



Universidades Lusíada

Costa, Jorge Lopes da
Gonçalves, Maria Dulce

A extrema vulnerabilidade na transição dos cuidados hospitalares para o domicílio : uma análise sobre determinantes sociais de saúde

<http://hdl.handle.net/11067/1731>

<https://doi.org/10.34628/ebnw-ph45>

Metadados

Data de Publicação

2015

Resumo

A manutenção da qualidade de vida e o bem-estar dos doentes, implicam um plano de cuidados e de suporte social tendente à recuperação física, cognitiva e/ou funcional. Contudo, a transição do nível de cuidados a partir do hospital deve considerar a multidimensionalidade do doente, num paradigma que promova a saúde e previna factores de risco importantes. Este estudo teve como desígnio identificar a vulnerabilidade dos doentes após internamento, no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO), no qu...

Palavras Chave

Doentes - Cuidados domiciliários

Tipo

article

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-ISSSL] IS, n. 42-45 (2015)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:17:41Z com informação proveniente do Repositório

A EXTREMA VULNERABILIDADE NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS HOSPITALARES PARA O DOMICÍLIO.

UMA ANÁLISE SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Jorge Lopes da Costa

Investigador

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa

Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP)

jlopesdacosta@hotmail.com

Maria Dulce Gonçalves

Assistente Social

Coordenadora do Serviço Social

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

mdbgoncalves@chlo.min-saude.pt

Resumo

A manutenção da qualidade de vida e o bem-estar dos doentes, implicam um plano de cuidados e de suporte social tendente à recuperação física, cognitiva e/ou funcional. Contudo, a transição do nível de cuidados a partir do hospital deve considerar a multidimensionalidade do doente, num paradigma que promova a saúde e previna factores de risco importantes. Este estudo teve como desígnio identificar a vulnerabilidade dos doentes após internamento, no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO), no quadriénio 2009-2012, salientando os que se encontravam em situação de vulnerabilidade extrema.

Material e métodos: Inicialmente foram analisados os 4965 episódios sociais avaliados pelo Serviço Social, nas três unidades hospitalares que compõem o CHLO. Numa segunda fase, estudaram-se apenas os 1509 doentes que se encontravam em vulnerabilidade extrema.

Resultados: Os resultados globais mostraram quatro clusters de vulnerabilidade com rendimentos económicos insuficientes e baixas qualificações literárias. Distinguiram-se dois grupos: Um constituído por uma população jovem, solteira e que vive no desemprego e precariamente, e outro idoso, casado ou viúvo que vive da pensão/reforma. A extrema vulnerabilidade afecta os mais idosos, designadamente, os que têm rendimentos precários, despesas excessivas e dificuldades na gestão de recursos. Grande parte destes doentes desconhece os seus direitos e carece da disponibilidade ou da capacidade de apoio por parte de familiares ou de instituições de proximidade.

Conclusões: Os dados mostraram que a extrema vulnerabilidade está relacionada com uma população em risco, cujas condições individuais, socioeconómicas, da rede social e de contexto são frágeis e podem colocar em causa o bem-estar dos doentes.

Palavras-chave: Avaliação Social; determinantes sociais da saúde; cuidados de longa duração; extrema vulnerabilidade.

Abstract

Maintaining patients quality of life and well-being, involves a plan of care and of social support aimed at physical, cognitive and / or functional recovery. However, the transition from hospital to other the level of care should consider the multidimensionality of the individual, a paradigm that promotes health and considers different risk factors. This study had the purpose to identify patients vulnerability after hospitalization in CHLO, between 2009-2012, highlighting those who were in a situation of extreme vulnerability.

Methods: Firstly we analyzed the 4965 social episodes that were evaluated by the Social Work Department of the three hospital units that compose CHLO. In a second stage, we studied only the 1509 patients in extreme vulnerability.

Results: The results showed four clusters of vulnerability with low income and with low literacy skills. Two groups were distinguished: One comprised a young, single and unemployed population, and the other an aged, married/widow and retired/or pensioner population. Extreme vulnerability affects older people, particularly those with poor yields, excessive expenses or unable to manage resources. Most of these patients are unaware of their rights and lacks support from their families or proximity formal institutions.

Conclusion: Data showed that extreme vulnerability is related to a population at risk whose individual, social and economic conditions are fragile and can jeopardize their welfare.

Key-words: Case-management; Social health determinants; Long term care; extreme vulnerability.

Introdução

A promoção da saúde assente no paradigma salutogénico(Graça,2004), tem em linha de consideração os factores que a favorecem, nomeadamente, as condições de acesso aos serviços de saúde, a articulação com o apoio social, o sentido de pertença à comunidade e o reconhecimento do bem-estar físico, social e psicológico.

Partindo de uma abordagem de natureza dedutiva, das dimensões de contexto, para as particulares, o que se pretendeu neste estudo foi relacionar os factores que influenciam a vulnerabilidade dos doentes permitindo intervir sobre um gradiente de maior ou menor prioridade. Para tal, caracterizámos a população, do ponto de vista sociodemográfico, analisando componentes

principais e constituindo categorias que tornam mensurável a vulnerabilidade na transição dos cuidados hospitalares para os cuidados de longa duração, em particular a cargo de familiares.

Em seguida, distinguimos a amplitude da vulnerabilidade através da inclusão de critérios-chave, já que o conjunto dos doentes encerra, a priori, um elevado grau de complexidade. Os doentes que reuniram, cumulativamente, doença crónica, grau de dependência, comorbilidades e que se encontravam a cargo de cuidadores informais, foram analisados em profundidade, tendo por base o modelo teórico das determinantes sociais da saúde (Dahlgren e Whitehead, 1991).

Explanou-se como se desencadeiam as desigualdades em saúde através da análise de dimensões sociais numa perspectiva sistémica e demos a conhecer, as condições exógenas, do meio envolvente (geográficas, recursos). Por outro lado, obtivemos informações sobre condições de vida e de trabalho, como o acesso a bens e serviços essenciais, discriminaram-se os estilos de vida dos indivíduos e a sua influência e foram abordadas as relações no quadro das redes sociais, formais e informais. Finalmente, abordámos os factores individuais dos doentes, designadamente, a idade, o género e os factores de inclusão já enunciados.

Material e Métodos

Doentes com Episódio Social

Numa primeira fase foram analisados 4965 doentes com episódio social que representam a totalidade dos doentes de maior complexidade avaliados pelo departamento de Serviço Social, nas três unidades hospitalares que compõem o CHLO: Hospitais S. Francisco Xavier, Egas Moniz e Santa Cruz, de acordo com o modelo de intervenção social vigente.

Numa segunda fase, seleccionaram-se e analisaram-se 1509 dos 4965, com os seguintes critérios de inclusão: doentes dependentes, com doença crónica, com comorbilidades e a residirem no seu domicílio com cuidadores informais. Definiu-se que estes são doentes em vulnerabilidade extrema.

Medidas

Foi requerida autorização ao Conselho de Ética, ao Conselho de Administração e à Coordenação do Departamento do Serviço Social do CHLO, para a análise da intervenção social durante o quadriénio 2009-2012. Organizou-se a informação fundamental, de forma a poder ser tratada e analisada estatisticamente, recorrendo a métodos e técnicas distintas.

De forma a perscrutar objectivamente a vulnerabilidade dos doentes, na primeira fase foi necessário recorrer a um sub-universo de 4965 doentes avaliados pelo Serviço Social, que se designam por episódios sociais. Estes, extrapolam a resposta pontual de um desfecho interventivo sendo compatíveis com um tipo de intervenção social mais sensível e que envolve diversos actores e instituições sociais, exigindo um estudo rigoroso do problema e das hipóteses da sua resolução. Apesar de representarem 11,2 % da totalidade (46 978) dos utentes que acorreram ao Serviço Social do CHLO, no último quadriénio, encerram em si, o binómio complexidade/vulnerabilidade social, daí a conveniência da investigação empírica quantitativa.

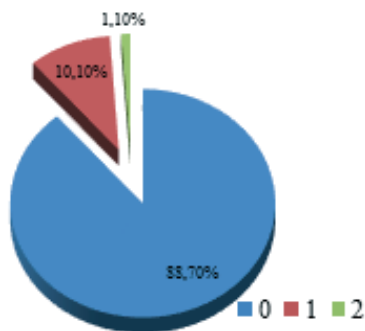


Gráfico 1 - N° de Utentes atendidos por N° Episódio Social - 2009-2012 (Fonte: SAAS 2013)

Interessou estudar os doentes mais vulneráveis em contexto hospitalar através do circuito de recolha, arquivo e de tratamento de processos sociais disponibilizado pelo Sistema de Apoio ao Serviço Social (SAAS). Este instrumento explora domínios como a percepção do risco, a pluralidade e o tipo de intervenções, o potencial de reabilitação e reinserção social, assim como avalia a eficácia e eficiência das situações que se colocam ao Serviço Social hospitalar.

Procedimento

As informações recolhidas a partir do SAAS foram tratadas, agrupadas e estabilizadas numa base de dados original, em articulação com a compatibilidade do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 19.0 que transformou as variáveis para um plano compreensivo-interpretativo. A análise estatística descritiva e inferencial distinguiu-se como técnica utilizada na caracterização geral dos doentes e na identificação das determinantes sociais da saúde, já o SPSS foi útil por permitir a ordenação e a reorganização da informação.

Numa primeira fase exploraram-se estatisticamente os dados nas suas múltiplas variáveis através do resumo de informação em índices ortogonais (análise de componentes principais) e pela definição de grupos de sujeitos estruturalmente semelhantes (análise de clusters).

Foi possível reunir um número máximo de 11 dimensões, encontrado pela diferença entre o total de categorias em presença e o número de variáveis [$(3*2)+(1*9)-4$]. A opção que determinou a continuidade da pesquisa centrou-se na expressividade das dimensões 1 e 2, assinaladas no gráfico 2, a cor laranja, por duas fortes razões: pelo facto de se destacarem dentro das outras e por deterem o maior número de variações.

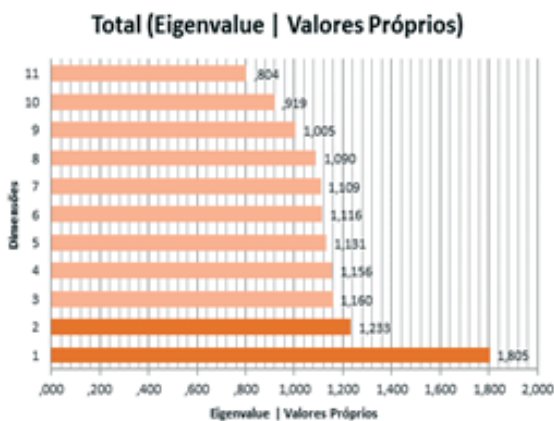


Gráfico 2 - Análise de Componentes Principais - 2009/12 (Fonte SAAS, 2013)

A Dimensão 1 caracterizou-se pelas variáveis de doença crónica, comorbilidade e situação de dependência e neste sentido ao binómio (dependência/doença). A Dimensão 2 caracterizou-se pela sua associação ao destino após alta e ao binómio: (institucionalização/ domicílio).

O Método de Variable Principal permitiu distinguir e observar a presença de quatro grupos de vulnerabilidade, distintos entre si, de vulnerabilidade enquanto a técnica exploratória de análise multivariada por clusters (Maroco, 2011:511) conferiu uma solução de quatro clusters.

Neste encadeamento, foi possível aferir a disposição das variáveis e a localização dos clusters construindo uma tipologia classificatória, a partir das dimensões da HOMALS (Carvalho, 2004:186) (análise de homogeneidade) e da configuração topológica do objecto de estudo, como se afigura no gráfico 3.

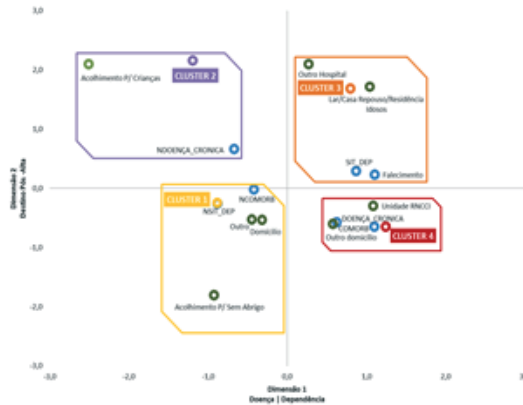


Gráfico 3 – Método de Variable Principal com Análise de Cluster - 2009/12
(Fonte: SAAS, 2013)

Depois de desvendados os quatro clusters que norteiam a vulnerabilidade dos doentes, examinou-se a composição do cluster da extrema vulnerabilidade (cluster 4) através do teste Qui-Quadrado nas variáveis do estudo.

Nesta segunda fase distinguiram-se variáveis sociodemográficas e os principais factores de risco sociais, entrosando-os no quadro teórico das determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead, de um modo compreensivo, tendo como pano de fundo a transição dos cuidados hospitalares para os cuidados de longa duração.



Gráfico 4 – Determinantes Sociais da Saúde (Dahlgren and Whitehead, 1991)

Este processo implicou esforços adicionais na recolha da história sócio-familiar dos doentes, considerou o apoio continuado dos assistentes sociais,

a colaboração da coordenação do Serviço Social em regime de supervisão e o envolvimento de cuidadores dos doentes.

Resultados

O teste do Qui-Quadrado permitiu concluir que há relação entre clusters e situação de dependência ($k= 2878.299$; $gl=3$; $sig= 0,000$) e de que esta é mais expressiva nos clusters 3 e 4. Verificou-se também que existe relação entre clusters e doença crónica ($k= 1559.980$; $gl= 3$; $sig= 0,000$) sendo mais expressiva no cluster 4 e ainda que há relação entre as variáveis ($\chi^2= 947.458$; $gl= 3$; $sig= 0,000$). A comorbilidade, tal como a doença crónica, assumem maior expressão no cluster 4.

Quanto ao Sexo, a média de idades e sua distribuição, o teste do Qui-Quadrado concluiu que há relação entre variáveis ($k= 15.763$; $gl=3$; $sig= 0,001$). Esta relação é estatisticamente significativa para o cluster 3 e para o cluster 4, sendo que o primeiro está mais associado ao sexo feminino e o segundo ao sexo masculino. O cluster 1 (46,5 anos) e o cluster 2 (41,1 anos) apresentam uma média de idades mais jovem do que os clusters 3 (74,9 anos) e cluster 4 (72,2 anos), sendo as diferenças detectadas estatisticamente significativas (K-S: 898.693 ; $gl:3$; $sig:0,000$).

Quanto ao Estado civil e às Habilitações literárias, o teste do Qui-Quadrado conferiu relação entre variáveis ($k= 704.109$; $gl=18$; $sig= 0,000$). O cluster 1 relaciona-se com indivíduos solteiros e/ou que vivem em união de facto, o cluster 2 coincidiu maioritariamente com indivíduos solteiros. No caso do terceiro cluster, é evidente o estado de viúvo como o mais relevante e no quarto cluster os resultados são mais expressivos na condição de casado.

Na relação entre Habilitações literárias e os clusters identificados, também se encontraram resultados positivos através do teste do Qui-Quadrado ($k= 379.537$; $gl=24$; $sig= 0,000$). Concluiu-se que os clusters estão associados, genericamente, a baixas habilitações literárias. Os clusters 3 e 4 estão associados às habilitações de ensino básico (1º ciclo), bem como às habilitações desconhecidas, sendo que o cluster 3 representa com maior expressão a classe dos indivíduos analfabetos e, assimetricamente, no cluster 4 posicionam-se os indivíduos com ensino superior.

No que diz respeito à Ocupação profissional, o teste do Qui-Quadrado concluiu relação entre variáveis ($k= 632.299$; $gl=15$; $sig= 0,000$). Os clusters 3 e 4 representam maioritariamente os doentes que se encontram reformados e/ou são pensionistas. Quanto à análise também sobre o estado de ocupação profissional através do teste do Qui-Quadrado ($k= 57.800$; $gl=3$; $sig= 0,000$) verificou-se que os clusters 2, 3 e 4 representam uma população maioritariamente não activa, e o cluster 1 caracteriza, a população activa.

A análise multidimensional da extrema vulnerabilidade: O Cluster 4

O diagnóstico social: O cluster 4 está isolado na representação dos diagnósticos referentes a problemas pessoais – área comportamental/relacional, problemas relacionados com o ambiente social, problemas relacionados com o estilo de vida, problemas com o grupo de suporte primário/família (principal) e problemas habitacionais.

A proveniência dos rendimentos: Da determinante analisada, os que têm afinidade com os clusters, derivam dos rendimentos do agregado familiar ($k=11.767$; $gl=3$; $sig=0,008$), das pensões/reformas ($k=11.766$; $gl=3$; $sig=0,000$) e do rendimento mínimo/social de inserção ($k=16.271$; $gl=3$; $sig=0,001$). Ao cluster 4 associam-se quase exclusivamente os rendimentos provenientes das pensões/reformas dos utentes. Registou-se ainda, entre o cluster 1 e 4 uma assimetria singular que distingue, a dependência de prestações do estado, seja pelo regime contributivo (cluster 4) ou pelo regime não contributivo (cluster 1).

A dimensão pessoal e familiar: O cluster 4 reúne dimensões de risco que se prendem com as dificuldades num processo de mudança, dificuldades de comunicação e de dependência de serviços sendo que as dimensões de maior representatividade estatística estejam para ambos os clusters na dependência de terceiros. O cluster 4 reúne, de forma particular, factores como a incapacidade de gestão de recursos, o desconhecimento de direitos e a auto-marginalização.

Na dimensão familiar o cluster 4 reúne os factores de risco: superprotecção familiar e os casos de familiares de doentes idosos e dependentes. Por seu turno, tanto o cluster 3 como o 4 confirmam a recusa familiar por incapacidade do doente e a própria recusa de alta por parte da família, particularmente no cluster 4. As causas de maior relevo estatístico encontram-se nos clusters 3 e 4 e versam sobre os riscos associados à incapacidade e à indisponibilidade de prestação de cuidados por familiares. Como características preponderantes do cluster 4 salientaram-se os factores relacionados com familiares dependentes.

As Dimensões económica, profissional e educacional: O cluster 3 e 4 (particularmente este último) representam como factores o baixo rendimento proveniente do trabalho. O cluster 4 circunscreve ainda factores que estão relacionados com o nível de encargos económicos, ao nível da habitação, mas principalmente os associados à saúde. Da análise, sobressaíram três variáveis respeitantes à dimensão profissional. A variável “baixas qualificações profissionais” está ancorada ao cluster 4, a “ausência de hábitos de trabalho” ao cluster 2 e o problema do “desemprego” patente no cluster 1.

As Dimensões de protecção social e habitacional: Destaca-se a ausência de qualquer resposta de protecção social no cluster 4 e na vertente habitacional, o problema das barreiras arquitectónicas.

A extrema vulnerabilidade à Luz das Determinantes sociais da saúde

O enquadramento geográfico: Os doentes do cluster 4 residem essencialmente na área metropolitana (distrito) de Lisboa (n=1261) e estão distribuídos pelos concelhos de Oeiras (n=608); Lisboa (n=435), Cascais (n=101); Sintra (n=47) e Amadora (n=28). As freguesias mais representadas são, respectivamente: No concelho de Oeiras: Oeiras e S. Julião da Barra (n=116), Carnaxide (n=83), Algés (n=71), Linda-a-Velha (n=58), Paço de Arcos (n=53) e Porto Salvo (n=52) e no concelho de Lisboa: Ajuda (n=123) e Alcântara (n=98).

As Condições socioeconómicas: O rendimento e a situação perante o trabalho - A proveniência dos rendimentos destes doentes estão na pensão de reforma de regime contributivo (n=1198), o que clarifica, que se trata de uma população predominantemente idosa. A população empregada (n=33) ou desempregada (n=25) não são representativas.

As Condições de vida: Educação, Habitação, protecção social e serviços de saúde - A relação causal entre o ambiente de trabalho ou as próprias condições onde este teria lugar não tiveram um impacto significativo, pois a larga maioria dos doentes já está reformada (84,8%).

Para a dimensão educação não existiram valores estatisticamente significativos. O que se verificou na análise ao cluster 4, para confirmação de condições habitacionais, foi a necessidade de investir na remoção das barreiras arquitectónicas de forma a facilitar a prestação de cuidados.

Os resultados para as outras dimensões habitacionais, tais como insalubridade, falta de higiene, degradação, sobrelotação, ausência de estruturas básicas, não suscitaram preocupação, já que não tiveram a relevância estatística.

No que se refere à protecção social, o que se identificou na análise estatística por resíduos ajustados foi a falta de resposta dos serviços sociais e de saúde da comunidade, bem como, com a falta de cobertura de equipamentos sociais, o que por si é gerador de iniquidades.

Apesar de a RNCCI estar vocacionada para o apoio pós-hospitalar e ser uma resposta extremamente útil, tanto que congrega no cluster 4, por aferição estatística, a maior percentagem do conjunto de clusters (68,1%) só representou 92 (7,9%) situações como destinos de doentes após alta.

As redes sociais e comunitárias: A coesão social - Clarificaram-se as certezas do diagnóstico, com especial incidência para a incapacidade ou a indisponibilidade de prestação de cuidados por parte dos familiares do doente. Com menor expressão estiveram o abandono, a sobrecarga familiar acrescida (familiar idoso dependente, familiar com patologia psiquiátrica, familiar dependente) e a recusa de alta por familiares.

A análise dos resíduos ajustados mostrou que cerca de 53,6% dos doentes em extrema vulnerabilidade regressaram ao seu domicílio ou foram para casa de outros familiares (11,2%). Cerca de 7,9% dos doentes tiveram alta para o

domicílio a aguardar vaga numa unidade da RNCCI e 18,8% acabou por falecer durante o internamento.

Os Estilos de Vida: Dos 1509 doentes, 15,9% apresentaram pelo menos um resultado nesta variável. No cluster 4, 93 dos 241 doentes (38,5%) vivia em isolamento social, 67 (27,8%) tinha comportamentos de risco, 34 (14,0%) tinha comportamentos de auto-marginalização, 32 (13,2%) tinha hábitos aditivos, 7 % estavam indocumentados, 4,1% tinha hábitos etanólicos, e 2% tinha problemas com a justiça.

Os Factores individuais (idade, género, doença crónica, comorbilidade e dependência): A população em estudo é claramente envelhecida, com uma idade média de 72,2 anos. Houve curiosamente um equilíbrio homens e mulheres (n=760 e n=749 respectivamente). 89,6% dos doentes apresentavam um grau considerável de dependência. Dos factores individuais sobressai a doença crónica (cerca de 92,8%, dentro do cluster e 54,7% no conjunto dos clusters).

Quanto à presença de pelo menos uma comorbilidade verificou-se uma percentagem de 49,9% no conjunto de clusters. Todavia, no 4 cluster o número sobe para 86%, o que faz dele um critério de extrema relevância.

Discussão

Este estudo que teve como objectivo principal identificar a vulnerabilidade dos doentes avaliados pelo Serviço Social do CHLO, quis destacar os que estavam em vulnerabilidade extrema, assumindo como elementos de inclusão: a doença crónica, a dependência, as comorbilidades e a transferência dos cuidados hospitalares para o domicílio.

Em primeiro lugar, esperava-se que os doentes descritos como extremamente vulneráveis apresentassem um nível de suporte formal mais relevante ou que integrassem a RNCCI, dados os contornos da sua situação clínica e de apoio social.

Em segundo lugar, esperava-se que a extrema vulnerabilidade estivesse mais dispersa pelos quatro clusters, e não se concentrasse exclusivamente num deles, ainda que os critérios de inclusão do estudo possam ter contribuído para este fenómeno.

Em terceiro lugar podem retirar-se ilações que vão ao encontro de Kellerhals, Huther e Hagman (Kellerhals et al, 1995:98-122) quando se referem ao laço biológico que garante a prestação de cuidados em permanência, e ao que se define como regras de responsabilização familiar, associadas à ideia de justiça e reciprocidade e, limitadas pelo que designa por recursos pessoais disponíveis (Lavoie, 2000).

Uma possível justificação para a natureza dos factos é a de que, ao contrário do que seria previsível, as respostas existentes na comunidade e,

fundamentalmente da RNCCI não terem a robustez e eficácia necessária como redes de apoio (Albuquerque na transição dos cuidados hospitalares sendo natural que sobre as famílias impenda a sobrecarga de se substituírem ao apoio formal.

Tal como encontramos na literatura, verificou-se que as famílias directas são o núcleo verdadeiramente activo em situações de doença, pelo que se compreende que muitos dos cuidadores possam ter recusado deliberadamente o apoio formal.

A literatura defende que a extrema vulnerabilidade está intrinsecamente ligada à conjugação das determinantes sociais da saúde. Os resultados confirmam-no mostrando que áreas geográficas e condições socioeconómicas têm maior influência neste tipo de vulnerabilidade. Determinaram-se como factores individuais uma população maioritariamente idosa, reformada e economicamente precária comprovando, que as reformas auferidas por estes doentes estão abaixo do rendimento mínimo de subsistência por agregado familiar.

Ficou esclarecido que as redes deste grupo de doentes são essencialmente familiares, dentro do apoio informal, e institucionais no quadro do apoio formal, seja na área da saúde ou do apoio social, ainda que o maior peso recaia sobre a família, a grande protagonista no suporte à extrema vulnerabilidade.

Todavia, o que também se destacou da avaliação deste grupo de doentes foi o facto de estes doentes coabitarem com familiares, também eles dependentes, normalmente os cônjuges, talvez tenha sido por tais razões que se verificou mais incapacidade ou indisponibilidade familiar para a prestação de cuidados, o que sugere maior amplitude de risco.

Nestes casos, assumem particular relevo, as Instituições Particulares de Solidariedade Social, Associações de solidariedade, Associações de voluntários, Fundações e as Irmandades da Misericórdia.

Finalmente, sobressaíram as determinantes individuais relacionadas com a idade avançada e com as questões de género, e sobre estas, a doença crónica, a comorbilidade e a dependência física, em consonância com certos comportamentos e estilos de vida relevantes como: o consumo de álcool, o isolamento social, a auto-marginalização e o desvio à norma.

Limitações

Sendo um estudo levado a cabo num centro hospitalar na área metropolitana de Lisboa, não permite, apesar do seu alcance, uma plena generalização de resultados. Sugere-se a replicação do estudo, incrementando em número a extensão geográfica para a recolha e tratamento de dados, para confirmar ou infirmar os resultados obtidos.

Conclusões

Poderá afirmar-se que não são os factores individuais da extrema vulnerabilidade num doente, per si, que influenciam a transição dos cuidados hospitalares para os cuidados de longa duração, mas sim a forma como estes se conjugam com outras determinantes sociais da saúde, especialmente, ao nível socioeconómico e da coesão/cisão entre rede familiar/social e comunitária.

Considerando os resultados deste estudo, conclui-se que é importante agir preventivamente junto da extrema vulnerabilidade. Esta investigação permitiu filtrar situações que devem ser acompanhadas sistematicamente por estruturas de proximidade, tanto na área da saúde como de suporte social, de forma a não constituírem futuras situações de risco.

Agradecimentos

Ao Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, em especial ao Conselho de Administração que fez com que o estudo fosse possível e à Prof. Vitória Mourão que supervisionou a condução desta investigação.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Referências

- Albuquerque C, Pimentel L (2010) Solidariedades Familiares e o apoio a idosos: Limites e Implicações, Textos e Contextos: Porto Alegre, 2010; 9 (2); 2010:251-263. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7783/5787> (Acedido a 2 Janeiro, 2014)
- Carvalho H. (2004) Análise Multivariada de Dados Qualitativos: Utilização da Homals com o SPSS: Edições Sílabo; 2004:186.
- Dahlgren G e Whitehead M (1991) Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm. Institute for Future Studies, 1991
- Graça L. (2004) Promoção da Saúde no trabalho. Workplace Health Promotion (PST)
- Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2004 Disponível em: <https://www.google.pt/#q=luis+gra%C3%A7a+modelo+salutogenico> (Acedido a 2 Janeiro, 2014)
- Kellerhals J (et al) (1995). Proximité affective et entraide entre generations: la

génération-pivot et ses pères et mères. *Gerontologie et société*. 1995; 68: 98-122.

Lavoie JP. *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*. Paris: L'Harmattan; 2000

Marôco J. (2011) - *Análise Estatística com SPSS Statistic: Report Number*. Pero Pinheiro; 2011; 531.