

Universidades Lusíada

Mariguêsa, Maria Luísa

As redes de saúde e o serviço social hospitalar na Europa: o assistente social hospitalar mediador ou facilitador de novas parcerias

<http://hdl.handle.net/11067/4175>

<https://doi.org/10.34628/hpfiw-8h12>

Metadados

Data de Publicação	2002
Resumo	As autoras, a partir de um consenso político sobre os objectivos da reestruturação do sistema de cuidados em Portugal, procuram aprofundar, com base na sua experiência no seio de um Hospital central, o papel do Assistente Social no processo de implementação de um sistema de cuidados em rede, mediante o desenvolvimento de novas parcerias entre o sistema público de cuidados e as instituições de base comunitária. Interrogam-se sobre a sua missão e o seu papel. A investigação, focalizada sobre um c...
Palavras Chave	Serviço social médico - Portugal, Cuidados continuados de saúde - Portugal
Tipo	article
Revisão de Pares	no
Coleções	[ULL-ISSSL] IS, n. 25-26 (2002)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T05:29:51Z com informação proveniente do Repositório

AS REDES DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL HOSPITALAR NA EUROPA

O ASSISTENTE SOCIAL HOSPITALAR MEDIADOR OU FACILITADOR DE NOVAS PARCERIAS¹

Maria Luísa Mariguêsa

As autoras, a partir de um consenso político sobre os objectivos da reestruturação do sistema de cuidados em Portugal, procuram aprofundar, com base na sua experiência no seio de um Hospital central, o papel do Assistente Social no processo de implementação de um sistema de cuidados em rede, mediante o desenvolvimento de novas parcerias entre o sistema público de cuidados e as instituições de base comunitária.

Interrogam-se sobre a sua missão e o seu papel. A investigação, focalizada sobre um conjunto de casos tratados pelo Serviço Social e a análise das soluções encontradas a fim de assegurar uma continuidade de cuidados adaptados aos doentes e suas famílias, permitiu a identificação de problemas de natureza horizontal para os quais importará encontrar novas soluções.

Para além do papel de mediador entre a instituição hospitalar, o doente, a família e a comunidade, o Assistente Social será chamado, no futuro, a desempenhar um papel proactivo no seio da equipa hospitalar na reflexão sobre os déficits estruturais constatados no seu diálogo com os outros parceiros de terreno, bem como na sensibilização a novos projectos consensuais ou a práticas emergentes, susceptíveis de contribuir para encontrar resposta às novas necessidades.

O papel e a responsabilidade do Assistente Social Hospitalar alargam-se para melhor responder à procura social.

1 Trabalho da equipa de Serviço Social do Hospital de Egas Moniz, coordenado e apresentado por Maria Luísa Mariguêsa, nas 5^{as} Jornadas de Formação da Associação Europeia de Assistentes Sociais Hospitalares e da Saúde, Paris, 10 de Novembro de 2000.

1 A implementação de novas redes de cuidados descentralizados em Portugal

No seguimento do despacho conjunto dos Ministros da Saúde e da Segurança Social visando a criação de uma rede de cuidados continuados (despacho n.º 407/98) um debate de fundo tem prosseguido sobre o sistema de cuidados de saúde e as melhores práticas a implementar para favorecer a emergência de redes de cuidados continuados permitindo um acolhimento e seguimento pluridisciplinar dos doentes.

No essencial, trata-se de assumir as unidades funcionais de saúde como verdadeiros “sistemas locais de Saúde” articulados em torno de “uma rede hospitalar de referência” e onde ao Hospital Central é conferido o papel de polo de excelência técnica e científica no seio da rede.

Ao Hospital de Egas Moniz foi-lhe atribuído essa função relativamente à “Unidade de Saúde C”, cuja rede pública comporta 14 instituições entre as quais figuram outros Hospitais e Centros de Saúde.

O novo sistema de cuidados centra-se sobre o doente, tendo em conta, simultaneamente, o progresso técnico da medicina, os constrangimentos económicos e as mutações sociais e demográficas da população portuguesa, bem como o desejo dos doentes de serem acolhidos e tratados o mais próximo do seu domicílio ou do seu espaço de referência.

O nível local, o mais próximo da população aparece como o mais adequado para identificar as suas necessidades e encontrar respostas concretas, rápidas e adaptadas.

Mas, para que um tal modelo se possa implementar de modo eficiente e eficaz é indispensável reforçar as instituições e as redes de base comunitárias e atribuir-lhe os recursos e as competências necessárias para que novos partenariados sólidos se possam desenvolver e assegurar a continuidade de cuidados segundo standards de qualidade.

Isso implica, para além de investimentos significativos a nível local, na constituição das redes complementares, um enorme esforço, por parte dos profissionais e dos serviços, para ultrapassar as visões compartimentadas e as abordagens unívocas, em benefício de verdadeiras parcerias, tendo por objectivo fundamental a resposta às necessidades das populações.

É neste contexto que nos interrogamos sobre o papel que poderá desempenhar o Assistente Social Hospitalar e da Saúde na implementação dos novos sistemas de cuidados em rede e no desenvolvimento de novas parcerias.

Com vista a contribuir para o aprofundamento deste debate, a equipa de Serviço

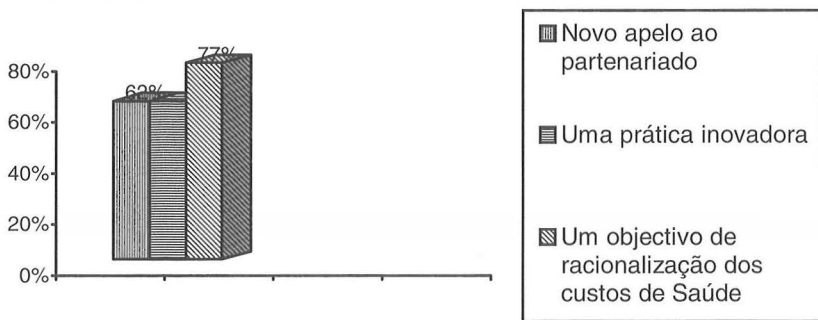
Social do Hospital de Egas Moniz decidiu aprofundar a sua pesquisa em torno de dois vectores:

- melhor compreender a percepção dos colegas da rede sobre o sistema de cuidados continuados;
- avaliar a experiência do Hospital Egas Moniz na implementação do sistema durante o primeiro semestre do ano 2000.

2 A percepção dos Assistentes Sociais da “Unidade de Saúde C” sobre o trabalho em rede

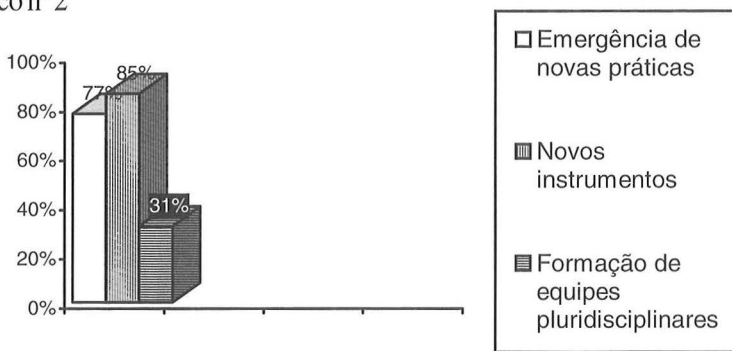
Segundo os resultados do inquérito junto das 13 instituições da “Unidade de Saúde C”, o trabalho em rede é percebido essencialmente, pela maioria dos Assistentes Sociais (ver gráfico nº1), como um novo convite à parceria.

Gráfico nº 1



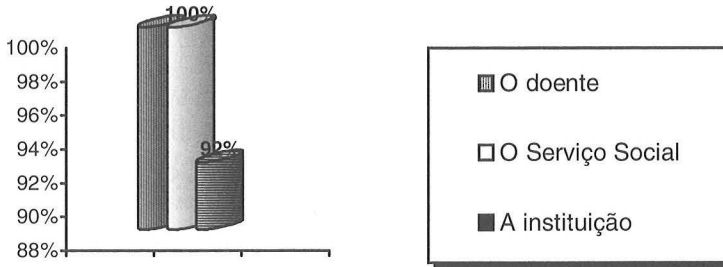
Tal como assinalado no gráfico nº 2, o trabalho em rede permite o desenvolvimento de novas práticas e de novos instrumentos:

Gráfico nº 2



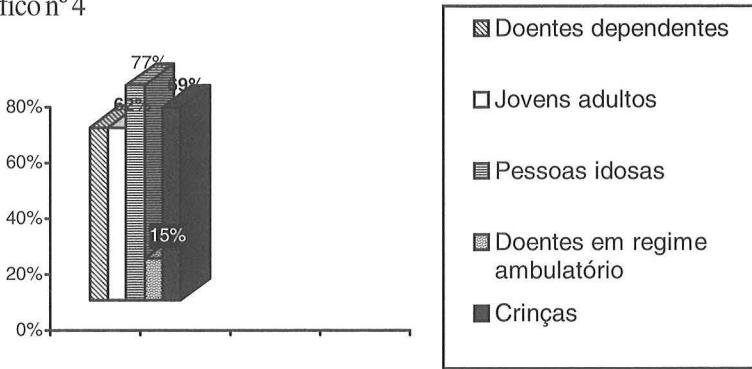
Por outro lado existe, um consenso amplo, ao nível dos Assistentes Sociais, sobre os benefícios destas novas práticas. O doente é o foco dessas novas práticas.

Gráfico nº 3



Relativamente aos grupos de doentes beneficiários deste novo paradigma de cuidados (ver gráfico nº 4) as respostas fazem ressaltar, as pessoas idosas, as crianças e os adultos dependentes.

Gráfico nº 4

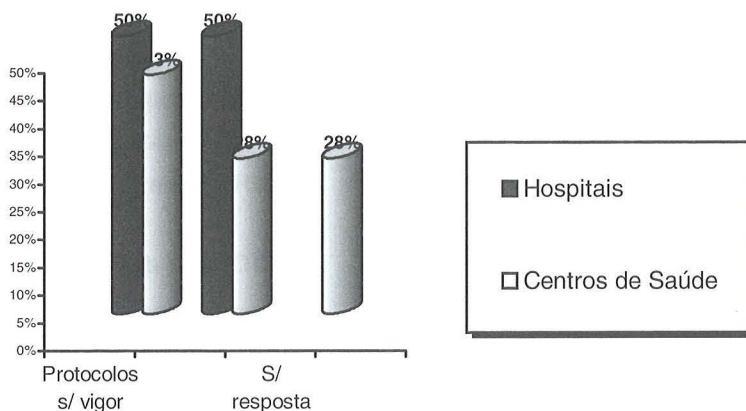


Uma grande maioria dos Assistentes Sociais partilha a opinião de que o trabalho em rede informal era já uma prática corrente.

O sistema de cuidados continuados formaliza e aprofunda esta prática e permite o desenvolvimento de novos procedimentos bem como a emergência de standards de qualidade mais elevados.

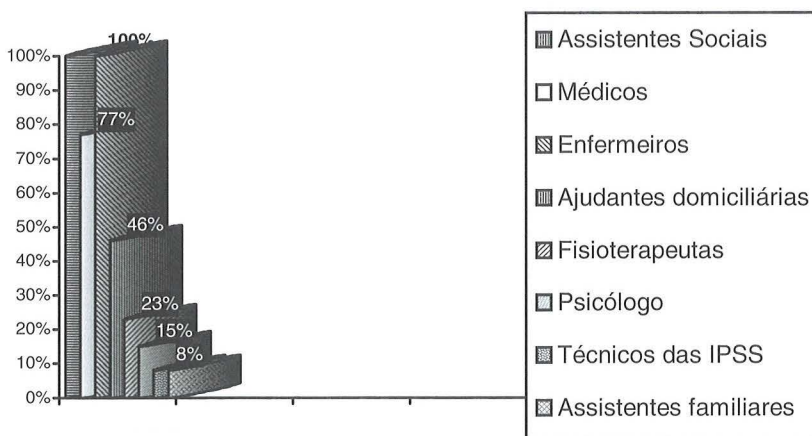
Por outro lado, a sua apreciação sobre a implementação do novo sistema de continuidade de cuidados ao nível dos Hospitais e dos Centros de Saúde, assinala entre os factores limitativos de sucesso, um défice significativo de recursos em conjunto com um fraco desenvolvimento de novas parcerias.

Gráfico nº 5



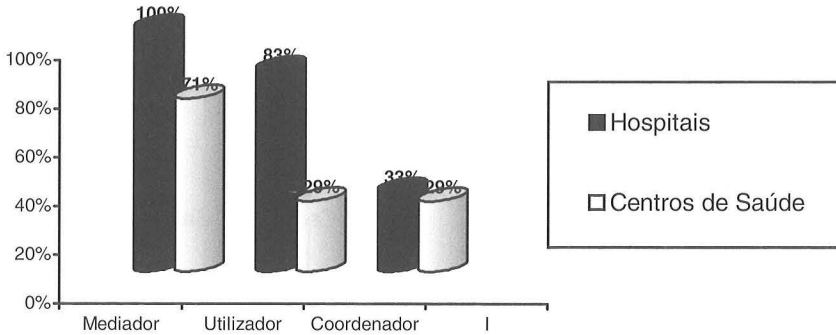
Entre os técnicos envolvidos na implementação das novas redes de cuidados, referem em primeiro lugar os Assistentes Sociais, o pessoal de enfermagem e os médicos (ver gráfico nº 6). O pessoal encarregue do apoio ao domicílio é citado em superior posição.

Gráfico nº 6



Sobre o papel do Assistente Social no processo (ver gráfico nº 7) uma grande maioria partilha a opinião de que cabe ao Assistente Social o papel de mediador entre os diferentes actores e parceiros.

Gráfico n° 7

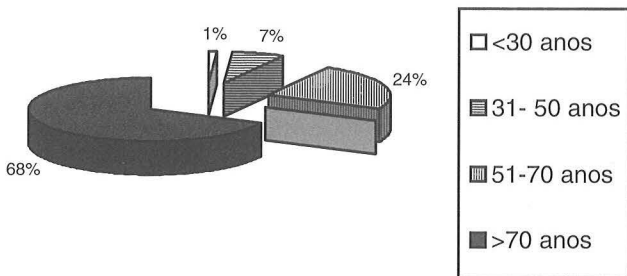


3 A experiência da equipa do Hospital de Egas Moniz na implementação de uma rede de cuidados continuados

No plano metodológico, para avaliar a qualidade de implementação do sistema, a equipa partiu de uma amostra equivalente a 20% dos casos objecto de seguimento, durante o primeiro semestre 2000, ou seja 84 casos de cuidados continuados.

Por níveis etários, a distribuição da população da amostra é a seguinte:

Gráfico n° 8 : níveis etários da população



Afim de apreciar a eficácia do sistema em relação às necessidades desta população, a equipa procurou melhor identificar a população objecto. Para além da idade era essencial identificar a sua situação económica e social.

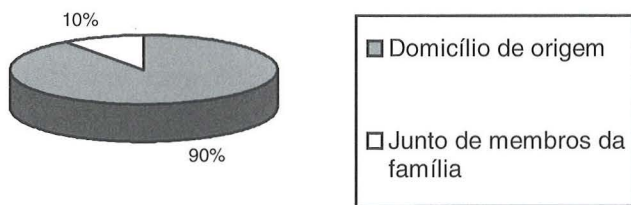
A recolha de tais elementos permitiu identificar o perfil tipo da população objecto da continuidade de cuidados:

	%
– Pessoas idosas	80
– Grau de dependência	
– Dependentes	62
– Semi-dependentes	30
– Habitação	
– Casa própria	46
– filhos ou outros membros da família	28
– Só	23
– Situação económica e profissional	
– Reformados	56
– Pensionistas	31

Estas pessoas idosas e muito dependentes, *habitando sós ou junto dos filhos ou amigos, são profundamente afectados pela pobreza dado que 87% de entre eles são reformados ou pensionistas com pensões e reformas médias entre 25 e 35 contos.*

Á saída do Hospital 90% dos casos estudados regressaram ao seu domicílio de origem.

Gráfico nº 9: destino à saída do Hospital



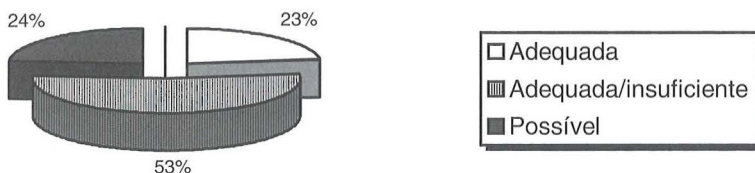
A ventilação das soluções encontradas pelo Serviço Social em diálogo com a família, os vizinhos e os outros parceiros institucionais, figura no quadro seguinte:

Quadro nº 1: Análise das soluções encontradas

	Nº	%
Apoio institucional ao domicílio/família/C. Saúde	46	55
institucional ao domicílio/família/C. Saúde ajuda económica	12	12
Apoio institucional ao domicílio/C. Saúde/C. de Dia	8	10
Apoio institucional ao domicílio/C. Saúde	8	10
Apoio institucional ao domicílio/vizinhos/C. Saúde/telealarme	3	4
Apoio institucional ao domicílio/vizinhos/C. Saúde	3	4
Apoio privado ao domicílio/institucional/C. Saúde	4	5
Total	84	100

O gráfico nº 10 é um ensaio e medida de apreciação dos membros da equipa sobre a qualidade das soluções encontradas para o conjunto da amostra (80 casos).

Gráfico nº 10: Soluções encontradas



A análise detalhada destes elementos mostra que a qualidade da solução permanece em larga medida abaixo dos standards desejados. Por outro lado, ela permite identificar um certo número de constatações seja ao nível das falhas relativamente ao acolhimento social em geral seja em relação ao funcionamento das redes de cuidados continuados.

3.1 O acolhimento social

Para populações idosas e objecto de um certo nível de dependência a qualidade de vida é largamente função da qualidade e da acessibilidade a:

- uma habitação;
- redes de suporte e de apoio domiciliário;
- instituições de terreno, designadamente lares.

Ora, estas estruturas ao nível do território da “Unidade de Saúde C” são, na fase actual, largamente deficitárias.

Por outro lado, as redes de apoio aos cuidados domiciliários estão muito pouco desenvolvidas. O apoio diário para a maioria dos doentes é de cerca de uma hora/dia, durante a semana. Tais ajudas, na grande maioria dos casos, são inexistentes durante o fim de semana, as férias e os dias feriados.

Por outro lado, o número de lares e em particular em lares oficiais, é muito limitado em relação às necessidades específicas desta população.

E, mesmo se a Segurança Social co - financia os custos associados a estas instituições, os tempos de resposta são longos (cerca de 2 meses) o que é de molde a comprometer a eficiência do sistema.

3.2 O funcionamento das redes de cuidados continuados

O apoio integrado no domicílio, é uma resposta institucional chave para o sucesso da continuidade dos cuidados.

Este apoio caracteriza-se pela colaboração e disposição do doente de um conjunto de serviços e de cuidados de carácter pluridisciplinar que lhe permitam beneficiar de uma reintegração de qualidade no seu domicílio.

O resultado global do apoio integrado é no entanto função do nível de articulação entre os diferentes parceiros (Hospitais, Centros de Saúde, instituições de base comunitária) e da qualidade das prestações que cada membro da rede está em condições de facultar.

A análise dos 84 casos da nossa amostra, objecto da continuidade de cuidados, permite destacar, nomeadamente:

- *as deficiências da articulação entre o Hospital e os Centros de Saúde, o que pode explicar as insuficiências de resposta ao nível dos cuidados de saúde;*
- *o problema das redes de apoio em matéria de serviços de base, de que o doente não pode dispensar (por exemplo: ajuda nos trabalhos domésticos, compras, organização de contactos, etc.).*
- *as lacunas institucionais, nomeadamente a ausência de unidades de apoio integrado, susceptíveis de proporcionar cuidados de tipo global a pessoas atingidas por níveis de dependência muito elevados.*

Cuidar dos doentes no seu próprio domicílio ou próximo da sua residência em vez de os tratar no hospital exige níveis de organização e de cooperação de terreno muito elevados e, face à dimensão do problema, nós interrogamo-nos sobre o papel que as Juntas de Freguesia e as Câmaras poderiam desempenhar no reforço de uma nova dinâmica de parceria entre o público e o privado. Tratando-se de instâncias com vocação a interessar-se pela qualidade global de vida dos cidadãos, elas poderiam constituir um núcleo federador de vontades e de cooperações novas entre o público e o privado e de catalização e aproximação dos parceiros.

4 O papel do Assistente Social na implementação de novas parcerias

O Assistente Social na sua actividade diária é percebido pelos doentes e pela família como um mediador entre as suas necessidades e as da instituição de acolhimento. Trata-se de um membro da equipa hospitalar que tem vocação para estabelecer pontes.

Os desafios que se colocam hoje aos sistemas de cuidados e as necessidades crescentes de articulação e de cooperação entre os diferentes parceiros trabalhando em rede são de molde a reforçar este papel de mediador a 3 níveis, a saber:

- ao nível do doente e da família;
- ao nível das parcerias de uma rede de continuidade de cuidados;
- ao nível dos responsáveis pela definição das políticas;

Por outro lado, a esta função de mediador acresce um papel de facilitador de gestão de relações novas ao nível das famílias (ajuda à gestão do plano de intervenção) e da equipa pluridisciplinar.

Ajudar os membros da equipa pluridisciplinar a aprofundar os processos de cooperação entre parcerias e a alargar estas novas redes, em vez de privilegiar um abordagem centrada sobre as tarefas de cada um, constitui um desejo fundamental para o Assistente Social.

Por outro lado, o Assistente Social é chamado a desempenhar um papel proactivo a implementação das novas políticas de cuidados. Cabe-lhe assim:

- I *promover no seio da equipa pluridisciplinar a implementação de instrumentos de ligação e de comunicação entre a equipa responsável pelos cuidados continuados e a equipa hospitalar e designadamente a criação de uma ficha sintética, a preencher pela equipa, explicitando as necessidades de cuidados médicos e de apoio social bem como a identificação das redes disponíveis para apoiar o doente;*

- II *estabelecer as vias de acesso à informação, identificando no seio da equipa aqueles que tem a responsabilidade primária de informar e definir os circuitos e as formas de circulação da informação;*
- III *colocar-se à disposição das equipas responsáveis pela política dos cuidados de saúde os elementos decorrentes da sua prática diária e que indiquem novas necessidades ou disfuncionamentos, nomeadamente:*
- análise das necessidades;
 - planificação das saídas;
 - constatação do protelamento das saídas bem como as suas causas principais;
 - perfil de novas necessidades após a saída do hospital;
 - soluções encontradas afim de implementar as práticas mais adaptadas.
- IV *propôr temas de investigação a aprofundar em conjunto com os outros membros da equipa pluridisciplinar afim de encontrar as práticas mais adaptadas às necessidades dos doentes e suscitar novos partenariados.*
- V *trabalhar em conjunto com outros membros da equipa para facilitar a implementação em Portugal do Programa Saúde XXI (2000 – 2006) e em particular o desenvolvimento de novas redes de parceiros à escala local, tal como previsto no eixo prioritário do 3º Quadro Comunitário.*

A identificação de novas necessidades exprimidas pelos grupos de doentes e para a resposta às quais a comunidade não está preparada, deve constituir o ponto de partida da investigação em equipa.

Em virtude do seu lugar e do seu papel o Assistente Social hospitalar é um parceiro incontornável na implementação e na gestão dos novos sistemas de saúde baseados em organizações complexas tipo matricial. O seu papel de mediador e de facilitador terá, por esse motivo, tendência a se reforçar.

Bibliografia

- ANDRADE, Miguel (1997) – “Estratégia de desenvolvimento dos Serviços de Saúde”, Projecto de Cuidados Continuados, Região de Saúde e Vale do Tejo;
- BARARDO, Ana Maria (1988) – “Planeamento de alta”, Direcção Geral dos Hospitais;

- COUTO, Beatriz (1997) – “Exercício Profissional dos Assistentes Sociais da Saúde”, Lisboa, Associação dos Profissionais da Saúde;
- CARAPINHEIRA, Graça (1998) – “Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares”, Edições Afrontamento, 3ª Edição;
- COTÉ, Richard (1994) – “Évaluation de signalement en utilisant l’approche de réseaux, comment faire participer le milieu à la résolutions de problème”, in *Service Social*, Vol. 43, nº 3;
- DEGENNE, A. et FORCE, M. (1994) – “Les réseaux sociaux”, Paris, A. Colin;
- DECHAMPS, Ivan (1994) – “Le Service Social Ecartelé”, Bruxelles, Editions Vie Ouvrière;
- DEKINDT, Jean (1986) – “Notes sur la sociabilité des réseaux”, in *Actions et Recherches Sociales*, vol. 25, nº 4;
- FREITAS, Maria João Lopes (1990) – “Réseaux Sociaux en Milieu Urbain”, *Estudos Urbanos e Regionais*, ano 5, nº especial;
- GEORGES FAYN, Marie (1995) – “Humaniser les soins”, Paris, ESF Éditeur;
- HIRSEH, Emmanuel (1997) – “Soigneur L’autre”, Paris, Belfond;
- LEMIEUX, Vincent (1999) – “Les réseaux d’acteurs sociaux”, Paris, PUF;
- LEMIEUX, Vincent (1982) – “Réseaux et appareils”, Paris, Maloine;
- MESTRE C., J. (1979) – “A propos de la notion de réseaux”, Paris, Chiers du Lamsade, nº 25;
- ORNELAS, José (1994) – “Suporte Social: origens, conceitos e áreas de investigação”, in *Análise Psicológica*, pp. 333–339;
- PIGNATELLI, Carmen (2000) – “Saúde XX – obter ganhos em saúde e assegurar a qualidade dos cuidados”, revista qualidade em saúde, Instituto das Qualidade em Saúde, nº 1;
- PARROCHIA, D. (1993) – “Philosophie des réseaux”, Paris, PUF;
- PAPILLON, Pascal; Driss Wahbi (1999) – “Traité de stratégie à l’usage des travailleurs sociaux”, Lyon, Chronique sociale;
- PERISTA, Heloisa; FREITAS, Fátima; PERISTA, Pedro (1998) – “Levantamento das necessidades sociais das pessoas idosas em contexto social”, Lisboa, Direção Geral de Acção Social, documentos temáticos, nº 12;
- “Saúde em Portugal – uma estratégia para o virar do século – 1998-2002 - orientações para 1998”, Lisboa, Ministério da Saúde;