

Cita bibliográfica: Ferreira, F. & Espirito Santo, M.I. (2018). Planeamento de alta hospitalar: Perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. [Hospital Discharge Planning: Perspectives and Reflections on Social Protections in Portugal]. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 25, 33-50. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.02>

PLANEAMENTO DE ALTA HOSPITALAR: PERSPETIVAS E REFLEXÕES ACERCA DOS PROTELAMENTOS SOCIAIS EM PORTUGAL

HOSPITAL DISCHARGE PLANNING: PERSPECTIVES AND REFLECTIONS ON SOCIAL PROTECTIONS IN PORTUGAL

FÁTIMA FERREIRA 

Mestre em Serviço Social pelo ISCTE –IUL, Assistente Social do CHLC. fatimamgf@hotmail.com

M.ª INÊS ESPIRITO SANTO* 

Doutorada em Serviço Social pelo ISCTE-IUL, Assistente Social do CHLC. inesesanto@gmail.com

Resumo

Introdução

O objetivo deste artigo é compreender e analisar o fenómeno dos protelamentos sociais em Portugal e em particular do Centro Hospitalar Lisboa Central.

Material e Métodos:

Mediante uma análise descritiva e interpretativa pretende-se analisar analogamente os resultados ao nível nacional e em particular dos protelamentos sociais no período de janeiro a dezembro de 2016. Para a análise dos protelamentos do CHLC foi criada uma folha de registo específica para recolha dos seguintes parâmetros: o perfil do utente, as causas do protelamento e o destino no após alta.

Resultados:

Os dados demonstram que a realidade dos protelamentos sociais do CHLC em muito se assemelha ao quadro nacional dos restantes hospitais do país. No ano de 2016, foram registados 171 doentes com alta protelada por razões sociais, representando 4,2% dos doentes que originaram episódio social de internamento. No total, permaneceram nesta situação durante 4080 dias perfazendo uma média de 23,8 dias.

Discussão:

Embora a intervenção atempada, organizada e eficaz do assistente social seja determinante para a efetivação da alta hospitalar, existem um conjunto de causas internas e externas que poderão impedir que a alta clínica seja coincidente com a alta social e consequentemente evitar os protelamentos sociais.

Palavras chave: Serviço Social; planeamento de alta; hospital; protelamentos sociais; assistentes sociais

Abstract

Introduction

The objective of this article is to understand and analyze the phenomenon of social protections in Portugal, at the Central Lisbon Hospital Center in particular.

Material and methods:

By means of a descriptive and interpretive analysis, we aim to analyze levels of social protection at the national level for the period from January to December of 2016. In order to analyze the CHLC discharges, a specific record sheet was created to collect the following parameters: user profile, causes of postponement and destination after discharge.

Results:

The data show that CHLC's social protections very much resemble those of other hospitals in the country. In the year 2016, 171 patients with high status were registered for social reasons, representing 4.2% of the patients that gave rise to social detention. In total, they remained in this situation for 4,080 days, with an average of 23.8 days per patient.

Discussion:

Although the social worker's timely, organized and effective intervention is a determinant of hospital discharge, there are a number of internal and external causes that may prevent the clinical discharge from coinciding with social discharge, therefore depriving the patient of social protections.

Keywords: Social service; discharge planning; hospital; social protection; social worker

* M.ª Inês Espirito Santo. Centro Hospitalar Universitario de Lisboa Central. Hospital de Santa Marta. Rua de Santa Marta, 1169-1024 Lisboa. E-mail: inesesanto@gmail.com



Extended abstract

A hospital discharge plan requires a high level of interdisciplinary collaboration in order to define and implement its continuity (Naylor, 1994). Its main strategy should be effective communication and the provision of information that supports the acquisition of skills by the patient and their family (Bembassat, 2000). The planning of user needs is one of the most important functions of the Hospital Social Welfare Officer, who is responsible for an intervention (Lindenberg and Coulton, 1980 cit. by Colom, 2000; Rehr, Berkman and Rosenberg, 1980 quoted by Colom, 2000) in order to reduce the fragmentation and discontinuity of care, and to prevent risks to patient safety and service quality.

Adequate discharge planning is performed in a systematic way and should be initiated as soon as possible. According to Garção, it should be «applied to all patients who will need medical care, such as social care, immediately after hospitalization for treatment of an acute situation» (2013: 9).

When, from a clinical-medical point of view, the hospital has nothing more to offer to a particular patient, the patient can be clinically discharged, but if a patient remains only for social reasons, the discharge may be postponed for social reasons.

The area of social services, and its historical relation with the healthcare arena, dates back to the nineteenth and twentieth centuries (Martinelli, 2003). The «social worker» takes the role of approaching the patient's «psycho-social» dimension, aimed at «promoting and protecting the patient's health (...) as well as his/her rights in the healing process». The social worker assumes the role of a «privileged mediator between the organization, patient/family/social context and health team» (Carvalho, 2003: 33).

The social and the clinical areas are very close, because at times the disease that has brought the person to the hospital has completely altered his/her prior functional and/or cognitive abilities. Because of this, the family has to reorganize and create different circumstances for the patient. Thus, the social worker, in order to prepare the safe discharge of the patient, must be familiar with certain aspects of the patient's life prior to the hospitalization as well as the physical conditions of the person. Coordination between the areas of medicine, nursing, occupational therapy, physiotherapy and psychology is essential for the effective preparation of the return of the sick person to the community.

It is important that social workers prioritise in their daily practice systematic reception of patients oriented by indicators of social and/or clinical risk. This should occur as early as possible at the time of hospitalization. Social workers must check on the admitted patients on a daily basis, evaluating the situations that they have identified based on the mentioned indicators and situations referenced by the other members of the team.

Thus, «social workers who work in the hospital context are sophisticated, flexible and pragmatic specialists oriented to team work and focused on the subject» (Gregorian, 2005: 14). The objective of professional action will be to use diagnostic and treatment capacities in a context of constant and unexpected changes and therefore in the (re) definition of priorities. Empirical evidence also indicates that the intervention in health care presents better results in terms of care delivery and in particular in hospital discharge planning (Ibidem).

This is a process that gives hospital discharge a pluralistic view, assuming three essential perspectives: medical, nursing and social work. The latter provides an essential role in the follow-up of the person and his/her family on returning home (Masfret, 2012: 68-69).

The hospital discharge plan is composed of five methodological steps that must rely on the indispensable intervention of the social worker: reception, care,

preparation of the individual plan of care, psychosocial accompaniment and preparation of continuity of care (DGS, 2006).

In Portugal, the emergency and specificity of discharge planning is defined by Information Circular No. 7 / DSPCS of 2004 (DGS, 2004; 2006), which defines all activities to be carried out by the social worker in the discharge planning of patients with CVA.

Regarding integration, social workers are a part of the multidisciplinary and interdisciplinary health care teams for patients suffering from strokes, and they cooperate in the implementation of the defined care strategy for each patient. They provide psychosocial support and proactively coordinate and liaison with all care providers. Social workers are a fundamental source of reference on the patient's journey in the medical, nursing, education, rehabilitation and social services, and when necessary, they prepare the creation of new resources and individual and collective capacities». (DGS, 2006:2).

The social worker is a privileged professional in the field of health, because he/she presents specificities that allow for a particular perspective on the health conditions of the patient, which according to (Iamamoto, 2002) distinguishes them from other professionals. They «have a more holistic knowledge of the person, as a result of the socio-family and functional study that must be performed at the time of hospitalization, in addition to the fact that they have the privilege of being the interface between the hospital institution and the families and community, social and health services « (Colom quoted by Teixeira, 2012: 26).

At the national level, with a sample 79% of the hospitals of the National Health Service, 655 beds, or 5% of the total available beds, were occupied by social hospitalizations (APAH, 2017).

The reality of CHLC very much resembles the national framework. In the year 2016, 171 patients were registered with delayed discharge for social reasons, representing 4.2% of the patients that originated a social episode of hospitalization. In total, they remained in this situation for 4,080 or an average of 23.8 days.

It should be noted that in this prospective study, four of the six hospital units that make up the CHLC were considered: São José Hospital, Santo António dos Capuchos Hospital, Curry Cabral Hospital and Santa Marta Hospital. The Dona Estefânia Hospital and the Alfredo da Costa Maternity Hospital were not analyzed because they were maternal and paediatric health units.

Material and methods

A prospective, descriptive and interpretative study of the results, which emerged from the social service intervention, for the period from January to December 2016 in the CHLC was carried out. A specific record sheet was created to collect the parameters to be analyzed: user profile, causes for the delayed discharge and destination after the discharge.

Conclusions:

Although the social worker's timely, organized and effective intervention is decisive for hospital discharges, there are a number of internal and external causes that may prevent the clinical discharge from coinciding with social discharge.

We can highlight the difficulty in finding quick answers that allow the continuity of care in the community, the absence and misuse of existing community resources, unhealthy lifestyles of many families that do not allow the patient to return home, poor housing conditions and refusal of the family in taking and accompanying the patient at home (Colom, 2000). The inability of families and lack of responses have been pointed out as the main reasons for the inadequacy of the hospitalization period in hospitals (APAH, 2017).

Introdução

Num exercício reflexivo é importante que compreendamos conceptualmente as especificidades do processo de planeamento de alta em conexão com o agir do assistente social e concomitantemente o fenómeno que está inerente a este exercício – os protelamentos sociais.

Em Portugal, sensivelmente metade da população idosa apresenta uma patologia que exige internamentos hospitalares frequentes (CEDRU, 2008), podendo comprometer a capacidade física e funcional (Cabete, 2005) por representar um evento de grande risco, que implica uma alta hospitalar com necessidades de apoio para os cuidados no após alta (Siqueira, 2004). No período de 2005 e 2010 a percentagem da população idosa aumentou de 17% para 18,2%, consequência do aumento da esperança média de vida. De realçar que no mesmo período, o índice de dependência da população idosa aumentou de 25,4% para 27,2% (INE, 2012).

A alta hospitalar é definida como o momento em que o utente abandona fisicamente o hospital. Em algumas situações e em determinados casos que apresentam complexos problemas sociais, a alta clínica não supõe a saída do doente do hospital, ou seja, embora o doente não apresente condicionantes do foro clínico para permanecer no hospital, por vezes o contexto social do doente não reúne as condições necessárias/básicas para a sua reinserção na comunidade, e como tal, o doente permanece hospitalizado enquanto a sua situação social não é resolvida. No trabalho em equipa a responsabilidade da alta contempla a alta clínica, alta social e alta hospitalar como três momentos que algumas vezes acontecem em tempos diferentes (Colom, 2000:288). A mesma autora refere que a alta social é o momento que o problema social foi resolvido ou simplesmente é inexistente, e pressupõe que estejam reunidas todas as condições psicossociais para que o doente possa ser reinserido no seu meio natural após a hospitalização, assegurando a continuidade de cuidados aos diversos níveis.

Perspetivas concetuais do Planeamento de alta Hospitalar versus o agir do assistente social

Segundo as orientações do Plano Nacional de Saúde (2011-2016), a implementação de um programa integrado de alta hospitalar tem «ganhos adicionais em saúde através da redução das desigualdades em saúde, de forma transversal ou focada a grupos vulneráveis (...), melhoram a sua efetividade e se disseminam como boas práticas (...) para que articulação em cada nível de cuidados, entre níveis e entre sectores, no sentido de assegurar a gestão integrada dos

recursos intra-hospitalares e gestão de altas, processos promotores de equidade e acessibilidade que incluem: a transferência de cuidados gerais para os Cuidados Primários e para a comunidade (...), planeamento da alta hospitalar o mais precocemente possível» (DGS, 2011:6).

Estas orientações vão ao encontro dos argumentos de Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M (1994) de que um plano efetivo de alta, diminui os custos para os serviços de saúde, prevenindo novos eventos hospitalares, promove a educação para a saúde na compreensão quanto a esquemas terapêuticos, e subseqüentemente fomenta a satisfação dos doentes e suas famílias (Pedro, S., Ferreira, P. L. E Mendes, J, 2010).

A ilustrar esta perspectiva, Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M (1994) estudou os efeitos de um protocolo de planeamento de alta adaptada para os idosos, no cuidador e no custo dos cuidados: verificou que é necessário um planeamento de alta específica para potenciar resultados após a alta, bem como a diminuição dos reinternamentos. Também Brian W. Jack, Veerappa K. Chetty, David Anthony, MSc, Jeffrey L. Greenwald, Gail M. Sanchez, Anna E. Johnson, Shaula R. Forsythe, Julie K. O'Donnell, Michael K. Paasche-Orlow, Christopher Manasseh,, Stephen Martin, and Larry Culpepper (2009), corroboraram que um acompanhamento mais próximo do doente e da família no que diz respeito ao processo de alta permite reduzir as reincidências no hospital (no seu estudo, em 30%), através da realização de *follow-up* telefónico, na confirmação da medicação prescrita, e na articulação com outros níveis de cuidados. Os autores concluíram que uma abordagem sistemática à alta hospitalar, pode reduzir o uso desnecessário dos serviços de saúde.

O assistente social é um profissional privilegiado que tem como principal função identificar precocemente os problemas sociais que poderão impedir a alta do doente, definindo um plano de intervenção adaptado às suas reais necessidades de modo a garantir a inserção deste na comunidade com segurança e com a continuidade de cuidados. Na planificação da alta, o assistente social deverá conhecer a situação familiar do doente, as capacidades prévias e as atuais para seguir as indicações terapêuticas (autonomia funcional e instrumental), as possibilidades da rede informal (família, vizinhos ou amigos) ou rede formal (instituições) para garantir a continuidade de cuidados, as necessidades no após alta, as condições habitacionais, os sentimentos do doente no que respeita a sua doença, os sentimentos/expectativas dos familiares relativamente à doença do familiar, os desajustes no núcleo familiar provocados pela nova situação e a capacidade de resposta dos serviços comunitários (Colom, 2000:247-248).

O estudo que nos propusemos realizar pretende, por um lado, compreender o fenómeno dos protelamentos sociais tanto ao nível nacional como ao nível do CHLC, e por outro, identificar e analisar as causas e os impactos do protelamento social nos hospitais.

O exercício profissional do assistente social é confrontado com um conjunto de constrangimentos internos e externos, que podem ir desde a pressão das altas hospitalares por parte da equipa médica, dos gestores hospitalares e da própria família.

Apesar de a família ser considerada o primeiro recurso no apoio ao doente/dependente, não existem medidas políticas que proporcionem as condições necessárias. A nível laboral, a falta para assistência a um membro do agregado familiar é limitada a 15 dias por ano, que muitas vezes é insuficiente, acrescendo o facto de não ser remunerada (art.º 252 do Código do Trabalho), impedindo que algumas famílias recorram a esta medida.

Quanto às políticas sociais, a insuficiência e desadequação de prestações sociais que permitam melhorar a condição social dos doentes é exígua e desadequada à realidade atual das famílias e dos utentes. As respostas sociais da comunidade têm processos demasiados burocratizados e respostas morosas, em que os tempos hospitalares e os da comunidade não se coadunam.

Segundo a APAH (2017), a realidade dos protelamentos sociais em Portugal é complexa e com consequências graves para os diversos intervenientes: o prolongamento do internamento sem razões clínicas pode originar complicações evitáveis para o doente, ao aumentar o risco de infeções, de quedas e de agravamento dos estados de dependência e até de depressão.

O Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE foi criado em 28 de fevereiro de 2007, através do Decreto de Lei 50-A/2007 e juntou os Hospitais de São José e Hospital Santo António dos Capuchos e os Hospitais de Santa Marta e Dona Estefânia. O Decreto-Lei n.º44/2012 de 23 de fevereiro de 2012 determina a fusão a este Centro, o Hospital Curry Cabral e a Maternidade Alfredo da Costa, perfazendo um total de seis unidades hospitalares que constituem atualmente o CHLC, EPE.

Para avaliar a complexidade da Intervenção Social em Adultos em Contexto Hospitalar (ECISACH) é utilizado um instrumento que permite aferir o nível de complexidade da intervenção dos Assistentes Sociais dos hospitais. Esta escala destaca o contexto sócio familiar do doente, tendo em conta as diferentes limitações e potencialidades, à situação clínica e ao número de ações realizadas durante o processo de intervenção profissional. É constituída por doze itens: relacionamento familiar, capacidade de mobilização de recursos, disponibilidade de apoio, rendimentos, habitação, saúde/doença, autonomia, intervenção

social, atendimentos, contactos, disponibilidade das respostas institucionais, resolução social. Cada item é classificado por uma escala de pontuação que vai de 1 a 5, correspondendo o 1 à situação ideal (sem complexidade) e o 5 à situação de indução (de maior complexidade social). A pontuação total deriva do somatório das pontuações de cada um dos itens, sendo que, complexidade intermédia; de 38 a 44, situações de complexidade alta; e >45 induz à existência de situações de complexidade muito alta (Serafim e Santo, 2013).

Metodologia

O presente estudo do ponto de vista dos objetivos, constitui um estudo descritivo, comparativo e interpretativo porque pretende descrever, comparar e interpretar o fenómeno do protelamento social e refletir sobre possíveis relações entre causas internas e externas (Fortin, 1999).

A população do objeto de estudo foi constituída ao nível nacional por 34 (79%) em 43 unidades hospitalares em Portugal no ano de 2016 (Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH). Mais de metade destes casos localizam-se na região de Lisboa e Vale do Tejo (52%).

Ao nível do CHLC a amostra foi constituída por 171 doentes com alta protelada por razões sociais, representando 4,2% do total de doentes que originaram episódio social de internamento. De referir que neste estudo foram considerados quatro das seis unidades hospitalares que constituem o CHLC: Hospital de São José, Hospital de Santo António dos Capuchos, Hospital Curry Cabral e Hospital de Santa Marta. O Hospital Dona Estefânia e a Maternidade Alfredo da Costa não foram tidos em análise por se tratarem de unidades de saúde materna e pediátrica.

Os dados foram retirados de uma base de dados em Excel específica da atividade do Serviço Social do CHLC, para análise dos seguintes parâmetros:

- Dados sociodemográficos do perfil do utente
- As principais causas do protelamento;
- O destino no após alta;
- O grau de complexidade da intervenção social.

Este processo realizou-se com a autorização prévia da Coordenadora da Unidade de Serviço Social do CHLC relativamente à utilização dos dados.

Resultados

Considerando a análise de 34 em 43 unidades hospitalares em Portugal (79% dos Hospitais em Portugal) identificou-se que 655 pessoas internadas já teriam

alta clínica, sem necessidade de permanecer nos hospitais a aguardar resolução da situação social. Os casos sociais representavam cerca de 5% do total de doentes internados à altura (APAH, outubro de 2017).

É na região de Lisboa e Vale do Tejo em que há mais situações deste tipo, são mais de metade do total de internamentos «inapropriados» identificados no país, ficando as pessoas nos hospitais durante quase três meses (82 dias), em média. O género feminino está tenuemente em maioria, com uma percentagem de 52% (face aos 48% do género masculino). Quanto às idades, 28% correspondem a pessoas entre os 18 e os 65 anos, 34% referem-se ao intervalo entre os 65 e os 80 anos e 37% dizem respeito a internamentos de utentes com mais de 80 anos, apenas 1% respeita a pessoas com idade inferior a 18 anos (APAH, 2017).

Verificou-se que as principais causas de protelamento social, vão desde a incapacidade dos familiares acolherem e prestarem os cuidados ao seu familiar doente, ou porque a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e ou a Segurança Social não deu resposta (APAH, 2017).

São também situações de idosos que vivem sozinhos, e/ou de doentes que requerem mais cuidados no domicílio, mas que as suas famílias não têm capacidade nem disponibilidade para os prestar. A maioria das famílias reconhece as dificuldades que sentem em organizar-se e a ter recursos para acolher sobretudo os mais idosos em casa e conciliar nessa prestação de cuidados com a vida laboral e familiar deles próprios.

Realidade do CHLC (Centro Hospitalar Lisboa Central)

A realidade do CHLC em muito se assemelha ao quadro nacional. No ano de 2016 foram registados 171 doentes com alta protelada por razões sociais, representando 4,2% do total de doentes que originaram episódio social de internamento. No total permaneceram nesta situação durante 4080 dias perfazendo uma média de 23,8 dias. A média de dias de internamento «inapropriados» do CHLC é inferior (23,8 dias) à média do total de Hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo, com 82 dias.

O perfil do doente em situação de alta protelada por razões social

No ano de 2016 foram registados 171 casos de doentes internados por razões sociais no CHLC, representado 4,2% dos doentes que originaram episódio social de internamento. Do total dos utentes acompanhados pela Área de Apoio Social (AAS) verificou-se que o número de utentes do género feminino foi

superior e conseqüentemente o número de protelamento do género feminino foi mais expressivo (figura n.º 1).

N.º de doentes por género

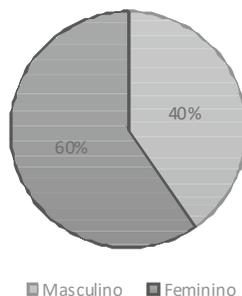


Figura n.º 1: Número de doentes por género

Relativamente à idade destes doentes denota-se uma grande incidência nas faixas etárias mais avançadas, dos 80 aos 89 anos, concluindo que a maioria das situações acompanhadas pelo Serviço Social recai sobre os doentes idosos e os muito idosos (figura n.º 2). A elevada incidência do número de protelamento de alta hospitalar nos grupos etários a partir dos 70 anos é justificada através da conceção do próprio processo de envelhecimento biológico que se traduz num conjunto de transformações físicas que diminuem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição gradual da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático. Quando este declínio é muito significativo, leva a alterações na capacidade funcional, colocando em causa a autonomia e independência física e funcional do idoso, deixando-o numa situação de maior vulnerabilidade (Figueiredo, 2007), obrigando a um esforço integrado de recursos da rede formal e informal de cuidados.

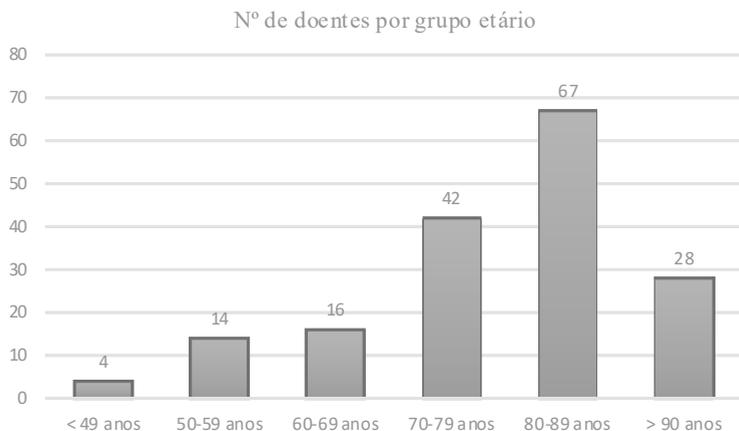


Figura n.º 2: Número de doentes por grupo etário

Dos doentes em análise constatou-se que 85% dos mesmos estavam em situação de reformados e pensionistas, encontrando-se maioritariamente em situação económica precária (figura n.º3). Os valores das pensões de reforma da população idosa portuguesa e as respetivas carreiras contributivas são na maioria dos casos insuficientes para assegurar as necessidades básicas e garantir uma vida digna. Os rendimentos da grande parte da população idosa, provêm das parcas reformas estabelecidas pelas baixas qualificações e ausência de ligação ao sistema de previdência destes idosos durante a vida ativa. A precariedade dos recursos económicos dos doentes constitui-se como uma problemática de difícil contorno, sobretudo quando se trata de doentes com limitações funcionais severas que exigem um maior número de bens e serviços para garantir a segurança e o bem-estar nos pós alta hospitalar.



Figura n.º 3: Número de doentes por situação profissional

Da análise dos dados recolhidos, verificou-se que os números de doentes retidos socialmente incidiram essencialmente nos serviços de medicina (74,2%). Esta incidência poderá dever-se à resposta que os serviços de medicina dão para um conjunto de patologias designadas por não especializadas fazem com que nos mesmos se encontrem maior número de pessoas idosas (figura n.º 4).

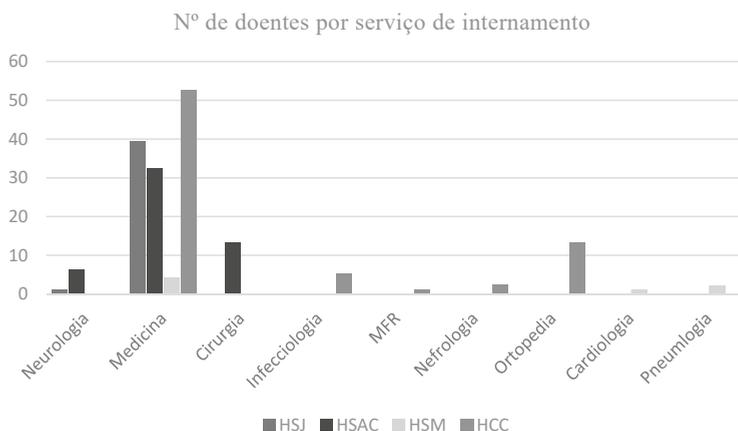


Figura n.º 4: Número de doentes por serviço de internamento

A população idosa apresenta, maioritariamente, múltiplas patologias e doenças crónicas associadas, acabando por serem os doentes com períodos de internamento mais prolongados. A estes factos acresce ainda cenários sociais

multiproblemáticos que exigem dos serviços de saúde respostas complexas e integradas que envolvem várias instâncias de prestação de cuidados formais. De salientar que no que concerne as patologias principais dos doentes que ficaram em situação de alta protelada por razões sociais, estas estavam relacionadas com doenças vasculares e neurológicas (figura n.º 5). Estas situações clínicas estão relacionadas na sua maioria, de estados de grande limitação funcional que estão aliados à idade avançada que conseqüentemente tornam os doentes especialmente vulneráveis.

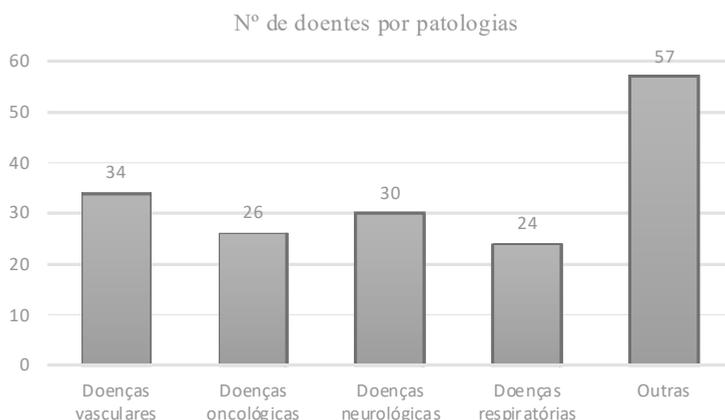


Figura n.º 5: Número de doentes por patologias

O perfil da população utente acompanhada pelo Serviço Social, em situação de alta protelada por razões sociais é envelhecida (com uma incidência mais acentuada a partir dos grupos etários dos 70 e 80 anos de idade), maioritariamente do género feminino, reformados e pensionistas, portadora de doenças crónicas e incapacidades e com múltiplas necessidades e fragilidades sociais, para além da grande debilidade ao nível das suas capacidades físicas e cognitivas.

As causas do protelamento de alta hospitalar por razões sociais e o destino no após alta

A intervenção atempada, organizada e eficaz do assistente social é determinante para a efetivação da alta hospitalar, contudo, existem um conjunto de causas internas e externas que poderão impedir ou dificultar a alta. Como causas internas podemos destacar a intervenção tardia do Serviço Social, a ausência de articulação entre os diversos profissionais de saúde e atritos na comunicação com o doente e família. Das múltiplas causas externas ao

hospital poderemos destacar a dificuldade em encontrar respostas céleres que promovam em segurança a continuidade de cuidados ao doente fora do hospital, processos morosos por parte do tribunal, a ausência e má utilização dos recursos comunitários existentes, estilos de vida pouco saudáveis de muitas famílias que não permitem o regresso do doente ao domicílio, más condições habitacionais e recusa da família em levar e acompanhar o doente no domicílio (Colom, 2000).

Pela análise dos dados recolhidos verifica-se que as principais causas que estiveram na origem da permanência dos doentes no internamento no CHLC, após a sua alta clínica, encontram-se relacionadas essencialmente com a escassez dos recursos institucionais e com a incapacidade de resposta das instituições sociais e de saúde em tempo útil aos pedidos efetuados pelo Serviço Social, de forma a satisfazerem as necessidades básicas de saúde e sociais apresentadas pelos doentes após os episódios agudos de doença. Do universo dos 171 doentes em situação de alta protelada, 85 utentes permaneceram em contexto de internamento a aguardar integração em Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), 34 a aguardar prestação de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), 4 outro tipo de alojamento (quarto ou centro de acolhimento) e 48 por outras situações, nomeadamente situações de ambientes familiares problemáticos e conflituosos, situações de indisponibilidade familiar por motivos profissionais ou geográficos, a incapacidade física e psicológica, situações de total desresponsabilização face ao papel da família e situações que exigem decisões de instâncias judiciais (figura n.º6). Relativamente à indisponibilidade da família na prestação dos cuidados necessários ao familiar doente deve-se muitas vezes à inflexibilidade das entidades patronais ao nível dos horários impostos e aos níveis de exaustão física e psicológica de quem cuida. Destaca-se ainda um número significativo de doentes isolados que exigem uma intervenção social mais complexa e criativa.

Sendo a população acompanhada maioritariamente reformada, com baixos recursos económicos resultado de pensões baixas, condiciona o acesso a bens e serviços que lhes são imprescindíveis às suas necessidades exigindo o encaminhamento para as instituições responsáveis pelo seu financiamento ou participação, sendo normalmente processos morosos e burocráticos.

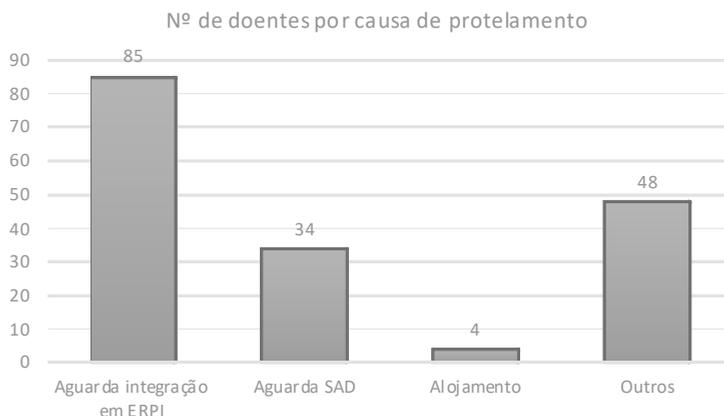


Figura n.º 6: Número de doentes por causa de protelamento

Aquando da alta hospitalar 30,4% dos utentes retornaram ao seu domicílio depois de acionados e garantidos todos os recursos de âmbito social e clínico necessários e possíveis, de forma a proporcionar uma reintegração na comunidade em segurança visando contribuir para a sua adequada reabilitação e/ou a garantia da melhor qualidade de vida possível face à sua situação de saúde e dependência atual; 48,5% dos doentes foram institucionalizados em ERPI com recurso a financiamento ou comparticipação económica das instâncias responsáveis; 17,5% dos utentes foram para outros destinos, nomeadamente centros de acolhimentos, quartos, famílias de acolhimento, instituições de acolhimento de grupos específicos e domicílio de familiares. De salientar que apesar de se encontrarem em situação de alta clínica a guardarem resposta social, face a complexidade das duas situações clínicas, 6 doentes acabaram por falecer (figura n.º 7).

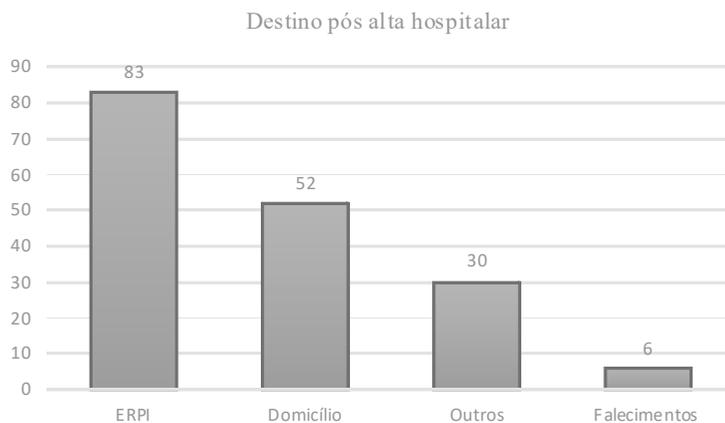


Figura n.º 7: Número de doentes por destino pós alta hospitalar

Complexidade da Intervenção Social

Para uma melhor compreensão da complexidade da intervenção social nestas situações foram aplicados a 121 doentes a Escala de Complexidade da Intervenção Social com Adultos em Contexto Hospitalar. Esta escala recorre a um questionário, estruturado em três dimensões: Enquadramento Sócio – Familiar, Situação Clínica e Intervenção Social Hospitalar que permite uma breve caracterização do relacionamento familiar, da capacidade de mobilização de recursos, da disponibilidade de apoio, da situação económica e habitacional do doente; permite igualmente caracterizar a situação de saúde/doença ao nível da dependência do doente e por último a perceção da intervenção social realizada, no que diz respeito a atendimentos, contactos, disponibilidade de respostas e tempo de resolução social, permitindo concluir o grau de complexidade social realizada junto dos doentes e suas redes de suporte. Mediante a aplicação da referida escala constatou-se que 27,5% das situações foram caracterizadas como situações sociais de grau de complexidade muito elevado; 26,6% com grau de complexidade alto; 23,3% com complexidade intermédia; 15,8% com complexidade baixa e apenas 6,6% das situações não revelaram qualquer complexidade (figura n.º 8).

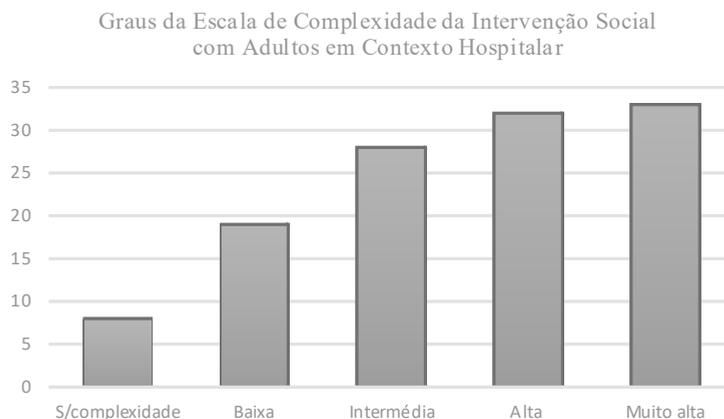


Figura n.º 8: Número de doentes por graus da Escala de Complexidade da Intervenção Social com Adultos em Contexto Hospitalar

Discussão

Face aos resultados que acabamos de apresentar, podemos afirmar que o fenómeno dos protelamentos sociais nos hospitais, quer ao nível nacional, como ao nível do CHLC tem intrínseco semelhantes causas, como o envelhecimento, a incapacidade funcional e as poucas respostas sociais na comunidade.

Embora não se possa estabelecer uma relação direta entre o envelhecimento, a dependência funcional e doença crónica, o fato é que estão associadas, originando, inevitavelmente, uma maior incidência de protelamentos sociais neste grupo etário, culminando com a ausência de respostas sociais céleres ou adequadas.

Segundo a American Hospital Association & Social Work Directors Society (1973), citado por Colom (2000), a planificação da alta hospitalar é um processo centralizado, coordenado e interdisciplinar, no qual os membros da equipa de saúde colaboram com os doentes e suas famílias, antecipando as necessidades destes depois da hospitalização, desenvolvendo um plano que os ajudará a ganhar independência e a manter os benefícios ganhos durante a estadia no hospital. É importante que mediante situações sociais cada vez mais complexas e multifacetadas, o assistente social identifique precocemente os problemas que poderão impedir a alta do doente, definindo um plano de intervenção atempado e adaptado às reais necessidades do utente, de modo a garantir a inserção deste na comunidade.

A realidade atual exige uma prática profissional comprometida com as políticas públicas que se consubstanciam num novo campo de intervenção

do assistente social, impondo uma prática reflexiva, no desenvolvimento de um trabalho plurifacetado, multidimensional e em equipa. Um trabalho que envolva desde os gestores políticos, e hospitalares, aos profissionais de saúde, na criação conjunta de estratégias comuns e partilhadas, de medidas de apoio à família, nomeadamente a redução e flexibilização de horários e a criação do estatuto do cuidador informal, de respostas sociais eficazes e adequadas às necessidades dos utentes e famílias.

Neste sentido, e perante a realidade que foi relatada colocamos e deixamos para reflexão um conjunto de questões não numa lógica de obstrução, mas como um desafio necessário que se coloca aos diversos intervenientes da área da saúde, das instituições sociais e em particular aos assistentes sociais:

- É da responsabilidade dos hospitais a estadia dos utentes quando o internamento é inapropriado ou sem necessidade clínica? Não deveriam as instituições sociais responsabilizarem-se economicamente pela sua estadia indevida nos hospitais? Ou das famílias quando estas não colaboram no planeamento de alta ou ainda usurpam e ou beneficiam dos rendimentos dos idosos?
- Os cuidados primários em plena articulação com as organizações sociais não deveriam promover um trabalho de levantamento de potenciais grupos vulneráveis e tal como os hospitais promover o dito planeamento de alta hospitalar, mas aqui numa vertente, mais proactiva, preventiva, na identificação multidimensional e acompanhamento das necessidades desses grupos, nomeadamente dos mais idosos, sendo este o grupo com maior prevalência na origem dos protelamentos sociais tanto ao nível nacional como em específico?

Há um longo caminho a percorrer na resolução deste fenómeno tão atual na nossa sociedade, e só através do esforço conjunto (hospital e instituições sociais) poderemos alcançar respostas integradas, preventivas e adequadas aos utentes e famílias.

Os assistentes sociais encontram-se atualmente inseridos em toda a rede institucional de saúde, desde os cuidados de saúde primários até aos especializados. Assumem um papel preponderante nas equipas de saúde e no apoio aos utentes e famílias. São os profissionais de saúde que mais e melhor conhecimento têm deste fenómeno social e, detêm o saber e ferramentas de carácter holístico que visa melhorar as condições de vida das pessoas, promover os seus direitos e criar oportunidades de autonomização e de empowerment, e por isso, têm um papel relevante e determinante na participação nas políticas públicas de saúde e na construção de estratégias.

Bibliografia

- Associação Portuguesa de Administradores Sociais (APAH) (2017). Barómetro de Internamentos Sociais. <http://apah.pt/noticia/barometro-de-internamentos-sociais-mobilizou-88-dos-hospitais-do-sns/>
- CABETE, D. G. (2005) *O Idoso, a Doença e o Hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano, BCG (CEDRU) – Estudo da Avaliação das Necessidades dos Sêniore em Portugal. Lisboa: Relatório Final– Boston Consulting Group Fundação Aga Khan: http://www.anai.pt/public/ficheiros/tinv_estudoavalencseniores.pdf
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2016), Caracterização e Análise dos Doentes Socialmente Protelados Ano 2015/2016, Hospital Curry Cabral, s.l., s.n.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2016), Relatório Anual de Atividades, Hospital de Santa Marta, s.l., s.n.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2016), Relatório Anual de Doente Protelados, Hospital de São José, s.l., s.n.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2016), Relatório Anual Doentes Retidos, Hospital de Santo António dos Capuchos, s.l., s.n.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (2016), Relatório Anual de Atividades da Área de Apoio Social, s.l., s.n.
- COLOM, D. (2000). *La Planificación del alta hospitalera: La gestion de lo pequeño para mejorar lo grande*. Zaragoza: Mira Editores.
- Direção Geral de Saúde – Plano Nacional de Saúde 2012-2016 3.2. Eixo Estratégico Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso-e-Equidade3.pdf>
- FIGUEIREDO, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi editores.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2;
- JACK, B. W.; CHETTY, V. K.; ANTHONY, D.; GREENWALD, J. L.; SANCHEZ, G. M.; JOHNSON, A. E.; FORSYTHE, S. R.; O'DONNELL, J. K.; PAASCHE-ORLOW, M. K.; MANASSEH, C.; MARTIN, S. and CULPEPPER, L. (2009), A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization – a Randomized Trial. *Ann Intern Med.*, 150(3), 178-187. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-3-200902030-00007>
- NAYLOR, M., BROOTEN, D., JONES R., LAVIZZO-MOUREY, R., MEZEY, M., PAULY, M. (1994). Comprehensive Discharge Planning for the Hospitalized

- Elderly. *American College of Physicians*. Vol.120: 12-999-1006. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-120-12-199406150-00005>
- PEDRO, S., FERREIRA, P. L. E MENDES, J. (2010). Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Encontros Científicos*, 6, 175-189.
- SERAFIM, M.R.; SANTO, M.I.E (2013). Criação e Validação de uma Escala de Complexidade da Intervenção Social com Adultos em Contexto Hospitalar (ECISACH). CIES e-Working Paper N.º 152/2013. http://cies.iscte-iul.pt/np4/?newsId=453&fileName=CIES_WP152_Serafim_e_Santo.pdf
- SIQUEIRA AB, CORDEIRO RC, PERRACINI MR, RAMOS LR. (2004). Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev. Saúde Pública*; 38(5), 687-69. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000500011>
- The Health Boards Executive (2003). Admissions and Discharge Guidelines: Health Strategy Implementation Project 2003. Dublin: The Health Boards Executive. http://www.dohc.ie/issues/health_strategy/action84.pdf?direct=1
- Victorian Government Health Information (2008). Effective Discharge Strategy. Victoria: Victorian Government Health Information. <http://www.health.vic.gov.au/archive/archive2008/discharge/paper.htm>.