística e burocratizada. Apesar de, importa refletir sobre a prevalência da contratação de profissionais de saúde em comparação com os profissionais do serviço social para o número de doentes admitidos nas ECCI's. Como é consabido, existe uma elevada vulnerabilidade social que se tem vindo a sobrepor à necessidade de cuidados de saúde, tornando-se em casos meramente sociais, que entopem o Sistema e as respostas existentes para a prestação de cuidados.

Um dos maiores desafios que o assistente social apresenta, na atualidade, é a escassez de respostas sociais e medidas políticas para satisfazer “a procura de cuidados diferenciados de saúde adequados à situação de cada doente. Existe um grande consumo de cuidados específicos de saúde na área da dependência e pouca oferta.” (Lopes et al., 2022, p.14) A par do aumento exacerbado pela procura de cuidados de saúde coexiste uma fragilidade das estruturas familiares para assegurar os cuidados e acompanhamento ao doente, nomeadamente os agregados familiares são constituídos por um número reduzido de elementos e, por vezes, o cuidador também apresenta comorbilidades e idade avançada.

O ato de cuidar requer um grande esforço e dedicação do cuidador, remetendo-o para um estado de exaustão física e emocional, o que pode colocar em causa a continuidade em assegurar devidamente os cuidados. Paralelamente aos condicionalismos mencionados, a debilidade económica e a escassa literacia em saúde constituem-se como flagelos para suprimir o estado de vulnerabilidade e dependência, podendo, em alguns casos, manifestar-se em atos de negligência na prestação de cuidados e nos procedimentos burocráticos.

Atendendo à conjuntura sociodemográfica vigente, com tendencial agravamento num futuro próximo, e à relevância do impacto dos determinantes sociais da saúde na vida das pessoas, nomeadamente nos doentes admitidos nas ECCI's, seria pertinente desenvolver uma investigação numa lógica de prossecução a nível nacional sobre os efeitos das práticas do serviço social na promoção da prestação de cuidados mais humanizados.

Podemos assim concluir que, apesar de se reconhecer a fragilidade do sistema ao nível do Estado de providência e das políticas sociais que colocam entraves à atuação do Serviço Social, salienta-se a sua resiliência e persistência para encontrar resposta sociais condignas a salvaguardar as necessidades e os direitos do doente, através da fomentação de novas práticas de intervenção, pautadas pela promoção da humanidade, outorgando, assim, a pertinência da sua atuação e o seu merecido reconhecimento.

Bibliografia

1. Adão e Silva, P. (2002). O modelo de welfare da europa do Sul. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n38, pp. 25-59.
2. Albuquerque, C., & Luz, H. (2016). Políticas Sociais em tempos de Crise. *Pactor*.
3. APSS (2018). Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal. Disponível em: <https://www.eas.pt/wp-content/uploads/2018/12/C%C3%B3digo-Deontol%C3%B3gico-dos-Assistentes-Sociais-C%C3%B3pia-1.pdf>
4. Bento, M., Amaral, A., & Silva, A. (2021). Idosos a Cuidar de idosos: Um desafio à organização dos cuidados domiciliários. *Cogitare. Enfermagem*, 26, s/p. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.79093>
5. Buss, P., & Filho, A. (2007). A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), pp. 77-93.
6. Canha, S. (2020). Condições políticas e justificações para a criação do Estatuto do Cuidador. Informal em Portugal – perspetivas sobre o papel dos cuidados informais. [Dissertação de mestrado ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa].
7. Carvalho, M. (2011). Serviço social e envelhecimento ativo: teorias, práticas e dilemas profissionais. *Intervenção Social*, 38, pp.45-60. Disponível em, <http://hdl.handle.net/11067/1042> <https://doi.org/10.34628/evbk-p532>
8. Carvalho, M. (2012). Serviço Social na Saúde. *Pactor*.
9. Carvalho, M. (2014). Política da Saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. *R. Katál.*, Florianópolis, 17(2), pp.261-271.
10. Carvalho, M. (2022). Práticas de Intervenção do Serviço Social na Saúde. *Pactor*.
11. Costa, J., Pinto, C., & Carvalho, M. (2017). A política de Saúde portuguesa na austeridade: um olhar do Serviço Social. *R. Katál.*, Florianópolis, 20(2), pp.282-290.

12. Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social, (2016). Plano Desenvolvimento da RNCCI. República Portuguesa, pp.1-28. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019/c5053a1b-582a-40f0-b601-cc1bb6f29a6e>
13. Cunha, A. (2017). Constrangimentos no processo de sinalização e referenciação às Equipas de Cuidados Continuados Integrados no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca. [Dissertação de mestrado. Universidade Nova de Lisboa- Escola Nacional de Saúde Pública].
14. Equipa Cuidados Continuados Integrados., (2007). Orientações para a sua constituição nos centros de Saúde. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wpconstitui%C3%A7%C3%A3o-de-equipa-de-Cuidados-Continuados-Integrados-2007.pdf>
15. Entidade reguladora da Saúde., (2009). Consentimento Informado- Relatório final, pp.1-129. CI.pdf Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-
16. Ferreira, P., Cabral, M., & Moreira, A. (2017). Envelhecimento na Sociedade Portuguesa: Pensões, Família e Cuidados. Instituto Ciências Sociais – Universidade de Lisboa.
17. Fonseca, C. (2020). Determinantes no Acesso a Cuidados Continuados em Contexto Domiciliar. [Tese de mestrado, Faculdade de Economia do Universidade do Porto].
18. Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). Humanitude Cuidar e Compreender a velhice. Instituto Piaget.
19. Granja, B. (2014). Contributos para a análise das formas identitárias dos Assistentes Sociais. In Carvalho, M., & Pinto, C. (coord.), Serviço Social Teorias e Práticas, (pp.57-83). Pactor.
20. Granja, B. (2014). A Competência reflexiva processual em serviço social na ação profissional junto às populações. Cad. Pesqui. 41(143), pp.428-453.

21. Guadalupe, S. (2011). Cronológicas sobre a trajetória do Serviço Social no Sistema de Saúde em Portugal. *Revista Serviço Social & Saúde*, X (12), pp.99-103.
22. Guadalupe, S. (2017). As redes de suporte social informal em Serviço Social: as redes sociais pessoais de idosos portugueses nos processos de avaliação diagnóstica em respostas sociais. [Tese de doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa].
23. Guadalupe, S. & Cardoso, J. (2018). As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa, *Soc. Estado*, 33(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183301009>
24. Guadalupe, S., Gonçalves, M. De J. M., Fonseca, P., Furtado Silva, A. M. F., & Ávila, O. (2020). Assistentes Sociais no Sistema de Saúde em Portugal: uma análise dos Rácios. *Emancipação*, Ponta Grossa, 20, pp. 1-22.
25. Guerra, I. (2017). O caso social em Saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar. *Ciências e Políticas Públicas*, III (1), pp. 57-79.
26. Jesus, A. (2017). Alta Hospitalar, Serviço Social e Direitos Humanos. [Dissertação de mestrado, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa].
27. Knoch, M. (2014). A deontologia dos Assistentes Sociais como ética profissional. *Intervenção Social*, 27, pp. 5–30. Disponível em: <https://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1072>
28. Lopes, A. & Lemos, R., (2012). Envelhecimento demográfico: percurso e contextos de investigação. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, pp. 13-31.
29. Lopes, I., Bracons, H., & Santo, I., (2022). A intervenção do Serviço Social nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados em tempo de Pandemia. Estudo realizado nas ULDM da Comunidade Intermunicipal do Oeste. *Temas Sociais*, 2, pp.87-106.
30. Loureiro, I., & Miranda, N. (2018). Promover a Saúde - dos fundamentos à ação. Almedina.

31. Macedo, P. (2020). Serviço Social Hospitalar e cuidados continuados: articulação entre a Saúde e o apoio informal. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga.]
32. Marques, J., & Carvalho, K. (2021). Entre a teoria e a prática: visões das assistentes sociais. *Revista Temas sociais*, 1, pp.89-103.
33. Martinelli, M. (2003), Serviço Social na área da Saúde: uma relação histórica. *Intervenção social*, 28, pp. 9-18
34. Mendes, S. (2015). Investigação na prática em Serviço Social: organizações aprendentes, contextos transformadores para um novo habitus profissional. [Working paper, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa].
35. Mendes, S. (2019). A dimensão científica do Serviço Social: uma ciência em construção. [Tese de doutoramento, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa].
36. Oliveira, D., (2022). O impacto dos determinantes sociais da saúde na utilização de consultas nos cuidados de saúde primários. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto].
37. Pereira, R., R., (2014). Terapia Familiar Sistêmica com o Idoso e a sua Família: Estruturação Familiar frente à Dependência. *Psicologia Clínica*, 20(1), p. 135-152.
38. Pimentel, L. (2015). As pessoas idosas e os seus contextos familiares: convite a um olhar diferente. In O.M. Fernandes e C. Maia (coord.). *A Família portuguesa no século XXI* (pp. 171-178), Parfísal.
39. Pimentel, L., & Albuquerque, C. (2010). Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. *Textos & Contextos*, 9(2), pp. 251-263.
40. Ribeiro, A. (2020). A Importância da Avaliação Multidimensional no Regime Jurídico de Maior Acompanhado. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]
41. Rodrigues, P. & Bárrios, M. (2019). A sociedade portuguesa e o inverno demográfico: cinco estratégias de política social. *Lusiada. Economia e Empresa*, 27, pp. 119-141. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11067/5368>, <https://doi.org/10.34628/jcp8-3s04>

42. Rogers, C. (1961). Tornar-se Pessoa. Tempo Social nº 1, 1ª edição. Padrões Culturais Editora.
43. Schon, D. (2010). Uma prática profissional reflexiva na Universidade. Compás Empresarial, 3(5), pp. 14-21.
44. Singer, P. (2004). Um só mundo - A ética da globalização. Gradiva.
45. Sobocan, A., Bertotti, T., and Strom-Gottfried, K. (2019). European Journal of Social Work, 2(5) pp. 805-818.
46. Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., & Nascimento, R. (2017). Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais. Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional.
47. Ximenes, T. (2008). Capital social, redes sociais e inovações produtivas. Scielo Brasil, Artigos. Ambiente social 11 (2) 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2008000200012>
48. Yin, R. (2001). Estudo de Caso Planejamento e Métodos. Bookman. 2ª Edição

Legislação Consultada

1. Constituição da República Portuguesa, VII Revisão Constitucional. (2005). <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx#art64>
2. Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I Série A, 109/2006. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
3. Decreto-Lei n.º 22/2012, do Ministério da Saúde. (2012). Diário da República: I Série, 21/2012. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/22-2012-543922>
4. Decreto-Lei n.º 100/2019, da Assembleia da República. (2019). Diário da República: I Série, 171/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>
5. Decreto-Lei n.º 102/2023, do Ministério da Saúde. (2023). Diário da República: I Série, 215/2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

6. Decreto Regulamentar nº1/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Diário da República: I Série, 6/2022. <https://files.dre.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>
7. Despacho 19040/2006, do Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). Diário da República: II Série, 181/2006. <https://dre.tretas.org/dre/201837/despacho-19040-2006-de-19-de-setembro>
8. Despacho nº 199/2016, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2016). Diário da República: II Série, 4/2016. <https://dre.tretas.org/dre/2403671/despacho-199-2016-de-7-de-janeiro>
9. Despacho nº 201/2016, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2016). Diário da República: II Série, 4/2016. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/201-2016-73046272>
10. Portaria nº174/2014, dos Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2014). Diário da República: I Série, 174/2014. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/174-2014-56720777>
11. Portaria nº50/2017, do Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2017). Diário da República: I Série, 24/2017. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/50-2017-106388650>
12. Portaria nº64/2020, das Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2020). Diário da República: I Série, 49/2020. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/64-2020-130070741>
13. Portaria nº335/2023, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2023). Diário da República: I Série, 213/2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/335-2023-223700470>

Webgrafia

1. ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde, IP, (2025). Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/#tab_indicadores-mensais
2. Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024). Pordata. Disponível em: <https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-paredes-1112>
3. Guia Prático Estatuto Cuidador informal principal e cuidador informal não principal, 1 janeiro de 2024. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004->

[Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5](#)

4. Governo da República Portuguesa. (2024). Estatuto da Pessoa Idosa: Para um envelhecimento ativo, digno e valorizado por todos. XXIV Governo. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc24/comunicacao/documento?i=estatuto-da-pessoa-idosa-para-um-envelhecimento-ativo-digno-e-valorizado-por-todos>
5. História do SNS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>
6. Jornal Público 2019. Francisca Van Dunem: “Já posso indicar quem cuidará de mim se um dia vier a precisar”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/02/10/sociedade/noticia/indicar-cuidara-mim-dia-vier-precisar-1861325>
7. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). A Equipa de Cuidados Continuados Integrados Orientações para a sua constituição nos Centros de Saúde. Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. Lisboa, pp.1-17. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/content/uploads/2020/05/Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-a-constitui%C3%A7%C3%A3o-de-equipa-de-Cuidados-Continuados-Integrados-2007.pdf>
8. Monitorização mensal RNCCI-2024, disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Respostas-da-RNCCI_Janeiro-2024.pdf
9. OMS (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os determinantes sociais. Comissão para os determinantes sociais da saúde. Relatório final. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706_por_contents.pdf
10. OMS (2018). Technical series on primary Health care. Health in All Policies as part of the primary health care agenda on multisectoral action. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326463/WHO-HIS-SDS-2018.59-eng.pdf?sequence=1>
11. OMS (2021). Social determinants of health. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
12. Orientações para a constituição de ECCI nos Centros de Saúde, publicado em 2007 pelo Ministério da Saúde Português. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/Orientações-para-a-constituição-de-equipa-de-Cuidados-Continuados-Integrados-2007.pdf>
13. Portal de Serviços Públicos da República Portuguesa: Fazer um intervalo na prestação de cuidados. Disponível em: <https://www2.gov.pt/guias/cuidador-informal/aconselhamento/fazer-um-intervalo-prestacao-cuidados>

14. Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019/c5053a1b-582a-40f0-b601-cc1bb6f29a6e>
15. Plano Nacional Saúde 2030, editado pela Direção-Geral de Saúde, disponível em: <https://pns.dgs.pt/files/2024/05/PNS-2030-aprovado-em-CM-alter-capa.pdf>.
16. Relatório Monitorização da RNCCI 1ºSemestre 2023. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-1-semester-2023_vf.pdf
17. Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI. (2023) Guia Prático- Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados. Instituto da Segurança Social, IP. N37- v4.24. pp. 1-27. Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

Anexos

Anexo 1: Guião da Entrevista a Profissionais

Dimensão 1- Caracterização do perfil

Objetivo- caracterizar o perfil do profissional entrevistado

1.1- Idade

1.2.- Género

1.3- Grau académico

1.4- Categoria Profissional

1.5- Há quanto tempo trabalha na ECCI?

1.6- Quais as funções que desempenha na ECCI?

Dimensão 2- Caracterização da equipa ECCI

Objetivo- Perceber qual o funcionamento da equipa ECCI

2.1- Qual a área de abrangência da Equipa ECCI?

2.2- Qual a capacidade de admissão de doentes na tipologia ECCI?

2.3- Por quantos elementos é constituída a equipa?

2.4- Quais os recursos materiais que dispõem?

2.5- Quais os procedimentos adotados no processo de referenciação e admissão do doente na tipologia ECCI?

2.6- Na tipologia ECCI, que tipo de prestação de cuidados e acompanhamento é dado ao doente?

2.7- Quais os procedimentos que a ECCI adota para encontrar soluções concretas e respostas adequadas em função das necessidades e dos recursos existentes na prestação de cuidados de qualidade?

Dimensão 3- Intervenção do assistente social

Objetivo- Compreender quais as ações desenvolvidas e contributos do assistente social no decorrer do processo do doente, desde a referenciação à prestação de cuidados

3.1- Na ECCI qual é o papel do assistente social e quais as funções que desempenha?

3.2- Na interação com a equipa multidisciplinar, qual o papel que assume?

3.3- Que tipo de acompanhamento dá ao doente/família enquanto assistente Social?

3.4- Qual o suporte que as famílias têm efetivamente em todo o processo de Intervenção?

3.5- Quais as práticas sociais a que recorre para promover uma intervenção mais assertiva e satisfatória para o doente/família?

3.6- Como descreve a importância da intervenção do assistente social na RNCCI, mais precisamente na tipologia ECCI?

3.7-Como promover a melhoria contínua da ECCI, em função da multidisciplinariedade e da relação humanizada na prestação de cuidados integrados?

Dimensão 4- Desafios e dilemas

Objetivo- Compreender quais os principais desafios e dilemas enfrentados pelo assistente social

4.1- Quais os principais desafios/dilemas que o profissional do Serviço Social sente ao longo do processo de intervenção?

Muito obrigada pela colaboração.

Anexo 2: Guião de Entrevista Doente/ a Cuidadores informais

Dimensão 1- Caracterização Sociodemográfica

Objetivo- caracterizar o perfil do Cuidador informal

1.1- Idade

1.2.-Género

1.3- Estado Civil

1.4- Nível de escolaridade

1.5- Categoria Profissional

1.6- Situação Laboral

Dimensão 2- Caracterização da estrutura familiar

Objetivo- Perceber a dinâmica familiar no acompanhamento e participação do processo do doente integrado na tipologia ECCI

2.1- Qual o grau de parentesco que mantém com o doente?

2.2- Por quantos elementos é constituído o agregado familiar?

2.3- Quais os recursos materiais que dispõem para a prestação de cuidados?

2.6- Que tipo de prestação de cuidados e acompanhamento é dado ao doente?

Dimensão 3- Intervenção do assistente social

Objetivo- Compreender quais as ações desenvolvidas e contributos do assistente social no decorrer do processo do doente, desde a referenciação à prestação de cuidados

3.1- Que tipo de acompanhamento o assistente social dá ao doente/família ao nível:

- Apoio emocional?

- Apoio educativo/formativo?

- Apoio burocrático?

- Mobilização e coordenação de recursos de apoio formal e informal?

3.2- Qual o suporte que o doente/família sente efetivamente ao longo do processo, como meio de garantia de defesa dos seus direitos e promoção do seu bem-estar?

3.3- Como descreve a importância da intervenção do assistente social na RNCCI, mais precisamente na tipologia ECCI?

Muito obrigada pela colaboração.

Anexo 3: Informação ao/à participante

É convidado a participar na realização de um estudo, intitulado “*Serviço Social na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Da referenciação à prestação de cuidados ao doente na tipologia ECCP*”, promovido pela estudante de mestrado em Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto Marta Moreira sob a orientação da professora Sandra Mendes e Vera Mendonça.

O estudo pretende compreender os contributos da intervenção do assistente social desde o processo de referenciação do doente para a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados até à prestação dos cuidados pela equipa de cuidados continuados integrados. Os dados serão recolhidos pela investigadora, ou na impossibilidade de recolha presencial, pela pessoa designada para elo de ligação com a ULS de um concelho da região Norte, através da aplicabilidade de uma entrevista semiestruturada com questões, exclusivamente, associadas com objetivo de estudo. A coleta de dados será analisada e apresentada na dissertação de mestrado em Serviço Social da investigadora, contemplando na sua prova pública e publicados no Relatório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Será realizada uma entrevista, com a duração máxima de 20 minutos. As perguntas incidirão sobre a sua perceção quanto à intervenção do assistente social na ECCI. Para a recolha de dados a investigadora terá que usar um instrumento de gravação de áudio (gravador) para a respetiva transcrição do discurso para proceder à sua análise.

Todos os dados serão tratados garantindo o anonimato, salvaguardando o sigilo e a confidencialidade, sendo de acesso exclusivo ao participante, à investigadora e equipa de orientação. A identificação do processo e das entrevistas será feita através da atribuição de um código de onde constam a inicial da categoria do entrevistado, um número e o ano civil. Ex: P1/20/25.

Prevê-se como benefício, desta investigação, a produção de mais conhecimento quanto ao tema em estudo para eventual melhoria das práticas multidisciplinares em contexto de ECCI.

Solicita-se que no prazo de 15 dias úteis, após o contacto, se pronuncie sobre o interesse em participar ou não no estudo.

A sua participação é livre e voluntária. Não há previsão de custos, compensação e/ou seguro de participação.

É livre de se retirar a qualquer momento do processo, sem sofrer consequências de qualquer tipo. Também é livre de recusar responder a qualquer pergunta.

A conservação dos dados recolhidos manter-se-ão até à conclusão do trabalho académico, sendo posteriormente destruídos.

Se tiver alguma consideração ou questão quanto ao presente estudo poderá contactar a equipa através do email: 220124010@issp.pt

Eu, abaixo-assinado, declaro que compreendo os procedimentos acima descritos, sendo que as minhas questões foram respondidas em conformidade com o esperado.

Concordo em participar neste estudo.

Data / /

Participante _____

Estudante ISSP _____

▪ Identificação da aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética do ISSP

Anexo 4: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Designação do projeto de investigação (em Português): *Serviço Social na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Da referenciação à prestação de cuidados ao doente na tipologia ECCL*.

Investigador/a Responsável: Marta Cristina Moreira, declaro que expliquei ao/à participante/representante legal, 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/representante legal, documento escrito com Informação ao Participante sobre este projeto e cópia do consentimento informado assinado.

Data: ____/____/____ (assinatura da investigadora)

Participante/Representante Legal:

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 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 participante/representante legal)

Anexo 5: Declaração de consentimento

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA CAPTAÇÃO E DIFUSÃO DA IMAGEM PESSOAL EM SUPORTE DIGITAL (FOTO, SOM OU VÍDEO)

Eu, _____, pessoa singular titular de dados pessoais declaro para os devidos efeitos autorizar por minha livre, específica e informada vontade, a captação, e tratamento de áudio próprio e os dados pessoais inerentemente a esta associados para efeitos de investigação para um trabalho académico de mestrado em formato de dissertação, apenas para os fins anteriormente indicados e durante o período de tempo estritamente necessário à prossecução dessas mesmas finalidades.

Mais declaro expressamente, que renuncio desde já a quaisquer direitos ou compensação que desta utilização possa eventualmente resultar.

Por ser verdade, e por nada haver a obstar, esta declaração vai ser assinada por mim,

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Anexo 6: Tabela análise dados recolhidos

Domínios	Categorias	Subcategoria		Frequência	
Referenciação tipologia ECCI	Processo referenciação e admissão	Entidades	Tem conhecimento	5	
			Não tem conhecimento	1	
		Procedimentos	Cumpre	3	
			Não cumpre	3	
	Critérios admissão	Gestão terapêutica, curativa e reabilitação	Critério	3	
			Não critério		
	Doentes admitidos ECCI	Capacidade admissão	Ocupação total		
			Nº Vagas reduzido	4	
			Nº superior ao das vagas		
Cuidados Continuados Integrados	Recursos para a intervenção	Material terapêutico e reabilitação	Possui	5	
			Não possui		
		Viaturas	Tem	5	
			Não tem		
		Recursos humanos	Nº de elementos compatível com vagas		
			Nº de elementos superior às vagas	3	
			Nº de elementos inferior às vagas	3	
		Cuidados de saúde e apoio psicossocial	Prestação cuidados e acompanhamento	Cuidados domiciliários enfermagem e médicos	6
				Cuidados de fisioterapia	6
	Apoio psicossocial			6	
	Educação para a saúde			3	
	Apoio satisfação necessidades básicas			2	
	Apoio desempenho das AVD's			3	
	Coordenação e gestão de caso outros recursos de saúde e sociais			3	
	Promoção e qualidade da prestação CCI	Procedimentos adotados para soluções e respostas às necessidades	Gestão recursos humanos	2	
			Inquéritos satisfação	1	
			Reuniões multidisciplina-res	1	

Serviço Social na ECCI			Avaliação desempenho	1
			Relação proximidade	2
			Humanização dos cuidados	2
			Mobilização apoio institucional e comunitária	3
	Papel/funções do assistente social	Equipa multidisciplinar	Diagnóstico Social	5
			Colaboração elaboração PII	3
			Gestão de recursos	3
			Articulação Doente/ECCI	6
			Mediador e dinamizador estratégias intervenção	4
		Doente/cuidador	Acolhimento	2
			Avaliação biopsicossocial	4
			Informar direitos/deveres	4
			Formação/educação para saúde	2
			Advocacia social	1
			Acompanha-mento psicossocial	4
		Entidades / parceiros sociais	Articula/ mobiliza	5
			Não articula / mobiliza	
	Serviço Social e as práticas profissionais na ECCI	O assistente social e a abordagem ao doente/cuidador	Abordagem humanista	3
			Abordagem pragmática	5
			Abordagem holística	3
	Medidas político-sociais e crise sociodemográfica	Dilemas/desafios do assistente social	Desafios políticos	2
			Desafios administrativos	3
			Condições laborais	1
			Estrutura Sociofamiliar	4
			Insuficiência socioeconómica	2
			Escassez respostas sociais	4
			Literacia em saúde diminuta	1
			Crenças e idiossincrasias	1
	Importância Serviço Social na ECCI	Contributos Serviço Social	Humanização dos cuidados	6
			Garantia dos direitos humanos	2
			Coesão social	3

Fonte: Autoria própria