



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Protelamento de alta hospitalar por motivos não clínicos: perspetivas de pessoas mais velhas e de assistentes sociais

Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social

Mestrado em Gerontologia Social

2025, Carolina Maria Pires da Silva



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Carolina Maria Pires da Silva

Protelamento de alta hospitalar por motivos não clínicos: perspetivas de pessoas mais velhas e de assistentes sociais

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada ao Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Ana Carolina Frias

Dezembro, 2025

Agradecimentos

Agradeço a todos os Assistentes Sociais portugueses, em especial aos que exercem esta bonita profissão na área da saúde, que todos os dias vivenciam sentimentos de impotência e frustração, mas não desistem.

À Professora Doutora Ana Carolina Frias, agradeço a orientação e me ter dado a mão quando eu achava que já não seria possível.

Aos meus amigos, que me dão colo quando preciso de fugir e animam os meus dias menos bons.

Agora aos meus, agradeço à minha família por me permitir sempre a sonhar e a lutar por aquilo que acredito, mesmo sabendo que poderei sair ferida das lutas. Aos meus pais, agradeço acreditarem em mim e me convencerem a seguir em frente mesmo quando eu achei que não seria possível. Obrigada ao meu irmão Bernardo, que me mostrou que é possível acreditar que em Coimbra também se consegue.

À Anita, a minha afilhada que me desafia todos os dias a ser melhor pessoa e melhor profissional para construir um melhor futuro para ela.

Ao Francisco, por ser a minha casa, por não me deixar cair, por ser o porto seguro onde eu volto sempre, nos dias bons e nos dias de tempestade.

Por fim, aos que me fizeram apaixonar pela Gerontologia, os meus avós, Eulália e Carlos, Lígia e Joaquim. Agradeço-vos o vosso amor, que foi a minha motivação para vos trazer o maior bem-estar, e a todas as pessoas mais velhas deste país.

Avó Lala, se consegui concluir este Mestrado, foi por ti e por tua causa. O caminho feito contigo foi o meu principal combustível para concluir esta jornada. Todas as viagens a Coimbra, todos os almoços, jantares, horas infinitas no Alma enquanto esperavas que as minhas aulas terminassem. Não esquecerei nunca.

Minha avó, dedico-te este trabalho. Que nunca me faltes.

Protelamento de alta hospitalar por motivos não clínicos: perspectivas de pessoas mais velhas e assistentes sociais

Resumo: A permanência de idosos em hospitais sem necessidade clínica representa um desafio complexo para os sistemas de saúde. O presente estudo teve como objetivo conhecer perspectivas e vivências de utentes mais velhos e de assistentes sociais sobre a permanência em internamento hospitalar sem critério clínico. Para além de fazer uma caracterização da pessoa mais velha internada sem critério clínico e sentimentos vivenciados nesse processo; também procurou identificar possíveis fatores associados ao internamento e protelamento da alta das pessoas mais velhas; e ainda compreender o papel dos Assistentes Sociais face a estas situações de protelamento de alta. Realizou-se uma investigação de natureza mista, numa unidade de saúde, com 31 pessoas idosas internadas sem critério clínico e 6 assistentes sociais. Às pessoas mais velhas foi aplicado um questionário sociodemográfico e a Escala de Solidão UCLA, e às assistentes sociais uma entrevista semiestruturada. Os resultados indicam uma feminização da população idosa hospitalizada e um período de internamento sem critério clínico que varia entre os 12 e 224. Referem sentir solidão, tristeza, frustração e sentimento de abandono, verificando-se, com a aplicação da Escala UCLA, prevalecer “solidão moderadamente elevada” e “solidão elevada” (61,3%). As assistentes sociais entrevistadas identificaram diferentes motivos de internamento; constrangimentos à alta hospitalar; consequências do protelamento de alta; as suas experiências e sentimentos perante a problemática; e mudanças necessárias e possíveis para a reverter. As conclusões deste estudo remetem para a necessidade de conhecer mais detalhadamente as necessidades e sentimentos de pessoas mais velhas internadas sem critério clínico, bem como de se lhes proporcionar uma resposta de continuidade de cuidados digna e promotora da sua saúde e bem-estar. No que diz respeito aos assistentes sociais, conclui-se que a sua visão holística e crítica face a esta problemática deve ser integrada na elaboração e implementação de medidas sociais e de saúde que diminuam a incidência e o impacto do protelamento de altas hospitalares na população mais velha.

Palavras-Chave: Idosos Hospitalizados; Abandono; Alta Hospitalar; Protelamento; Serviço Social.

Delayed hospital discharge for non-clinical reasons: perspectives of older people and social workers

Abstract: The prolonged hospitalization of elderly individuals without clinical necessity represents a complex challenge for healthcare systems. The present study aimed to explore the perspectives and experiences of older patients and social workers regarding hospital stays without clinical justification. In addition to characterizing older individuals hospitalized without clinical criteria and the emotions experienced during this process, the study sought to identify potential factors associated with hospitalization and delays in discharge for the elderly, as well as to understand the role of social workers in these discharge delays. A mixed-methods investigation was conducted in a healthcare unit, involving 31 elderly individuals hospitalized without clinical criteria and 6 social workers. A sociodemographic questionnaire and the UCLA Loneliness Scale were administered to the elderly participants, while social workers participated in a semi-structured interview. The results indicate a feminization of the hospitalized elderly population, with hospitalization without clinical justification ranging from 12 to 224 days. The elderly participants reported feelings of loneliness, sadness, frustration, and abandonment, with the UCLA Loneliness Scale showing that "moderately elevated loneliness" and "high loneliness" were prevalent (61.3%). The interviewed social workers identified various reasons for hospitalization, constraints on discharge, the consequences of discharge delays, their experiences and emotions regarding the issue, and necessary and possible changes to address the problem. The study's conclusions emphasize the need to gain a more detailed understanding of the needs and emotions of elderly individuals hospitalized without clinical justification, as well as to provide them with a dignified and health-promoting continuity of care that fosters their well-being. Concerning social workers, it is concluded that their holistic and critical perspective on this issue should be integrated into the development and implementation of social and health policies that reduce the incidence and impact of delayed hospital discharges among the elderly population.

Key-Words: Elderly Hospitalization; Abandonment; Hospital Discharge; Delay; Social Work.

Índice	
Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Introdução	8
PARTE I – Enquadramento Teórico	11
1.1. Envelhecimento demográfico e individual	12
1.2. Problemas de saúde associados ao envelhecimento	14
1.3. O idoso hospitalizado e o sentimento de abandono e solidão.....	17
1.4. Planeamento versus Protelamento de Alta: o aumento de casos sociais	19
1.5. O Serviço Social em contexto hospitalar	22
PARTE II – Enquadramento Metodológico	25
2.1. Problema e objetivos de investigação	26
2.2. Tipo de estudo.....	27
2.3. Participantes e contexto.....	28
2.4. Instrumentos de recolha de dados.....	29
2.5. Análise de dados.....	30
2.6. Procedimentos e questões éticas.....	31
PARTE III-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
3.1. Resultados	34
3.1.1. Caracterização das pessoas idosas internadas	34
3.1.2. Sentimentos e vivências no internamento	37
3.1.3. Perspetivas dos Assistentes Sociais	39
3.2. Discussão	46
Conclusão	49
Bibliografia	52
Apêndices	60
<i>Apêndice 1- Questionário Sociodemográfico</i>	61
<i>Apêndice 2- Entrevista Semiestruturada</i>	63
<i>Apêndice3– Pedido de Autorização e Colaboração para Investigação de Mestrado</i>	64
<i>Apêndice4 – Consentimento Informado para os Idosos participantes</i>	65
<i>Apêndice5 – Consentimento Informado para os Profissionais de Saúde</i>	66
<i>Apêndice 6 – Escusa da Comissão de Ética IPC</i>	67

<i>Apêndice 7 – Aprovação da Comissão de Ética</i>	68
<i>Apêndice 8 – Aprovação Conselho de Administração.....</i>	69
Anexos.....	70
<i>Anexo 1- Escala de Solidão - UCLA.....</i>	71

Lista de abreviaturas

CE – Comissão de Ética

DGS – Direção-Geral da Saúde

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCLA – Universidade da Califórnia em Los Angeles

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Critérios de inclusão e critérios de exclusão 28

Tabela 2 –Caracterização da sociodemográfica dos participantes idosos internados. . . 33

Tabela 3 – Caracterização da amostra em relação à variável duração do internamento 35

Tabela 4 – Caracterização da amostra em relação à variável duração do internamento 36

Tabela 5 – Resultados Escala UCLA - Solidão..... 37

Tabela 6 – Árvore categorial «perspetivas das assistentes sociais»..... 40

Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno global que traz consigo uma série de desafios e constrangimentos complexos para os sistemas de saúde em todo o mundo. Em muitos países, o aumento da esperança média de vida está associado a um aumento proporcional de idosos, mas também à necessidade de cuidados médicos e sociais. Em Portugal, um dos países mais envelhecidos do mundo, o aumento da esperança de vida não se fez acompanhar de uma melhoria expressiva do bem-estar e da qualidade de vida da população mais velha, sendo, por exemplo, a nível europeu, o segundo país com maior índice de dependência de pessoas mais velhas (PORDATA, 2025). A população mais velha também se depara frequentemente com elevada carga de doença, sendo as doenças não transmissíveis as que mais contribuem para a perda de qualidade de vida, com grande contribuição também para a mortalidade (Santos et al., 2022). Como alerta a Década do Envelhecimento Saudável 2030, urgem, ao nível dos vários setores da sociedade, cuidados de saúde mais centrados nas reais necessidades das pessoas e a disponibilização de cuidados de longa duração aos que deles necessitam, no decorrer das suas vidas, a par de um efetivo combate à estereotipia e a promoção de uma visão positiva sobre as pessoas mais velhas e sobre o envelhecimento (OMS, 2020).

No decorrer da hospitalização de pessoas mais velhas, fatores como a fragilidade, a má função física, imobilidade e delírio, estão associados a maior incapacidade (Hao et al., 2024). Particularmente nos serviços hospitalares de Medicina Interna, encontram-se pessoas idosas com grande complexidade dos seus fenómenos de saúde, multimorbilidade, polifarmácia, mas também com diferentes graus de funcionalidade e fragilidade, que alertam, por um lado, para a grande heterogeneidade deste grupo populacional e, por outro, para a necessidade de proporcionar cuidados de saúde que ultrapassem o binómio saúde/doença e que conjuguem, de forma multidimensional, respostas de saúde e sociais (Lopes et al., 2023).

Simultaneamente, existe um crescente número de internamentos prolongados, sem um critério clínico que o justifique. Em parte, estão relacionados com uma resposta deficitária da Rede Nacional de Cuidados Continuados e de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e pela falta de resposta de estruturas de saúde mental, contribuindo para a permanência de pessoas mais velhas em serviços de medicina interna mais tempo do

que o que seria esperado para a sua condição de saúde (APAH & EY, 2024; Ribeiro et al., 2025). Esta problemática tornou-se uma preocupação crescente, não apenas pela pressão adicional que coloca sobre os recursos hospitalares e eficácia dos sistemas de saúde, mas também pelos impactos negativos na qualidade de vida dos idosos, saúde e bem-estar (Ribeiro et al., 2025). Ainda que sejam necessários mais estudos sobre o impacto do protelamento das altas por critérios não clínicos, a literatura refere que o atraso na alta e maior tempo de permanência em ambiente hospitalar, tem implicações diretas e indiretas na saúde dos utentes, com consequências na sua saúde física e psicológica (Moreira et al., 2024; Rojas-García et al., 2018). Frequentemente, idosos hospitalizados têm alta prevalência de solidão, que é por sua vez um fator de risco da morbilidade e mortalidade, associado também a incapacidade e que persiste após a alta (Brombo et al., 2025).

Esta investigação tem como objetivo conhecer perspetivas e vivências de utentes mais velhos e de profissionais de saúde sobre a permanência em internamento hospitalar sem critério clínico. Nesse sentido foram entrevistados utentes idosos e profissionais (assistentes sociais) de um serviço de medicina, com o intuito de melhor compreender as suas vivências e perspetivas relativamente a este fenómeno.

O trabalho encontra-se organizado em 4 capítulos. Inicialmente apresenta-se o Enquadramento Teórico, onde se aborda o envelhecimento, problemas de saúde associados a esse fenómeno, idoso hospitalizado e sentimento de abandono e solidão, planeamento das altas hospitalares, com destaque para a problemática do protelamento de altas e a importância dos assistentes sociais neste âmbito. Em seguida apresenta-se o enquadramento metodológico, com a definição do problema e objetivos da investigação, caracterização do tipo de estudo, seleção dos participantes e contexto, instrumentos de recolha de dados, procedimentos de análise de dados e questões éticas. A apresentação dos resultados engloba a caracterização das pessoas mais velhas internadas, seus sentimentos e vivências, bem como as perspetivas dos assistentes sociais. Seguidamente apresenta-se o capítulo da discussão dos resultados, onde é feito o confronto com a literatura. O trabalho finaliza-se com a conclusão e elementos pós-texto como referências bibliográficas e anexos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento demográfico e individual

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), consideram-se como idosos todos aqueles com idade igual ou superior aos 65 anos. Em Portugal tem-se verificado um aumento do índice de envelhecimento (atualmente de 192,4 idosos por cada 100 jovens), sendo já o segundo país mais envelhecido da Europa (PORDATA, 2025). A população residente tem também aumentado, registando agora o maior valor das últimas décadas (10,6 milhões de pessoas), reflexo do crescimento da imigração (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2024). A proliferação gradual da população idosa, superior a 2% ao ano, demonstra que o país tem agora mais de 3 mil centenários, a par de realidades como mais casais sem filhos, famílias monoparentais e unipessoais, e um aumento de pessoas a viver sozinhas, sendo Portugal o 4º país da União Europeia com maior percentagem de idosos a viver sozinhos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2024). A demografia do envelhecimento espelha ainda, à semelhança de outros países, um processo de feminização da velhice, que em Portugal se evidencia sobretudo após os 79 anos de idade (Santos et al., 2022).

Porém o envelhecimento não é um processo meramente definível pela idade, mas antes caracterizado por uma multidimensionalidade complexa de fatores que envolvem aspetos físicos, biológicos e sociais, que se influenciam mutuamente (Lemoine, 2020; Lopes, 2021). Segundo Chalise (2019) existem diversos tipos de envelhecimento, nomeadamente: i) o cronológico, que diz respeito à idade exata que a pessoa tem, sendo que, nem sempre o envelhecimento cronológico é um espelho da idade biológica ou social); ii) o biológico, que envolve uma decadência natural das células e dos organismos, conduzindo à degeneração de tecidos e órgãos, com reflexo na própria imunidade, ainda que, em parte, essa senescência possa ser minimizada por comportamentos individuais, por exemplo; iii) psicológico, onde se destacam as possíveis alterações ao nível da memória, do humor, da personalidade e da capacidade de aprendizagem, ainda que através da manutenção de uma mente ativa e estimulada, a pessoa possa permanecer mais tempo psicologicamente mais jovem; iv) o envelhecimento social, que implica alterações dos papéis sociais desempenhados como a aposentação ou ser avó, que

ocorrem normalmente numa idade mais avançada¹;v) e o envelhecimento funcional, relacionado com a perspetiva que o indivíduo tem sobre o seu envelhecimento e o dos seus pares, comparando a funcionalidade com outros.

A Organização Mundial da Saúde (2020) definiu a década 2021-2030 como a década do envelhecimento saudável, com o propósito central de fomentar a saúde e o bem-estar de pessoas mais velhas, permitindo-lhes desfrutar de uma vida saudável, ativa e participativa. Os fundamentos da Década do Envelhecimento Saudável podem ser delineados em quatro pilares fundamentais (OMS, 2020):

- i) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento, pois ainda persistem estereótipos (como pensamos), preconceitos (como nos sentimos) e discriminação (como agimos) relativamente às pessoas com base em sua idade, o que afeta particularmente as pessoas mais velhas;
- ii) criar comunidades promotoras das capacidades das pessoas mais velhas, nomeadamente através de cidades/comunidades amigas das pessoas idosas, uma vez que o meio onde se vive, rural ou urbano, tem influência na forma como se envelhece e podem ser lugares mais favoráveis à criação de oportunidades e bem-estar para pessoas de todas as idades;
- iii) proporcionar serviços de cuidados integrados e cuidados de saúde primários centrados na pessoa e adequados à pessoa mais velha, onde importa integrar os setores da saúde e social, no sentido de promoverem a manutenção/ melhoria da capacidade funcional dos indivíduos, que é fundamental ao envelhecimento saudável.
- iv) Proporcionar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que deles necessitem, de forma a que, mesmo perante a diminuição de capacidades físicas e mentais as pessoas idosas possam continuar a cuidar de si mesmas e a participar da sociedade, desfrutando de direitos básicos e de uma vida digna.

¹A sociedade, naturalmente, cria expectativas relativamente ao envelhecimento e a mudança dos papéis sociais determina se essas alterações se constituem como positivas ou negativas (Chalise, 2019).

A Década do Envelhecimento Saudável advoga, portanto, por uma abordagem abrangente, reconhecendo a multidimensionalidade do envelhecimento, com influências provenientes de fatores biológicos, sociais, económicos e ambientais. Para além disso, destaca a imperatividade da adaptação de políticas e práticas para enfrentar os desafios intrínsecos e otimizar as oportunidades associadas ao aumento da longevidade da população global (OMS, 2020).

Esta visão é relevante porque, na maioria das vezes, o envelhecimento é entendido como um fenómeno tipicamente associado a uma conotação negativa e como um problema social, subjacente a um discurso centrado no impacto que as demografias envelhecidas têm no aumento das despesas de saúde e segurança social e conseqüente impacto no crescimento económico (Nova School of Business & Economics, 2024). Contudo, como consta do relatório do envelhecimento referente ao contexto nacional, esta perspetiva ignora, por exemplo, que se o aumento da esperança média de vida se traduzir em mais anos de vida saudável, a população mais velha poderá continuar a participar no mercado de trabalho formal, contribuindo para diversas atividades necessárias ao funcionamento das sociedades, como cuidar dos netos, por exemplo (Nova School of Business & Economics, 2024).

1.2. Problemas de saúde associados ao envelhecimento

Ainda que o envelhecimento não signifique necessariamente doença, a literatura refere que, com o aumento da idade as pessoas sentem frequentemente maior incapacidade física e diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde (Lopes et al., 2023). A este nível, e comparativamente com a globalidade dos países da União Europeia, Portugal ocupa o segundo lugar no índice de dependência da população mais velha (PORDATA, 2025). Existe também diferença de género, percebendo-se que são as mulheres que vivem mais tempo, mas com menor qualidade de vida, associada à carga de doença (Santos et al., 2022). A autoperceção do estado de saúde das pessoas mais velhas é razoável a má/muito má, lidando frequentemente com condições de saúde crónicas, como doenças osteoarticulares, hipertensão, lombalgias e sintomas depressivos (Santos et al., 2022). Para além disso, algumas doenças contribuem particularmente mais para a

mortalidade dos mais velhos, nomeadamente doenças do aparelho circulatório, respiratório, tumores malignos e doenças cerebrovasculares (Santos et al., 2022).

Em Portugal, estudos indicam que os idosos frequentemente relatam uma deterioração rápida da saúde e um alto nível de incapacidade e que os recursos do setor da saúde e social, nem sempre dão resposta à evolução das suas necessidades, resultando em maior fragilidade (Correia et al., 2017, citado por Junco, 2021). A capacidade de resposta e acessibilidade aos serviços de saúde, é fundamental para a população idosa, podendo ter grande influência na sua qualidade de vida (Correia et al. 2017 citado por Junco, 2021).

Indivíduos que, independentemente da idade, apresentem dependência, deparam-se com a impossibilidade de realizar as suas atividades da vida diária devido à carência de autonomia física, psicológica ou cognitiva. A intensidade destas limitações e as suas origens podem variar consideravelmente, resultando em doenças crónicas, demência, sequelas pós-traumáticas ou agravamento de situações de saúde já existentes (Ferreira, 2012).

A Direção-Geral da Saúde (DGS), com o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas em 2006, veio reforçar diversos determinantes capazes de influenciar a saúde, autonomia e qualidade de vida dos idosos, como a presença de condições patológicas crónicas múltiplas, a utilização excessiva de medicação (polimedicação), ocorrência de acidentes domésticos e de trânsito, experiências de luto, períodos de internamento em instituições, isolamento social, fenómenos de desertificação, fragilidades económicas, alterações na estrutura familiar e condições habitacionais desadequadas (DGS, 2006).

Guo et al. (2022) destacam na população mais velha a nível global, a preponderância de doenças mais frequentes, como a doença de parkinson, insuficiência cardíaca, aterosclerose, diabetes mellitus tipo 2, doença hepática, osteoartrite, osteoporose, doença pulmonar obstrutiva crónica, hiperplasia prostática benigna, hipertensão e doença oncológica. O *Global Burden of Disease Study 2021* (Chen et al 2025) estimou que a insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais e covid-19 tenham sido as principais causas de morte em idosos em todo o mundo no ano de 2021. O mesmo

estudo, refere que muitas destas patologias são agravadas por fatores como a poluição do ar, consumo de tabaco e a hipertensão arterial (Chen et al 2025). Li et al (2024), acrescentam ainda que o contexto sociodemográfico e a fragilidade social afetam o surgimento de doenças nos idosos globalmente, com crescente incidência de depressão, mas também de dificuldade na realização das atividades de vida diária e manifestação de declínio cognitivo. Por outro lado, importa compreender que em muitas situações de doença crónica ou então de deficiências visuais e auditivas, problemas de saúde oral, entre outras, nem sempre são valorizadas e podem ter repercussões negativas significativas, especialmente no que diz respeito ao isolamento social, défices nutricionais e desequilíbrio biopsicossocial desses idosos (Ferreira, 2012).

1.3. O idoso hospitalizado e o sentimento de abandono e solidão

A hospitalização, geralmente, é um período de considerável tensão e angústia para as pessoas mais velhas, que podem temer lesões corporais, invalidez ou outros, receando serem manipuladas, negligenciadas, submetidas a exames dolorosos, ou de serem diminuídas, humilhadas e considerados inúteis, ou ainda de serem abandonadas pela família (Ferreira, 2012). Muitos destes receios surgem da percepção de ameaça à integridade física e à alteração da imagem corporal (Ferreira, 2012). Apesar dos sentimentos negativos associados ao ambiente hospitalar, este é também percebido como um local que oferece segurança aos doentes, proporcionando condições para prevenção, tratamento e reabilitação. Contudo, o internamento requer que a pessoa se readapte à gestão do seu espaço pessoal, afastando-se do ambiente habitual e privado, o que pode representar desafios significativos. A rotina hospitalar, divergindo da rotina diária dos mais velhos, pode ser uma fonte constante de irritação, especialmente devido à menor flexibilidade e ao apego às atividades que foram ao longo dos anos incorporando nos seus dias (Ferreira, 2012).

A literatura revela que idosos hospitalizados em enfermarias médicas demonstram sentir solidão, escassez de laços sociais, sintomas depressivos e incapacidade (Brombo et al., 2025). O mapeamento da solidão em idosos internados parece ser ainda uma problemática subestimada nos serviços hospitalares, carecendo de uma avaliação efetiva (Joseph et al., 2025). Como referem os autores, a solidão além de ter impacto na saúde física e mental das pessoas idosas, está também relacionada com a hospitalização recorrente e prolongada, exacerbando o sofrimento psicológico e dificultando a recuperação das pessoas (Joseph et al., 2025). Este sentimento tem sido descrito como um fator de risco para o agravamento de condições de saúde mental, como a depressão e a ansiedade, bem como para a deterioração física, nomeadamente doenças cardiovasculares (Cacioppo et al., 2006; Hawkey & Cacioppo, 2010). De acordo com Gonçalves (2022), a solidão é um fenómeno com forte impacto emocional nas pessoas mais velhas, afetando o seu estado de espírito, a sua saúde global e a qualidade de vida em instituições de longa duração. O autor destaca a importância da avaliação do sentimento de solidão, através de escalas específicas, como elemento central na intervenção social e na promoção do bem-estar dos mais velhos.

No contexto da hospitalização as pessoas mais velhas vivenciam também sentimentos de abandono e de tristeza, pela falta de perspetivas em relação ao futuro, levando a uma fragilidade nas relações afetivas e sociais, que desencadeia um processo de isolamento (Ferreira, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu Relatório sobre Envelhecimento em 2015, conceitua o abandono como uma forma de abuso, equiparando-o ao abuso físico, psicológico ou emocional, financeiro ou material, e negligência (OMS, 2015). O abuso é definido como qualquer ato único (ou repetido) ou a falta de uma abordagem apropriada em relação à pessoa idosa, quando acontece dentro de uma relação de confiança e que resulta em dor e sofrimento. Embora esta definição não abranja outras formas de violência infligida contra pessoas mais velhas, como as que ocorrem em espaços públicos, tornou-se a mais amplamente utilizada no meio académico e organizações internacionais (Ferreira, 2021).

Diversos autores apresentam justificações para o abandono de pessoas mais velhas, sendo um fenómeno transversal a todo o mundo que tem aumentado consideravelmente. De acordo com Rzeszut (2017) são apresentadas diversas motivações em que se destacam: a sobrecarga financeira dos cuidadores que esgotam a capacidade de providenciar os cuidados necessários ao idoso; situações de stress, fadiga e doença mental, resultado da sobrecarga; atitudes e comportamentos desadequados por parte do cuidador, tais como consumos de substâncias que prejudicam o ato de prestação de cuidados.

Rzeszut (2017), afirma que é comum existir confusão entre o conceito de abandono e um outro tipo de abuso denominado negligência. A negligência, neste contexto, abrange a recusa deliberada ou omissão nos cuidados dedicados à pessoa idosa, incorporando a negação de necessidades essenciais como alimentação, higiene, segurança, habitação e assistência médica. A principal distinção, segundo Mary Rzeszut, assenta no facto de que, no abandono, o cuidador pretende libertar-se integralmente da responsabilidade/ “encargo” de cuidar de uma pessoa idosa, enquanto, na negligência, o cuidador recusa-se a providenciar determinados cuidados ou fá-los de um modo inadequado, sem necessariamente abandonar o idoso (Rzeszut, 2017).

Embora, em diversos países, a lei não caracterize o abandono como forma de crime, em Portugal, o Código Penal Português prevê, no Artigo 138º esta forma de abuso:

“1 - Quem colocar em perigo a vida de outra pessoa: a) Expondo-a em lugar que a sujeite a uma situação de que ela, só por si, não possa defender-se; ou b) Abandonando-a sem defesa, sempre que ao agente coubesse o dever de a guardar, vigiar ou assistir; é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos.

2 - Se o facto for praticado por ascendente ou descendente, adotante ou adotado da vítima, o agente é punido com pena de prisão de 2 a 5 anos.

3 - Se do facto resultar: a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos; b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de 3 a 10 anos.”(Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de Março do Ministério da Justiça, 1995).

1.4. Planeamento versus Protelamento de Alta: o aumento de casos sociais

A alta hospitalar é o momento em que o utente deixa o hospital, quando já não necessita de cuidados médicos constantes em contexto hospitalar. Em certos casos, a alta clínica pode não significar que a pessoa saia imediatamente do hospital, ou seja, pode existir um compasso de espera, por vezes relacionado com problemas sociais complexos, como a falta de suporte em casa ou outros desafios sociais (Santo et al., 2018). Assim, o utente permanece em contexto hospitalar até que as questões sociais identificadas sejam resolvidas ou encaminhadas, de forma a poder regressar a casa de forma segura (Santo et al., 2018).

O processo de alta pode caracterizar-se em três aspetos essenciais (Ferreira et al., 2018): i) alta clínica, quando a situação clínica que levou o utente a recorrer aos cuidados de saúde está resolvida; ii) a alta social, quando as questões sociais complexas estão resolvidas e permitem o retorno ao domicílio; e iii) a alta hospitalar, o momento em que o utente efetivamente abandona o hospital.

Os hospitais portugueses deparam-se com uma realidade importante de camas ocupadas por doentes cuja situação clínica já não requer o internamento, mas que, por diferentes motivos, acabam por prolongar a sua estadia (Martins et al., 2023). A condição de permanência em contexto de saúde, conhecida como protelamento da alta hospitalar,

ocorre quando, mesmo com a alta clínica, não estão reunidas as condições necessárias para a alta hospitalar (Almeida & Ferreira, 2021).

O atraso na alta hospitalar demonstra estar relacionado com o atraso ou falta de respostas sociais atempadas (Hendy et al, 2012). Observa-se que muitos dos utentes que permanecem em contexto hospitalar, encontram-se a aguardar integração em algum tipo de resposta social, como estruturas residenciais para pessoas idosas, serviços de apoio domiciliário ou outras formas de suporte (Almeida & Ferreira, 2021). Simultaneamente, os desafios familiares que se revelam existir de forma complexa, envolvendo relações conflituosas, falta de disponibilidade ou incapacidade física e psicológica para prestar os cuidados adequados são também dos principais motivos para o protelamento da alta. Por este motivo, a principal resposta para estes utentes passa pela institucionalização que se agudiza com a dificuldade de integração neste tipo de resposta (Almeida & Ferreira, 2021). Por outro lado, como referem Ribeiro et al. (2025), subsiste uma disfunção sistémica, com implicações éticas, organizacionais e sociais, carente de respostas políticas públicas integradas e de soluções territorializadas, dada a heterogeneidade com que se manifesta esta problemática no território português.

O planeamento da alta hospitalar é um processo complexo que requer uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar de saúde, o utente e sua família ou rede de suporte, devendo ser transparente e coordenado entre todos os intervenientes (Almeida & Ferreira, 2021). Neste processo, os profissionais de saúde trabalham em conjunto com os utentes e suas famílias, antecipando as necessidades após a hospitalização, desenvolvendo um plano que auxilie o utente a recuperar a sua independência/ manutenção dos benefícios adquiridos durante o período que permaneceu no hospital (Almeida & Ferreira, 2021). Como referem Lopes et al. (2023), especificamente no que diz respeito ao planeamento da alta de pessoas idosas, para além de ser necessário que as equipas multidisciplinares desenvolvam uma estreita relação com as equipas comunitárias, falta ainda investir na sensibilização de todos os profissionais para as particularidades do cuidado às pessoas mais velhas, que passa, entre vários aspetos, por uma avaliação multidimensional que considere, além da doença, a fragilidade, funcionalidade e a resiliência destes utentes.

Segundo Guerra (2017), a discussão em torno do conceito de caso social tem sido ampla, especialmente considerando os diversos cenários nos quais o Serviço Social atua.

No contexto da saúde, essa discussão ganha destaque devido às mudanças nos problemas sociais, resultando numa maior exposição dos indivíduos a riscos e, conseqüentemente, influenciando a prática dos Assistentes Sociais na área da saúde. Ao abordar o caso social num ambiente hospitalar, é necessário analisar a prática específica do profissional de Serviço Social nesse contexto, pois apesar de envolver a atuação de vários profissionais, a análise, avaliação e planejamento das altas nos casos sociais dentro do ambiente hospitalar estão sob a responsabilidade da intervenção do Serviço Social. Estes profissionais desempenham um papel crucial para garantir a eficácia e eficiência do funcionamento dos serviços, bem como proporcionar apoio e prevenção de situações disfuncionais com vista à integração social após a alta hospitalar e evitamento de readmissões (Almeida & Ferreira, 2021). O caso social é percebido como uma construção, envolvendo uma avaliação da situação na qual os profissionais aplicam um raciocínio fundamentado na sua experiência prática e conhecimento teórico. Portanto, trata-se de uma construção contextualizada e situacional, não sendo uma realidade predefinida. No ambiente hospitalar, dadas suas particularidades, essa abordagem ganha uma importância ainda maior (Almeida & Ferreira, 2021).

Pode considerar-se que o caso social, reflete uma série de interpretações da realidade, influenciadas por experiências passadas, preconceitos, valores e emoções daqueles que descrevem os atos (Guerra, 2017). Portanto, cada pessoa envolvida no caso social interpreta a situação de acordo com suas experiências pessoais (Guerra, 2017). O caso social não é determinado pelo tipo de utente ou problema, mas sim pela combinação de diversos fatores que impactam o bem-estar biopsicossocial e ambiental do indivíduo perante da doença, bem como dos recursos e habilidades que os utentes ou outrem podem mobilizar para garantir a continuidade dos cuidados e tratamentos. Dessa forma, o caso social surge a partir de qualquer necessidade específica que a pessoa não pode suprimir de forma autónoma ou de obstáculos tanto a nível pessoal, familiar ou da comunidade necessários de combater para o bem-estar após a alta hospitalar (Guerra, 2017).

Importa também compreender que o prolongamento do internamento além da exigência clínica resulta em complicações potencialmente evitáveis, como infeções, agravamento da dependência e impactos na saúde mental dos pacientes (Moreira et al., 2024; Rojas-García et al., 2018). A um maior tempo de internamento parece estar

associado um maior risco de fragilidade, bem como menor funcionalidade física, imobilidade e delírio (Hao et al., 2024). Os hospitais enfrentam desafios em dar resposta a estas situações a par da quantidade considerável de camas ocupadas por utentes cujo estado clínico não justifica a sua permanência em contexto hospitalar. Esta ocupação prolongada de camas afeta o normal funcionamento do hospital, pois manter taxas de ocupação acima do recomendado leva ao adiamento de atividades programadas, aumentando os custos, as listas de espera e deteriorando a qualidade dos cuidados de saúde disponíveis para os utentes, também pela escassez de recursos humanos (Martins, 2023). A nível global é imperativo reduzir a duração dos protelamentos de alta e do número de casos sociais de modo a maximizar a eficácia dos cuidados de saúde prestados aos doentes e a eficiência dos sistemas de saúde. Ainda não existem muitos estudos relativos a este tema a nível mundial, contudo aponta-se que a necessidade de camas para utentes com situações agudas seja uma das justificações para a sua abordagem (Zhao et al., 2018).

1.5. O Serviço Social em contexto hospitalar

De acordo com Guadalupe et al (2020), o serviço social está presente em diversos setores de cuidados de saúde, dos quais se destacam os cuidados paliativos, os cuidados continuados, os cuidados primários e os cuidados hospitalares, nos quais os assistentes sociais são considerados “profissionais-chave”, de caráter maioritariamente assistencialista na intervenção e desempenho de uma equipa multidisciplinar. A presença de profissionais de Serviço Social nestas equipas de saúde é fundamental na medida em que se pode considerar que a muitas situações de doença também se associam problemas sociais tais como desigualdades, pobreza e exclusão social (Guadalupe et al., 2020).

Os assistentes sociais desempenham diversas funções cruciais na área da saúde. Além de serem relevantes na comunicação com os utentes e famílias, adotando uma abordagem empática e livre de julgamentos, também assumem um papel essencial na mediação de conflitos, atuando como intermediários entre as equipas de saúde multidisciplinares, utentes, famílias, tendo por base o plano de intervenção estabelecido (Carvalho, 2021).

Especificamente no contexto hospitalar, a atuação dos assistentes sociais baseia-se sobretudo em quatro grandes momentos: i) o acolhimento social; ii) a definição/elaboração do plano de intervenção individual de cuidados; iii) o acompanhamento psicossocial e, por fim, iv) a manutenção, garantindo e avaliando a continuidade dos cuidados (Ferreira, 2021). Durante o acolhimento social para a hospitalização, o assistente social realiza uma entrevista para recolha de dados e informação relevante para o processo social, com vista à elaboração de um diagnóstico social (Ferreira, 2021). Neste processo são avaliados critérios sociais como condições habitacionais, rede de suporte quer formal ou informal, recursos económicos, entre outros, e os resultados são analisados com a equipa multidisciplinar, de modo a elaborar-se um plano individual adequado a cada utente (Ferreira, 2021). A elaboração deste plano individual de cuidados é feita em colaboração com esta equipa composta por profissionais das diversas áreas disciplinares, tais como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros, partilhando informações clínicas, sociais e profissionais. O acompanhamento psicossocial envolve entrevistas constantes presenciais ao utente e família/cuidador, visitas domiciliárias, podendo também envolver a entrevistas não presenciais, como a realização de contactos telefónicos ou e-mails. Durante o internamento, o assistente social orienta, encaminha e articula com instituições de apoio social da comunidade, mas também informa os utentes sobre seus direitos, prestações ou benefícios sociais, medeia relações interpessoais e promove parcerias para a recuperação do utente (Ferreira, 2021). O acompanhamento psicossocial avalia a situação do utente/família, identificando necessidades e mobilizando recursos para os cuidados necessários. A garantia da continuidade dos cuidados inclui a identificação das necessidades após a alta e a articulação com parceiros sociais da comunidade para assegurar serviços essenciais, com o objetivo de proporcionar uma alta segura, estruturada e oportuna (Ferreira, 2021).

Neste sentido, os profissionais de Serviço Social têm um papel fundamental no planeamento das altas hospitalares, crucial para reduzir o tempo de permanência hospitalar e evitar possíveis readmissões de utentes, facilitando o retorno dos mesmos para o domicílio ou outras respostas sociais e/ou de saúde (Santo, 2018). Isto inclui reintegrar os utentes na comunidade, capacitando tanto os pacientes como os cuidadores no regresso à sua habitação. Para este retorno à comunidade e respetivo domicílio, os

assistentes sociais são preponderantes no processo de articulação com os recursos da comunidade, tais como centros de dia, serviços de apoio domiciliário, estruturas residenciais para pessoas idosas, comumente denominadas de lares (Carvalho, 2021). No quotidiano do funcionamento das instituições de saúde, estes assumem frequentemente a gestão do vazio institucional, mobilizando estratégias informais para garantir a continuidade de cuidados noutros contextos (Ribeiro et al., 2025).

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1. Problema e objetivos de investigação

O envelhecimento demográfico coloca aos países questões de sustentabilidade dos seus serviços de saúde e sociais, bem como de promoção da qualidade de vida das próprias pessoas mais velhas. Em Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos, o aumento da longevidade não se traduziu necessariamente em mais saúde e qualidade de vida, verificando-se, pelo contrário, um elevado número de pessoas idosas com doenças crónicas, incapacidade e dependência (Santos et al., 2022). No decorrer destes e de outros fatores, as pessoas mais velhas acabam por vivenciar internamentos dos quais podem resultar complicações como fragilidade, menor funcionalidade física, imobilidade e delírio, e a uma permanência prolongada no hospital (Hao et al., 2024). Ainda que exista grande heterogeneidade no estado de saúde e funcional das pessoas idosas internadas, entende-se que ainda faltam cuidados multidimensionais e centrados nas suas particularidades, que ultrapassem o binómio saúde/doença, bem como respostas de saúde e sociais adequadas (Lopes et al., 2023). Esta realidade está subjacente à forma como pensamos e agimos sobre o envelhecimento e a velhice e a necessidade de proporcionar cuidados de saúde integrados, onde a saúde e o setor social se articulem no sentido de promover o bem-estar e a manutenção da capacidade funcional dos indivíduos, destacada pela Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030 (OMS, 2020). Por vários motivos que não só o estado clínico, as pessoas mais velhas hospitalizadas vivenciam também o protelamento da alta hospitalar, ou seja, a permanência na unidade de saúde após a alta clínica, mas em que ainda não estão reunidas as condições necessárias para a alta hospitalar (Almeida & Ferreira, 2021). Esse prolongamento do internamento sem motivos clínicos que o justifiquem, é uma realidade crescente nos hospitais portugueses, relacionada com a ausência de respostas sociais, e que simultaneamente retrata dificuldades ao nível do planeamento das altas das pessoas idosas, e ainda na necessidade de uma maior sensibilização dos profissionais para a avaliação de necessidades desta população (Almeida & Ferreira, 2021; Lopes et al., 2023; Martins et al., 2023). Neste processo os assistentes sociais têm habitualmente um importante papel, atuando na gestão do vazio institucional, com intervenções que garantam a continuidade de cuidados noutros contextos e assim permitir uma alta não protelada e bem planeada, com benefício para a pessoa mais velha (Ribeiro et al., 2025). Veja-se que o prolongamento das altas tem implicações, não apenas para o

funcionamento dos serviços, limitando a disponibilidade de camas para outras admissões, como também para as próprias pessoas mais velhas, a nível da sua saúde física e psicológica (Martins, 2023). Idosos hospitalizados nos serviços de saúde demonstram sentir solidão, escassez de laços sociais, sintomas depressivos e incapacidade (Brombo et al., 2025; Joseph et al., 2025), embora revele ser ainda uma problemática subestimada nos serviços hospitalares, sem avaliação efetiva (Joseph et al., 2025). Neste contexto desenha-se o presente estudo, com a finalidade última de contribuir para uma melhor compreensão das perspetivas e vivências das pessoas mais velhas que experienciam estes internamentos prolongados e sem critério clínico, mas também dos assistentes sociais que lidam com a problemática. Tem assim, como objetivo geral conhecer perspetivas e vivências de utentes mais velhos e de assistentes sociais sobre a permanência em internamento hospitalar sem critério clínico.

Como objetivos específicos surgem:

- Caracterizar a pessoa mais velha internada sem critério clínico e os sentimentos vivenciados nesse processo;
- Identificar possíveis fatores associados ao internamento e protelamento da alta das pessoas mais velhas;
- Compreender o papel dos assistentes sociais face a situações de protelamento de alta, a partir das suas perspetivas e vivências.

2.2. Tipo de estudo

A presente investigação revela-se como um estudo transversal, na medida em que analisa um único momento temporal, as perceções e vivências de pessoas mais velhas internadas e de assistentes sociais, sem intervir sobre o fenómeno em estudo, nem procurar estabelecer relações de causalidade nos fenómenos observados (Zangirolami-Raimundo et al., 2018). Tem natureza mista, abordando tanto a vertente quantitativa como qualitativa, devido à melhor possibilidade de compreensão do fenómeno estudado. Esta metodologia é mais holística e favorável à melhor interpretação das subjetividades inerentes às vivências de pessoas mais velhas e de assistentes sociais, tendo sido para tal

relevante a inclusão de questões de resposta aberta, nos instrumentos de recolha de dados (Wasti et al, 2022).

2.3. Participantes e contexto

Os participantes deste estudo incluíram pessoas mais velhas internadas sem critério clínico e assistentes sociais da mesma instituição de saúde (hospital). Para isso foi adotado um método de amostragem não-probabilística intencional, uma vez que se procurou inquirir um grupo específico, selecionando por conveniência os participantes que cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos (tabela 1).

Tabela 1

Crítérios de inclusão e critérios de exclusão

Participantes	crítérios de inclusão	crítérios de exclusão
Pessoas mais velhas	<ul style="list-style-type: none"> • Idade igual ou superior a 65 anos; • Permanência na Unidade de Saúde após alta clínica; • Existir uma referenciação ao Serviço Social; • Saber ler e escrever; • Demonstrar vontade de participar no estudo consentindo e respondendo ao questionário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar défice ou declínio cognitivo; • Não saber ler e/ou escrever; • Não responder à totalidade do questionário.
Assistentes Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Ser assistente social; • Exercer funções em Unidades de Internamento hospitalar, na instituição selecionada; • Demonstrar vontade de participar no estudo, assinando o termo de consentimento informado e respondendo à entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar indisponibilidade para responder à entrevista. • Ser estagiário e/ou não ser assistente social.

Fonte: elaboração própria.

A unidade hospitalar onde decorreu o estudo é uma instituição pública do Serviço Nacional de Saúde (SNS), cuja estrutura e gestão é de natureza descentralizada. Localiza-se na Faixa Litoral de Portugal Continental, servindo uma população maioritariamente

residente em áreas urbanas e semiurbanas, com o objetivo de proporcionar cuidados de saúde de nível hospitalar de proximidade. Integra diversos serviços clínicos, como unidades de urgência, medicina interna, especialidades médicas, cirurgia geral, bem como meios complementares de diagnóstico e terapêutica. A instituição distingue-se ainda pela disponibilidade de serviços especializados na área da geriatria, com especial atenção à população idosa, proporcionando consultas de acompanhamento e programas de reabilitação e cuidados continuados.

A capacidade instalada da unidade, expressa em número de camas, é distribuída por diversas áreas de internamento, de modo a garantir uma resposta eficiente às necessidades da população abrangida. No que respeita à organização interna, a unidade hospitalar privilegia a coordenação e articulação com outras instituições da rede pública de saúde, visando a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados, especialmente no processo de alta hospitalar e seguimento pós-alta.

Esta instituição colabora ainda com instituições de ensino superior em programas de formação contínua para profissionais de saúde, contribuindo para a atualização de competências técnicas e científicas, nomeadamente nas áreas de cuidados médicos, enfermagem e de gestão hospitalar.

2.4. Instrumentos de recolha de dados

Como instrumentos de recolha de dados, este estudo adotou: i) para as pessoas mais velhas, um instrumento que integrou dados de caracterização sociodemográfica, num questionário elaborado para o efeito (Apêndice 1) e a Escala de Solidão UCLA de Daniel Russel (traduzida e adaptada para Portugal por Pocinho e Farate, 2005) (Anexo 1); e ii) para assistentes sociais que exercem funções junto destes utentes, na mesma unidade de saúde, uma entrevista semiestruturada, com vista a analisar as suas perceções sobre o que está na génese do protelamento de alta dos idosos, bem como constrangimentos existentes na comunidade, e o próprio sentimento dos profissionais de saúde perante este crescente fenómeno (Apêndice 2).

A Escala UCLA de Solidão constitui-se como um instrumento imprescindível para a investigação e intervenção social e psicológica, especialmente em contextos de

internamento hospitalar prolongado e institucionalização, onde o risco de solidão é significativamente elevado. Foi desenvolvida por Russell, Peplau e Ferguson em 1978, para medir não apenas a quantidade de interações sociais, mas, sobretudo, a percepção de solidão sentida pelos indivíduos, independentemente da sua rede social real (Russell et al., 1978). Assim, a Escala UCLA centra-se na solidão percebida, diferenciando-se de abordagens puramente quantitativas. A versão original da escala contém 20 itens, organizados de forma a avaliar dimensões como a percepção de desconexão social, o desejo de companhia e sentimentos de exclusão. Cada item é respondido numa escala de *Likert* de quatro pontos, variando entre "nunca" e "frequentemente", refletindo a frequência com que o indivíduo experienciou determinado sentimento relacionado com a solidão. A pontuação global resulta da soma dos itens, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior solidão percebida.

2.5. Análise de dados

O processo de análise contemplou procedimentos de estatística descritiva simples para tratar os dados quantitativos obtidos na administração do questionário às pessoas idosas, utilizando medidas de dispersão ou frequências relativas ou absolutas de acordo com a natureza dos dados. Para esse efeito foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 30. Os dados qualitativos resultantes da entrevista às assistentes sociais foram analisados segundo os pressupostos de Bardin (2006). Os dados qualitativos resultantes das entrevistas semiestruturadas realizadas às profissionais de Serviço Social foram analisados através da análise de conteúdo, seguindo as suas três etapas – (i) pré-análise, (ii) exploração do material, e (iii) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2006 in Mozzato et al., 2011).

Na primeira etapa, de *pré-análise*, procedeu-se à organização do conteúdo adquirido no estudo, tornando-o mais funcional para sintetizar ideias iniciais, através de uma leitura do conteúdo e sua triagem, de modo a selecionar aquilo que poderia ser utilizado, bem como suportar a reformulação de objetivos (Bardin, 2006 in Mozzato et al., 2011). Seguidamente, na etapa de *exploração do material*, definiram-

se as categorias e unidades, sendo uma fase fulcral para a determinação do potencial do conteúdo. As palavras-chave na fase de exploração são a codificação, categorização e classificação. Na terceira e última etapa, procedeu-se ao tratamento dos resultados, com interpretação exaustiva, dando espaço a uma análise de reflexão e crítica (Bardin, 2006 in Mozzato et al., 2011).

2.6. Procedimentos e questões éticas

Este estudo cumpriu todos os pressupostos ético inerentes à sua concretização, tais como o pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar onde decorreu (Apêndice 3). Seguidamente foi submetido a apreciação da Comissão de Ética desta Unidade Hospitalar, que mereceu parecer favoravelmente (Apêndice 7). A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra pediu escusa de parecer, uma vez que já existia parecer da CE da unidade hospitalar (Apêndice 6).

Com a devida autorização (Apêndice 8), inicialmente, foi realizada uma reunião com os profissionais de Serviço Social da Unidade Hospitalar, de modo a explicar o estudo e os seus objetivos, bem como a pertinência do seu apoio no mesmo e solicitada a colaboração para a sensibilização dos idosos na participação do estudo. Após os profissionais de saúde indicarem os idosos internados sem critério clínico, estes foram convidados a participar na investigação em que tiveram a liberdade de não aceitar participar, sendo que este se trata de um estudo de participação facultativa. Aos idosos que manifestaram interesse em participar, solicitou-se a assinatura da Declaração de Consentimento Informado (Apêndice 4), previamente à administração do questionário. Nesse documento, encontram-se contempladas as informações relativamente ao projeto de investigação, a sua temática e os seus objetivos, bem como a garantia da salvaguarda da identidade do participante e proteção dos seus dados pessoais.

Numa fase seguinte, foi agendada a entrevista com o/a Assistente Social de modo a auscultar as suas perspetivas e vivências relativamente aos protelamentos de alta hospitalar de pessoas mais velhas. As que demonstraram interesse em conhecer e eventualmente participar, obtiveram uma Declaração de Consentimento Informado, de modo a permitir a sua integração no estudo de forma livre e esclarecida. Tiveram

conhecimento de que a entrevista seria gravada em formato de áudio de modo a facilitar o levantamento das informações (Apêndice 5), salvaguardado sempre a sua identidade e da sua instituição.

PARTE III-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1. Resultados

Ao longo deste ponto apresentam-se os resultados referentes às vivências e perspetivas das pessoas idosas internadas sem critério clínico (n=31) e, seguidamente, às dos assistentes sociais (n=6), da mesma unidade de saúde.

3.1.1. Caracterização das pessoas idosas internadas

A aplicação do questionário sociodemográfico aos 31 participantes idosos internados, permitiu proceder à caracterização da amostra em função das variáveis: idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, rendimento mensal, tipo de habitação, situação de coabitação, número de filhos, frequência de visitas, duração do internamento e sentimento de solidão (tabela 2).

Tabela 2

Caracterização sociodemográfica dos participantes idosos internados

Variáveis	N (%)
Idade (em anos)[Média*;desvio-padrão**; min.-máx.***]	82,6452* ± 7,85090** Min. 66 anos, máx. 95 anos***
65 – 75	6 (19,4%)
75 – 85	8 (26%)
85 – 95	17 (54,6%)
Sexo	
Masculino	7 (22,6%)
Feminino	24 (77,4%)
Estado Civil	
Casado (União de Facto)	12 (6,5%)
Solteiro	2 (6,5%)
Viúvo	17 (54,8%)
Rendimento Mensal	
Entre 300€ e 500€	8 (25,8%)
Entre 500€ e 800€	19 (61,3%)
Superior a 1000€	4 (12,9%)
Escolaridade	
4ª ano	19 (61,3%)
6º ano	6 (19,4%)
9 ano	1 (3,2%)
Ensino Secundário	2 (6,5%)
Ensino Superior	3 (9,7%)
Habitação	
Própria	29 (93,5%)
Arrendada	2 (6,5%)
Cohabitação	
Só	20 (64,5%)
Filhos	2 (6,5%)
Cônjuge	9 (29%)

Filhos	
Sem filhos	5 (16,1%)
1	10 (32,3%)
2	9 (29%)
3	6 (19,4%)
7	1 (3,2%)

Fonte: Elaboração própria

A distribuição etária dos 31 indivíduos, varia entre os 66 e os 95 anos, com uma média de idades de 82.65 anos (e desvio padrão de 7,85). A distribuição das frequências das idades revela que as faixas etárias de 85 e 86 anos correspondem às maiores representações na amostra, com uma proporção de 12,9% para cada uma dessas idades. Dessa forma, é possível verificar que a amostra é predominantemente composta por indivíduos com idades superiores a 80 anos, com uma maior concentração nas faixas etárias de 85 e 86 anos. A maioria é também do sexo feminino (n= 24; 77%), tendo participado apenas 7 homens, representando aproximadamente 23%. Quanto ao estado civil, predominam os Viúvos (n=17; 55%), seguidamente os casados ou a viver em união de facto (n=12; 39%) e por fim, 2 participantes solteiros (7%). O rendimento mensal situa-se predominantemente entre 500€ e 800€, em 61% dos casos, referindo 8 participantes auferir rendimentos mensais entre 300€ e 500€ e, por fim, 4 rendimentos mensais superiores a 1000€. Mais de metade destes participantes (n=19; 61%) possui, no máximo, o 4º ano de escolaridade, seguindo-se o 6º ano de escolaridade (n=6), e 3 completaram o Ensino Superior. Quase a totalidade possui habitação própria (n=29; 94%) e 2 dos idosos vivem em habitação arrendada. Cerca de 65% referiram residir sozinhos, enquanto 29% residem com o cônjuge. Apenas 2 dos sujeitos da amostra residem com os filhos.

No que se refere ao número de filhos, os dados variam desde idosos sem filhos (n=5) até pessoas com 7 filhos (n=1). Destacam-se os grupos com 1 e 2 filhos, correspondendo a 32% e 29%, respetivamente.

Da amostra de 31 idosos participantes, 20 referiram ser habitual receber visitas no internamento hospitalar, correspondendo a 64,5%, e os restantes 11 referem não ter.

No que se refere à duração do internamento sem critérios clínicos, existem respostas que variam entre os 12 e 224 dias, com uma média de dias de internamento de 50,8 dias (tabela 3).

Tabela 3

Caracterização da amostra em relação à variável duração do internamento

		Duração			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	12,00	1	3,2	3,2	3,2
	13,00	1	3,2	3,2	6,5
	14,00	2	6,5	6,5	12,9
	17,00	1	3,2	3,2	16,1
	18,00	1	3,2	3,2	19,4
	19,00	1	3,2	3,2	22,6
	21,00	1	3,2	3,2	25,8
	22,00	2	6,5	6,5	32,3
	24,00	2	6,5	6,5	38,7
	25,00	1	3,2	3,2	41,9
	26,00	1	3,2	3,2	45,2
	28,00	1	3,2	3,2	48,4
	36,00	2	6,5	6,5	54,8
	38,00	1	3,2	3,2	58,1
	42,00	2	6,5	6,5	64,5
	44,00	1	3,2	3,2	67,7
	55,00	1	3,2	3,2	71,0
	61,00	1	3,2	3,2	74,2
	67,00	1	3,2	3,2	77,4
	71,00	1	3,2	3,2	80,6
	74,00	1	3,2	3,2	83,9
80,00	1	3,2	3,2	87,1	
85,00	1	3,2	3,2	90,3	
143,00	1	3,2	3,2	93,5	
178,00	1	3,2	3,2	96,8	
224,00	1	3,2	3,2	100,0	
Total		31	100,0	100,0	

O valor do desvio padrão (49,49) revela uma grande dispersão dos dados obtidos (tabela 4).

Tabela 4

Caracterização da amostra em relação à variável duração do internamento

Estatísticas		
UCLA		
N	Válido	31
	Omisso	0
Média		51,6452
Mediana		51,0000
Modo		42,00
Erro Desvio		12,36001
Mínimo		30,00
Máximo		72,00

3.1.2. Sentimentos e vivências no internamento

O questionário realizado aos utentes mais velhos em internamento permitiu também identificar os sentimentos mais prevalente ao longo desse período em que se encontravam afastados do seu meio habitual. As respostas obtidas sublinharam a existência de solidão (n=13), tristeza (n=8), a frustração (n=6) e o sentimento de abandono (n=4). Foi também questionado se tinham o sentimento de solidão e as respostas foram claras, sendo que 29 dos 31 participantes, referiu que sim, contrariamente a apenas 2 que afirmaram não sentir solidão.

Para além desta questão, também se procedeu à aplicação da Escala de Solidão UCLA de Russel, traduzida e adaptada por Margarida Pocinho e Carlos Farate, em 2005. Importa considerar que os resultados têm uma amplitude entre os 20 e 80 pontos, sendo que, valores entre os 20 e 34 simbolizam “baixa solidão”; entre 35 e 49 pontos correspondem a “solidão moderada”; entre 50 e 64 pontos, considera-se “solidão moderadamente elevada”; por fim, entre os 65 e 80 pontos, são indicativos de “alta solidão”.

Nesse sentido, dos 31 participantes no estudo, que foram submetidos à aplicação da Escala UCLA- Solidão, a variedade dos valores obtidos, ficaram compreendidos entre os 30 e 72 pontos. A pontuação mais frequente, correspondendo à Moda, é o valor 42, com 4 participantes que revelaram este resultado. O resultado médio obtido, prende-se com o valor 51, correspondente à interpretação de “solidão moderadamente elevada”.

Assim, em análise às quatro categorias previamente apresentadas, assume-se que no nível de “baixa solidão” encontram-se 2 participantes, representando percentagem de cerca de 9,7%, com valores obtidos de 30 e 32 pontos, o que relaciona diretamente aos valores representados na Tabela 5. No que diz respeito a “solidão moderada”, correspondem a 10 idosos, representando a nível percentual, cerca de 29%. Em relação a “solidão moderadamente elevada” e, com maior frequência de respostas, encontram-se 11 idosos hospitalizados, refletindo-se em cerca de 41,9%. Finalmente, na classificação “alta solidão”, estão 7 participantes, equivalendo a 19,4%.

Tabela 5

Resultados Escala UCLA- Solidão

		UCLA			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	30,00	1	3,2	3,2	3,2
	32,00	2	6,5	6,5	9,7
	37,00	1	3,2	3,2	12,9
	38,00	1	3,2	3,2	16,1
	42,00	4	12,9	12,9	29,0
	44,00	1	3,2	3,2	32,3
	45,00	1	3,2	3,2	35,5
	48,00	1	3,2	3,2	38,7
	50,00	3	9,7	9,7	48,4
	51,00	2	6,5	6,5	54,8
	52,00	1	3,2	3,2	58,1
	53,00	1	3,2	3,2	61,3
	54,00	2	6,5	6,5	67,7
	57,00	1	3,2	3,2	71,0
	58,00	1	3,2	3,2	74,2
	61,00	1	3,2	3,2	77,4
	63,00	1	3,2	3,2	80,6
	68,00	1	3,2	3,2	83,9
	69,00	1	3,2	3,2	87,1
	71,00	2	6,5	6,5	93,5
	72,00	2	6,5	6,5	100,0
Total		31	100,0	100,0	

3.1.3. Perspetivas das Assistentes Sociais

De forma a conhecer as perspetivas dos profissionais de Serviço Social que atuam diariamente no contexto de internamento hospitalar, e onde constata-se o aumento do número de altas proteladas, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 6 assistentes sociais.

As participantes, todas do sexo feminino, atuam em diversas áreas de Internamento Hospitalar, nomeadamente, Serviço de Urgência Geral, Medicina Interna, Pneumologia, Cuidados Paliativos, Psiquiatria, Cirurgia Geral e Ortopedia, o que reflete uma grande diversidade de especialidades clínicas em contacto com os mais velhos. Referem um ambiente multigeracional, e com tempo de experiência profissional variável, entre 1 ano de exercício de funções até 35 anos de serviço.

Em função dos dados recolhidos e da análise de conteúdo (Bardin, 2006), definiram-se 5 categorias e respetivas subcategorias (tabela 6): i) motivos de internamento; ii) constrangimentos para a alta hospitalar; iii) as consequências do protelamento de alta; iv) experiências e sentimentos dos profissionais; e v) as mudanças necessárias.

Tabela 6

Árvore categorial «perspetivas das assistentes sociais»

Categoria	Subcategoria	Indicadores
I. Motivos de internamento de idosos	Motivos agudos	Infeções, doenças vasculares, doenças neurológicas
	Motivos associados às comorbilidades	por desorientação (demências), desidratação, quedas, má ou incorreta gestão da terapêutica no domicílio
II. Constrangimentos associados à alta hospitalar	Fatores socioeconómicos	Ausência de cuidador, isolamento social, dinâmicas familiares fragilizadas, aumento dependência funcional, custos elevados de outras respostas sociais
	Fatores institucionais	Ausência de resposta institucional (ERPI, RNCCI); demora na atribuição de vagas
III. Consequências do protelamento da alta	Para os doentes	Risco de infeções hospitalares; agravamento da dependência; risco de vida
	Para o sistema	Ocupação indevida de camas; pressão sobre serviços cirúrgicos/urgência
IV. Experiência e sentimentos dos profissionais	Sentimentos negativos	Frustração, impotência, pressão externa (exercida pela necessidade de cirurgias programadas)
	Autovalorização do papel do assistente social	Mediador entre doente, família e hospital; “a cara” de uma sociedade sem respostas.
V. Mudanças necessárias	Respostas sociais	Mais vagas em ERPI e RNCCI; reforço do SAD; Centros de Dia com horários adaptados
	Políticas públicas	Apoio a cuidadores; revisão das políticas sociais; reorganização do ISS
	Saúde e prevenção	Reforço dos cuidados de saúde primários; equipas de gerontologia; promoção do autocuidado.

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à categoria **motivos de internamento de idosos**, as participantes evidenciaram as patologias ou complicações que verificam com mais frequência na população mais velha, como as infeções, o acidente vascular cerebral, doença oncológica, doença neurológica, quedas e consequentes fraturas, bem como, ainda, a doença gastrointestinal. Para além, disso, como referem, muitas destas patologias agravam-se pelas comorbilidades que os utentes mais velhos possuem, bem como um parco acompanhamento no domicílio que, em bastantes casos deriva numa má gestão da terapêutica:

“Infeções, doenças vasculares, doenças neurológicas.” (E1)

“Se a população alvo de intervenção for maioritariamente população idosa, podemos refletir sobre as admissões por desorientação (demências), desidratação, quedas, má ou incorreta gestão da terapêutica no domicílio, comorbilidades associadas ao episódio agudo, acidentes vasculares” (E5)

Referem ainda que a maioria dos internamentos e de altas proteladas ocorre no período do inverno:

“Inverno, apesar de ser verificar uma redução do fator sazonal.” (E1)

“Na fase de inverno, existe mais afluência ao Hospital, agudizações e, julgo que por esse motivo existem mais referências ao Serviço Social” (E3)

“Para uma população de condição de saúde mais frágil, como sejam os idosos, naturalmente os períodos de alteração do clima e da meteorologia, trazem uma nova complexidade na rotina desta população, mais vulnerável em termos de imunidade, acabando por “consumir” mais recursos de saúde, nomeadamente hospitalares.” (E9)

Quando questionados quantos utentes são referenciados, em média por semana ao Serviço Social, as respostas variam, sendo as mais comuns a rondar os 6, podendo ir até aos 15, dependendo muito do Serviço Hospitalar onde atua. Contudo, referem ser uma resposta pouco objetiva, pois a referenciação pode chegar por diversas formas, sendo difícil contabilizar:

“Colocada desta forma é uma questão de difícil resposta, uma vez que o Serviço Social, na sua essência, não faz, ou não deve fazer intervenção, apenas «por impossibilidade ou recusa de alta hospitalar».” (E6)

Já no que respeita à categoria **constrangimentos associados à alta hospitalar**, as Assistentes Sociais distinguem fatores socioeconómicos dos utentes e institucionais. Neste sentido, a nível social destacam a ausência de cuidador, isolamento social, dinâmicas familiares fragilizadas, aumento dependência funcional:

“Ausência de cuidador” (E1)

“Aumento da situação de dependência” (E2)

“os valores altos e desajustados à realidade das pensões dos mais velhos (...)” (E4)

“ (...) Por inerência, a falta de respostas públicas de saúde e sociais, para acompanhamento e apoio no pós alta, o isolamento social e ausência de suporte familiar.” (E6)

Do ponto de vista institucional, referem também a ausência de resposta quer em ERPI ou na RNCCI e demora na atribuição destas mesmas vagas:

“(…) a principal dificuldade é a demora na atribuição de vaga em ERPI ou RNCCI” (E4)

“Por inerência, a falta de respostas públicas de saúde e sociais, para acompanhamento e apoio no pós-alta, o isolamento social e ausência de suporte familiar.” (E5)

“A maior dificuldade estará em torno da resposta em tempo útil, na maioria das vezes desajustada e extemporânea da necessidade e do momento do utente.” (E6)

As participantes percebem que as **consequências do protelamento de alta** (categoria III), se refletem tanto nos utentes como no SNS. Para os utentes, segundo referem, prevalecem o aumento da dependência funcional, o risco de contrair uma infecção hospitalar, podendo eventualmente colocar em risco a vida do próprio. No âmbito da Unidade Hospitalar, existe uma sobrecarga dos serviços, devido à utilização indevida, bem como uma pressão nas especialidades cirúrgicas e atividades programadas que não é possível concretizar.

“A permanência dos idosos em internamento hospitalar acarreta elevados riscos a nível de infeção hospitalar e conseqüente agravamento do grau de dependência e risco de vida.” (E1)

“Como exerço funções num Serviço Cirúrgico, existe uma grande pressão para poder ser realizada cirurgias programadas, que em diversas situações são adiadas por inexistências de camas, muitas vezes, ocupadas por utentes já com alta clínica” (E4)

A categoria IV. **Experiência e Sentimentos dos Profissionais** começa por destacar os sentimentos que a difícil orientação e gestão dos processos dos utentes mais velhos que acabam por se encontrar em situação de alta hospitalar. As assistentes sociais, nestas situações, experienciam frustração, impotência e a pressão revelam-se bastante presentes no conteúdo das entrevistas (E1, E2, E3, E4, E5):

“Enquanto assistente social considero frustrante a ausência de respostas em tempo útil e adequado para os utentes” (E1)

“O que sinto, muitas vezes, é que somos a ligação entre doente/família/hospital e respostas sociais na comunidade e que muitas vezes somos a cara de uma sociedade com respostas inexistentes, desatualizadas e com poucas vagas existentes.” (E5)

Por outro lado, as suas experiências também remetem para uma reflexão sobre a sua profissão, que autovalorizam. Consideram que o profissional assume o importante

papel de mediador entre a Unidade Hospitalar e utente/família e, em muitos casos, é o rosto da inexistência de respostas, o que acaba por evidenciar os sentimentos já expostos:

“Entendo que será premente atualizar as políticas de apoio aos idosos, de uma maneira em geral, e apoio a cuidadores, no caso mais imediato, dos mais dependentes, em particular. Na área da saúde, seria igualmente fundamental melhorar o acompanhamento de proximidade, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, criando apoio em gerontologia, com equipas multidisciplinares” (E6)

Por fim, identificam **mudanças necessárias** (categoria V), inerentes à urgência de colmatar as necessidades sentidas e que agravam o fenómeno do protelamento de altas hospitalares. As entrevistadas consideram ser necessárias mudanças nas respostas sociais na comunidade, como o aumento do número de vagas de ERPI e da RNCCI, a adaptação e adequação de respostas de SAD e Centro de Dia à realidade dos mais velhos e das suas famílias. No âmbito das políticas públicas urge mudanças no apoio aos cuidadores, na revisão das políticas sociais e do Instituto de Segurança Social. Finalmente, como referem, é fundamental o investimento na Saúde e Prevenção, através do reforço dos Cuidados de Saúde Primários, criação de equipas de Gerontologia e na promoção do autocuidado:

“Seria muito importante uma célere resposta do ISS, pois a grande maioria dos casos de idosos que permanecem em protelamento de alta são situações já identificadas na comunidade e referenciadas aos serviços, pelo que não é compreensível que os idosos permaneçam durante vários meses, ou mesmo anos, em internamento hospitalar/camas de retaguarda a aguardar uma vaga de ERPI. Também a demora de resposta da RNCCI constituiu um fator que contribuiu para o aumento do número de doentes em protelamento de alta.” (E1)

“Os governos e as políticas sociais públicas, terão de ser repensadas e reajustadas, de modo a poderem ser criadas respostas, para as necessidades atuais e futuras.” (E3)

“Para as próximas gerações, será fundamental que vejam adquiridas competências ao nível do autocuidado em saúde.” (E6)

3.2. Discussão

A presente investigação procura conhecer as pessoas mais velhas internadas em contexto hospitalar por motivos não clínicos, bem como os seus sentimentos neste processo. Paralelamente procura entender quais os sentimentos e vivências dos profissionais de Serviço Social que intervêm neste contexto de atuação. Sumariamente, verifica-se que este estudo, acompanha as tendências atuais relativamente ao aumento de internamentos sociais, como explanado na 8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais, realizado pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares em 2024.

Na amostra de pessoas mais velhas em internamento, predominam as mulheres, com baixa escolaridade, viúvas e de uma idade muito avançada, em que a grande maioria reside só e com baixos rendimentos. Estes participantes encontram-se inseridos no fenómeno da feminização da velhice descrita no Relatório do INSA em 2022, concomitantemente com os dados socioeconómicos e familiares. Este perfil de utentes idosos, com diversas patologias e diversos graus de dependência, propiciam o aumento de internamentos e da sua duração bem como os obstáculos à alta hospitalar, sendo fundamental este processo ser trabalhado por toda a equipa multidisciplinar de modo a melhorar os serviços e evitar readmissões (Almeida & Santos, 2021).

Relativamente aos resultados da aplicação da Escala UCLA, verificam-se elevados níveis de solidão que, em conjunto com os sentimentos descritos pelos participantes demonstram uma perceção negativa acerca do internamento prolongado. Este fenómeno acompanha a literatura internacional, de acordo com o estudo de Brombo (2025). Contudo, os sentimentos negativos identificados não são apenas uma consequência de um internamento longo, mas como um fator fundamental na vida das pessoas mais velhas, condicionando o seu bem-estar e qualidade de vida (Brombo, 2025). Neste sentido, associado ao isolamento social, os sentimentos de solidão, intimamente relacionados com o isolamento social, assumem-se como um fator de risco para a população mais velha, sendo premente a criação de políticas de saúde, autárquicas e comunitárias para fazer face a esta necessidade (Nogueira et al, 2024).

No âmbito dos motivos predominantes que levam os mais velhos à admissão hospitalar, as profissionais identificam diversas morbilidades associadas ao processo de envelhecimento, como as quedas, infeções, doenças neurológicas (Lopes et al., 2023). Contudo, o parco acompanhamento do utente idoso na comunidade, também motiva

admissões que poderiam ser desnecessárias, como situações de má gestão terapêutica que, em muitos casos, agudiza situações crónicas (OECD, 2020). Neste sentido, o hospital assume-se como uma retaguarda de uma comunidade com respostas insuficientes. Diversos estudos abordam que a escassez de respostas institucionais comunitárias aumenta a pressão direcionada aos serviços de saúde, nomeadamente no âmbito hospitalar e dos cuidados continuados (Rosa, 2016).

Os constrangimentos à alta hospitalar são uma consequência das condições socioeconómicas e familiares, sendo destacado pelas assistentes sociais a ausência de cuidador, dinâmicas familiares débeis e rendimentos insuficientes para fazer face às necessidades do utente idoso. A nível institucional, evidenciam a demora na atribuição de vagas em ERPI e na RNCCI (APAH & EY, 2024), bem como a escassez de respostas na comunidade que impede a permanência da pessoa mais velha no seu domicílio.

No que diz respeito às consequências do protelamento de alta hospitalar, as assistentes sociais identificam o risco de contrair infeções hospitalares, aumento do grau de dependência e declínio cognitivo. Estas consequências derivam no aumento da mortalidade destes utentes idosos, sendo fundamental respostas para colmatar este fenómeno (Moreira et al., 2024).

Na dimensão organizacional, acompanhando o evidenciado por Martins et al. (2023), existe elevada pressão económica associada aos protelamentos de alta, adiando atividade programada, sobrelotação dos serviços com taxas de ocupação e sobrecarga relevantes podendo inclusivamente colocar em causa a eficácia dos serviços de saúde.

As assistentes sociais manifestam diversos sentimentos que vão surgindo ao longo da sua prática, nomeadamente a frustração, impotência e pressão motivado pelo facto de serem, muitas vezes, a porta-voz de uma comunidade com respostas insuficientes. Desta forma, associa-se à literatura que aborda o desgaste destes profissionais, mostrando-se fundamental a valorização destes profissionais (Guadalupe et al., 2020).

Assim, é imperativo a reformulação das respostas sociais e de saúde, nomeadamente ao nível do reforço de vagas institucionais, quer em ERPI quer na RNCCI, bem como a celeridade na atribuição das respetivas vagas. Verifica-se também a necessidade de adequar às necessidades das pessoas mais velhas e famílias as respostas da comunidade como centro de dia e serviços de apoio domiciliário. A viabilização dos

cuidadores informais é fundamental, nomeadamente, através de incentivos e melhores condições, evitando um declínio físico e emocional devido à sobrecarga que enfrentam (Bernardino et al., 2024). Por fim, a criação de equipas especializadas na gerontologia, de modo a investir na prevenção, atuando nos cuidados de saúde primários e na comunidade, é uma resposta potenciadora do bem-estar dos mais velhos, podendo contribuir para a sua permanência no domicílio, com qualidade de vida e diminuir sentimentos de solidão (Silva et al., 2024).

Conclusão

O presente estudo teve como foco compreender as vivências e pontos de vista das pessoas mais velhas que permanecem em internamento hospitalar sem critério clínico, bem como entender as perspetivas dos profissionais de Serviço Social que atuam diariamente nessas situações. Os resultados responderam aos objetivos propostos e aprofundar a complexidade deste fenómeno que urge abordar.

No âmbito das pessoas mais velhas internadas, verificou-se um perfil de utentes marcado pela feminização da velhice como abordado anteriormente, paralelamente, acompanhando as tendências nacionais, revelam-se baixos níveis de escolaridade, baixos rendimentos mensais e uma evidência de isolamento social. A permanência prolongada em contexto hospitalar sem critério clínico (desde 12 a 224 dias), evidenciam a escassez de redes de suporte e de respostas na comunidade. Estes longos internamentos provocam nos doentes mais velhos sentimentos perspetivados negativamente, tais como tristeza e solidão, corroborada com a aplicação da Escala de solidão UCLA e com a descrição dos participantes.

As assistentes sociais também assistem a esses sentimentos e, com base na sua experiência são afirmativas na identificação de diversos motivos que culminam num protelamento de alta hospitalar, de ordem socioeconómica e familiar, tais como a ausência de cuidadores, isolamento social, dinâmicas familiares frágeis, aumento da dependência funcional, limitações nas respostas sociais na comunidade, bem como as longas listas de espera para alocar vagas de ERPI ou ISS. Estes constrangimentos, refletem-se nos sentimentos expressos pelas profissionais, nomeadamente a frustração e impotência face às respostas precárias e dificuldade na gestão de stress, associado à pressão imposta pelos serviços. No entanto, como consideram, o Serviço Social é um pilar na preparação das altas hospitalares, tendo um papel fundamental na articulação entre o hospital e a comunidade e rede de suporte. Na perspetiva das assistentes sociais é necessário adaptar as políticas públicas, adequar as respostas sociais, investir nos cuidados de saúde primários, bem como na capacitação dos cuidadores e disponibilidade de equipas gerontológicas na comunidade.

Neste sentido, percebe-se que o protelamento de alta não é um fenómeno com implicações exclusivamente para o sistema hospitalar, mas um flagelo que atinge a pessoa mais velha e o contexto social em que se insere. Se para os mais velhos se reflete no declínio emocional, perda de funcionalidade e complicações clínicas associadas à

permanência prolongada em hospital, para os serviços reflete-se no atraso da atividade programada, na pressão relativo aos custos associados e, para os profissionais, pelo desgaste que sentem quando confrontados com estes desafios constantes.

Não obstante aos resultados relevantes, neste estudo verificam-se algumas limitações, como o facto de ter sido realizado numa única unidade hospitalar e com uma amostra reduzida, podendo não refletir a realidade nacional, sendo que a comunicação social, pelas mais recentes notícias, corrobora os achados aqui obtidos. Seria pertinente no futuro a realização de estudos longitudinais que acompanhassem a pessoa mais velha ao longo do internamento, bem como após a alta hospitalar. Paralelamente, seria também bastante oportuno a realização com outros profissionais de saúde, uma vez que não são exclusivamente os assistentes sociais que se vêm confrontados com este fenómeno.

Assim, conclui-se que urge a necessidade de fortalecer a articulação entre a saúde e o setor social, de modo a reduzir a permanência em contexto hospitalar sem critério clínico e as suas implicações negativas com foco na melhoria da realidade das pessoas mais velhas. A diminuição das altas proteladas, requer um compromisso das instituições da comunidade, dos profissionais, das famílias e da sociedade, para que a velhice seja olhada com respeito e dignidade.

Bibliografia

- Almeida, J., & Ferreira, P. (2021). A intervenção do serviço social no protelamento da alta do idoso no serviço de urgência: o caso do hospital de São José. *Revista Temas Sociais*, 1, 170-187.
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares & EY. (2024). 8ª Edição do Barómetro de Internamentos Sociais: resultados. https://apah.pt/wp-content/uploads/2024/05/APAH_8a-Edicao-BIS_Resultados_Maio-2024-1.pdf
- Bernardino, S. (2024). Cuidador (in)formal no envelhecimento em Portugal: Scoping review. *RIAGE*, 6, 445–454. <https://doi.org/10.61415/riage.270>
- Brombo, G., Guindani, P., Pedrini, D., Squintani, G. L., Carrieri, B., Fedecostante, M., Dell’Aquila, G., Lucchini, F., Ungar, A., Mossello, E., Cherubini, A., & Zuliani, G. (2025). Prevalence and clinical significance of loneliness in older patients admitted to acute hospital wards. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 29(10), 100642. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2025.100642>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., & Hawkley, L. C. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms and depressive mood: The National Social Life, Health, and Aging Project. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16594799/>
- Carvalho, M. I. (2020). O Serviço Social na saúde em Portugal e os desafios da Covid19. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 8(3), 1086-1098. <https://www.redalyc.org/journal/4979/497968143013/497968143013.pdf>
- Chalise, H. N. (2019). Aging: Basic Concept. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 1(1), 8-10. <https://biomedgrid.com/pdf/AJBSR.MS.ID.000503.pdf>
- Chen, Q.-F., Ni, C., Jiang, Y., Chen, L., Liao, H., Gao, J., Qin, X., Pan, S., Luan, X., Wu, Y., Zhou, X.-D., & Song, W. (2025). Global burden of disease and its risk factors for adults aged 70 and older across 204 countries and territories: A comprehensive analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *BMC Geriatrics*, 25, 462. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06095-1>

Decreto-Lei nº 48/95 do Ministério da Justiça. (1995, 15 de março). Diário da República, Série I-A. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>

Direcção-Geral da Saúde. (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. <http://www.dgs.pt>

Ferreira, D. (2021). *Abandono e solidão em idosos institucionalizados durante a pandemia do COVID-19* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/139249/2/513361.pdf>

Ferreira, F. (2012). O Idoso Hospitalizado: Responder às necessidades perspetivando a satisfação dos doentes [Dissertação de Mestrado, ISCTE-IUL]. Repositório do ISCTE-IUL. <https://repositorio.iscteiuil.pt/handle/10071/4746>

Ferreira, F. M. G. (2021). Hospitalização Domiciliária em Portugal: um novo campo de atuação do Serviço Social hospitalar. *Revista Temas Sociais*, 1, 188-207. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/temassociais/article/view/7775>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024). Pordata retrata perfil da população portuguesa. https://ffms.pt/sites/default/files/2024-07/PR%20DIA%20POPULAÇÃO%202024_VF.pdf?_gl=1162htqg_upMQ.._gaMTQzMjc0NzI2LjE3MjA2MjgzMzY._ga_N9RLJ8M581*MTcyMDYyODMzNS4xLjAuMTcyMDYyODMzNS4wLjAuMA..&utm_source=chatgpt.com

Gonçalves, A. (2022). O impacto da solidão nos idosos institucionalizados. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, (43), 145-160. <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>

Guadalupe, S., Gonçalves, M., Fonseca, P., Silva, A. M. F. F., & Ávila, O. (2020). Assistentes sociais no sistema de saúde em Portugal: uma análise de rácios. *Emancipação, Ponta Grossa*, 20, 1-22. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36575/2/2020%20Assistentes%20sociais%20sistema%20saude%20em%20Portugal%20-%20C%3%b3pia.pdf>

- Guerra, I. (2017). O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar. *Public Sciences & Policies*, 3(1), 57-79. <https://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/37/32>
- Hao, X., Zhang, H., Zhao, X., Peng, X., & Li, K. (2024). Risk factors for hospitalization-associated disability among older patients: A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 101, 102516. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102516>
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://academic.oup.com/abm/article-abstract/40/2/218/4569527>
- Hendy, P., Patel, J., Kordbacheh, T., Laskar, N., & Harbord, M. (2012). In-depth analysis of delays to patient discharge: A metropolitan teaching hospital experience. *Clinical Medicine (London)*, 12(4), 320–323. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.12-4-320>
- INE. (2022). Estimativas de População Residente, Portugal, NUTS I, II, e III e Municípios: Exercício AD HOC 2020 e 2021. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=540837471&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Joseph, M., Lockie, K., Mbazira, A., & Stewart, R. (2025). Recorded loneliness and adverse outcomes in older acute care inpatients receiving psychiatric assessment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 40(2), e70052. <https://doi.org/10.1002/gps.70052>
- Junco, C. M. S. (2021). *Determinantes e custos para o Serviço Nacional de Saúde da permanência de utentes sem critérios clínicos em ULDM* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76373>

- Lei nº 58/2019 da Assembleia da República. (2019, 8 de agosto). Diário da República, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>
- Lemoine, M. (2020). Defining aging. *Biology & Philosophy*, 35(46), 1-30. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10539-020-09765-z>
- Li, J., Zhu, L., Yang, Y., Li, Y., Fu, P., & Yuan, H. (2024). Prevalence and potential influencing factors for social frailty among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 24, 762. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05365-8>
- Lopes, D. G., Mendonça, N., Henriques, A. R., Branco, J., Canhão, H., & Rodrigues, A. M. (2023). Trajectories and determinants of ageing in Portugal: insights from EpiDoC, a nationwide population-based cohort. *BMC Public Health*, 23(1), 1564. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16370-8>
- Lopes, J. C. O. (2021). Perfis e Necessidades dos doentes idosos internados num serviço de Medicina Interna [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/98763>
- Lopes, J. C., Amaro, M., & Veríssimo, M. T. (2023). Preditores de outcome em idosos internados em medicina interna. *Medicina Interna*, 30(2), 81-88. <https://doi.org/10.24950/rspmi.1515>
- Martins, M., Mesquita, A., Carvalho, L., Martins, F., Silva, M., Leitão, H., & Nunes, M. (2023). Fatores de Risco para Alta Prorrogada por Motivos Sociais: Um Estudo Retrospectivo. *Acta Médica Portuguesa: A Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 36(9), 550-558. https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/19240/1/18888_AOP%20%281%29.pdf
- Moreira, A. C. A., Teixeira, I. X., Diniz, J. L., Oliveira, F. E. S., & Matos, S. G. de. (2024). Prevalência e fatores associados ao tempo prolongado de hospitalização de

peças idosas: Estudo transversal. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 28(2), 310-325. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i2.2024-10669>

Mozzato, A. R., & Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração. *Revista de Administração Contemporânea*, 15(4), 731–747. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000400010>

Nogueira, L., Canais, E., & Gonçalves, M. C. (2024). *O silêncio do idoso e o isolamento social: um projeto de intervenção comunitária*. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 10(1), 70–85. [https://doi.org/10.60468/r.riase.2024.10\(01\).664.70-85](https://doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(01).664.70-85)

Nova School of Business & Economics. (2024). Relatório de envelhecimento. https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/2024/Relatorio_de_Envelhecimento_12_jul_2024.pdf

OECD. (2020). *Health at a glance: Europe 2020*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

Pereira, F. (2008). Gerontólogo: A construção de uma nova profissão na área da saúde. In VI Congresso Português de Sociologia – Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Associação Portuguesa de Sociologia. <https://associacaoportuguesasociologia.pt/vicongresso/pdfs/402.pdf>

Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, (18), 65-77. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>

PORDATA. (s.d.). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>

- Ribeiro, V., Morais, A., & Almeida, C. D. (2025). Perspetiva ético-legal e intersectorial do protelamento da alta hospitalar. *Temas Sociais*, (8), 111-132. https://doi.org/10.60543/ts_iss.vi8.10506
- Rojas-García, A., Turner, S., Pizzo, E., Hudson, E., Thomas, J., Raine, R., & Morris, S. (2018). Impact and experiences of delayed discharge: A mixed-studies systematic review. *Health Expectations*, 21(1), 41–56. <https://doi.org/10.1111/hex.12619>
- Rosa, M. J. V. (2016). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/publicacoes/o-envelhecimento-da-sociedade-portuguesa>
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8576833/>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290–294. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa4203_1
- Rzeszut, S. M. (2017). The need for a stronger definition: recognizing abandonment as a form of elder abuse across the United States. *Family Court Review*, 55(3), 444-457. <https://www.aurorahealthalliance.org/wp-content/uploads/2018/07/Article-Elder-Abandonment.pdf>
- Santo, M. I. E., & Ferreira, F. M. (2018). Planeamento de alta hospitalar: Perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (25), 33-50. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.02>
- Santos, A. J., Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T., & Dias, C. M. (2022). *Envelhecimento e saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).

- Silva, F. G., & Cezário, P. R. (2024). *Impacto dos cuidados domiciliares na qualidade de vida dos idosos*. *Revista Científica IPE-DSS*, 4(2). <https://doi.org/10.55703/27644006040205>
- Wasti, S. P., Simkhada, P., van Teijlingen, E. R., Sathian, B., & Banerjee, I. (2022). The growing importance of mixed-methods research in health. *Nepal Journal of Epidemiology*, 12(1), 1175–1178. <https://doi.org/10.3126/nje.v12i1.43633>
- World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing. <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas2021-2030>
- Zangirolami-Raimundo, J., Echeimberg, J. O., & Leone C. (2018). Research methodology topics: Cross-sectional studies. *Journal of Human Growth and Development*. 28(3):356-360. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>
- Zhao, E. J., Yeluru, A. Manjunathah, L., Zhong, L. R., Hsu, H. T., Lee, C. K., Wong, A. C., Abramian, M., Manella, H., Svec, D., & Shieh, L. (2018). A long wait: Barriers to discharge for long length of stay patients. *Postgraduate Medical Journal*, 94, 546-550. <https://academic.oup.com/pmj/article/94/1116/546/6959238>

Apêndices

Apêndice 1- Questionário Sociodemográfico



Questionário Sociodemográfico

Idade _____

Sexo:

F _____

M _____

Estado Civil:

Casado(a)/União de Facto _____

Solteiro(a) _____

Divorciado(a) _____

Viúvo(a) _____

Escolaridade:

Não sabe ler/escrever _____

4º ano de escolaridade _____

6º ano de escolaridade _____

9º ano de escolaridade _____

Ensino Secundário _____

Ensino Superior _____

Rendimento Mensal:

Até 300€ _____

Entre 300€ e 500€ _____

Entre 500€ e 800€ _____

Entre 800€ e 1000€ _____

Superior a 1000€ _____



Escola Superior
de Educação
Politécnico de Coimbra

Habitação:

Própria _____

Arrendada _____ Se, sim, qual o valor? _____

Com quem vivia?

Número de filhos _____

Costuma receber visitas?

Sim _____

Não _____

Há quanto tempo está internado? _____

Sente-se, por vezes, só?

Sim _____

Não _____

Qual o sentimento que prevalece durante este internamento?

Apêndice 2- Entrevista Semiestruturada

Entrevista Semiestruturada

Objetivos	Perguntas
Explicação do motivo da Entrevista	- Informar sobre o âmbito do estudo (temática, objetivos, procedimentos); - Garantir a confidencialidade dos dados coletados;
Caracterização do Entrevistado	- Qual o Serviço Médico em que intervêm? - Há quanto tempo está no serviço?
Experiências vividas no Serviço	- Quantos utentes são referenciados ao Serviço Social, em média, numa semana, por impossibilidade ou recusa de alta hospitalar? (No caso hospitalar). - De todos os utentes idosos internados na Unidade, quantos estão sem critério clínico? (No caso da Unidade de Internamento) - Existem épocas durante o ano, em que o volume dessas referências aumenta? - Quais foram os motivos clínicos que levaram à admissão do utente em contexto hospitalar/na Unidade? - Qual a justificação apresentada pelo utente ou cuidadores do constrangimento no retorno ao domicílio? - Os doentes que ficam em contexto hospitalar sem critério clínico, saem com algum tipo de resposta social? Quais são as dificuldades nesse sentido? - Desde o momento que é dada a alta hospitalar pela equipa clínica, em média, quantos dias fica o utente com protelamento de alta? - Qual o sentimento da equipa de saúde perante o fenómeno do protelamento de alta de um utente idoso? E que mudanças são imperativas para colmatar este flagelo?
Finalizar a Entrevista	- Agradecimento pela colaboração, relembrar os pressupostos da confidencialidade e anonimização dos dados descritos no início da mesma. Questionar se existe alguma informação que considere relevante acrescentar. - Confirmar o consentimento para gravar e utilização das informações fornecidas.

Apêndice3– Pedido de Autorização e Colaboração para Investigação de Mestrado

De: Carolina Pires Silva <carolinampsilva1@gmail.com>

Enviada: 16 de janeiro de 2024 10:17

Para: Secretariado

Assunto: Pedido de Autorização e Colaboração para Investigação de Mestrado

Exmos. Sr.s Membros do Conselho de Administração da

O meu nome é Carolina Maria Pires da Silva, exerço funções como Técnica Superior de Serviço Social na ULSO nos polos de cuidados de saúde primários de Caldas da Rainha e Bombarral ao abrigo do Programa EstágiAP XXI. A par disso, sou estudante do Mestrado de Gerontologia Social na Escola Superior de Educação pertencente ao Instituto Politécnico de Coimbra.

De momento encontro-me a desenvolver o Projeto de Investigação Aplicada cujo tema é **as causas dos protelamentos de alta e aumento do número de casos sociais**. Os principais objetivos deste estudo baseiam-se em perceber quais as dificuldades/justificações apresentadas pelos cuidadores/familiares para a permanência dos utentes em contexto hospitalar. Posteriormente, pretende-se estudar as limitações existentes na comunidade que condicionam a alta.

A referida investigação tem como orientadora a Professora Dr.ª Ana Teodosio.

Para tal, gostaria de solicitar a vossa autorização e colaboração para a recolha de dados junto dos Profissionais de Saúde que integram a Equipa de Gestão de Altas e Equipa de Serviço Social dos Serviços de Urgência Geral e Medicina Interna.

Certa que o vosso contributo me irá ajudar a desenvolver este estudo, agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Agradeço a atenção dispensada. aguardo deferimento.

Com os melhores cumprimentos,

Carolina Pires Silva

Apêndice4 – Consentimento Informado para os Idosos participantes



Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar o documento de Consentimento informado livre e esclarecido.

Título do Estudo: Protelamentos de alta hospitalar por motivos não clínicos: perspetivas de pessoas mais velhas e de assistentes sociais

O meu nome é Carolina Maria Pires da Silva, sou licenciada em Serviço Social e atualmente encontro-me a frequentar o Mestrado em Gerontologia Social na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra.

Neste momento encontro-me em fase de elaboração de dissertação com a temática: protelamentos de alta de idosos nos serviços de saúde e o aumento do número de idosos como casos sociais, onde pretendo estudar quais os motivos que levam ao protelamento de alta e quais as limitações existentes a comunidade para assegurar os cuidados ao idoso no pós-alta.

Por meio deste documento, afirmo ter recebido esclarecimentos claros e abrangentes, sem qualquer pressão, influência ou coerção sobre os objetivos, razões, métodos, riscos e benefícios da presente pesquisa. Fui devidamente informado(a) da possibilidade de colocar questões a qualquer momento, relacionadas com os procedimentos ou outros assuntos relacionados com a investigação. Reconheço o meu direito de retirar o consentimento a qualquer momento e interromper a minha participação.

À parte disso, fui informado(a) relativamente à confidencialidade de dados relacionados com a minha privacidade, bem como o a anonimização das minhas respostas.

_____, de _____ de 2025

Apêndice5 – Consentimento Informado para os Profissionais de Saúde



Consentimento Informado

Caro(a) Profissional de Saúde,

O meu nome é Carolina Maria Pires Silva, sou licenciada em Serviço Social e atualmente encontro-me a frequentar o Mestrado em Gerontologia Social na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra.

Neste momento encontro-me em fase de elaboração de dissertação com a temática: Protelamentos de alta hospitalar por motivos não clínicos: perspetivas de pessoas mais velhas e de assistentes sociais, onde pretendo estudar quais os motivos apresentados para protelamento de alta, as limitações existentes na comunidade para assegurar os cuidados ao idoso nos pós alta, e quais as perspetivas dos Assistentes Sociais que atuam junto desta população.

Todas as informações recolhidas serão confidenciais, sendo assegurada a anonimização dos dados que serão utilizados exclusivamente para fins estatísticos. Em algum momento, o profissional de saúde será identificado ou será posto em evidência qualquer informação sobre a instituição onde se encontram a trabalhar. Os resultados obtidos são utilizados apenas para fins académicos, onde se pretende recolher a perspetiva e experiência de cada profissional.

Após a leitura das informações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Aceito/não aceito a gravação de voz da entrevista

_____, de _____ 2025

Apêndice 6 – Escusa da Comissão de Ética IPC

Estimada Carolina, boa tarde.

Em reunião da CEIPC, ocorrida no dia 24 de abril, a mesma tomou a decisão de se escusar a emitir parecer ao seu pedido. E deve ter sido notificada dessa decisão.

Lamento mas, tal decisão de ESCUSA deriva do facto de o seu estudo ser realizado numa entidade que possui Comissão de Ética própria. Sendo que a Carolina refere já ter feito pedido de parecer a essa mesma Comissão, deve aguardar uma resposta.

Grata pela atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Sílvia Parreiral, PhD
Docente do [DEDIS](#) - Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social
Comissão de Ética do IPC - [CEIPC](#)
Coordenadora do [Mestrado em Educação para a Saúde](#)
Coordenadora do [Projeto Letras Prá Vida](#)
Investigadora do NICSH, CDPH, I2A, IPC [NICSH/CDPH/I2A/IPC](#)
Investigadora do ISEP - Centro de Investigação e Inovação em Educação

Apêndice 7 – Aprovação da Comissão de Ética



A Comissão de Ética para a Saúde da _____, nada obsta à continuidade da realização do trabalho proposto, em conformidade com o anterior Parecer. Encontra-se garantida a confidencialidade.

Sugere-se que seja solicitado e remetido ao Exmo. Conselho de Administração da _____, o resumo dos resultados obtidos no final da investigação.

À Consideração do Exmº Conselho de Administração.

05 de Maio de 2025

O Relator

A Comissão de Ética para a Saúde da ULIS

Data: 2025.05.06 10:49:48+01'00'



Apêndice 8 – Aprovação Conselho de Administração

Secretariado CA - <secretariado.ca@uln-lisboa.pt>
to Carolina,

Tue, Sep 24, 2024, 12:04

Translate to English X

Exm^a Senhora
Dr^a Carolina Pires

Cc/ Centro de Investigação
Encarregado Proteção de Dados
Coordenadora do Serviço Social

No seguimento dos emails infra, informo que o Conselho de Administração por deliberação de 29/8/2024, autorizou a realização do estudo, devendo ser dado conhecimento a esta ULS dos resultados do mesmo.

Mais informo que o Centro de Investigação está disponível para apoio que achar necessário.

Com os melhores cumprimentos,

Coordenadora Técnica | Secretariado do Conselho de Administração



Anexos

Anexo 1- Escala de Solidão - UCLA

Escala de Solidão - UCLA - Daniel Russell

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005)

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1 - Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	4	3	2	1
2 - Sente que não tem alguém com quem falar	4	3	2	1
3 - Sente que é insuportável estar só	4	3	2	1
4 - Sente que tem falta de companhia	4	3	2	1
5 - Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	4	3	2	1
6 - Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone	4	3	2	1
7 - Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	4	3	2	1
8 - Não se sente íntimo de qualquer pessoa	4	3	2	1
9 - Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	4	3	2	1
10-sente-se abandonado	4	3	2	1
11-sente-se completamente só	4	3	2	1
12-É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	4	3	2	1
13-as suas relações sociais são superficiais	4	3	2	1
14-Sente-se com muita vontade de ter companhia	4	3	2	1
15-considera que na realidade ninguém o conhece bem	4	3	2	1
16-sente-se isolado das outras pessoas	4	3	2	1
17-sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	4	3	2	1
18-é-lhe difícil fazer amigos	4	3	2	1
19-sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	4	3	2	1
20- Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	4	3	2	1

