

Mestrado em Gerontologia (Especialidade Gerontologia Social)

**DISSERTAÇÃO**

# **O PAPEL DE UM ASSISTENTE SOCIAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Mestranda: Joana Isabel Rato Ferreira

Orientador: Professor Doutor Alexandre Martins

**Portalegre**  
**Janeiro, 2019**

**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Educação e Ciências Sociais**

**Mestrado em Gerontologia (Especialidade Gerontologia Social)**

**DISSERTAÇÃO**

**O PAPEL DE UM ASSISTENTE SOCIAL  
NUMA UNIDADE DE CUIDADOS  
PALIATIVOS**

Mestranda: Joana Isabel Rato Ferreira

Orientador: Professor Doutor Alexandre Martins

**Portalegre**  
**Janeiro, 2019**

### **Constituição do Júri**

No dia 7 de Novembro de 2019, pelas 10h30m, no Salão Nobre da ESECS, foi apresentada a Prova Pública de Mestrado de Gerontologia – Especialidade Gerontologia Social.

#### Constituição do Júri:

- Presidente: Professor Doutor Abílio José Maroto Amiguiinho
- Arguente: Professor Doutor António Geraldo Manso Calha
- Orientador: Professor Doutor Alexandre Miguel Cotovio de Sá Martins

***“A vida é mesmo o que tem que ser, e às vezes tem de dar uma volta para nos fazer perceber que estávamos no caminho errado, a travar as batalhas erradas e a querer as coisas e as pessoas erradas.***

***No dia em que essa grande volta acontece, deixamos de nos importar com aqueles que nos deixam tristes e passamos só a agradecer os que são, estão e serão sempre o lado certo da nossa vida.”***

Às Nove no meu Blogue

## **Agradecimentos**

Esta dissertação foi dos processos mais difíceis que vivi até hoje. Desde o stress pela demora nas respostas das Instituições, aos prazos de entregas, etc., andava a mil à hora.

Este estudo serviu para me fazer ver outra realidade com a qual não estava habituada a lidar e, para me fazer crescer e ver a vida de maneira diferente. Estar em contacto com as pessoas na unidade fez-me perceber que quando sentimos que o nosso mundo vai desabar, e fazemos de um problema pequeno um “bicho-de-sete-cabeças”, deveríamos pensar nestes doentes que lutam contra aquele pesadelo e nas suas famílias que lutam diariamente para lhes dar o mínimo de conforto na fase final da sua vida.

A dissertação foi difícil de concretizar e teria sido impossível, se não tivesse tido o apoio de todas aquelas pessoas que, nas horas mais complicadas e mais apertadas, onde o meu sentimento era querer desistir, por estar cansada, não me tivessem dado todo o apoio, carinho, coragem e atenção.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais e irmã (os meus maiores apoios), à minha família, às minhas estrelinhas, amigos e colegas de turma, de Licenciatura e de Mestrado, que me deram todo o apoio e coragem, e que foram compreensivos mesmo quando eu estava nos meus dias de mau humor e de reclamar com tudo e com todos e também a todos aqueles que sempre acharam que não conseguiria e que me deram mais força para conseguir.

Quero agradecer também ao Professor Doutor Alexandre Martins por se demonstrar preocupado com todo o processo, e por se mostrar disponível para esclarecer as minhas dúvidas.

Gostaria também de agradecer a Unidade de Cuidados Paliativos que me deu a possibilidade de estar junto das Assistentes Sociais para fazer a minha observação direta, bem como a entrevista.

Agradecer às duas Assistentes Sociais, com quem mantive contato quer na fase de observação, quer na fase da entrevista.

Por último, agradecer também a todos aqueles utentes que me ajudaram a ver a vida de outra forma.

## Resumo

O Estudo desta Dissertação assentou na problemática dos Cuidados Paliativos, mais concretamente nas Unidades de Cuidados Paliativos, e no papel que os Assistentes Sociais têm nas mesmas.

A população encontra-se cada vez mais envelhecida, sendo que são cada vez mais as doenças crónicas que afetam esta faixa etária.

“O doente em fim de vida é aquele que tem uma doença crónica e não apresenta possibilidades de cura, com agravamento dos sintomas, e cuja morte se espera que aconteça num curto espaço de tempo.” (Pacheco, 2004).

Este estudo ajuda para que haja maior compreensão do trabalho dos Assistentes Sociais na área da saúde, neste caso em concreto na área dos Cuidados Paliativos, pois cada vez mais estes profissionais representam e têm um papel fundamental no que diz respeito ao trabalho com o doente e com a família.

Com isto, pretende mostrar a prática e o trabalho dos Assistentes Sociais numa Unidade de Cuidados Paliativos.

**Palavras-Chave:** Unidade de Cuidados Paliativos; Práticas dos Assistentes Sociais; Envelhecimento; Equipa Multidisciplinar; Doente e Família.

## **Abstract**

The Study of this Dissertation was based on the Palliative Care problem, more concretely in the Palliative Care Units, and the role that the Social Workers have in them.

The population is becoming more and more aged, and chronic diseases that affect this type of population are more and more.

"The end-of-life patient is one who has a chronic illness and presents no possibility of cure, worsening of symptoms, and whose death is expected to happen in a short time" (Pacheco, 2004).

This study helps to increase the understanding of the work of the Health Assistants, in this case specifically in the area of Palliative Care, as more and more these professionals represent and play a fundamental role in the work with the patient and with the family.

With this, this study intends to show the practice and the work of the Social Workers in a Palliative Care Unit.

**Key-words:** Palliative Care Unit; Practices of Social Workers; Aging; Multidisciplinary Team; Patient and Family.

## **Abreviaturas e Símbolos**

A.S. – Assistente Social

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

C.F. – Conferência Familiar

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

E1 – Entrevistada 1

E2 – Entrevistada 2

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EIHSCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

GESTCARE – Aplicativo de Monitorização da RNCCI

IPO – Instituto Português de Oncologia

MBPAS – Manual de Boas Práticas da Assistente Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

## Índice

<b>Índice de Tabelas</b> .....	10
<b>Introdução</b> .....	11
<b>Capítulo 1 – Problemática</b> .....	13
<b>Capítulo 2 - Envelhecimento</b> .....	14
<b>2.1 – O que é o Envelhecimento</b> .....	14
<b>2.2 - O Envelhecimento Demográfico</b> .....	15
<b>2.3 - Envelhecimento e as Doenças Crónicas</b> .....	15
<b>Capítulo 3 - Cuidados paliativos</b> .....	16
<b>3.1. – Caracterização dos Cuidados Paliativos</b> .....	16
<b>3.2. Cuidados Paliativos em Portugal</b> .....	19
<b>3.3. Organização dos serviços de cuidados paliativos</b> .....	20
<b>3.4. Respostas em Cuidados Paliativos</b> .....	21
<b>3.5. Para quem se destinam</b> .....	24
<b>3.6. Papel da Equipa Multidisciplinar</b> .....	25
<b>3.7. Serviço social na área da saúde em Portugal</b> .....	27
<b>3.8. O papel da Assistente Social</b> .....	29
3.8.1. Na Família do doente.....	31
3.8.2. Papel da Assistente Social com o Doente .....	34
3.8.3. Papel da Assistente Social nas Unidades de Internamento de cuidados paliativos .....	35
<b>Capítulo I – Metodologia</b> .....	38
<b>Capítulo 2 – Apresentação dos Resultados</b> .....	42
<b>2.1 – O funcionamento da Unidade</b> .....	44
<b>2.2 – Compreender quais as ações que a Assistente Social desenvolve no acompanhamento aos doentes e às suas famílias</b> .....	47

<b>2.3 – Compreender quais os principais desafios profissionais que o processo de acompanhamento dos doentes em trajetória final de vida e suas famílias colocam as Assistentes Sociais .....</b>	<b>53</b>
<b>2.4. Observação Direta (Anexo IV) .....</b>	<b>56</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>58</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>61</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>66</b>
<b>Anexo I – Guião de Entrevista .....</b>	<b>66</b>
<b>Anexo II – Transição de Entrevista 1 .....</b>	<b>71</b>
<b>Anexo III – Transição de Entrevista 2.....</b>	<b>83</b>
<b>Anexo IV – Observação Direta.....</b>	<b>93</b>
<b>Anexo V - Ficha Social.....</b>	<b>101</b>
<b>Anexo VI – Ata de Acolhimento .....</b>	<b>108</b>
<b>Anexo VII – Folha de Conferência Familiar.....</b>	<b>111</b>

## Índice de Tabelas

**Tabela 1** – Perfil das Entrevistadas.....43

**Tabela 2** - Recursos Humanos recomendados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados.....46

## Introdução

O envelhecimento sofre influências de diversas variáveis, tais como: sociais, psicológicas e temporais (Ribeiro, 2007; Castro, 2007; Ferreira, 2005). Essas influências surgem como consequência da passagem do tempo, refletindo-se no indivíduo ao nível do seu comportamento, capacidades intelectuais, na atividade física e nas interações sociais (Ferreira, 2005; Castro, 2007; Lima, 2002).

Cada vez mais vivemos numa sociedade envelhecida, o que tem vindo a ganhar importância devido às consequências que têm em diversos domínios quer a nível social, económico, cultural e até mesmo na área da política.

Temos assistido a diversos avanços ao nível da tecnologia, da ciência, da medicina que têm permitido aos indivíduos viverem durante mais tempo e em melhores condições de vida, o que nos traz um aumento da esperança média de vida.

Este Mestrado de Gerontologia surge assim, não só com a componente da formação, que é de todo importante para fazer face aos desafios do envelhecimento, mas também para progredir no que diz respeito ao envelhecimento, a intervenção com os idosos, etc.

A vontade de candidatura ao 2º ciclo de estudos pode surgir pela vontade de aprofundar conhecimentos na área da Licenciatura, ou por outro lado, apenas para aprofundar conhecimentos de um modo geral.

Neste estudo vamo-nos centrar mais especificamente nos Cuidados Paliativos, que têm sido uma área cada vez mais desenvolvida em Portugal devido à quantidade de utentes que precisam cada vez mais deste tipo de respostas.

Os Cuidados Paliativos consistem em “privilegiar a qualidade de vida que ainda se tem para viver, em vez de prolongar a todo o custo o tempo de vida.”. Nesta perspetiva, é fundamental uma “tomada a cargo global da pessoa, e não da sua doença, por toda uma equipa pluridisciplinar (...) que exige de cada um dos membros da equipa uma atenção particular para as necessidades relacionais do doente terminal.” (Abiven, 2001:134).

De acordo com o MBPAS, o trabalho dos profissionais deve ser adaptado “ (...) para a prestação de cuidados e a gestão personalizada da situação e necessidades globais do cidadão-doente (...) ”.

A reflexão sobre as competências destes profissionais é então fundamental para um desempenho profissional ajustado às necessidades dos utentes e das suas famílias e ainda às instituições onde estes desempenham a sua atividade (Romão, 2012).

A finalidade do presente estudo é proporcionar a reflexão sobre a prática profissional dos Assistentes Sociais numa Unidade de Cuidados Paliativos.

Para perceber a prática profissional dos Assistentes Sociais, utilizou-se a análise qualitativa (observação e entrevista).

A dissertação encontra-se dividida em duas partes. Na primeira parte, apresentamos o enquadramento teórico no qual mostramos a problemática e explicamos as temáticas, onde se insere a caracterização dos Cuidados Paliativos, através das tipologias, da caracterização do Serviço Social nesta área, no trabalho da equipa Multidisciplinar, na caracterização de uma Unidade de Cuidados Paliativos, etc.. A segunda parte é a apresentação da metodologia utilizada, as conclusões a que chegámos através dos dados obtidos pelas entrevistas e pela observação, de forma a clarificar se os objetivos se encontram atingidos.

## Parte I - Enquadramento Teórico

### Capítulo 1 – Problemática

#### Identificação do Problema

A melhor forma de iniciar um trabalho de investigação consiste em pesquisar enunciar o projeto de investigação na forma de uma pergunta de partida, através da qual o investigador tenta expor o que procura saber e compreender. Contudo, uma pergunta de partida, para ser um primeiro fio condutor da investigação, tem que ter algumas qualidades. Essas qualidades são:

- ❖ Qualidade de clareza: pergunta precisa, concisa e unívoca;
- ❖ Qualidades de exequibilidade: pretende-se que seja uma pergunta realista;
- ❖ Qualidades de pertinência: tem que ser uma verdadeira pergunta, tem que abordar o estudo do que existe e ter uma intenção de compreensão dos fenómenos estudados. (Quivy & Van Campenhoutd,1992).

A pergunta de partida que escolhemos para esta Dissertação de Mestrado foi: “Qual é a intervenção da Assistente Social numa unidade de Cuidados Paliativos?”.

Tal como em todos os estudos há que definir claramente que meta ou metas queremos alcançar. Posto isto, decidimos que o objetivo geral do estudo é: Perceber o papel da Assistente Social no processo de acompanhamento das trajetórias finais de vida (desde a consulta externa até à alta ou óbito).

Os objetivos específicos são mais concretos que o objetivo geral. De forma a dar continuidade ao objetivo geral destaca-se como objetivos específicos:

- ❖ Compreender quais as ações que a Assistente Social desenvolve no acompanhamento aos doentes e às suas famílias;
- ❖ Compreender quais os principais desafios profissionais que o processo de acompanhamento dos doentes em trajetória final de vida e as suas famílias colocam aos Assistentes Sociais.

## Capítulo 2 - Envelhecimento

### 2.1 – O que é o Envelhecimento

O envelhecimento decorre com o passar do tempo, não é uma doença e é caracterizado como um processo natural, complexo e universal, que depende de fatores como o género, hereditariedade ou condições genéticas, diferenças culturais, estatuto económico, nível de atividade, etc.. É o processo de desgaste do corpo, depois de atingida a idade adulta.

Sofre influências de diversas variáveis, tais como: sociais, psicológicas e temporais (Ribeiro, 2007; Castro, 2007; Ferreira, 2005). Essas influências surgem como consequência da passagem do tempo, refletindo-se no indivíduo ao nível do seu comportamento, capacidades intelectuais, na atividade física e nas interações sociais (Ferreira, 2005; Castro, 2007; Lima, 2002).

O envelhecimento pode ser caracterizado ainda por envelhecimento social, biológico, e psicológico. O envelhecimento social, em que se verificam alterações nos papéis sociais e no estatuto social com a passagem à reforma, o envelhecimento biológico sinalizado por modificações físicas e orgânicas no indivíduo, e o envelhecimento psicológico, onde se observam alterações da atividade intelectual e nas motivações.

O envelhecimento é visto como algo único em cada indivíduo por isso não pode, nem deve ser generalizado. Apesar de cada um passar por este processo de forma diferente, existem algumas semelhanças. Essas semelhanças podem ser por exemplo uma menor capacidade de adaptação ao meio ambiente, a perda de visão ou audição, diminuição da velocidade dos processos mentais, etc..

O processo de envelhecer pode ser menos doloroso através do envelhecimento ativo, que tem assumido uma maior importância a nível social.

A população tem vindo a envelhecer cada vez mais, e cada vez tem ganho mais importância devido às repercussões que têm em diferentes domínios (social, económico, política, cultural).

## **2.2 - O Envelhecimento Demográfico**

O envelhecimento demográfico é visto como um dos problemas sociais que afetam atualmente a sociedade portuguesa. É a evolução da estrutura etária que se traduz por uma redução dos jovens e por um aumento dos indivíduos com idades mais avançadas.

Ao longo dos últimos anos, os avanços que tem havido ao nível da tecnologia, da medicina e da ciência, permitiram aos indivíduos, viverem mais tempo e em melhores condições. Estes factores traduzem-se num aumento da esperança média de vida, especialmente nos países mais desenvolvidos.

O envelhecimento demográfico há alguns anos estava baseado num modelo demográfico em que a natalidade e a mortalidade atingiam valores muito elevados e na atualidade baseia-se num modelo em que a natalidade e a mortalidade atingem valores muito baixos, provocando um estreitamento da base e um alargamento do topo da pirâmide etária portuguesa.

## **2.3 - Envelhecimento e as Doenças Crónicas**

Como se pode verificar no estudo do perfil do Envelhecimento da População Portuguesa, na dependência funcional verificou-se a existência de uma tendência para o aumento da percentagem de indivíduos em situação desfavorável à medida que aumentava a idade dos grupos etários. O grupo etário dos 75 ou mais anos apresentou a percentagem de indivíduos mais elevada em situação desfavorável (2,3%).

Hoje em dia verificam-se enormes progressos nas ciências da saúde, que possibilitam um aumento da esperança de vida. Com isto, as pessoas vivem durante mais anos, o que leva a terem maiores situações de fragilidade e incapacidade, porque com o aumento da longevidade, surgem as doenças crónicas, e incuráveis.

“O doente em fim de vida é aquele que tem uma doença crónica e não apresenta possibilidades de cura, com agravamento dos sintomas, e cuja morte se espera que aconteça num curto espaço de tempo.” (Pacheco, 2004).

## Capítulo 3 - Cuidados Paliativos

### 3.1. – Caracterização dos Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos definem-se como uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes na fase final da vida. Um dos principais objetivos é tentar prevenir o sofrimento que a doença gera e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos doentes e às suas famílias. O termo paliativo aponta para uma terapêutica que procura minimizar ou eliminar a sintomatologia de uma doença, sem atuar na doença propriamente dita (Abiven, 2001).

O fim primordial dos Cuidados Paliativos consiste em “privilegiar a qualidade de vida que ainda se tem para viver, em vez de prolongar a todo o custo o tempo de vida.”. Nesta perspetiva, é fundamental uma “tomada a cargo global da pessoa, e não da sua doença, por toda uma equipa pluridisciplinar (...) que exige de cada um dos membros da equipa uma atenção particular para as necessidades relacionais do doente terminal.” (Abiven, 2001:134).

Os cuidados paliativos devem ser parte integrante do sistema de saúde, e todos os profissionais que trabalham nesta área devem ter formação e treino específico em cuidados paliativos.

Pessini (2006) refere a doença como adversa para a integridade do eu. “É o sofrimento da doença, são os medos em relação ao futuro, o sentimento de perda, a ansiedade em relação ao controlo e a autonomia *versus* a dependência que mais fazem sofrer. O autor continua por afirmar que o cuidado é a pedra fundamental do respeito e do valor pela dignidade humana. Por isso, termina ao aludir que toda a relação terapêutica deveria caracterizar-se de forma especial nesse contexto crítico de final de vida” (Pessini, 2006:52).

Estes cuidados pretendem ajudar os doentes a manter a sua dignidade, que apesar do seu estado debilitado e vulnerável, continua a ser importante e a mante-los a viver tão ativamente quanto possível até à sua morte (que pode durar dias, semanas, meses e talvez até anos).

Os cuidados paliativos são cuidados preventivos, pois previnem o sofrimento causado por sintomas, pelas múltiplas perdas associadas à doença crónica e reduzem o risco de lutos patológicos. Devem ter por base uma intervenção interdisciplinar

(psicólogos, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, etc.), em que a família e o doente são o centro de tudo e de todas as decisões.

Os Cuidados Paliativos apresentam-se como os “cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida.”. Os Cuidados Paliativos “dirigem-se mais ao doente do que à doença; aceitam a morte, mas também melhoram a vida; constituem uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados; preocupam-se mais com a reconciliação do que com a cura.” (Twycross, 2003:16-17).

Segundo a Lei de Bases de Cuidados Paliativos (Lei Nº 52/2012), estes regem-se pelos seguintes princípios:

- a) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;
- d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- f) Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes;
- g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- h) Continuidade de cuidados ao longo da doença.

Tal como já referi em cima, a família deve ser integrada nos cuidados prestados aos doentes, e por sua vez à própria família alvo de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Os familiares necessitam por isso de receber apoio, informação e instrução da equipa prestadora de cuidados paliativos. A OMS concebe a prestação destes cuidados como uma abordagem que, “visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas, não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.” (2002,2009).

No PNCP (2004:7), os Cuidados Paliativos são definidos como os “cuidados ativos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação.”. Os profissionais que constituem a equipa interdisciplinar devem ter uma “preparação sólida e diferenciada, que deve envolver quer a formação pré-graduada, quer

a formação pós-graduada (...), exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência prática efetiva” (PNCP, 2004:13).

Segundo a Organização Mundial de Saúde “promovem o alívio da dor e de outros sintomas disruptivos; afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural que nem antecipam nem atrasam; integram os aspetos psicológicos e espirituais do doente no cuidar; ajudam o doente a viver tão ativamente quanto possível até à morte; ajudam a família a lidar com a doença e acompanham-na no luto; trabalham em equipa para atender às necessidades dos doentes e suas famílias, incluindo seguimento no luto; promovem a qualidade de vida e podem influenciar positivamente o curso da doença; podem intervir precocemente no curso da doença, em simultâneo com tratamentos que têm por objetivo prolongar a vida, como por exemplo a quimioterapia ou a radioterapia e quando necessário recorrem a exames para melhor compreender e tratar os problemas do doente.”

### 3.2. Cuidados Paliativos em Portugal

Os Cuidados Paliativos surgiram no nosso País, por volta dos anos 90 do século passado, no qual a sua origem nos direciona para uma Unidade de dor. Surgiram tempos depois, outros serviços de Cuidados Paliativos destinados a doentes oncológicos em Coimbra e no Porto.

Atualmente no nosso País, existe em funcionamento a APCP que congrega profissionais de múltiplas áreas e proveniências, que se interessam pela prática e desenvolvimento dos cuidados Paliativos em Portugal.

Foi fundada na Unidade do IPO do Porto em 1955 e tem como objetivos:

- ❖ Trabalhar com organizações que visem o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal e no estrangeiro;
- ❖ Apoiar os profissionais de saúde que queiram dedicar-se a esta área da saúde e desenvolver investigações específicas;
- ❖ Contribuir com a garantia da qualidade das estruturas que prestam e venham a prestar cuidados nesta área;
- ❖ Conseguir ser um polo que promove os cuidados paliativos no nosso país e um parceiro no trabalho com as autoridades responsáveis por este tipo de cuidados.

Conta com os sócios, que de forma proactiva queiram participar nas atividades que promovam a execução dos objetivos propostos pela Associação.

A Associação têm o objetivo de reforçar e melhorar o panorama de formação e prestação de cuidados paliativos em Portugal, e por consequente melhorar a qualidade de vida dos doentes com doença avançada, incurável e/ou progressiva.

### **3.3. Organização dos serviços de cuidados paliativos**

Segundo a Lei de Base dos Cuidados Paliativos, os serviços encontram-se divididos em:

#### **Unidade de Cuidados Paliativos**

Estas unidades são um serviço específico de tratamentos de doentes que precisam destes cuidados multidisciplinares e diferenciados, numa situação clínica aguda. Presta cuidados em regime de internamento, podendo estar inserida num hospital ou numa instituição. Estas unidades podem ter distintas valências, tais como: centro de dia, apoio domiciliário, de internamento, etc..

#### **Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos**

Este tipo de equipa presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, assim como aos doentes e às suas famílias; presta assistência na execução do plano individual dos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave, em fase avançada e progressiva. Esta equipa está integrada na unidade de cuidados paliativos, caso a instituição a tenha.

#### **Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos**

Este tipo de equipas, presta cuidados paliativos específicos a doentes que necessitam deles e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio; presta também apoios às unidades de cuidados primários; asseguram a formação em cuidados paliativos dirigida a equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados domiciliários.

### **3.4. Respostas em Cuidados Paliativos**

#### **Unidade de Cuidados Paliativos**

Segundo a Portaria Nº 165/2016 de 14 de Junho, uma Unidade de Cuidados Paliativos é um serviço específico de tratamento em regime de internamento para doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa. A UCP deve estar integrada num hospital ou noutra unidade de saúde do setor público, social ou privado.

#### **A UCP deve assegurar, designadamente:**

- a) Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- b) Intervenção psicológica para doentes, familiares e profissionais;
- c) Intervenção e apoio social;
- d) Apoio e intervenção no luto;
- e) Intervenção espiritual;
- f) Exames complementares de diagnóstico;
- g) Prescrição e administração de fármacos que constem do Formulário Nacional de Medicamentos, no respeito pelas normas de orientação clínica da Direção -Geral da Saúde;
- h) Higiene, conforto e alimentação;
- i) Convívio e lazer;
- j) Formação em cuidados paliativos;
- l) Assessoria na área dos cuidados paliativos a profissionais de saúde, designadamente dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, da respetiva área de influência da instituição de saúde onde a UCP se encontra integrada.

## **Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidado Paliativos**

A EIHS CP é uma equipa multidisciplinar, que tem vários recursos. Estas equipas prestam:

- a) Aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias;
- b) Assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação. (Portaria Nº 165/2016 de 14 de Junho).

### **A EIHS CP assegura:**

- a) Consulta e acompanhamento de doentes internados na instituição de saúde onde se encontra integrada;
- b) Intervenção psicológica para doentes, profissionais e familiares;
- c) Intervenção e apoio social;
- d) Apoio e intervenção no luto;
- e) Intervenção espiritual;
- f) Assessoria na área dos cuidados paliativos a profissionais de saúde designadamente dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, da respetiva área de influência da instituição de saúde onde a EIHS CP se encontra integrada;
- g) Formação em cuidados paliativos.

## **Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos**

A ECSCP é uma equipa multidisciplinar, que pode estar integrada nos ACES ou nas Unidades Locais de Saúde. Presta cuidados domiciliários de modo a garantir a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente familiar e comunitário. Desenvolve a sua atividade de forma autónoma do ponto de vista técnico, em estreita articulação com as diferentes unidades e equipas de saúde e apoio social que prestam cuidados ao doente. Depende do Conselho Clínico e de Saúde do ACES onde se encontra integrada.

### **A ECSCP assegura:**

- a) Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- b) Intervenção psicológica;
- c) Intervenção e apoio social;
- d) Apoio e intervenção no luto;
- e) Intervenção espiritual;
- f) Apoio e aconselhamento diferenciado, em cuidados paliativos, às unidades de cuidados de saúde primários

### **3.5. Para quem se destinam**

Segundo o PNCP (2004), os cuidados paliativos destinam-se a indivíduos que juntamente:

- 1) Têm rápida progressão da doença e com perspetiva de vida limitada;
- 2) Não têm perspetiva de tratamento curativo;
- 3) Têm intenso sofrimento;
- 4) Têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Estas doenças têm características próprias que tornam frequentes a existência de sintomas e necessidades, que são de difícil resolução. Os cuidados paliativos são determinados pela situação e necessidades do doente e não pelo diagnóstico. Estes destinam-se prioritariamente à fase final da vida, mas não se destinam apenas aos doentes agónicos.

Os cuidados Paliativos respeitam o direito do doente: a receber cuidados, à autonomia, identidade e dignidade, ao apoio personalizado, ao alívio do sofrimento, a ser informado e a recusar tratamentos.

### 3.6. Papel da Equipa Multidisciplinar

Uma equipa multidisciplinar desempenha cada vez mais um papel importante e essencial na intervenção com o doente.

As equipas têm um papel fundamental porque ajudam no esclarecimento de dúvidas dos familiares e doentes, fornecendo-lhes a informação necessária e dando-lhes todo o apoio e ajuda que necessitam.

Lorena Vanzini (2010:188) considera que o trabalho interdisciplinar é um desafio com um valor imenso por favorecer um “verdadeiro exercício de diálogo, consenso e de aprendizagem.”. A riqueza das equipas reside na heterogeneidade que as caracteriza e nas habilidades dos seus membros, nas quais deve imperar o acordo e uma comunicação eficaz que, mesmo aquando de uma situação de divergência, não se perde o objetivo de vista.

Lebovici (1959 como citado em Bernardo et al., 2010, p. 762) “o trabalho de equipa só pode ser organizado a partir de conceções orgânicas e formativas que presidiram à qualificação profissional de cada um. Em cada equipa, cada membro deve desempenhar a sua tarefa profissional, integrando-se numa função e num papel” (Rodrigues, 2014).

Segundo Santiesteban “ (2002), uma boa relação da equipa de cuidados com os familiares do doente tem as seguintes vantagens:

- ❖ Facilita a partilha de informação;
- ❖ Facilita a comunicação entre a família e a equipa;
- ❖ Permite detetar em que aspeto a família necessita de ser formada para conseguir prestar os cuidados;
- ❖ Facilita o esclarecimento e resolução de conflitos e dilemas éticos no seio da família, relacionados com a doença;
- ❖ Reconhece e dá valor ao trabalho da família, reconhecendo a cada membro uma determinada responsabilidade;
- ❖ Reduz o grau de dependência da família em relação à equipa mediante a distribuição de tarefas e cuidados.

A intervenção dos assistentes sociais desenvolve-se numa equipa multidisciplinar, atendendo às necessidades psicossociais que surgem no processo de morrer (Vanzini (2010), citado por Romão, 2012), uma vez que “a ação profissional passa prioritariamente

pela satisfação das necessidades emocionais dos doentes e das respetivas famílias” (idem, citado por Romão, 2012:34).

Para que uma equipa seja dotada de eficácia, esta deve ser possuidora de alguns pressupostos (Bernardo et al., 2010, pp. 765-767), nomeadamente: propósito partilhado, *empowerment*, relações e comunicação, flexibilidade, ótimo rendimento, reconhecimento e motivação (Rodrigues, 2014).

Segundo Vanzini (2010:188) as equipas interdisciplinares realizam as seguintes funções:

- ❖ “Estabelecer uma delimitação de papéis, funções e tarefas específicas;
- ❖ Colocar em funcionamento os valores partilhados: Cooperação, solidariedade, compaixão, respeito, etc;
- ❖ Reconhecer o outro como profissional e pessoa, assim como os seus sentimentos;
- ❖ Partilhar um objetivo comum;
- ❖ Realizar um exercício participativo na tomada de decisões;
- ❖ Assumir, como equipa, os ganhos e os erros;
- ❖ Cuidar uns dos outros. Existir demonstração de afeto. Prevenir o *burnout*;
- ❖ Dialogar, ao comunicar com os demais, facilita-se a tarefa dos outros;
- ❖ Aplicar as habilidades aprendidas com os outros (crescer);
- ❖ Potenciar as suas capacidades compartilhando-as com o meio ambiente.”

### 3.7. Serviço social na área da saúde em Portugal

O serviço social na área da saúde esteve sempre ligado ao serviço social porque este estava no pensamento e ação das pioneiras de Serviço Social, Mary Richmond e Jane Adams, tendo-lhe chamado “trabalho médico social”, implementado em 1905 no hospital Geral de Massachusetts, em Boston (Carvalho, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (1998), o serviço social surgiu, em Portugal, em 1941 nos hospitais universitários de Coimbra, seguindo-se no Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos em Lisboa, em 1942, e no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, em 1948.

O serviço social desenvolve atividades em diversas áreas de cuidados, desde os cuidados de saúde primários, aos cuidados continuados integrados e paliativos, em saúde mental, etc.. Em todas estas áreas intervém com as famílias (Carvalho, 2012).

O Serviço Social é uma “profissão insubstituível cuja intervenção tem por objetivo reabilitar os laços e as relações sociais que constituem o tecido social.”. Esta ação profissional proporciona “a cada um, qualquer que seja o seu *handicap* encontrar ou reencontrar um lugar no corpo social, um reconhecimento, um *status*, uma identidade, que respeite o sentido da sua cidadania.”. (Pires, 2000:57).

No decreto de Lei nº 48 357, de 27 de Abril de 1968, afirma-se uma definição possível de Serviço Social na Saúde como aquele que estabelece “as relações entre necessidades pessoais e familiares e os casos de doença”.

No que diz respeito aos cuidados em fim de vida, a Assistente Social tem uma relação próxima quer com o doente, quer com os familiares (Carvalho, 2012), como podemos verificar mais à frente.

A inserção das assistentes sociais nos serviços de saúde foi “mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.” (Costa, 2000:41).

Segundo a circular normativa nº 8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde (16 de Maio de 2002), algumas das funções das assistentes sociais são:

- ❖ Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes;
- ❖ Articular-se com os restantes profissionais do serviço, para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência a prestação de cuidados;

- ❖ Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias;
- ❖ Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades;
- ❖ Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas;
- ❖ Assegurar a continuidade dos cuidados sociais prestados, em articulação com os parceiros da comunidade;
- ❖ Definir, elaborar, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária.

De acordo com Carvalho (2012), são funções da Assistente Social na área da saúde:

- ❖ “Avaliação dos fatores psicossociais interferentes na saúde das pessoas, grupos e comunidades sobretudo grupos de risco/ vulnerabilidades;
- ❖ Avaliação dos fatores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação;
- ❖ Intervenção psicossocial a nível individual, familiar e grupal;
- ❖ Aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos Médicos e/ou sociais;
- ❖ Promoção da informação dos direitos do doente e família;
- ❖ Promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no doente;
- ❖ Avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades locais de referência;
- ❖ Definição, planeamento, e realização de programas de educação, informação, prevenção e promoção da saúde.
- ❖ Mobilização, organização e coordenação das parcerias envolvendo prestadores de cuidados de saúde e sociais.”

A ação profissional das assistentes sociais, desde a sua inserção nas equipas de saúde, é fundamentada pelas “necessidades advindas da transição ao novo modelo, marcadas pelas reformas do Estado, pela falta de recursos, pela racionalização burocrática, pelas falhas das tecnologias informacionais, pela superespecialização das tarefas e contingenciamento da realidade social dos usuários.” (Costa, 2000:65) e não pela ideologia da ajuda como prevaleceu até então.

### **3.8. O papel da Assistente Social**

No âmbito dos Cuidados Paliativos a intervenção das assistentes sociais desenvolve-se na integrada numa equipa multidisciplinar e pretende atender às necessidades psicossociais que surgem no processo de morrer (Vanzini, 2010 - citado por Romão, 2012).

Segundo Pires (2000) o Serviço Social é uma “profissão insubstituível cuja intervenção tem por objetivo reabilitar os laços e as relações sociais que constituem o tecido social.”

Várias são as funções que a Assistente Social deve executar no seio da equipa multidisciplinar de Cuidados Paliativos. Para melhor realização do seu trabalho o profissional deve seguir-se pelas seguintes dimensões: efetuar uma recolha exaustiva de informação sobre a situação do doente através do diagnóstico social para assim construir e avaliar o plano de intervenção; recolher exaustivamente informação pertinente à preparação da alta e continuidade dos cuidados, nomeadamente: nacionalidade e situação no país, língua, etnia, religião, especificidades culturais, escolaridade, profissão, situação profissional, local de residência, vizinhança, habitação, acesso à habitação, condições de habitabilidade, núcleo familiar e conviventes com ou sem possibilidade de serem identificados como familiar-cuidador (Rodrigues, 2014).

Ao trabalhar com doentes de Cuidados Paliativos a assistente social deve, mais que apostar na relação, investir na compreensão da realidade do doente que promova o conforto e o respeito pelas decisões do outro. Mais que acionar todos os recursos de que se dispõe, importa satisfazer as necessidades reais dos doentes e familiares para que as estratégias definidas sejam verdadeiramente concretizáveis (Vanzini, 2010 - citado por Romão, 2012).

É de todo importante que a Assistente Social conheça bem a realidade do doente e dos seus familiares: “é o motor principal da nossa intervenção. (...) Conhecer a realidade é o ponto de partida para poder intervir, significa poder valorizar todas as dimensões da realidade para estabelecer prioridades e podermos planear uma estratégia de intervenção” (Vanzini, 2010:189).

É cada vez mais importante o trabalho em equipa e os Cuidados Paliativos não são exceção. A equipa Multidisciplinar tem competência a nível de estabelecer uma

delimitação de papéis, assumir como equipa os ganhos e os erros, partilhar um objetivo comum, realizar um exercício participativo na tomada de decisões, etc.. (Vanzini, 2010).

Tal como descrito no Manual de boas práticas dos Assistentes Sociais (2006), a A.S. que trabalha nesta área tem como primordial objetivo “garantir o adequado acolhimento e integração dos doentes e famílias na RNCCI”.

A ação do Assistente Social recai principalmente no doente e na família do mesmo, dando apoio psicossocial.

Segundo Kübler-Ross, citada por Moreira (2001), o doente e a sua família normalmente passam por algumas fases até conseguirem aceitar a doença e a morte, sendo elas a negação, a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação:

- ❖ Negação – Nesta primeira fase há uma recusa inicial da realidade, onde se verifica pouca preparação do doente e família para a morte e um choque inicial perante a notícia.
- ❖ Raiva - Nesta fase tanto o doente como a família vivenciam sentimentos de raiva, revolta e ressentimento e como estão inconformados com a realidade, tornam-se hostis e agressivos.
- ❖ Negociação - Nesta fase o doente e os familiares, estabelecem acordos ou fazem promessas, geralmente com Deus, na tentativa de adiamento da morte. Contudo, quase nunca essas promessas se cumprem, pois a doença vai tornando o doente cada vez mais debilitado, mostrando a realidade da morte que se aproxima.
- ❖ Depressão - É a fase de perceção da perda iminente, a angústia e a dor psíquica são intensas e os sentimentos de culpa e insegurança, tristeza e perda retornam com grande intensidade. Nesta fase já não podem mais negar a doença, pois o doente começa a apresentar novos sintomas e a ficar cada vez mais debilitado.
- ❖ Aceitação – Normalmente o doente encara o seu fim com alguma tranquilidade, isto se conseguiu ultrapassar as fases anteriores. A vontade de lutar cessa e a de descanso é imensa. (Rosa, 2015)

Posto isto, de seguida estão explicadas quais as funções da Assistente Social, com o doente e com as suas famílias.

### 3.8.1. Na Família do doente

Grande parte da ação da assistente social nos Cuidados Paliativos é desenvolvida com a família dos doentes. A família é fundamental para o doente quando existe o quadro de doença. É importante para a assistente social, perceber qual o lugar que o doente ocupa na família, quais as ligações consolidadas e o tipo de relação que mantém com os seus cuidadores, ou seja, deve compreender-se como a família se encontra organizada (Andrade, 2008).

A família passa por um processo, onde existe a necessidade de se sentir apoiada e acompanhada, porque sente diversos sentimentos como o medo, a angústia, a impotência e o sofrimento de ver um ente querido doente.

A família tem que ser preparada emocionalmente para a doença, sendo importante fazer uma reorganização interna no que se refere à sua estrutura e dinâmicas familiares e ao acompanhamento e a prestação de cuidados à pessoa doente.

Juntamente com a equipa multidisciplinar, o assistente social efetua com a família, um diagnóstico que servirá de base para a definição do plano de atuação. O assistente social tem que avaliar quais as necessidades específicas dos familiares e, ao encaminhá-los para o apoio especializado mais adequado, favorecem a continuação dos objetivos (Cárcer, 2000).

A assistente social deve ainda atender a um conjunto de objetivos que são importantes para ajudar a família: (Cárcer, 2000)

- ❖ Valorizar a sua capacidade emocional;
- ❖ Analisar quais as necessidades e preocupações atuais;
- ❖ Descobrir com eles os seus recursos pessoais para resolver a situação;
- ❖ Contribuir para os elementos de compreensão e apoio necessários que facilitem a própria segurança;
- ❖ Informar, orientar, facilitar recursos da comunidade e efetuar uma correta dedução dos mesmos, oferecendo segurança e continuidade no cuidado;
- ❖ Ajudá-los na realização dos objetivos estabelecidos por um cuidado apropriado à pessoa doente.

Segundo Cárcer (2000) os profissionais de serviço social devem deter um conjunto de técnicas e estratégias metodológicas que os ajudem ao cumprimento dos objetivos. Como metodologias podem ter por exemplo a recolha de dados, o registo e a avaliação.

A recolha de dados procura encontrar respostas como a constituição do agregado familiar, as funções emocionais de cada membro, os níveis de comunicação, os padrões morais e familiares, as preocupações em geral, etc.. Esta deve ser complementada por um conjunto de indicadores (estruturais, relacionais, emocionais e materiais). Os indicadores estruturais têm como objetivo apurar questões como: se o doente dispõe de amigos, família, ou cuidadores; se tem limitações físicas; se existem menores no agregado familiar; etc.. Os indicadores relacionais e emocionais dizem respeito à existência de conflitos familiares, atitudes de mal-estar devido a problemas relacionais, de processos de luto mal resolvidos, etc.. Em relação aos indicadores materiais tem como objetivo verificar dificuldades económicas, inconvenientes na planificação da alta, etc..

No que respeita aos registos de dados, pode-se fazer através das informações recolhidas com a família, e através das questões que possam favorecer a intervenção interdisciplinar. Todos estes registos ajudam a reflexão sobre o plano de intervenção do doente. A avaliação consiste no ajustamento de aspetos que podem ser alterados e/ou na introdução de outros que sejam pertinentes. A avaliação implica avaliar o desempenho das funções tendo em conta os objetivos propostos, avaliar os resultados da intervenção e a evolução do processo, etc.. (Cárcer, 2000).

Para além das estratégias metodológicas, as funções da profissional com a família do doente, segundo Cárcer “ (2000), passam por:

- ❖ Avaliar as necessidades em conjunto com a equipa;
- ❖ Realizar entrevistas abertas de reconhecimento;
- ❖ Realizar entrevistas dirigidas a determinados objetivos:
  - Aconselhar sobre as habilidades e as atitudes comunicacionais e de relação, que facilitem a comunicação intrafamiliar;
  - Cuidado e contenção no momento em que sejam necessários;
  - Orientar e informar sobre os aspetos ou recursos que se tenham que dar a conhecer à família para uma adequada avaliação do processo;
  - Apoiar a aprovação das ações da família, promovendo a confiança;
  - Analisar as possíveis mudanças na dinâmica relacional e de atitudes;
  - Apoiar no luto.
- ❖ Oferecer o contacto após a morte;
- ❖ Conectar as famílias aos recursos existentes;
- ❖ Favorecer a promoção e encaminhamento para grupos de ajuda.

Para definir o papel da assistente social Vanzini (2010:190) apresenta uma definição de Donoso y Saldías (1998) que defendem:

“O trabalho social familiar é uma forma especializada do trabalho social que entende como unidade de trabalho a família e as suas relações familiares, considerando o contexto no qual está inserida (...) pretende-se conhecer os problemas psicossociais que afetam o grupo familiar, gerando um processo de ajuda, que procura potenciar e ativar tanto os recursos das próprias pessoas, os da família, como os das redes sociais”.

Em suma, a família deve ser alvo de acompanhamento psicossocial, que deve consistir em fornecer suporte emocional, permitindo a expressão de sentimentos decorrentes das mudanças devido ao tratamento, à doença ou à provisão de morte. Os profissionais devem ajudar a gerir conflitos, a redistribuir papéis, a melhorar a comunicação, na preparação para a morte e apoio no luto, etc..

Pode afirmar-se que a família desempenha um papel fundamental em todos os estádios do ciclo da vida familiar, sendo muito importante também no fim da vida, pois esta é uma fase em que a pessoa apresenta grande necessidade de se sentir protegida, amada e compreendida, e a família é quem melhor consegue satisfazer essas necessidades devido à sua relação de proximidade e aos sentimentos existentes no seio familiar (Moreira, 2001) in (Rosa, 2015).

### 3.8.2. Papel da Assistente Social com o Doente

A intervenção social deve ser sempre direcionada para meios necessários para que as expetações pessoais do doente sejam sempre alcançadas.

O doente tem diversas angústias e preocupações que gosta de partilhar com o profissional. A maioria das questões são de natureza social, económica, relacional e nesta medida os assistentes sociais devem reunir os seus esforços para atender a todo o tipo de problemas do doente (Romão, 2012).

Na recolha de dados é fundamental avaliar a forma como o doente encara a sua doença e quais as suas preocupações socioeconómicas e familiares.

A primeira abordagem que o profissional faz ao doente permite-lhe perceber a realidade do doente, nomeadamente quais os fatores de risco (socioeconómicos), qual o ambiente familiar e a sua dinâmica e quais as ações prioritárias.

Em relação à tomada de decisões o profissional deve estabelecer, juntamente com o doente um conjunto de ações a efetuar de forma a alcançar depois os objetivos definidos (Cárcer, 2000).

A profissional deve ter as seguintes ações com o doente:

- ❖ “Realizar uma primeira entrevista para apresentar o assistente social, na qual se irá recolher um mínimo de dados sociais que é necessário conhecer;
- ❖ Sempre que seja possível, realizar-se-á uma entrevista de forma individual com a pessoa doente, que será a mais aberta possível;
- ❖ Oferecer o seu serviço a pedido da pessoa doente;
- ❖ Informar, gerir e orientar de forma a resolver as questões práticas pendentes e contactar os recursos adequados;
- ❖ Facilitar elementos de apoio.” Cárcer (2000:25)

### **3.8.3. Papel da Assistente Social nas Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos**

O papel das Assistentes Sociais nos serviços de Internamento, visa a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e da família, e ainda a rentabilização dos recursos de saúde próprios de cada Unidade de Internamento.

Estes profissionais trabalham vários níveis, no que diz respeito ao apoio psicossocial ao doente e família, como ao da articulação do serviços internos e externos ao hospital, assegurando a ligação à rede de suporte.

Segundo o MBPAS, o acolhimento, o plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados são os quatro momentos metodológicos identificados na intervenção da Assistente Social.

No que respeita ao acolhimento, deve proporcionar ao doente e/ou família:

- ❖ Suporte emocional face à identificação e interpretação do doente e/ou família de perdas sofridas, facilitando a aceitação e capacitação para a superação das mesmas;
- ❖ Apoio à integração do doente e/ou família nas unidades de internamento, prestando informações, nomeadamente sobre direitos e deveres;
- ❖ Gestão de expectativas quanto ao tempo de internamento; aos benefícios disponíveis; às condições de vida após o internamento tendo em vista a preparação da alta: graus de autonomia física, mental, económico-financeira e socioprofissional ou escolar;
- ❖ Apoio à adaptação da situação de doença e/ou dependência do doente, disponibilizando informação sobre direitos sociais, tais como: subsídios na doença; isenções; acompanhamentos; transportes; alimentação; serviços voluntários; vida profissional/escolar;
- ❖ Recolha de informação pertinente à preparação da alta e continuidade dos cuidados.

No seu Gabinete, a Assistente Social, deve proceder a uma análise preliminar da situação, incluindo a identificação de fatores de risco e efetuar uma recolha de outros dados junto de todos os elementos da equipa e/ou da rede de apoio. De acordo com AnderEgg (1996), citado por Rodrigues (2014), um instrumento fundamental para uma

eficaz intervenção, devido à recolha de informação sobre os problemas, necessidades, expectativas, potencialidades e fragilidades dos doentes e famílias, é o diagnóstico.

No que respeita ao Plano Individual dos Cuidados é fundamental a sua preparação com a equipa, fazendo uma partilha de conhecimentos do âmbito clínico e psicossocial do utente e onde são feitas considerações das especificidades psicossociais, espirituais e religiosas do utente e da família na elaboração do plano de cuidados. Ainda com o doente e/ou a família, a Assistente Social deve assegurar os cuidados e tratamentos que têm previsto, reforçar os direitos e deveres dos doentes e familiares, bem como acesso a serviços ou bens, elaborar o esquema de plano de cuidados, com tempos previstos e metas a atingir.

Em relação ao Acompanhamento psicossocial, junto do doente e/ou família, a Assistente Social presta atenção e acompanhamento no processo de tratamento, reabilitação, readaptação e reintegração social, prestando:

- ❖ Suporte emocional ao doente e/ou família permitindo ou facilitando a expressão dos sentimentos e receios suscitados pela doença, pelo tratamento e suas consequências ou pela previsão da morte;
- ❖ Suporte ao doente e/ou família, ajudando-o (s) a enfrentar as mudanças provocadas pela doença e/ou tratamento, nomeadamente ao nível físico, emocional, comportamental, familiar, profissional, nas relações sociais, hábitos e estilos de vida;
- ❖ Suporte ao doente e/ou família no desenvolvimento da coesão familiar, na gestão de conflitos, na redistribuição de papéis, na seleção de estratégias, na melhoria da comunicação e na prevenção da exclusão do doente do seu sistema familiar;
- ❖ Incentivo e estímulo à adesão ao ensino/aprendizagem, tanto do doente como do familiar cuidador, ou, na falta deste, de outras pessoas, tendo em conta a continuidade dos cuidados;
- ❖ Informação, orientação e capacitação dos doentes e familiares no âmbito da proteção social na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral;
- ❖ Exercício de advocacia em favor do doente e família relativamente ao acesso a prestações sociais e/ou serviços;
- ❖ Provisão dos meios necessários ao contacto, regresso ou ingresso em unidade de saúde em situações programadas ou de urgência;
- ❖ Incentivo à reinserção profissional ou escolar do doente e/ou à promoção da sua participação em atividades ocupacionais adaptadas ao seu estado de saúde;

- ❖ Orientação dos doentes e familiares para serviços de apoio especializado, nomeadamente jurídico, psiquiátrico ou outros;
- ❖ Preparação para a morte e apoio no luto, quando apropriado.

No gabinete será feita a avaliação da situação na perspetiva da alta e da continuidade dos cuidados, a identificação de necessidades, dificuldades ou constrangimentos, bem como de recursos e potencialidades (socioeconómicas, culturais, de vizinhança, etc.) para a prestação dos cuidados necessários ao doente, tendo em conta a sua situação específica de doença, dependência, reabilitação e/ou reinserção possíveis; Avaliação da existência ou não de familiar ou outra pessoa com competências para ser cuidador: condições físicas, emocionais, de relacionamento e intimidade com o doente.

Vanzini (2010), citado por Romão (2012:35), refere que, nestes cuidados, “o profissional deve investir na compreensão da realidade do doente de maneira a promover o conforto e o respeito pelas suas decisões, satisfazendo as necessidades dos doentes e familiares para que as estratégias definidas sejam verdadeiramente concretizáveis.”

## **Parte II – Abordagem Metodológica**

### **Capítulo I – Metodologia**

Segundo Madaleine Grawitz (1993), métodos são um conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objetivos.

A metodologia pode ser designada como “o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação ou parte de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação” (Fortin, 1999, p.372) in Rosa, 2015.

O investigador deve definir logo à partida o método e as técnicas de recolha e tratamento dos dados que vai utilizar na sua investigação, de forma a conseguir responder aos objetivos a que se propôs no início.

Um método é importante para o investigador porque, este tem a necessidade de deter uma linha que o ajudará a orientar-se e que lhe facilita uma recolha de dados mais precisos.

O estudo foi exploratório, porque teve como objetivo proceder ao reconhecimento de uma dada realidade e também descritivo, pois teve a intenção de descrever rigorosa e claramente um dado objeto de estudo, na sua estrutura e no seu funcionamento.

Este foi elaborado através de um método de investigação qualitativa. No método qualitativo “a preocupação central não é a de saber se os resultados são suscetíveis de generalização, mas sim a de que os outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados” (Bogdan e Biklen, 1994). A investigação qualitativa dá uma grande importância à validade do trabalho realizado, sendo que neste tipo de método tenta-se que os dados recolhidos sejam de acordo com o que os indivíduos dizem e fazem.

Pode dizer-se que a investigação de tipo qualitativo permite compreender os pontos de vista de cada um dos inquiridos, pois como defende Pollit e Hungler (1995) “se quisermos saber o que as pessoas pensam ou sentem, ou em que acreditam, o meio mais direto de obter tal informação é perguntar-lhes a respeito” (Pollit & Hungler, 1995, p. 170) in Rosa, 2012).

A pergunta de partida desta investigação procurou ser clara, realista e compreensível. Neste sentido a pergunta de partida para a constituição da investigação é “Qual é a intervenção da Assistente Social numa unidade de Cuidados Paliativos?”.

O objetivo geral é “Perceber o papel da Assistente Social no processo de acompanhamento das trajetórias de final de vida (desde a consulta externa até à alta ou óbito)”.

No que respeita aos objetivos específicos são mais concretos e pretendem dar seguimento ao objetivo geral:

- ❖ Compreender quais as ações que a Assistente Social desenvolve no acompanhamento aos doentes e as suas famílias;
- ❖ Compreender quais os principais desafios profissionais que o processo de acompanhamento dos doentes em trajetória final de vida e suas famílias colocam as Assistentes Sociais.

Ao termos os objetivos definidos, pensamos então na forma como iríamos proceder para conseguir atingi-los, decidimos que iríamos utilizar a entrevista, a análise bibliográfica e documental e a observação direta.

Uma entrevista proporciona ao entrevistador a informação necessária, sendo que estas são efetuadas cara a cara. Segundo Quivy. & Campenhoudt (1998:191-192), as entrevistas permitem a “aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interação humana.”, sendo esse o aspeto que a diferencia das outras técnicas uma vez que, quando bem aplicadas “permitem ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados.”

A entrevista escolhida foi a semiestruturada. Esta entrevista é a modalidade mais utilizada nas ciências sociais. É um conjunto de temas e de questões, sobre os quais se pretende obter informações, elaborado através de um guião de entrevista.

Escolhemos esta entrevista, pois vai-nos permitir orientar a entrevista para aquilo que são os nossos interesses enquanto investigadores.

“O investigador dispõe de uma série de perguntas, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado. O investigador esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objetivos e por colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio” (Quivy & Campenhoudt, 1995:193).

Para além da entrevista foi importante o recurso à análise documental, através de relatórios e referências bibliográficas.

Para Bardin a análise de conteúdo surge como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A análise documental tem como objetivo “dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação.” (Romão, 2012).

“Consiste na construção do instrumento capaz de recolher ou de produzir informação prescrita pelos indicadores” (Quivy & Campenhoudt, 1995:163). Esta operação apresenta-se de diferentes formas, consoante se trate de uma observação direta ou indireta (Sardo, 2017).

Utilizámos também a observação participante (interação do observador) que nós permitiu analisar e perceber o papel da assistente social durante o processo e desenvolvimento da trajetória final de vida.

O objetivo desta investigação é identificar as competências da Assistente Social numa Unidade de Cuidados Paliativos, para isso tal como foi referido acima, recorreremos à análise bibliográfica, utilizámos a entrevista e fizemos uma observação participante.

Inicialmente o estudo era para ser elaborado em três Unidades de Cuidados Paliativos diferentes, sendo que o objetivo principal era observar o trabalho da Assistente Social na Unidade e no fim da observação fazer uma entrevista.

A primeira Unidade que aceitou, desde logo a nossa investigação foi a Unidade De Cuidados Paliativos do Hospital Nossa Senhora da Arrábida, em Azeitão, que se mostraram disponíveis a aceitar o nosso estudo e a nossa observação. A Segunda Unidade era a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital São João de Deus em Montemor, que depois de mais ou menos 6/7 meses de espera por uma resposta, acabou por recusar o nosso estudo. A terceira Unidade era a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre, que inicialmente aceitaram a entrevista, mas não a observação, e devido a alguma falta de comunicação até ao momento final do relatório, não foi possível fazer a mesma.

Neste sentido, e na sequência de todas estas complicações e restrições por parte de algumas Unidades acabámos por fazer o estudo apenas numa. Contudo, a Unidade tem duas Assistentes Sociais no serviço, que vão mudando entre si e deste modo deu para conseguir ter duas perspetivas diferentes de trabalho e de coordenação com a equipa.

O estudo foi elaborado no Hospital Nossa Senhora da Arrábida, em Azeitão, tivemos o acompanhamento de duas Assistentes Sociais que trabalham à vez entre a Unidade de Cuidados Paliativos e as Unidades de Convalescença e de Média e Longa Duração, que disponibilizaram todos os documentos e se mostraram sempre disponíveis para todas as questões e dificuldades. Fizemos os pedidos para outras Unidades, tal como já foi referido acima, mas numa não foi aceite o pedido do estudo e noutra foi aceite a entrevista mas não a observação. Mas demoraram muito tempo a responder aos pedidos para marcação de entrevista e a mesma ficou sem efeito.

A recolha de dados decorreu entre Abril de 2018 e Setembro de 2018.

## Capítulo 2 – Apresentação dos Resultados

Neste capítulo temos a compilação das informações qualitativas, recolhidas na aplicação das entrevistas às Assistentes Sociais. Estas entrevistas permitiram-nos recolher dados que nos ajudam a alcançar os objetivos quer gerais, quer específicos do nosso estudo.

O desempenho das assistentes sociais no campo da saúde apresenta configurações distintas em função da sua inserção no sistema de saúde (MBPAS, 2006).

O guião de entrevista encontrava-se dividido em quatro temas que são Caracterização do perfil, funcionamento da unidade, ações que a Assistente Social desenvolve no acompanhamento dos utentes e das famílias, e compreender quais os principais desafios profissionais que o processo de acompanhamento dos doentes em trajetória final de vida e suas famílias colocam às Assistentes Sociais, o que facilitou para a observação dos objetivos definidos para o estudo. Cada tema tinha as suas perguntas, e dentro das perguntas subperguntas (observações) que serviram para ajudar a direcionar mais a pergunta para a resposta que pretendíamos obter.

Temos também neste capítulo uma parte onde falaremos sobre as observações diretas que fizemos na Unidade.

Para iniciar a análise dos resultados, começámos por apresentar uma tabela com as características das entrevistadas que fizeram parte do estudo.

	Entrevistada 1	Entrevistada 2
<b>Idade</b>	33 Anos	42 Anos
<b>Género</b>	Feminino	Feminino
<b>Habilitações</b>	Licenciatura em Serviço Social	Licenciatura em Serviço Social
<b>Área de Residência</b>	Quinta do Conde	Setúbal
<b>Profissão</b>	Assistente Social	Assistente Social
<b>Estado Civil</b>	Casada	Casada
<b>Ano em que concluiu a formação</b>	2011	2001
<b>Há quanto tempo trabalha na profissão</b>	3 Anos	17 Anos
<b>Em contexto hospitalar? E na UCP?</b>	“Os outros dois anos, que estão quase a chegar em agosto”	
<b>Tem experiência de trabalho a lidar com a morte e com trajetórias finais de vida?</b>	“Sim tenho (...) é uma lacuna muito grande na área do serviço social”	“Sim, no HSNA desde 2013 (...)”

**Tabela 1 – Perfil das Entrevistadas**

## 2.1 – O funcionamento da Unidade

A referenciação de utentes e os procedimentos relativos a situações de prorrogação de internamento, mobilidade e alta, para as unidades de cuidados paliativos, em funcionamento, criadas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, contratualizadas com entidades do setor social ou privado (UCP-RNCCI), continuam a ser feitos através da aplicação informática da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – Gestcare CCI, tendo presentes os procedimentos vigentes nesta Rede e de acordo com os critérios de referenciação a definir, no âmbito da RNCP, pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos.

E1: “O tempo de espera, até vem a calhar, porque nós tivemos uma reunião com a ECR aqui da nossa zona, e as colocações estão a ser automáticas o que significa que na pratica em termos de espera 2/3 dias no máximo. (...).”

E2: “Isso é uma situação que é gerida pela RNCC, não é uma situação que seja gerida pelo nosso hospital, nos privados não temos lista de espera. (...) Agora na rede há de facto lista de espera, que não é gerida por nos, mas nos C.P.”

Neste ponto, podemos verificar que ambas as A.S. dizem que existe lista de espera para entrar na UCP, sendo que uma diz que o tempo de espera tem vindo a diminuir, e outra diz que se for por privado é muito mais rápido tendo quase entrada direta. Podemos verificar nestas respostas que as A.S. foram de encontro a um dos nossos objetivos que era compreender quais os principais desafios profissionais que enfrentam.

Segundo o que se encontra no Plano Estratégico dos Cuidados Paliativos 2017/2018, “o número de camas deve ser adaptado às necessidades estimadas da população que servem e às condições estruturais das instituições em que estão inseridas mas, para uma mais fácil e adequada gestão de recursos, recomenda-se que tenham entre 8 a 20 camas. Camas dispersas numa unidade de saúde não são consideradas UCP.”

Como podemos verificar pelas respostas das duas entrevistadas, esta Unidade cumpre os requisitos necessários, quanto ao número de camas existentes:

E1: “14 Camas da rede nacional de cuidados continuados, e na tipologia privada temos capacidade para receber cuidados paliativos, sendo que não temos número de camas específicas (...).”

E2: “O nosso hospital em termos da rede nos cuidados paliativos, tem cerca de 14 camas, no que diz respeito aos privados temos 20 camas, sendo que nem todas são ocupadas por cuidados paliativos, sendo algumas para reabilitação, mas portanto em privado havendo disponibilidade são as 20.”

Podemos verificar que a UCP tem uma boa capacidade de resposta, pois tem uma equipa que funciona há muito tempo e onde a maioria dos profissionais tem cursos específicos sobre os C.P., como comprovado seguidamente pelas respostas das Assistentes Sociais.

E1: “Sim. Temos uma multidisciplinar que funciona já há bastante tempo, em que na falta de um ou de outro elemento conseguem-se complementar na medida do possível e conseguem fazer um trabalho muito bom (...).”

E2: “Sim, a nossa unidade, penso que vai dando uma boa resposta, eles vem efetivamente para o controlo de sintomas, somos uma equipa que a maioria dos profissionais tem, ou mestrado ou um curso básico, ou avançado em cuidados paliativos o que faz com que a equipa esteja capacitada para dar resposta aos problemas dos utentes (...) Penso que sim, que temos uma boa capacidade de resposta, cada profissional tenta adaptar-se ao tipo de utente e à necessidade do utente.

Segundo o que se encontra descrito na Portaria nº 50/2017, uma unidade de Cuidados Paliativos tem que ter um médico, um psicólogo, enfermeiros, fisioterapeuta, assistente social e nutricionista.

Perfil Profissional	Unidade de Convalescência	Unidade de Média Duração e Reabilitação	Unidade de Longa Duração e Manutenção	Unidade de Cuidados Paliativos (h)	Frequência
	Horas Semanais (c)				
Médico (inclui Médico Fisiatra)	40	30	20	20	presença diária (d)
Psicólogo	20	20	20	10	presença ao longo da semana
Enfermeiro (inclui Coordenador e Enfermeiro de Reabilitação)	480	360	240	320	presença permanente
Fisioterapeuta	80	80	20	10	presença diária
Assistente Social	40	40	40	10	presença ao longo da semana
Terapeuta da Fala	8	8	0	0	presença ao longo da semana
Animador Sócio-cultural	20	20	40	0	presença ao longo da semana
Nutricionista	5	5	4	4	presença ao longo da semana
Terapeuta Ocupacional	40	40	20	0	presença ao longo da semana
Pessoal Auxiliar	560	480	320	320	presença permanente

Perfil Profissional	Unidade de Dia e Promoção da Autonomia (e)	Frequência
	Horas Semanais (c)	
Médico (inclui Médico Fisiatra)	8	
Psicólogo	20	presença dias úteis
Enfermeiro	20	presença dias úteis
Fisioterapeuta	20	presença dias úteis
Assistente Social	20	presença dias úteis
Animador Sócio-cultural	40	presença dias úteis
Terapeuta Ocupacional	20	presença dias úteis
Pessoal Auxiliar	120 (f)	presença dias úteis

(a) Considera a lotação de 30 camas/lugares.

(b) Considera a lotação de 15 camas. Excluída a necessidade de ter Fisiatra e Enfermeiro de Reabilitação.

(c) As horas semanais correspondem ao mínimo recomendado de horas contratadas por grupo profissional, sendo possível a flexibilidade das equipas no caso de existir mais do que uma tipologia na mesma instalação.

(d) Na Unidade de Longa Duração e Manutenção, deve considerar-se a presença de Médico ao longo da semana.

(e) Dotação a reajustar em função da especificidade da Unidade.

(f) Inclui 20 horas semanais de Motorista.

## Tabela 2: Recursos Humanos recomendados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Por isso de acordo com esta mesma Portaria, podemos verificar nas respostas das Assistentes Sociais que esta Unidade está de acordo com a lei em vigor:

E1: “ Diretora Clínica, três Enfermeiros (serviço de turnos), duas Auxiliares, uma A.S que estiver afeta ao serviço, uma Psicóloga e pontualmente: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e a nutricionista.

E2: “Do ponto de vista médico temos a direção clínica (elemento médico, e outro que presta apoio), equipa de enfermagem são muitos, mas que por turno andam à volta dos  $\frac{3}{4}$ , do serviço social apenas uma esta afeta ao serviço, psicóloga, a reabilitação (são várias cada utente tem o seu), animação e as assistentes operacionais.”

## **2.2 – Compreender quais as ações que a Assistente Social desenvolve no acompanhamento aos doentes e às suas famílias**

Segundo a Portaria Nº 66/2018, Artigo 12.º a referência de utentes na RNCP faz-se por:

- ❖ “A admissão de utentes nas equipas locais da RNCP, nos termos do previsto no artigo 3.º, é efetuada por referência do profissional de saúde que assiste o doente e baseia-se em critérios de complexidade, gravidade e prioridade clínica, a definir pela CNCP;
- ❖ A admissão de utentes na UCP - RNCCI é efetuada através do sistema de informação da RNCCI e de acordo com os procedimentos vigentes nesta Rede, sendo os utentes admitidos pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR);
- ❖ A referência referida no número anterior tem por base os critérios de referência a definir pela CNCP;
- ❖ Na referência do doente, deve ter-se em conta a proximidade da área do respetivo domicílio e, sempre que possível, a sua preferência na escolha da unidade ou equipa prestadora de cuidados, respeitados os limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.”

Como podemos verificar, as duas entrevistadas falam da referência do Utente fazendo luz, a este artigo, como podemos verificar nas respostas seguintes:

E1: “ (...) em situações onde a pessoa tenha os sintomas descontrolados, que haja alguma exaustão muito grande por parte do cuidador (...) que estamos a falar de pessoas que na maioria das vezes estão no domicílio (...) com descontrolo de sintomas e que precise de cuidados a nível da medicina. (...) Atualmente com a alteração da lei há duas hipóteses de fazer referência. Ou é referenciada pela EIHCP ou pela ECSCP, isto não significa que não existam referências feitas de outra forma (...) ”

E2: “Não é só nas consultas, geralmente é mais nos internamentos, são mais os utentes internados que até puderam ir a uma consulta externa, mas que depois acabam por ter uma intercorrência e acabam internados. Ou através da EGA, ou pela EIHSCP, portanto os hospitais atualmente tem duas entidades a EGA e esta equipa. Para a referência para CP é geralmente a EIHSCP que indica. Depois para outras unidades é a EGA. No domicílio é através dos centros de saúde.”

A Organização Mundial de Saúde, em 1990, conceituou os cuidados paliativos como “cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controlo da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) são prioridade e cujo objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para os pacientes”. Por isso, no que diz respeito ao acompanhamento do utente, este tem que ser acompanhado a nível psicológico, médico, social e de enfermagem, pois os utentes têm que ser vistos como um todo e cada utente é sempre um utente.

E1: “Obrigatoriamente tem que ser sempre acompanhamento ao nível, social, médico e de enfermagem, ou seja somos as 3 categorias profissionais que obrigatoriamente temos que avaliar o doente e as condições em que o doente nos chega e o trabalho que temos pela frente. Na nossa unidade temos sempre disponível, caso seja necessário, um apoio psicológico mais específico (...).

E2: “Depende muito das necessidades globais do utente, cada utente é sempre um utente. Do ponto de vista médico é o controlo de sintomas, (...) Em termos de apoio psicológico, vai muito pelo acompanhar o utente e a família. Em relação ao trabalho social, se o utente já vier com diagnóstico muito avançado, (...) acolhemo-lo do ponto de vista social, mas é o acolhimento e o acompanhamento social (...) acabamos por dar muito o reforço a psicologia. Quando o utente vem num estágio não tão avançado, e nos permite que a equipa clinica consiga um controlo sintomático, então temos um outro trabalho social de extrema importância que é preparar a alta”

As equipas Multidisciplinares têm um papel fundamental porque ajudam no esclarecimento de dúvidas dos familiares e doentes.

Segundo Santiesteban “ (2002), uma boa relação da equipa de cuidados com os familiares do doente tem as seguintes vantagens:

- ❖ Facilita a partilha de informação;
- ❖ Facilita a comunicação entre a família e a equipa;
- ❖ Reconhece e dá valor ao trabalho da família;
- ❖ Etc..

Como podemos verificar nas transições a baixo citadas, as Assistentes Sociais têm um mediador entre as equipas e a família facilitando a partilha de informação, de comunicação, etc.. que segundo Santiesteban (2002) é importante para uma boa relação da equipa com os familiares do doente. Este ponto vai ligar ao objetivo que nos propusemos de tentar compreender quais as ações que o Assistente Social desenvolve com os doentes e com as suas famílias.

E1: “Faço parte da equipa como qualquer outro profissional da equipa, dando sempre a perspetiva social de cada pessoa, que pode porventura, às vezes, ser o suficiente para justificar, por exemplo, uma transferência para uma longa duração (...).”

E2: “Papel muito importante no meu ponto de vista, porque muitas das vezes os familiares e os utentes veem-nos como o elemento mediador, como o elemento gestor de caso, e procuram-nos para gerir esta ou outra situação. (...).”

A maior parte da ação da A.S. nos Cuidados Paliativos é desenvolvida com a família dos doentes. A família é muito importante para o doente quando existe a doença. É importante para o assistente social, perceber qual o lugar que o doente ocupa na família, quais as ligações consolidadas e o tipo de relação que mantém com os seus cuidadores, ou seja, deve compreender-se como a família se encontra organizada (Andrade, 2008).

A A.S efetua com a família, um diagnóstico que servirá de base para definir o plano de atuação. O assistente Social faz ainda uma recolha de dados para encontrar respostas como a constituição do agregado familiar, as funções emocionais de cada membro, os níveis de comunicação, os padrões morais e familiares, as preocupações em geral, etc..

Podemos por isso, verificar através das transições seguintes que a família é muito importante e representa um importante ator social nestas situações.

E1: “Família, essencialmente, nesta fase porque na maioria das vezes o doente já não nos chega sequer em condições para termos perceção se está consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço. Por vezes temos que interagir com as instituições da comunidade se houver uma necessidade de preparação de alta, quer para uma equipa comunitária, quer para uma ECCI (...) pontualmente contato com uma funerária local sobre a possibilidade de funerais sociais (...).”

E2: “Família (esposa, filha, filho) como pode não ser família, e teremos que gerir com uma instituição que já dava apoio. (...).”

A A.S. numa Unidade de Cuidados Paliativos têm várias funções. Segundo Cárcer (2000) os profissionais de serviço social devem deter um conjunto de técnicas e estratégias metodológicas que os ajudem ao cumprimento dos objetivos. A recolha de dados procura encontrar respostas como a constituição do agregado familiar, as funções emocionais de cada membro, os níveis de comunicação, os padrões morais e familiares, as preocupações em geral, etc.. A avaliação implica avaliar o desempenho das funções

tendo em conta os objetivos propostos, avaliar os resultados da intervenção e a evolução do processo, etc.. (Cárcer, 2000).

Segundo o Manual de Boas Práticas para a Assistente Social, o acolhimento, o plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados são os quatro momentos metodológicos identificados na intervenção da Assistente Social.

A Assistente Social, deve proceder a uma análise preliminar da situação, incluindo a identificação de fatores de risco e efetuar uma recolha de outros dados junto de todos os elementos da equipa e/ou da rede de apoio.

Podemos verificar todos estes fatores nas seguintes transições, em que as A.S. mostram qual o seu papel na Unidade, e quais as suas funções na mesma, mostrando toda a importância de numa UCP existir uma A.S., e correspondendo a um dos objetivos específicos que nos tínhamos proposto no início do estudo de forma a perceber as ações que o Assistente Social tem com a família e com o doente.

E1: “Atendimento, acolhimento, advocacia social, apoio psicossocial, apoio no luto, intervenção no protocolo de luto, contactos institucionais, avaliação social, trabalho em rede, caso se justifique, *empowerment*, nalgumas circunstâncias, no caso dos paliativos muito pouco, mas também.”

E2: “São muitas, e infelizmente não temos só funções de Serviço Social, mas temos também funções administrativas (questões de transportes, introduzir no sistema informático dados pessoais de utente) (...) acolhimento, de atendimento social, elaborar processo social, e registo social, acompanhamento social e quando há necessidade, caminhar para a alta, ou para o óbito, onde neste caso é muito importante o papel da A.S. (...).”

O doente tem diversas angústias e preocupações que gosta de partilhar com o profissional. A maioria das questões são de natureza social, económica, relacional e nesta medida os assistentes sociais devem reunir os seus esforços para atender todo o tipo de problemas do doente (Romão, 2012). Sendo que cabe a estes profissionais recolher toda a informação que seja necessária para fazer uma boa avaliação e um bom diagnóstico social. Um dos objetivos do estudo era perceber qual a intervenção da A.S., neste campo podemos verificar que as A.S. têm diversas áreas de intervenção mas que a maior parte é a nível psicossocial.

E1: “Apoio psicossocial quando é possível, prestar informação. (...) o que faço é proporcionar às famílias um espaço próprio para que possam ser ouvidas, e possam falar dos seus sentimentos abertamente sem ter receio (...) Aproveito para recolher através da família, informação que seja necessária para fazer as minhas avaliações e proporciono-lhes (...), uma bolha de oxigénio para os familiares (...).”

E2: “Acolhimento, acompanhamento social, fazer um bom diagnóstico e depois puder fazer acompanhar do ponto de vista social. Quando clinicamente me deixa avançar um bocadinho mais do ponto de vista clínico, começo a tratar da alta e prestações sociais. Quando a situação clínica não permite tenho um papel mais de mimo, (...) A família deve fazer parte integrante da equipa, por isso é que temos por hábito fazer as conferências familiares para os envolver neste processo de evolução clínica, eventualmente de partida. (...).”

Segundo o que se encontra descrito na circular Normativa Nº 8/2017/CNCP/ACSS, “a preparação da alta deve ser iniciada com uma antecedência que permita encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados, pressupondo a necessária articulação entre a unidade e a Equipa de CP que referenciou o doente, bem como a ECL da área do domicílio do utente e a respetiva ECR.” Salvo outras exceções, o internamento tem a duração de 30 dias, e por essa razão, a alta tem que começar logo a ser tratada, conforme podemos ver nas afirmações a baixo. Sendo que a maioria dos profissionais preferem logo começar a tratar do plano da alta do utente, logo desde a sua entrada, se isso for credível.

E1: “Depende do estado em que se encontra o doente, se for um caso típico de controlo sintomático sim, há essa necessidade porque no final dos 30 dias o internamento pudera ter o seu fim. Nos casos em que os doentes já nos chegam em estado avançado da doença não é feito porque não é exequível, e a partida, por experiência própria, a maioria dos óbitos ocorrem antes dos 30 dias, (...)”

E2: “Já assistes-te a duas altas, é um privilégio dar uma alta social em cuidados paliativos, é, muito raro, mas acontece. No acolhimento eu apercebi - me que poderia haver capacidade de controlar sintomaticamente este doente e de atingir estabilidade clínica e no acolhimento comecei a estudar quais as possibilidades. (...).”

No que diz respeito ao falecimento dos utentes, se o utente tiver familiares diretos e que tenham possibilidades financeiras, o funeral fica a cargo dos mesmos. Se, por ventura, o utente não tiver familiares, ou estes não tenham possibilidades financeiras, a A.S. tem que entrar com um processo de Funeral Social, onde tem que pedir apoios às Funerárias e à Segurança Social. Podendo verificar-se nas seguintes transições que o A.S. pode ter no funeral social um desafio/problema criado por vezes pela família:

E1: “A A.S. a não ser que seja um funeral social, não tem intervenção direta na situação, isto porque em situação de óbito é a equipa de enfermagem que comunica com o médico, para que o óbito seja atestado, é o médico que comunica com a família caso esta não esteja presente no momento do óbito (...).”

E2: “ (...) é um procedimento que fica muito entre a equipa clínica. (...) Se é uma situação social ou de fragilidade social, então quando estamos próximos, ou temos já o trabalho adiantado quando nos apercebemos dessas situações, ou contatei já uma funerária sobre a hipótese de fazer um funeral social.”

Em relação à tomada de decisões o profissional deve estabelecer, juntamente com o doente um conjunto de ações a efetuar de forma a alcançar depois os objetivos definidos (Cárcer, 2000). Podemos por isso concluir que o utente tem sempre poder de decisão, desde que esteja ciente de si no espaço e no tempo.

E1: “O doente deve ter sempre poder de decisão, (...) o doente vir num estado tão avançado que já não tem qualquer poder de decisão ou estarmos a falar de um doente com demência e aí a sua decisão pode não ser consciente (...) ter bom senso, questão ética, mas se o doente estiver consciente e orientado perceber sempre qual é o seu objetivo.”

E2: “Claro que sim, desde que esteja na sua capacidade plena de decisão, caso não esteja, temos que nos organizar com a família. Mas desde que o utente tenha as suas capacidades mentais preservadas, ele é soberano. (...).”

### **2.3 – Compreender quais os principais desafios profissionais que o processo de acompanhamento dos doentes em trajetória final de vida e suas famílias colocam às Assistentes Sociais**

No que diz respeito aos desafios/problemas que as A.S. encontram no seu local de trabalho, podemos verificar que as A.S. discordam um pouco no que diz respeito a este ponto. Este tópico vai ajudar-nos a responder a um dos objetivos específicos do estudo que é: “ Compreender quais as ações que o Assistente Social desenvolve no acompanhamento aos doentes e às suas famílias “.

A E1 diz que o problema maior é a falta de formação no luto e que os constrangimentos podem ser o facto de o internamento ter sido reduzido para 30 dias: “Falta de formação no luto, e em termos de constrangimentos é o fato da alteração da lei ter obrigado a dar um período de internamento numa situação que se pensava ser uma bolha de oxigénio e que atualmente tem uma curta duração (...).”

A E2 diz que “Problemas no fundo é estarmos muito tempo absorvidos noutras tarefas, que não são diretamente da nossa formação académica e profissional (...) Os desafios são sempre tentar apoiar este utente e esta família nesta fase que poderá ser de fim de vida e tentar e proporcionar o maior conforto.”

Por isso, podemos verificar que as duas têm opiniões diferentes, sendo que uma se centra mais na parte da falta de formação no luto e do curto período de internamento e a outra na parte de estar envolvida demasiado tempo noutras tarefas o que não lhe permite ter tanto tempo para aquilo que realmente acha importante. Na entrevistada 2, durante a entrevista conseguimos verificar que a mesma não se sentia de todo satisfeita com a acumulação de funções para além daquelas que realmente importam no Serviço Social.

O doente tem diversas angústias e preocupações que gosta de partilhar com o profissional. A maioria das questões são de natureza social, económica, relacional e nesta medida os assistentes sociais devem reunir os seus esforços para atender a todo o tipo de problemas do doente (Romão, 2012). As duas A.S entrevistadas discordam uma da outra. A E1 afirma que as pessoas só falam com ela por obrigação (“Normalmente a A.S. esta envolta num estigma e portanto a maioria das pessoas, (...) mas vai mais por aí (transportes, subsídios) porque em termos práticos vem mais uma obrigação falar connosco por fazermos parte da equipa, não propriamente como uma necessidade”), enquanto a E2 diz que os doentes são bastante recetivos (“ (...) nem todos vêm numa

fase inicial recetivos a conversar, mas o controlo é atingido e conseguimos manter uma conversa (...) preocupados, com falsas expectativas, (...) isto traz tristeza, preocupação, depressão, e aqui é fundamental o papel da psicologia.”

Para definir o papel do assistente social Vanzini (2010:190) apresenta uma definição de Donoso y Saldías (1998) que defendem que:

“O trabalho social familiar é uma forma especializada do trabalho social que entende como unidade de trabalho a família e às suas relações familiares, considerando o contexto no qual está inserida (...) pretende-se conhecer os problemas psicossociais que afetam o grupo familiar, gerando um processo de ajuda, que procura potenciar e ativar tanto os recursos das próprias pessoas, os da família, como os das redes sociais”.

A família, tal como o doente também deve ser alvo de acompanhamento psicossocial, permitindo a expressão de sentimentos decorrentes das mudanças devido ao tratamento, à doença ou à previsão de morte. Os profissionais devem ajudá-los a gerir conflitos, a redistribuir papeis, a melhorar a comunicação, na preparação para a morte e apoio no luto, etc.. As famílias podem ser um obstáculo ao trabalho dos A.S. devido ao facto de não quererem ver a realidade, de não aceitarem a doença do familiar, de não lidarem bem com o luto e com a perda. Para resolver estes obstáculos o A.S. pode marcar uma Conferência Familiar (“instrumento de intervenção estruturada na família, para ser aplicado na tentativa de resolução de situações mais complexas”), onde se pode rever os problemas existentes, discutir as várias opções de resolução dos mesmos e estabelecer um plano de atuação consensual para o doente/família/equipa. Estas conferências familiares são de todo importantes, para conseguir encontrar o bom senso entre todos os envolvidos no internamento do utente.

Posto isto, a E1 diz que “Há famílias que são chatas sim, há famílias em completa negação e não compreendem a vontade do doente, não é a nossa intervenção, mas sim a vontade do doente. No caso do A.S, o que a família pode criar é entraves numa situação de alta, porque de resto a maioria das vezes as pessoas não querem sujeitar o familiar a isso (subsídios).”

Sendo que a E2 afirma que “Às vezes são, (...) vêm com alguma possibilidade da equipa controlar os sintomas e é necessário trabalhar a alta. Aí sim muitas das vezes, a família é um obstáculo, porque às vezes por desconhecimento, por medo, ou por falta de vontade não querem receber o utente em casa, (...) e por isso muitas vezes são um obstáculo na preparação da alta. (...)”.

Podemos por isso concluir que, a reunião de acolhimento é de todo importante, com o objetivo de, no dia da entrada, estudar com a família o procedimento da alta e depois posteriormente fazer uma conferência familiar para reforçar essa mesma ideia. No caso de o utente já estar em fase final de vida, utilizar a C.F. como um espaço de conforto para a família.

Podemos também concluir que, um dos maiores desafios/problemas que a Assistente Social tem numa Unidade de Cuidados Paliativos pode ser a família do doente, que pode constituir um entrave a diversos processos.

## **2.4. Observação Direta (Anexo IV)**

Durante os catorze dias de observação que tivemos na UCP, conseguimos observar e entender melhor o funcionamento da mesma, qual o papel da Assistente Social, bem como o papel de alguns dos outros membros da equipa Multidisciplinar. Na observação direta conseguimos perceber o funcionamento das diversas tipologias da rede, visto que o Hospital não tem apenas a unidade de Cuidados Paliativos, como se procede num acolhimento social (consentimento informado, complemento por dependência, testamento Vital), numa conferência familiar, como também já verificámos mais a cima.

Ao dar entrada na unidade, na reunião de acolhimento, verificamos que são utilizadas fichas de identificação onde ficam explícitas várias coisas, tais como: identificação do doente, situação socioeconómica, história de vida, situação habitacional, rede social de apoio familiar, apoio espiritual, hábitos e interesses, etc..

A Assistente Social mostrou-nos também como elaborar e preencher um Consentimento Informado, mostrando-nos que existe uma minuta que deve ser utilizada e que é a partir dessa mesma que se elabora todos os Consentimentos informados.

Assistimos também ao funcionamento do aplicativo GESTCARE, que é uma importante ferramenta de trabalho para os diversos profissionais que trabalham na área das unidades de saúde, visto que integra diversos módulos de avaliação, associados a cada utente e a cada um dos seus episódios na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, entre eles: avaliação médica, avaliação de enfermagem, avaliação social, exames auxiliares de diagnóstico, risco de úlceras de pressão, registo de pensos e apósitos, etc.. Também observámos como proceder no caso de uma entrada, alta ou óbito no aplicativo e como proceder internamente. Como fazer um pedido de prorrogação, as referências, e como agir perante uma perda de vaga de um utente.

No que diz respeito à Avaliação Social no Gestcare, observámos a Assistente Social a introduzir informação sobre vários doentes. Nessa avaliação tem que constar o agregado familiar, com quem vive, de quem recebe apoio, que tipo de apoio recebe, meios de pagamento de rendimentos, tipo de rendimentos/prestações sociais, documentos comprovativos para efeitos de comparticipação, situação habitacional, diagnóstico social, diligências já efetuadas/em curso e observações.

No caso do óbito, por exemplo a Assistente Social explicou-nos que tínhamos que aguardar que o Médico declara-se o óbito, que a equipa de enfermagem escrevesse na sua parte o estado em que encontrou o doente e só depois procedíamos à nossa parte, onde iríamos seleccionar a pessoa e de seguida, passar o processo da mesma para óbito de forma a fechá-lo e posteriormente abrir outra vaga.

Em relação ao pedido de transferência para outra Unidade, a Assistente Social faz um diagnóstico social, de seguida insere-o no GESTCARE, de forma a conseguir introduzir um consentimento informado de transferência. No aplicativo pede-se prorrogação da transferência, insere-se a nota social juntamente com a nota de enfermagem e de seguida envia-se *e-mail* para a ECL, a informar que o pedido de transferência já deu entrada e, em anexo, envia-se o Consentimento Informado.

Segundo a Assistente Social, esta diz ser muito importante ter um bom método de trabalho, para conseguir lidar com todas as situações, como por exemplo ter uma Ata de Acolhimento, para conseguir seguir todos os pontos e não deixar nenhum para trás.

Verificámos também a importância das reuniões Multidisciplinares, onde toda a equipa se reúne para falar e discutir individualmente cada um dos casos dos utentes. Nestas reuniões fala-se de cada doente em particular, a nível social, de saúde, físico e psicológico (se comem ou não, se tomam ou não a medicação, se fazem ou não fisioterapia, etc.). Assistem a estas reuniões as Assistentes Sociais, as Psicólogas, as Fisioterapeutas, o Farmacêutico, o Médico e a equipa de Enfermagem, e cada um dá a sua opinião sobre o utente, sendo da decisão de todos o que vai acontecer ao mesmo e quais as medidas a cumprir e a tomar para conseguirem alcançar os objetivos.

A observação “Consiste na construção do instrumento capaz de recolher ou de produzir a informação prescrita pelos indicadores” (Quivy & Campenhoudt, 1995:163).

A Observação Direta muito importante, pois permitiu-nos ter mais contato com a realidade, com o verdadeiro trabalho no terreno e com as dificuldades/problemas que uma Assistente Social tem nas Unidades de Cuidados Paliativos.

## Conclusão

Este capítulo tem como função resumir e analisar as expectativas impostas inicialmente, os objetivos propostos, as experiências que as Assistentes Sociais têm numa Unidade de Cuidados Paliativos, as dificuldades sentidas e a perspetiva de futuro desta área.

Como fomos referindo ao longo da Dissertação, vivemos cada vez mais num País envelhecido e onde existem cada vez mais doenças crónicas e consequentemente perda de autonomia por parte dos mais velhos. As pessoas com mais tipo de dependência deveriam permanecer mais tempo perto dos seus familiares ou de alguém que lhes consiga prestar um tipo de apoio digno.

Posto isto, é cada vez mais importante ter facilidade de acesso nos serviços de saúde e ter mais tipos de respostas para este tipo de doenças. O incremento dos Cuidados Paliativos em Portugal trouxe-nos uma perspetiva sobre a área, um pouco diferente do que estávamos habituados. Neste sentido a pesquisa teve como objetivo procurar conhecimentos sobre as práticas profissionais do Assistente Social, na área da saúde e mais especificamente numa Unidade de Cuidados Paliativos, para que se conseguisse perceber a atuação destes mesmos profissionais nesta área.

No que diz respeito à parte bibliográfica realizada, esta promoveu um maior conhecimento e entendimento das práticas profissionais das assistentes sociais entrevistadas, de forma a corresponder aos objetivos do estudo.

Foi de todo importante conhecer bem os C.P., mais concretamente as Unidades de Cuidados Paliativos para perceber quais as capacidades profissionais que os assistentes sociais necessitam de ter para serem capazes de dar resposta de forma mais profissional possível, ajustando-se sempre à fase terminal de vida.

Esta Dissertação assentou numa estratégia metodológica para que os objetivos propostos fossem cumpridos. Conclui-se com isto que, apesar de todas as adversidades em relação ao tempo de respostas por parte das Unidades e Hospitais, e de chegarem algumas a ser negativas, a metodologia escolhida cumpriu os seus objetivos.

As entrevistas procuraram entender qual o papel de uma assistente social numa unidade de cuidados Paliativos, quer com o doente e as suas famílias, quer com a restante equipa multidisciplinar.

Esta pesquisa permitiu-nos concluir que as entrevistadas possuem uma visão ampla do que são os C.P., neste caso uma Unidade de Cuidados Paliativos, que vai de em conta com as referências bibliográficas.

A entrevista teve um importante papel neste estudo, pois permitiu-nos recolher aspetos sobre a prática paliativa prestada pelas profissionais entrevistadas na Unidade de Cuidados Paliativos.

As assistentes Sociais entrevistadas no que diz respeito por exemplo ao tempo de espera para entrar na Unidade, divergem um pouco. Uma diz que o tempo de espera para entrar na Unidade tem vindo a diminuir e que se for por privado é muito mais rápido, e a outra afirma que existe ainda lista de espera para entrar numa UCP.

As duas afirmam que a unidade tem uma boa capacidade de resposta, pois funciona há muito tempo e os profissionais que trabalham na unidade têm na sua maioria cursos específicos sobre Cuidados Paliativos.

O utente tem que ser visto como um todo, e tem que ser acompanhado a nível social, psicológico, médico e de enfermagem. As entrevistadas realçam por isso a importância do trabalho em equipa e da formação dos profissionais e dizem que é com a equipa que se consegue realizar cuidados a nível dos Cuidados Paliativos.

Ambas dizem que o utente tem sempre poder de decisão, desde que entre na unidade consciente e orientado no espaço e no tempo. Em relação à tomada de decisões o profissional deve estabelecer, juntamente com o doente um conjunto de ações a efetuar de forma a alcançar depois os objetivos definidos (Cárcer, 2000).

No que diz respeito aos desafios/problemas existentes, podemos concluir que as entrevistadas tiveram opiniões diferenciadas, sendo que uma se centra mais na falta de formação no luto e do curto período de internamento e a outra na parte de estar envolvida demasiado tempo noutras tarefas, o que não lhe permite ter tanto tempo para aquilo que realmente é importante.

Ambas dizem que as reuniões de acolhimento são importantes para que, logo no dia da entrada, se possa estudar com a família o procedimento da alta e, posteriormente,

fazer uma conferência familiar para reforçar essa mesma ideia. No caso do utente já estar em fase final de vida, utilizar a C.F. como um espaço de conforto para a família.

No que diz respeito às funções da Assistente Social podemos verificar que, não só através das entrevistas, mas também através da observação direta que anda muito na base do atendimento, acolhimento, advocacia social, apoio psicossocial, apoio luto, intervenção no protocolo de luto, contatos institucionais, avaliação social, trabalho em rede, caso se justifique, *empowerment*, etc., e que para além de todas estas funções, nesta unidade as assistentes sociais acumulam ainda funções de secretariado com questões de transportes, introdução de doentes no sistema informático, etc..

Temos a certeza de que temos ainda um longo caminho para percorrer no que diz respeito a todos os C.P., neste caso em concreto em relação as Unidades de C.P.. Os Cuidados Paliativos têm que ser inseridos no serviço nacional de saúde, tem que se começar a dar mais importância à parte social e psicológica dos utentes.

Em conclusão, o papel do Assistente Social, deve ser cada vez mais promover o apoio não só a nível médico mas também a nível emocional, psicológico, espiritual, e ainda promover o controlo de sintomas e acompanhar o processo de luto, inserindo-se sempre na equipa Multidisciplinar e vendo o utente sempre como um todo.

## Bibliografia

### **Autores:**

Abiven, M. (2001). Para uma morte mais humana. Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos. Camarate: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda;

Andrade, L. (2008). Serviço Social. In V. Colaboradores, Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira (pp. 69 - 73). São Paulo: Cremesp;

Bardin, L. (2013). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70;

Cárcer, A. N. A. (2000). Trabajo Social en Cuidados Paliativos. Madrid: Arán Ediciones. S.A.;

Carmo, Hermano. & Ferreira, Manuela Malheiro. (1998). Metodologia da Investigação: guia para a autoaprendizagem. Universidade Aberta;

Carvalho, Maria Irene. (2012). Serviço Social na Saúde. Pactor – Edições de Ciências sociais e política Contemporânea;

Carrapiço, M. (2011). Quando a morte chega como mestre: O lugar e o significado das Experiências de formação informal em Cuidados Paliativos. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Superior de Educação de Portalegre (2º Curso de Mestrado em Formação de Adultos e Desenvolvimento Local), Portalegre.

Jean-Marie de Ketele & Xavier Roegiers. (1993). Metodologia da recolha de dados. Lisboa: Instituto Piaget;

Lakatos, Eva Maria. & Marconi, Marina de Andrade. (1992). Metodologia do trabalho científico, 4ª edição. São Paulo: Atlas;

Pacheco, S. (2004). Cuidar a Pessoa Em Fase Terminal: Perspetiva ética. Loures: Lusociência Editora;

Pessini, L. (2006). Bioética e Cuidados Paliativos – Alguns desafios do quotidiano aos grandes dilemas. In: Pimenta C., Mota, D., Cruz, D. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia, pp 47-85. Barueri, SP: Manole;

Pires, L. (2000). A formação dos assistentes sociais da saúde. In Revista Intervenção Social, Ano X, nº 21, Lisboa: cooperativa de Ensino Superior, Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico, CRL;

Quivy, Raymond & Van Campenhoutd, Luc (1992). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva;

Quivy e Campenhoutd (1995). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Paris: Gradiva;

Rodrigues, Hugo (2014). Os Cuidados Paliativos e a intervenção Social, Mestrado em Cuidados Paliativos, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo;

Romão, C. (2012). Cuidados paliativos – uma reflexão sobre as competências profissionais do assistente social. Instituto Politécnico de Portalegre;

Rosa, Maria João V. (2012). O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;

Rosa, Sónia Cristina (2015) A família do doente em fim de vida – o papel do Assistente Social. Mestrado em Gerontologia Social, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco;

Sardo, Ana Rita (2017). Práticas profissionais dos Assistentes Sociais nas Equipas Comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos. Mestrado em Gerontologia e Saúde, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Portalegre;

Santiestebam, I. (2002). La participacion de la família en cuidados paliativos. En Astudillo W., Morales, A., Claré, E., Cabarcos, A., Lerdaneta, E. San Sebastián: Eds. Advances recientes em cuidados paliativos -Michelena Artes Gráficas;

Sónia Cristina Rosa (2015). A família do doente em fim de vida - O papel do Assistente Social. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco (Gerontologia Social);

Twycross, R. (2003). Cuidados Paliativos. Lisboa: Climepsi Editores.

### **Legislação que consultei:**

ACSS. Circular Normativa 8/2017, de 19 de Abril. Serviço Nacional de Saúde;

Circular Normativa Nº 8 Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde - <https://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2008/03/ms-circular-normativa-n-8-16-maio-2002.pdf> (consultado a 10/09/18);

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o Biénio 2017-2018. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano-Estrat-gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018.pdf>

Decreto de Lei Nº 48357 de 27 de Abril de 1968 - <http://www.sindicatomedicosnorte.pt/portal/index.php/legislacao/outra-legislacao/item/171-decreto-n-48357-de-27-de-abril-de-1968> (consultado a 12/09/18);

Direção-Geral da Saúde (2006). Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Disponível em: [http://www.segsocial.pt/documents/10152/146439/rncci\\_boas\\_praticas\\_assistentes\\_sociais\\_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555](http://www.segsocial.pt/documents/10152/146439/rncci_boas_praticas_assistentes_sociais_saude/42a83de0-d9ed-4d97-bc6b-7e2607147555)

Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa. Autores: Catarina Resende de Oliveira, Manuel Santos Rosa, Anabela Mota Pinto, Maria Amália Silveira Botelho, António Morais, Manuel Teixeira Veríssimo. (Outubro de 2010);

GESTCARE, consultado em <https://www.care4it.pt/pt/cuidados-continuados-integrados>;

<http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html> (Consultado a 22/07/18);

<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2500/3/Disserta%C3%A7ao.pdf>

(Consultado a 17/07/18);

Lei de Base dos Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012) - O que são; Para quem se destinam; quais as formas de acesso aos serviços; etc.;

Ministério da Saúde. Portaria n.º 165/2016, de 14 de junho. Diário da República

Ministério da Saúde. Portaria n.º 66/2018, de 6 de Março. Diário da República;

Organização Mundial de Saúde – Conceito de Cuidados Paliativos (2002);

Programa Nacional de Cuidados Paliativos (Direção Geral de Saúde) – (2004) – O que são; Para quem se destinam; quais as formas de acesso aos serviços; etc..

## **Anexos**

## **Anexo I – Guião de Entrevista**

Temas	Questões	Observações
<p align="center"><b>Dimensão 1 – Caracterização do perfil</b></p> <p><b>Objetivo: Caracterizar o perfil do entrevistado</b></p>	<p>Idade Género Habilitações Área de Residência Profissão Estado Civil</p>	<p>Ano em que concluiu a formação;</p> <p>Há quanto tempo trabalha na profissão?</p> <p>Em Contexto Hospitalar? E na Unidade de Cuidados Paliativos?</p> <p>Tem experiência de trabalho a lidar com a morte e com trajetórias finais de vida?</p>
<p align="center"><b>Dimensão 2 – Características da Unidade</b></p> <p><b>Objetivo: Perceber qual o funcionamento da Unidade</b></p>	<p>1 – Qual o tempo de espera para entrar na unidade? 1.1. Que capacidade tem a unidade em termos de camas? E de espaço?</p> <p>2 – A Unidade tem uma boa capacidade de resposta para o problema dos doentes?</p> <p>3 – Por quantos elementos é constituída a equipa?</p>	<p>Se já trabalhou noutros contextos, notou diferenças entre o trabalho numa UCP e noutros tipos de unidade onde já trabalhou?</p> <p>Dão resposta a tudo aquilo que os doentes necessitam e pedem?</p>
	<p>4 – Um utente vai às consultas externas, o que é</p>	

<p><b>Dimensão 3</b></p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p><b>Compreender quais as ações que a Assistente Social desenvolve no acompanhamento aos doentes e às suas famílias;</b></p>	<p>feito com ele nessas consultas?</p> <p>5 - Como um utente é referenciado para a Unidade de Cuidados Paliativos?</p> <p>6 – Na unidade, que tipo de tratamento/acompanhamento é dado ao paciente? Quer a nível médico, psicológico e social?</p> <p>7 – No que diz respeito à Equipa Multidisciplinar, qual o seu papel?</p> <p>8 – Com que atores sociais interage, além dos doentes?</p> <p>9 – No dia-a-dia nas consultas, o que faz como profissional?</p> <p>10 – Na unidade qual é o seu papel como Assistente Social, quais são as suas funções?</p> <p>11 – Que tipo de acompanhamento dá aos doentes, enquanto assistente social?</p>	<p>É nestas consultas que o utente é posteriormente referenciado para a RNCP?</p> <p>Nomeadamente família</p> <p>Com o doente, a família e a equipa multidisciplinar</p> <p>É efetuado por si? Pela equipa Multidisciplinar? É preparada com base em quê? A família é incluída neste processo?</p>
--	--	--



<p><b>acompanhamento dos doentes em trajetória final de vida e suas famílias colocam as Assistentes Sociais.</b></p>	<p>acompanhamento dos doentes e familiares?</p> <p>17 – Os doentes são recetivos a conversar consigo?</p> <p>18 – A família pode ser um “obstáculo” para o seu trabalho?</p>	<p>Mostram iniciativa para conversar? Disponíveis? Que sentimento acha que mais impera quando conversa com eles? Tristeza? Preocupação? Depressão?</p> <p>Um dos exemplos pode ser: no sentido de quererem saber mais do que aquilo que o doente permite que saibam. Neste contexto estou-me a referir ao fato de o doente não querer a família muito envolvida, de não querer que estes saibam a totalidade da realidade do que se esta a passar com ele, mas a família continua a insistir, pressionando-a para que lhes conte a verdade.</p>
--	--	---

## **Anexo II – Transição de Entrevista 1**

## Entrevista 1

### Dimensão 1 – Caracterização do perfil

#### Objetivo: Caracterizar o perfil da entrevistada

Idade - 33

Género – Feminina

Habilitações – Licenciada em Serviço Social

Área de Residência – Quinta do Conde

Profissão – A.S.

Estado Civil – Casada

Ano em que concluiu a formação – 2011, altura em que casou

#### Há quanto tempo trabalha na profissão?

**A.S** - Trabalho há 3 anos na área, mas dada a riqueza do estágio académico acaba sempre por considerar, como um ano de experiência, mas a nível civil há instituições que não consideram outros que consideram.

#### Em Contexto Hospitalar? E na Unidade de Cuidados Paliativos?

**A.S** - Agora trabalho em contexto hospitalar, mas o estágio académico foi na urgência central do Hospital de Santa Maria, o segundo ano foi numa unidade de saúde familiar, centro de saúde e fazia também serviço para a ECCI, onde para além de trabalhar com a comunidade no serviço normal do centro de saúde trabalhava também na ECCI, era o elemento do S.S que fazia as ligações. Os outros dois anos, que estão quase a chegar em agosto, foram aqui neste contexto de internamento, na unidade de cuidados continuados e a chamada para situações de internamento hospitalar ou de ambulatório em contexto privado que é um bocadinho diferente do público.

### **Tem experiência de trabalho a lidar com a morte e com trajetórias finais de vida?**

**A.S** - Sim tenho, é uma área que sempre me interessou e que percebi logo na altura, em que vou para o centro de saúde que é uma lacuna muito grande na área do serviço social, não existe nenhuma componente teórica na nossa formação de base que nos prepare para lidar com o luto e isso é uma situação que nos vamos ser confrontados a todos os níveis seja em que área específica estejamos a trabalhar, seja em saúde ou não, independentemente disso é um assunto que faz parte da trajetória humana que é aquilo que temos certo quando nascemos e portanto acho que é uma lacuna muito grande. O que significa que desde logo nesse ano, surgiu uma oportunidade de fazer um workshop para compreender um bocadinho o luto complicado, patológico para perceber um bocadinho mais em termos propriamente teóricos e fui logo fazer porque achei uma necessidade muito grande, porque muitas das vezes as pessoas precisam de expressar sentimentos antes, durante, depois que nem sempre é necessária a presença obrigatória de um psicólogo, com uma formação específica, porque não estamos sempre a falar de um luto patológico, ou complicado, podemos estar a falar de um luto simples, mas essa pessoa não ter a possibilidade de partilhar os sentimentos, simplesmente porque por exemplo é o marido que faleceu e não vai falar sobre isso com os filhos, ou porque é os pais e não vai falar sobre isso com os irmãos porque entristece, por tudo isto, no meu ver era uma formação que deveria ser obrigatória no A.S, pela nossa perspetiva de trabalharmos como a perspetiva holística da pessoa, deveria ser uma pedra basilar na nossa formação, fosse a trabalhar com crianças, com saúde, com tribunais, que neste momento não o é. O luto é uma coisa transversa, que não deveria apenas estar ligada a parte mais envelhecida, porque tal como observou aqui em C.P estamos perante situações oncológicas, pessoas bastantes novas, e se continuarmos como esta a maioria da sociedade a manter a morte e tudo o que a envolve como tabu, também nunca vamos conseguir ultrapassá-la de forma mais natural, se assim se pode dizer.

## **Dimensão 2 – Características da Unidade**

### **Objetivo: Perceber qual o funcionamento da Unidade**

#### **1 – Qual o tempo de espera para entrar na unidade?**

**A.S** - O tempo de espera, até vem a calhar porque nos tivemos uma reunião com a ECR aqui da nossa zona, e as colocações estão a ser automáticas o que significa que na pratica em termos de espera 2/3 dias no máximo. Aquilo que está a demorar o processo, são estes a darem entrada, para a ECR os puder colocar estão a demorar muito mais tempo do que o ideal, e por isso atualmente temos alturas em que temos 2/3 vagas disponíveis durante muito tempo e não significa que não existam pessoas com necessidades de cuidados paliativos. Há alguma coisa que está a demorar mais nas equipas para fazer as referências não sabemos se são os próprios recursos das equipas, se é algum procedimento tipo que tenham instituído, mas segundo a ECR, o que nos dizem é que as colocações não estão a demorar uma duas ou três semanas, estão praticamente a ser automáticas, mas estão a ter dificuldades em aceitar as candidaturas para por o processo em andamento.

#### **1.2. Que capacidade tem a unidade em termos de camas? E de espaço?**

**A.S** - 14 Camas da rede nacional de cuidados continuados, e na tipologia privada temos capacidade para receber cuidados paliativos, sendo que não temos número de camas específicas, mas conseguimos facilmente dar resposta, caso fosse a situação de termos também 14 camas para o privado, mas geralmente temos para aí umas 5 camas de paliativos no privado. Com a alteração da lei, temos menos camas na RNCC, e não somos a única unidade.

## **2 – A Unidade tem uma boa capacidade de resposta para o problema dos doentes?**

**A.S** - Sim. Temos uma multidisciplinar que funciona já a bastante tempo, em que na falta de um ou de outro elemento conseguem se complementar na medida do possível e conseguem fazer um trabalho muito bom em que um enfermeiro consegue perceber por exemplo uma conspiração do silêncio, mas onde nem sempre é necessário uma C.F. para reverter a situação, às vezes com a simples intervenção do enfermeiro consegue resolver a situação. É uma equipa que já trabalha há alguns anos, sempre tem um núcleo duro, idêntico o que ajuda também porque a pessoa já sabe o que o outro profissional vai fazer ou dizer e ajuda nesse sentido.

## **3 – Por quantos elementos é constituída a equipa?**

- Dr. Clínica
- 3 Enfermeiros (serviço de turnos)
- 2 Auxiliares
- A.S que estiver afeta ao serviço
- Psicóloga
- Pontualmente: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e a nutricionista.

### **Dimensão 3**

**Objetivo: Compreender quais as ações que a Assistente Social desenvolve no acompanhamento aos doentes e às suas famílias**

**4 – Um utente vai às consultas externas, o que é feito com ele nessas consultas? 5 - Como um utente é referenciado para a Unidade de Cuidados Paliativos?**

**A.S** - Daquilo que tenho conhecimento, daquilo que as famílias nos passam até porque nunca assisti a nenhuma consulta, nesse âmbito, e conheço uma unidade de C.P. Hospitalar do SNS, tenho algum conhecimento da dinâmica, nas circunstâncias,

Na maioria das consultas, para além do controlo sintomático, em situações onde a pessoa tenha os sintomas descontrolados, que haja alguma exaustão muito grande por parte do cuidador, há a necessidade de fazer uma referência por exemplo para a UCP, e há a desmistificação e há a explicação de como funciona e a assinatura do CI, a escolha das unidades, e há também sempre a perspetiva muito holística, de perceber o que é que o doente quer, e para além disso, quais as suas expectativas em relação à doença, se conhece o diagnóstico/prognóstico, e portanto acaba por o dar no mesmo tipo de situações que eventualmente aqui tínhamos mas numa fase primária em que estamos a falar de pessoas que a maioria das vezes estão no domicílio e que têm familiares esgotados ou que eventualmente não estejam em situação limite de *stress*, mas que esteja com descontrolo de sintomas e que precisem de cuidados a nível da medicina. Esse tipo de consultas dá um acompanhamento diferente, do que uma pessoa ter um sintoma descontrolado e ir à urgência e ser visto por um profissional que não tem experiência em CP, que não tem conhecimento do seu diagnóstico, portanto não vai fazer uma ação paliativa mas vai tentar uma ação curativa, que naquela circunstância não será o ideal. Servem para orientar e encaminhar para tentar que as pessoas permaneçam em casa o mais tempo possível, com a maior qualidade de vida possível.

**É nestas consultas que o utente é posteriormente referenciado para a RNCP?**

**A.S** - Sim, atualmente com a alteração da lei há duas hipóteses de fazer referência, sendo que a pessoa, já é seguida por cuidados paliativos, das duas uma, ou é referenciada pela EIHCPC ou pela ECSCP, isto não significa que não existam referências feitas de outra forma, por exemplo já não é a 1ª vez que recebemos referências por diagnósticos que não estão propriamente adequados, e uma

convalescença, uma média, uma longa, não possa eventualmente fazer uma referenciação para uma UCP, até mesmo no próprio centro de saúde por alguma exceção (pois a lei obriga a que todos os centros de saúde, senão todos tenham equipas comunitárias de suporte cuidados paliativos, logo aí a referenciação cai sobre essa equipa), mas uma longa, uma media, uma convalescença pode perfeitamente, desde que a pessoa esteja com critérios para isso referenciar, inclusive na zona de leiria sei que as longas não tem capacidade de receber pessoas com situação de cuidados, e em situações de descontrolo é a própria intra hospitalar que faz a avaliação, o que significa que pode ter algumas diferenças face a administração regional de saúde onde está inserido.

**6 – Na unidade, que tipo de tratamento/accompanhamento é dado ao paciente? Quer a nível médico, psicológico e social?**

**A.S** - Obrigatoriamente tem que ser sempre acompanhamento ao nível, social, medico e de enfermagem, ou seja somos as 3 categorias profissionais que têm que avaliar o doente, as condições em que o doente nos chega e o trabalho que temos pela frente. Na nossa unidade temos sempre disponível, caso seja necessário, um apoio psicológico mais específico do que propriamente o acompanhamento geral que a psicóloga dá aos utentes aqui da unidade, e temos sempre os outros profissionais que abocado mencionei, fisioterapia caso para se a pessoa se sentir mais útil seja necessário fazer, independentemente que se saiba que o objetivo não é recuperar a mobilidade, mas que poderá manter ocupado ou diminuir o cansaço que a pessoa tem devido ao seu problema oncológico, dependendo do sítio onde este está localizado. Portanto, este acompanhamento dos 3 é obrigatório, os outros, à medida que se vai verificando a necessidade, plano individual de intervenção podem aparecer mais ou poderemos intervir no nosso caso só ao início, se tiver uma intervenção social mais facilitada.

### **7 – No que diz respeito há Equipa Multidisciplinar, qual o seu papel?**

**A.S** - Faço parte da equipa como qualquer outro profissional da equipa, dando sempre a perspetiva social de cada pessoa, que pode porventura às vezes ser o suficiente para justificar, por exemplo, uma transferência para uma longa duração, caso estejam os sintomas controlados após os 30 dias de internamento, isto tendo em conta as condições que a pessoa tiver a nível habitacional, a nível do cuidador.

### **8 – Com que atores sociais interage, além dos doentes?**

**A.S** - Família, essencialmente, nesta fase porque na maioria das vezes o doente já não nos chega sequer em condições para termos perceção se está consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço. Por vezes temos que interagir com as instituições da comunidade, se houver uma necessidade de preparação de alta, quer para uma equipa comunitária, para uma ECCL, ou para uma situação de alguém que nos chega e que não tem muita informação, se é uma pessoa isolada, se tem já algum contato com alguma instituição, recolher informação, pontualmente contato com uma funerária local sobre a possibilidade de funerais sociais, para além disso poderá também haver contato com o guia espiritual ou o paráco.

### **9 – No dia-a-dia nas consultas, o que faz como profissional?**

### **10 – Na unidade qual é o seu papel como Assistente Social, quais são as suas funções?**

**A.S** - Atendimento, acolhimento, advocacia social, apoio psicossocial, apoio luto, intervenção no protocolo de luto, contatos institucionais, avaliação social, trabalho em rede, caso se justifique, empowerment, nalgumas circunstâncias, no caso dos paliativos muito pouco, mas também.

### **11 – Que tipo de acompanhamento dá aos doentes, enquanto assistente social?**

**A.S** - Apoio psicossocial quando é possível, prestar informação.

**É efetuado por si? Pela equipa Multidisciplinar? É preparada com base em quê? A família é incluída neste processo?**

**A.S** - Nesta fase que há muitos doentes que nos chegam, que já não tem condições para haver uma intervenção mínima a nível social, o que faço é proporcionar às famílias um espaço próprio para que possam ser ouvidas, e possam falar dos seus sentimentos abertamente sem ter receio, que alguns possam ouvir, porque nem sempre os sentimentos nesta altura são os mais expetáveis e portanto estamos a lidar com pessoas não com máquinas. Aproveito para recolher através da família, informação que seja necessária para fazer as minhas avaliações e proporciono-lhes o espaço ideal para ser o espaço do familiar e não do doente e com isso conseguir desenvolver uma relação de empatia, uma bolha de oxigénio para os familiares, porque nem sempre estão numa fase que precisam de apoio psicológico específico, não significa que não precisem de um espaço onde possam desabafar, sem se preocupar se estão a ter um sentimento mais negativo ou não sobre a situação.

**12 – O processo de alta do doente é tratado assim que o doente dá entrada na unidade?**

**A.S** - Depende do estado em que se encontra o doente. Se for um caso típico de controlo sintomático sim, há essa necessidade porque, no final dos 30 dias, o internamento poderá ter o seu fim. Nos casos em que os doentes já nos chegam em estado avançado da doença não é feito porque não é exequível, e à partida, por experiência própria, a maioria dos óbitos ocorrem antes dos 30 dias, quando chegam já em fase muito avançada da doença e não quero com isto dizer que me estou só a referir doentes que venham já em fase pré agónica, ou agónica.

**Apoio a família/Trabalho com a equipa/Função da unidade em si, neste caso**

**A.S** – Sim, trabalho. Ou a família é bastante organizada e não é necessário grande apoio, do que aquilo que já tinham, ou então é necessário ajudar a família numa procura de lar, num acompanhamento pela ECCI, pela equipa comunitária e estamos sempre abertos a que as famílias recorram a nos mesmo que já não estejam afetos a nós, quer por óbito quer por alta.

### **13 - Caso o doente faleça quais são os procedimentos a tomar?**

**A.S** - A A.S. a não ser que seja um funeral social, não tem intervenção direta na situação, isto porque em situação de óbito é a equipa de enfermagem que comunica com o médico, para que o óbito seja atestado, é o médico que comunica com a família caso esta não esteja presente no momento do óbito, e normalmente é a enfermagem que faz questão de preparar o corpo, com roupa e o que for necessário. Muito ligado a equipa de enfermagem 24h/24h com o doente. De qualquer forma estamos sempre disponíveis para qualquer esclarecimento, em relação à habilitação de herdeiros, de funeral, seja uma questão do que é para fazer a seguir. Em termos de aplicativo a equipa de enfermagem faz o registo de que detetou o doente sem sinais de vida mesuráveis, o médico faz o registo de atestar o óbito e é dado o óbito administrativo que na nossa unidade, é efetuado pela assistente social no aplicativo.

### **14 – Qual o seu papel na equipa multidisciplinar?**

**A.S** - Papel de A.S que vai chamar a atenção que nem sempre o fato de a pessoa ter potencial, ou não, não é o suficiente para a planificação de uma alta e que existem outros elementos que devem tidos em conta. O assistente social não tem que estar só presente numa conferência familiar exclusivamente só por problemas ou questões sociais, ou por uma transferência para outra tipologia, o assistente social pode ter um papel mais no foro do apoio psicossocial.

### **15 – O doente tem poder de decisão em relação ao seu processo?**

**A.S** - O doente deve ter sempre poder de decisão, podemos é ser confrontados com duas situações o doente vir num estado tão avançado que já não tem qualquer poder de decisão ou estarmos a falar de um doente com demência e aí a sua decisão pode não ser consciente e orientada, ou o doente pode escolher fazer um testamento vital. Os doentes vão com umas expectativas muito elevadas. O doente deve fazer sempre parte do processo ao contrário do que se passava há uns anos atrás, (perspetiva biomédica), mas sim agora com uma perspetiva holística. Deve-se sempre ouvir o doente, e explicar lhe todas as situações, mostrar-lhe as outras soluções, ter bom senso, questão ética, mas se o doente estiver consciente e orientado perceber sempre qual é o seu objetivo, tem sempre que ser escutado, e executado sempre que exequível.

#### **Dimensão 4**

**Objetivo: Compreender quais os principais desafios profissionais que o processo de acompanhamento dos doentes em trajetória final de vida e suas famílias colocam aos Assistentes Sociais**

**16 – Para si, como profissional, quais são os principais desafios/problemas que sente no processo de acompanhamento dos doentes e familiares?**

**A.S** - Falta de formação no luto, e em termos de constrangimentos é o fato da alteração da lei ter obrigado a dar um período de internamento numa situação que se pensava ser uma bolha de oxigénio e que atualmente tem uma curta duração que não permite desenvolver um grande trabalho com as famílias. Para além disso, falta formação na área da saúde aos assistentes sociais porque uma pessoa que tenha formação de A.S., chegar a 1ª vez a uma unidade de saúde seja ela qual for vai estar a olhar como um burro para um palácio porque há uma serie de nomenclaturas, que são recorrentes para quem trabalha na área da saúde que nós nem sequer fazemos a mínima ideia do que seja. Claro que temos que procurar ser melhores profissionais e irmos à procura e informarmos- nos, mas o facto de não haver uma formação nesta área, é uma lacuna muito grande na nossa formação. Apesar de achar que no ISCTE estão a tentar fazer uma.

**Quais os mais frequentes no trabalho com o doente, a família e os restantes profissionais**

**A.S** - A falta de formação na área da saúde.

### **17 – Os doentes são recetivos a conversar consigo?**

**A.S** - Normalmente a A.S. está envolta num estigma e portanto a maioria das pessoas, ou são aquelas pessoas que não têm problemas em assumir que têm uma situação qualquer que gostariam de falar de imediato ou tem alguma questão que queiram colocar, mas vai mais por ai (transportes, subsídios) porque em termos práticos vem mais uma obrigação falar connosco por fazermos parte da equipa, não propriamente como uma necessidade. Tem a ver com a imagem que os Mídia e a sociedade têm de nós.

### **Mostram iniciativa para conversar? Disponíveis? Que sentimento acha que mais impera quando conversa com eles? Tristeza? Preocupação? Depressão?**

**A.S** - Sim, alguns nota-se conSPIração de silêncio (idades, doenças). O antecipar um luto que irá acontecer e o receio daquilo que se deixou por fazer ou que não se conseguiu resolver, mais nos mais novos. Os mais velhos na minha perspetiva passam por isto com a sensação de algumas coisas cumpridas. Os mais novos acabam por talvez ser mais doloroso.

### **18 – A família pode ser um “obstáculo” para o seu trabalho?**

**A.S** - Há família que são chatas sim. Há famílias em completa negação e não compreendem a vontade do doente, não é a nossa intervenção, mas sim a vontade do doente. No caso do A.S, o que a família pode criar é entraves numa situação de alta, porque de resto a maioria das vezes as pessoas não querem sujeitar o familiar a isso (subsídios).

## **Anexo III – Transição de Entrevista 2**

## Entrevista 2

### **Dimensão 1 – Caracterização do perfil**

#### **Objetivo: Caracterizar o perfil do entrevistado**

Idade – 42

Género – Feminina

Habilitações – Licenciada em Serviço Social

Área de Residência – Setúbal

Profissão – A.S.

Estado Civil – Casada

Ano em que concluiu a formação – 2001

#### **Há quanto tempo trabalha na profissão?**

**A.S** - Desde sempre, há 17 anos, fazendo as contas.

#### **Em Contexto Hospitalar? E na Unidade de Cuidados Paliativos?**

**A.S** - Não. Portanto, primeiro trabalhei na santa casa da misericórdia de Azeitão, fui a coordenadora do centro de dia e do serviço de apoio domiciliário. Desse serviço transitei diretamente para o Hospital. Sendo que o meu estágio académico foi no Hospital dos Capuchos, durante 6 meses. Foi um bom estágio, onde aprendi, e acabei por fazer mais tempo que o suposto. Sempre gostei desta parte do serviço social hospitalar e acabei por ficar um bocadinho mais do que aquilo que era obrigatório em termos académicos.

#### **Tem experiência de trabalho a lidar com a morte e com trajetórias finais de vida?**

**A.S** - Sim, no HSNA desde 2013 que portanto, estou aqui e, desde essa data que temos a UCP e como tal trabalho com essa situação de morte e de fim de vida.

## **Dimensão 2 – Características da Unidade**

### **Objetivo: Perceber qual o funcionamento da Unidade**

#### **1 – Qual o tempo de espera para entrar na unidade?**

**A.S** - Isso é uma situação que é gerida pela RNCC, não é uma situação que seja gerida pelo nosso hospital e, nos privados não temos lista de espera. Um doente privado que queira entrar para a unidade de cuidados continuados, desde que haja um quarto, que até agora tem sempre havido, não existe lista de espera. Agora na rede há de facto lista de espera que não é gerida por nós mas nos C.P. Pelo que me apercebo nos consentimentos informados, o tempo de espera, depende, mas já tive doentes que assinaram há uma semana, como outros que assinaram há três. Não é rigoroso, depende se há muito referência ou não, a lista de espera aumenta ou diminui. Não é uma coisa fixa e é sempre gerida pela rede.

#### **1.1 - Que capacidade tem a unidade em termos de camas? E de espaço?**

**A.S** - O nosso hospital em termos da rede nos cuidados paliativos tem cerca de 14 camas, no que diz respeito aos privados temos 20 camas, sendo que nem todas são ocupadas por cuidados paliativos algumas são para reabilitação mas portanto em privado havendo disponibilidade são as 20.

#### **2 – A Unidade tem uma boa capacidade de resposta para o problema dos doentes?**

**A.S** - Sim, a nossa unidade, penso que vai dando uma boa resposta, eles vêm efetivamente para o controlo de sintomas. Somos uma equipa que a maioria dos profissionais tem, ou mestrado ou um curso básico, ou avançado em cuidados paliativos o que faz com que a equipa esteja capacitada para dar resposta aos problemas dos utentes que no seu grosso, são o descontrolo sintomático, vêm para controlarmos os sintomas, vêm muitas vezes com expectativas irrealistas, e que temos que validar e conversar acerca das mesmas, muita conspiração do silêncio, em que a família sabe uma coisa, o utente sabe a mesma coisa, mas ambos pensam que nenhum dos dois sabe e

andam a esconder uns aos outros. E depois é a questão de quando há critérios clínicos trabalhar uma alta do ponto de vista social. Penso que sim, que temos uma boa capacidade de resposta, cada profissional tenta adaptar-se ao tipo de utente e à necessidade do utente, onde este tem que ser visto como um todo, sendo que a psicologia é importante na gestão das expectativas. Somos uma equipa que ainda está a crescer, mas no geral penso que temos dado uma resposta positiva a cada utente.

### **3 – Por quantos elementos é constituída a equipa?**

**A.S** - Do ponto de vista médico temos a direção clínica (elemento médico, e outro que dá apoio), equipa de enfermagem são muitos, mas que por turno andam a volta dos  $\frac{3}{4}$ , do serviço social apenas uma está afeta ao serviço, psicóloga, a reabilitação (são varias cada utente tem o seu), animação e as assistentes operacionais.

### **Dimensão 3**

**Objetivo: Compreender quais as ações que a Assistente Social desenvolve no acompanhamento aos doentes e às suas famílias**

### **4 – Um utente vai às consultas externas, o que é feito com ele nessas consultas?**

**A.S** - Não é só nas consultas, geralmente é mais nos internamentos. São mais os utentes internados que até puderam ir a uma consulta externa, mas que depois acabam por ter uma intercorrência e acabam internados.

### **5 - Como um utente é referenciado para a Unidade de Cuidados Paliativos?**

**A.S** - Ou através da EGA, ou pela EIHSCP, portanto os hospitais atualmente têm duas entidades a EGA e esta equipa. Para a referenciação para CP é geralmente a EIHSCP que indica. Depois para outras unidades é a EGA. No domicílio é através dos centros de saúde.

**É nestas consultas que o utente é posteriormente referenciado para a RNCP?**

### **6 – Na unidade, que tipo de tratamento/acompanhamento é dado ao paciente? Quer a nível médico, psicológico e social?**

**A.S** - Depende muito das necessidades globais do utente, cada utente é sempre um utente. Do ponto de vista medico é o controlo de sintomas, um doente que vem para C.P.

pode já vir numa fase avançada da sua vida, mas mesmo essa fase se a equipa medica conseguir ali controlar sintomas da dor, do vômito, falta de ar, ansiedade com certeza que essa pessoa irá partir de uma forma diferente se esse trabalho não for desenvolvido. Estabilidade clinica, cuidar e não curar, porque é isso que fazemos em cuidados paliativos. Em termos de apoio psicológico, vai muito pelo apoio psicológico, o acompanhar o utente e a família, saber se têm noção do diagnóstico e como é que estão a lidar com ele, prepará-los muitas das vezes para falarem uns com os outros, prepará-los para a despedida, para a partida se têm alguma coisa que queiram resolver.

Em relação ao trabalho social, se o utente já vier com diagnóstico muito avançado, nós apenas, e muito acolhemos a família e damos também um colinho, damos um aconchego, acolhemo-la do ponto de vista social, mas é o acolhimento e o acompanhamento social, porque é um utente em CP, que não esta a efetuar pagamento, porque vem da rede, pudera já não ter critérios para o CD, aquelas prestações sociais que nós nas outras tipologias trabalhamos, mas que nos CP, já não há esse tempo, acabamos por dar muito o reforço a psicologia, e aos outros elementos da equipa. Quando o utente vem num estágio não tão avançado, e permite que a equipa clinica consiga um controlo sintomático, então temos um outro trabalho social de extrema importância que é preparar a alta. E da minha parte as altas são preparadas logo na admissão, quando o utente tem critérios para tal, porque vejo o utente e tenho alguma experiência, ou porque vi o relatório, e vejo que o utente poderá no período de internamento em CP (30 dias), vir a ter condições para se trabalhar a alta social, pois então muito bem. Então trabalho logo desde a admissão, explorando com a família quais as hipóteses findo o período, atingindo os objetivos do internamento (controlo sintomático e ganhar mais autonomia nas AVD) qual é a capacidade da família de receber o utente, para o domicílio, através de SAD, ECCI, integração em lar. É feito um estudo do ponto de vista habitacional e familiar para pudermos preparar a alta.

### **7 – No que diz respeito à Equipa Multidisciplinar, qual o seu papel?**

**A.S** - Papel muito importante no meu ponto de vista, porque muitas das vezes os familiares e os utentes vêem-nos como o elemento mediador, como o elemento gestor de caso, e procuram-nos para gerir esta ou outra situação. Como somos um elemento de grande proximidade com o utente e com a família, faz com que estes, quando sentem alguma necessidade, procurem o SS para partilharem o que necessitam, para a sua necessidade, vejo-me e vejo o serviço social numa equipa de CP como um elemento mediador que tem a função de gestor de casos que pode então ajudar a gerir as necessidades.

**8 – Com que atores sociais interage, além dos doentes?**

**A.S** - Família (esposa, filha, filho) como pode não ser família, e teremos que gerir com uma instituição que já dava apoio. Quantas vezes recebemos utentes que já tinham apoio por não terem uma retaguarda da família. Interajo com uma técnica de serviço social de uma instituição, ou até mesmo com um vizinho. É visto caso, a caso, ou pelo que vem na rede, ou pelo que o utente transmite.

**9 – No dia-a-dia nas consultas, o que faz como profissional?**

**10 – Na unidade qual é o seu papel como Assistente Social, quais são as suas funções?**

**A.S** - São muitas, e infelizmente não temos só funções de SS, mas temos também funções administrativas (questões de transportes, introduzir no sistema informático dados pessoais de utente) que acabam por ocupar uma parte do nosso dia. Mas essencialmente as funções são funções de acolhimento, de atendimento social, elaborar processo social, e registo social, acompanhamento social e quando há necessidade caminhar para a alta, ou para o óbito, onde neste caso é muito importante o papel da AS, porque quando não há retaguarda familiar ou quando há retaguarda, mas não há capacidade financeira para suportar o funeral, passa a ser um funeral social, e temos aí o papel de organiza-lo. Um papel vasto, numa equipa multidisciplinar que não é só social, que infelizmente também é muito administrativo.

**11 – Que tipo de acompanhamento dá aos doentes, enquanto assistente social?**

**A.S** - Acolhimento, acompanhamento social, fazer um bom diagnóstico e depois puder fazer acompanhar do ponto de vista social. Quando clinicamente me deixa avançar um bocadinho mais do ponto de vista clínico, começo a tratar da alta, prestações sociais, quando a situação clínica não permite tenho um papel mais de mimo, de acompanhamento, de cuidar, de estar lá se necessitarem e vou acompanhando aquele evoluir que vai acabar por terminar.

A família deve fazer parte integrante da equipa, por isso é que temos por hábito fazer as conferências familiares para os envolver neste processo de evolução clínica, eventualmente de partida. E notamos que ao envolve-las, ao estarmos disponíveis faz com que, ou para preparar uma lata, um óbito ou uma transferência que também as há,

faz com que estes se sintam envolvidos e facilitem. Por isso é um momento facilitador integrar a família na equipa. Muitas vezes os utentes não têm critérios de alta, e nós não conseguimos trabalhar a alta ou porque não têm família, ou porque não têm condições habitacionais, coisas que sabemos no SS, e que do ponto de vista clinica temos alguma instabilidade, mas que ainda não surgiu o óbito permite nos aqui ter algum serviço, cuidados então às vezes efetuamos pedidos de transferências, nomeadamente para longa duração e as vezes também para a ECCL.

**É efetuado por si? Pela equipa Multidisciplinar? É preparada com base em quê? A família é incluída neste processo?**

**12 – O processo de alta do doente é tratado assim que o doente dá entrada na unidade?**

**A.S** - Já assistiu a duas altas, é um privilégio dar uma alta social em cuidados paliativos, é muito raro mas acontece. No acolhimento eu apercebi-me que poderia haver capacidade de controlar sintomaticamente este doente e de atingir estabilidade clinica e no acolhimento comecei a estudar quais as possibilidades. No caso de hoje, já avisámos a família de que pode haver um agravamento, é espectável que isso aconteça, porque estamos a falar num estado já muito avançado da doença, e avisamos que quando houver agravamento devem contactar a equipa referenciadora para novamente encaminhar para uma unidade.

**Apoio a família/Trabalho com a equipa/Função da unidade em si, neste caso**

**13 - Caso o doente faleça quais são os procedimentos a tomar?**

**A.S** - Não sendo caso social, não sendo um utente que não tem família, ou que tem uma família muito frágil do ponto de vista financeiro, é um procedimento que fica muito entre a equipa clinica. Geralmente acontece o óbito, a equipa vai se apercebendo da entrada em fase agónica deste doente e começa a preparar a família dando tiros de aviso, que é uma coisa muito usada em cuidados paliativos, e até fazer uma conferência familiar, que é uma coisa muito usada agora nesta fase de iminência de terminalidade. E nestes contextos quando ocorre o óbito é a equipa de enfermagem ou medica a contactar a

família, e pedir-lhes que tragam a roupa, e pede à família que diligencie o funeral através de uma funerária e o SS aqui apenas tem conhecimento do óbito.

Se é uma situação social ou de fragilidade social, de acordo com aquilo que já referi acima, então quando estamos próximos, ou temos já o trabalho adiantado quando nos apercebemos dessas situações, ou contatei já uma funerária sobre a hipótese de fazer um funeral social. Entrar em contacto com instituições sociais associadas ao utente, contactar a família a informar o óbito.

#### **14 – Qual o seu papel na equipa multidisciplinar?**

**A.S** - Papel de mediação, gestor de caso. Depende se o utente é social ou não tanto.

#### **15 – O doente tem poder de decisão em relação ao seu processo?**

**A.S** - Claro que sim, desde que esteja na sua capacidade plena de decisão, caso não esteja temos que nos organizar com a família. Mas desde que o utente tenha as suas capacidades mentais preservadas, ele é soberano. Quantos doentes se recusam a alimentar-se para impor uma decisão deles e a equipa tem que perceber estas coisas e aceitar? Depois o difícil é explicar à família. O doente já não consegue comunicar mas transmite-nos a sua vontade.

#### **Dimensão 4**

**Objetivo: Compreender quais os principais desafios profissionais que o processo de acompanhamento dos doentes em trajetória final de vida e suas famílias colocam aos Assistentes Sociais**

**16 – Para si, como profissional, quais são os principais desafios/problemas que sente no processo de acompanhamento dos doentes e familiares?**

**A.S** - Problemas no fundo é estarmos muito tempo absorvidos noutras tarefas, que não são diretamente da nossa formação académica e profissional e acaba por ser um entrave e uma dificuldade de desenvolvermos o nosso trabalho como gostaríamos.

Os desafios são sempre tentar apoiar este utente e a família nesta fase, que poderá ser de fim de vida e tentar e proporcionar o maior conforto, a maior dignidade na mesma. E todos os dias puder desafiar o nosso trabalho e tentar fazer a diferença perante aquela pessoa.

**Quais os mais frequentes no trabalho com o doente, a família e os restantes profissionais**

**17 – Os doentes são recetivos a conversar consigo?**

**A.S** – Sim, são bastantes recetivos.

**Mostram iniciativa para conversar? Disponíveis? Que sentimento acha que mais impera quando conversa com eles? Tristeza? Preocupação? Depressão?**

**A.S** - Nos cuidados paliativos às vezes os utentes vêm com a dor descontrolada, vêm com muitos sintomas a controlar e nem todos vêm numa fase inicial recetivos a conversar, às vezes depois este controlo é atingido e conseguimos manter uma conversa, outras vezes não.

Tristeza, ódio, muitas das vezes sabem do diagnóstico há pouco tempo, preocupados, com falsas expectativas, vêm a pensar que vêm para a unidade que ainda puderam fazer meios complementares de diagnóstico e fazerem-se ainda alguns procedimentos e estão preocupados, com dúvidas, incertezas e deprimidos. E cada vez mais chegam-nos utentes de faixas etárias muito jovens, portanto não podemos só pensar que nos chegam só pessoas, de 80, 90 anos, temos muita gente de 40 e 50 anos e que vêm toda a sua

vida desfeita e veem que vão deixar os seus, isto trás tristeza, preocupação, depressão e aqui é fundamental o papel da psicologia.

### **18 – A família pode ser um “obstáculo” para o seu trabalho?**

**A.S** - Às vezes são, principalmente naqueles utentes em que vêm com o prognóstico, e com alguma estabilidade clinica, e que vêm com alguma possibilidade da equipa controlar os sintomas e é necessário trabalhar a alta. Ai sim muitas das vezes, a família é um obstáculo, porque às vezes ou por desconhecimento ou por medo, ou por falta de vontade não querem receber o utente em casa, portanto pensam que vai para a unidade ou vai lá morrer ou se não vai lá dar continuidade e por isso muitas vezes são um obstáculo na preparação da alta. Por isso é que é muito importante o acolhimento, logo no dia da entrada preferencialmente, e estudar logo com a família o procedimento da alta e fazer ali um compromisso através de uma minuta que eu utilizo, que é a ata do acolhimento, onde também abordo a alta e solicito uma assinatura comigo. Mas muitas das vezes eu costumo dizer que até há utentes que mais valia não terem família porque tudo o que tentamos construir eles desconstroem, tudo é uma dificuldade, porque muitas das vezes não têm é vontade. Outras vezes não são, são sem dúvida um complemento, são um elemento chave da equipa multidisciplinar.

## **Anexo IV – Observação Direta**

**1º Dia (10 de Abril de 2018): (Primeiro dia c/ Dr.ª 1)**

Neste primeiro dia, tive a reunião com a Assistente social, de modo a conhecer a unidade, o seu funcionamento, perceber minimamente o papel da A.S. na unidade (atendimento familiar, escuta ativa para a família e doente, etc.), o número de camas que a unidade tem, quais as outras tipologias existentes no hospital, bem como fazer a marcação dos restantes dias de observação e acompanhamento do trabalho da Assistente Social, em conferências familiares, reuniões multidisciplinares, acolhimento social, acompanhamento social, etc.

**2º Dia (26 de Abril de 2018):**

Neste segundo dia, a A.S. deu-me acesso a documentos sobre o hospital e a unidade, combinámos o número de casos que eu iria seguir inicialmente. Assisti a uma conferência familiar, ao funcionamento do Gestcare (óbitos, altas, registos, atualizações, etc.), a como se faz uma avaliação social, e um acolhimento social utilizando uma folha de rosto do utente.

A Assistente Social disse-me também que a maioria das referências é feita pela ECL e pela ECR. Informou-me da existência de um Site chamado “Carta Social” que nos dá acesso a todas as unidades de todas as tipologias existentes no País e quais as vagas e tempo de espera de entrada.

No que diz respeito à avaliação social no Gestcare, observei a Assistente Social a introduzir informação sobre vários doentes, nessa avaliação tem que constar o agregado familiar, com quem vive, de quem recebe apoio, que tipo de apoio recebe, meios de pagamento de rendimentos, tipo de rendimentos/prestações sociais, documentos comprovativos para efeitos de comparticipação, situação habitacional, diagnóstico social, diligências já efetuadas/em curso e observações.

Em relação ao óbito no Gestcare, tem que se entrar no processo da ficha do utente, clicar na parte editar e digitar data do óbito para abrir posteriormente uma vaga para outro utente.

A Assistente Social falou-me também da importância de cada vez mais o utente deixar feito o seu testamento VITAL.

Os utentes podem ser referenciados pela ECSCP Arrábida, pela ERHSCP, e por um lar de cooperação.

Ao dar entrada na unidade, na reunião de acolhimento, são utilizadas umas fichas de identificação onde ficam explícitas várias coisas, tais como: identificação do doente, situação socioeconómica, história de vida, situação habitacional, rede social de apoio familiar, apoio espiritual, hábitos e interesses, etc..

Observei ainda, neste dia duas reuniões multidisciplinares, da Unidade de Média Duração e da Unidade de Longa Duração devido à Assistente Social estar associada também a estas tipologias, onde observei as diferenças entre uma reunião destes tipos de unidades e da unidade de cuidados paliativos. Essas diferenças podem-se verificar por exemplo no facto de, numa reunião de outro tipo de unidade que não de paliativos, fala-se muito no curar, no tratar, enquanto numa reunião de cuidados paliativos fala-se mais na base do conforto, do alívio de sintomas, e não tão numa perspetiva curativa.

### **3º Dia (27/04/2018):**

Neste dia, tive acesso ao guia de acolhimento da unidade, bem como a uma serie de documentos que a Assistente Social tinha em sua posse, desde decretos de lei, circulares normativas, portarias, orientações técnicas, etc. das quais apontei o nome para posteriormente fazer pesquisa e utilizar na tese.

Assisti ao acolhimento de uma doente com cancro nos intestinos, com 89 anos, que foi referenciada pelo Hospital de S. Bernardo de Setúbal. Nesse acolhimento estiveram presentes a Assistente Social, juntamente com os familiares da doente. No acolhimento observei o papel da Assistente Social neste tipo de unidade e com a família diretamente no primeiro contato. Observei que a A.S. verifica várias coisas que lhe possibilitem conseguir efetuar um diagnóstico social do doente de maneira sólida e bem apresentada, entre elas, onde verifica as condições da habitação da mesma, de onde foi referenciada, quais os seus problemas, os seus rendimentos, informações sobre a sua escolaridade, religião, as expetativas da família, pedido de prorrogação, informação sobre complemento por dependência etc..

Assisti a uma conferência familiar de um caso complicado dos paliativos, de uma senhora de 38 anos que sofreu um acidente e se encontra totalmente dependente. Nesta conferência observei que foi extremamente importante a presença da médica, bem como

do enfermeiro, de forma a tentarem diminuir as expectativas da família, que eram muito elevadas, apesar de estarem conscientes do diagnóstico e também pelo fato de os familiares quererem interagir demasiado nos tratamentos da doente. Foi também muito importante a presença da psicóloga de forma a tentar fazer ver aos pais que o facto de estarem felizes ao pé da rapariga e de falarem com ela abertamente de coisas que a façam feliz, pois ajuda e muito a nível psicológico. Foi também muito importante a presença do fisioterapeuta que fez perceber à família que por muita fisioterapia que a utente faça os ganhos já não vão ser muitos. No que diz respeito à Assistente Social, teve nesta conferência familiar um papel mais de mediador.

Ajustei com a Assistente Social o número de casos a acompanhar.

#### **4º Dia (2/05/2018):**

A Assistente Social mostrou-me um exemplo de um consentimento informado, mostrou-me como se pode elaborar um.

Combinei com a Assistente Social assistir a mais casos para ser mais fácil conseguir ver a sua atuação e resolução dos problemas.

Na unidade, o processo do utente tem que conter sempre uma folha de rosto.

#### **5º Dia (3/05/2018):**

Assisti a uma conferência familiar de um utente que faz muito jogo psicológico com a mulher quando a apanha sozinha, que não pode regressar ao domicílio por ter dificuldades de locomoção.

Assisti a um acolhimento social, onde se falou do complemento por dependência (um relatório para a Segurança social e outro para a pessoa), posteriormente vai-se a Junta Médica, 100€ (1º grau) e 180€ (2º grau).

Num outro acolhimento que assisti, de uma utente que tinha apoio domiciliário três vezes por dia (7h, 12h e às 18h), todos os dias, veio para um internamento de 30 dias, e é uma família com uma boa dinâmica familiar.

Verifiquei neste mesmo dia que existiu um óbito e a Assistente Social ia inseri-lo no Gestcare e explicou-me como se fazia o processo. Primeiro tem que se aguardar que o

Médico ateste o óbito, de seguida selecionar a pessoa na tabela e clicar em editar, e passar o processo para óbito para que este se possa fechar e abrir posteriormente outra vaga.

Assisti a um acolhimento social de um utente que não é da zona, e que a filha equacionava uma transferência por proximidade, mas que esta se encontra indecisa por não saber se o pai reúne todas as condições necessárias para efetuar esta mesma transferência. Assisti a uma reunião multidisciplinar da UCP.

#### **6º Dia (7/05/2018):**

Neste dia, a Assistente Social teve mais trabalho em relação às outras unidades, mas mesmo assim não deixou de mostrar preocupação comigo e com o meu trabalho, e falámos um pouco dos cuidados paliativos.

Tive acesso a legislação da equipa de gestão de altas – EGA (Ministério da Saúde).

Assisti a uma conferência familiar dos cuidados paliativos, juntamente com a A.S., a Médica e a enfermeira, onde se preparava a família para uma morte a qualquer instante, pois a doente já se encontrava bastante debilitada, e sem previsão de melhoras.

Assisti a uma conferência familiar, para pedido de transferência, onde se chegou a acordo que o utente teria condições para isso, mas passados uns dias este acabou por falecer.

#### **7º Dia (8/05/2018):**

Neste dia a Assistente Social esteve a mostrar-me o funcionamento do aplicativo (Gestcare), e depois teve que se ausentar por motivos pessoais.

**8º Dia (9/05/2018):**

A Assistente Social fez um diagnóstico social para poder depois inserir no Gestcare com objetivos para por o Consentimento Informado de transferência.

No Gestcare, pede-se prorrogação transferência, insere-se nota de enfermagem, nota social, e grava-se. De seguida envia-se *E-mail* a ECL a informar do pedido e em anexo envia-se o Consentimento Informado.

**9º Dia (11/06/2018):**

Entrevista com a Assistente Social 1.

**10º Dia (4/09/2018): (Primeiro dia c/ Dr.ª 2)**

Assisti à conferência familiar para preparação de uma alta. Organizámos as coisas para duas novas entradas.

Vi o processo de um doente, um rapaz de 16 anos, que sofre de paralisia cerebral e tentámos perceber quais as soluções para quando o doente tiver alta.

A Assistente Social fez avaliações de casos para por nos mapas e no Gestcare, mandou *e-mails* para a rede para fazer atualizações.

Assisti à Assistente Social a fazer um pedido de prorrogação de um dia para depois dar alta a esse doente dos paliativos. Assisti ao acolhimento social de uma utente que vinha para o controlo sintomático, apoio psioemocional para o doente e para a família, cuidados da ferida, etc..

Presenciei o acolhimento de um utente, cujo objetivo era o controlo da dor. O doente vinha consciente, mas com períodos de perda de memória.

Assisti a um acolhimento da unidade de Média Longa.

**11º Dia (5/09/2018):**

Inserimos processos no Gestcare (diagnóstico social, situação habitacional, etc.). Fizemos registos no PHC, que é um programa interno da instituição onde se inserem os utentes quer públicos, quer privados.

A Assistente Social disse que é muito importante ter um bom método de trabalho, para conseguir lidar com todas as situações, como por exemplo ter uma Ata de Acolhimento para conseguir seguir todos os pontos e não deixar nenhum para trás, sendo que tenho uma que a Assistente Social me disponibilizou.

Assisti a uma reunião Multidisciplinar da UCP, com alguns profissionais (Assistente Social, Psicóloga, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Médico e Enfermagem). Nestas reuniões fala-se de cada doente em particular, a nível social, saúde, físico e psicológico, se por exemplo comem ou não, se tomam ou não a medicação, se fazem ou não fisioterapia, etc.. Cada membro da equipa dá a sua opinião sobre o utente e o seu ponto de vista sobre este, decidem o que acontece a cada utente, e quais as medidas a cumprir para chegar aos objetivos.

Presenciei uma conferência familiar de um doente, onde deu para perceber que a família não tinha as melhores expectativas para o doente, família consciente do estado de saúde do mesmo, e doente também pouco consciente do diagnóstico.

#### **12º Dia (6/09/2018):**

Inserimos utentes no PHC. Inserimos um óbito no Gestcare, de uma senhora que tinha entrado há dois dias na unidade.

Segundo a Assistente Social é complicado conseguir agilizar todas as unidades em conjunto, uma vez que o Hospital tem várias unidades e as Assistentes Sociais, que são duas, estão afetas a mais do que um serviço.

Realizei o acolhimento social de um doente de 96 anos, que se encontra muito recetiva, consciente, e muito orientada no tempo e no espaço. Deu para manter uma conversa estável com esta utente, o que facilitou o acolhimento.

Assisti a uma conferência familiar de um utente que ia ter alta dos cuidados paliativos e a conferência tinha como objetivo preparar essa alta.

**13º Dia (10/09/2018):**

Preparámos uma alta de um utente dos paliativos para um lar, pois o doente já se encontrava com os sintomas controlados. Faleceu um senhor que tinha dado entrada à poucos dias na unidade.

Neste dia, fizemos pedidos de prorrogação, para isso tivemos que ir ao Gestcare e por proposta de prorrogação, editar, avaliação, por a quantidade de dias necessários, escrever o porquê da prorrogação justificando através de nota medica, social, enfermagem ou fisioterapia, por exemplo e de seguida enviar.

Deu entrada na unidade um utente, e a Assistente Social pediu-me para eu fazer o acolhimento social, mas o mesmo não foi possível porque não se encontrava nenhum familiar presente e o senhor não se encontrava consciente e orientado, nem no tempo, nem no espaço.

**14º Dia (11/09/2018):**

Neste último dia, fiz mais registos na plataforma (sendo um deles daquele acolhimento social que fiz anteriormente), verificámos registos no Gestcare, se estavam todos em dia.

A Assistente Social envio *E-mails* com pedidos de prorrogações, tratou de transportes no SGTD, e inseriu doentes no PHC.

Assisti a uma conferência familiar (médica, Assistente social e enfermeira).

Por último, neste dia, fiz a entrevista à segunda Assistente Social.

## **Anexo V - Ficha Social**

## HOSPITAL NOSSA SENHORA DA ARRÁBIDA

AZEITÃO



Nome: _____	Quarto: ____	Cama: ____
TSSS: _____	Data: ____/____/____	
Avaliação: UC <input type="checkbox"/>	UMDR <input type="checkbox"/>	ULDM <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> UCP <input type="checkbox"/>

### 1. ADMISSÃO NA UNIDADE:

Motivo do Internamento: _____
ECL: _____
Proveniência do utente: Domicílio <input type="radio"/> ERPI <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Unidade convalescença <input type="radio"/> Unidade MDR <input type="radio"/> Unidade LDM <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> _____
<b>Informações relevantes na proposta de admissão</b>
<div style="background-color: #e0e0e0; height: 200px; width: 100%;"></div>
<b>ADMISSÃO:</b>
Dia: _____ hora: _____
Acompanhantes: _____
Equipa: _____

### 2. INTERCORRENCIAS DURANTE O INTERNAMENTO:

Pedido de Transferência: _____ / _____ / _____
_____
_____
Pedido de Prorrogação: _____ / _____ / _____
_____
_____

**3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:**

Nome: _____
Nome a ser tratado: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____
Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ Localidade: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____
Habilitações Literárias: _____ Consegue ler/escrever: _____
Ultima Profissão (Significativa): _____
Proveniência de rendimentos: _____
NISS: _____ NIF: _____ SNS: _____
BI /CC: _____ Entidade financiadora responsável (Nº): _____
<b>SUBSISTEMA:</b>
FILIAÇÃO: Pai _____ / Mãe: _____

**4. IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR PRINCIPAL ou CONTATO PRIVILEGIADO:**

De quem recebe apoio: Vizinhos <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Empregada domestica <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____
<b>Principal Cuidador (quem presta cuidados):</b>
Nome: _____
Grau de parentesco: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ Localidade: _____
<b>Nome do Responsável:</b>
Nome: _____
Grau de parentesco: _____
Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ Localidade: _____

### 5. SITUAÇÃO SOCIO-FAMILIAR

Sem-abrigo  Isolado  Em família de acolhimento  Com elementos

Rede de vizinhança - Não  Sim  Em Instituição  \_\_\_\_\_

Com agregado familiar:

Nome	Agregado Fiscal S/N	Idade - D.N.	Parentesco	Meio de vida principal <sup>(1)</sup>

(1) Vencimento; Reforma; Pensão Social; Subsídios; outro

**História de Vida (significativos):**

### 6. SITUAÇÃO HABITACIONAL

**Regime de ocupação:**

Casa própria  Alugada  Valor: \_\_\_\_\_ Habitação social  Anexo  Casa cedida

Casa de familiares  De quem \_\_\_\_\_ Sem-abrigo  Em Instituição

**Condições habitacionais e Acessibilidades:**

Com infraestruturas - Sim  Não  Acesso fácil  Acesso difícil  Barreiras arquitetónicas - Não  Sim

**NOTAS:**

**7. REDE SOCIAL DE APOIO FORMAL:**

Nome da Instituição	Tipologia dos serviços	Periodicidade	Técnica responsável (contato)	Observações
Técnicos de Serviço Social / Técnicos de Saúde:				

**8. SAÚDE**

O utente é isento dos apoios de saúde?  Sim  Não

Quais:	Taxas moderadoras: Transportes:
	CONSULTAS/EXAMES AGENDADOS:

<b>Historial Clínico</b> (referidos pelas pessoas próximas e/ou com recurso a relatórios complementares)
Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confusão/agitação psicomotora <input type="checkbox"/>

Centro de Saúde/ Unidade de Saúde Familiar	Médico de Família	Contacto	Observações
Outra especialidade	Médico	Local de acompanhamento (contacto)	Observações

Apoios complementares de saúde?  Sim  Não

Quais:	(terapias)
--------	------------

Possui Produtos de Apoio?  Sim  Não

Quais:

Na Unidade...

### 9. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

Rendimentos Mensais	
Pensão CNP <input type="checkbox"/> CGA <input type="checkbox"/> Transf. Bancária <input type="checkbox"/> Vale postal <input type="checkbox"/>	Invalidez <input type="checkbox"/> Valor: _____ Viuvez <input type="checkbox"/> Valor: _____ Velhice <input type="checkbox"/> Valor: _____ Sobrevivência <input type="checkbox"/> Valor: _____
Sub doença : <input type="checkbox"/> Valor: _____ Complemento Solidário para Idosos <input type="checkbox"/> Valor: _____	
Complemento por Dependência: 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> Valor: _____	
NOTAS:	

### 10. APOIO ESPIRITUAL/RELIGIOSO

Necessidade de apoio espiritual:

### 11. HÁBITOS/GOSTOS E INTERESSES

Atividades	Gostos e Interesses
Alimentação	Independente <input type="checkbox"/> Ajuda parcial /preparar o prato <input type="checkbox"/> Ajuda total <input type="checkbox"/>
Cuidados pessoais e imagem	Vestuário - Ajuda parcial <input type="checkbox"/> Ajuda total <input type="checkbox"/> Controle dos esfínteres / Locomoção e Mobilidade/hábitos de higiene
Ocupação quotidiana do tempo	Interesses/passatempos
Relações: Interpessoais Intrafamiliares	Dinâmicas familiares, Visitas /acompanhamento da rede informal (amigos/vizinhança)

## 12. REPRESENTAÇÕES

Quais as expectativas do Utente/Significativos face à Unidade? Avaliação da perspetiva de alta

## 13. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

(modo de pagamento; horários de visitas, rotinas, ...)

## 14. Documentação oficial

Comparticipação do utente	Comparticipação da Segurança Social:

## DOCUMENTOS ENTREGUES

- Consentimento informado \_\_\_\_\_
- Termo de aceitação do internamento \_\_\_\_\_
- Fotocópia do Bilhete de Identidade /cartão de cidadão \_\_\_\_\_
- Fotocópia do Cartão de Contribuinte \_\_\_\_\_
- Fotocópia do Cartão de Beneficiário da Segurança Social \_\_\_\_\_
- Fotocópia do Cartão de Utente dos Serviços de Saúde e/ou de Subsistemas \_\_\_\_\_

### Documentos do cuidador e/ou representante legal

- Fotocópia do B. Identidade \_\_\_\_\_
- Fotocópia do C de Contribuinte \_\_\_\_\_
- Fotocópia do C de Beneficiário da Segurança Social \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Técnica Superior de Serviço Social

\_\_\_\_\_

## **Anexo VI – Ata de Acolhimento**

**HOSPITAL  
NOSSA SENHORA  
DA ARRÁBIDA**

**AZEITÃO**

**ACTA DE REUNIÃO DE ACOLHIMENTO**

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Tipologia: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da reunião: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora Início: \_\_\_\_h \_\_\_\_m Hora de Fim: \_\_\_\_h \_\_\_\_m

Presentes: \_\_\_ Assistente Social: \_\_\_ Enfermeiro; Outro Profissional: \_\_\_\_\_;

Utente: \_\_\_ Cuidador; Outros familiares: \_\_\_\_\_

Preenchimento: Coloque um **V** sempre que a situação se verificou e uma **X** quando não se conseguiu concretizar a situação. Se necessário, utilize o espaço em branco para colocar informação complementar ou trace essa zona, caso não a utilize.

**Introdução:**

- \_\_\_ Recolha dos contactos do cuidador.
- \_\_\_ Informação sobre funcionamento da Rede (reserva de vaga em caso de agudização, transferência entre tipologias, etc,...) e da Unidade (Apresentação do Guia Acolhimento e do Regulamento).
- \_\_\_ Informação sobre documentos a apresentar (Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão; Cartão de Contribuinte; No de Identificação Segurança Social; Cartão de Utente SNS).
- \_\_\_ Confirmação de que foram explicados ao utente / cuidador o conteúdo do TAI e do CI (Consentimento Informado) e os termos em que decorrerá o internamento, nomeadamente prazos previstos, valor a pagar, etc.,
- \_\_\_ Esclarecimento quanto a necessidade de envolvimento do cuidador / familiares no processo de internamento do utente.
- \_\_\_ Elucidação sobre o apoio do cuidador / familiar no acompanhamento a consultas, realização de exames ou agudizações.
- \_\_\_ Estimulo a colaboração do utente e familiares na apresentação de sugestões e/ou críticas que possam contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços.
- \_\_\_ Esclarecimento sobre a existência de formação ao cuidador e/ou familiares.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Identificação de Expectativas:**

- \_\_\_ Identificação das expectativas do utente
- \_\_\_ Identificação das expectativas do cuidador e/ou familiar
- \_\_\_ Identificação das expectativas da equipa multidisciplinar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rua Ary dos Santos, 11 T. (+351) 210 496 472/70  
2925 - 041 Brejo de Azeitão E. geral@hnsa.pt

senhoradaarrabida.pt

**HOSPITAL  
NOSSA SENHORA  
DA ARRÁBIDA**

**AZEITÃO**

**Informações relevantes sobre o utente:**

- \_\_\_ Contexto sociofamiliar do utente
- \_\_\_ Hábitos, preferências, rotinas, etc.:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Informação complementar:**

- \_\_\_ Esclarecimento sobre o tempo máximo de permanência previsto na Unidade ( \_\_\_ dias)
- \_\_\_ Informação sobre os objetivos do internamento e mecanismos para os alcançar.
- \_\_\_ Informação relevante para a reabilitação: fatores positivos e negativos que condicionam o processo
- \_\_\_ Alterações necessárias no período após alta (hábitos de vida, condições do domicílio, etc.).
- \_\_\_ Respostas sociais existentes para apoiar o utente no período posterior a alta.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Outros:**

- \_\_\_ Registo de sugestões de melhoria e reclamações do utente e/ou cuidador
- \_\_\_ Visita a Unidade

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Próxima reunião:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

**Assinaturas:**

**Utente:** \_\_\_\_\_

**Cuidador:** \_\_\_\_\_ **Outro familiar:** \_\_\_\_\_

**Técnica Superior de Serviço Social** **Enfermeiro/a**

\_\_\_\_\_

**Outros Profissionais da Unidade:** \_\_\_\_\_

Rua Ary dos Santos, 11 T. (+351) 210 495 672/70  
2925 - 061 Brejos de Azeitão E. geral@hnsa.pt

senheradaarrabida.pt

**Anexo VII – Folha de Conferência Familiar**

**CARACTERIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA FAMILIAR**

FOLHA DE REGISTO DE COLHEITA DE DADOS DAS CONFERÊNCIAS FAMILIARES

**UNIDADE:** \_\_\_\_\_ **Cód. CF** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_ Conferência Familiar efetuada na família CFN.º \_\_\_\_\_

CLIENTE/DOENTE		
Género: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Idade (anos): _____	Diagnóstico principal: _____	
CUIDADOR PRINCIPAL		
Género: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Idade (anos): _____	Grau parentesco com o Cliente/doente: <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro <input type="checkbox"/> Outro parentesco Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Amigo(a) Outro _____	
PARTICIPANTES NA CONFERÊNCIA FAMILIAR		
Cliente/doente presente S <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>	Cuidador presente <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<b>Dados da Conferência Familiar</b>
N.º de familiares presentes _____ Quais? <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro <input type="checkbox"/> Outro parentesco Familiar <input type="checkbox"/> Amigo(a) Outro _____	N.º de profissionais de saúde presentes _____ Quais? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Capelão <input type="checkbox"/> Outro _____	- Duração da CF (minutos) _____ - Quem requereu a CF? <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Equipa de saúde <input type="checkbox"/> Doente - A CF foi antecipadamente planeada? <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N - Local da CF (quarto, sala, gabinete...) <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio _____
MOTIVO PARA A REALIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA FAMILIAR		
<input type="checkbox"/> Admissão <input checked="" type="checkbox"/> Alteração/agravamento do quadro clínico do cliente/doente <input type="checkbox"/> Existência de conflitos na família <input type="checkbox"/> Famílias agressivas/demandantes <input type="checkbox"/> Conflitos entre equipa e família <input type="checkbox"/> Situações vulneráveis/ apoio adicional no luto		<input type="checkbox"/> Controlo se sintomas <input type="checkbox"/> Antecipação de futuras dependências: intervenções <input type="checkbox"/> Suspensão de abordagens terapêuticas desajustadas <input type="checkbox"/> Preparação da alta <input type="checkbox"/> Entrada na agonia <input type="checkbox"/> Exaustão do cuidador <input checked="" type="checkbox"/> Outro _____
OBJETIVOS DA CONFERÊNCIA FAMILIAR		
1. _____	2. _____	3. _____
4. _____	5. _____	6. _____

INFORMAÇÃO/TEMAS COMUNICADOS/DISCUTIDOS	Colocar um X se SIM
1. Discussão da condição clínica do doente (revisão do historial de doença e condição atual do estado de doença)	X
2. Conhecimento do cliente/doente e família acerca da doença e opções do tratamento	
3. Objetivos de vida e do cuidar do doente/cliente (o que ele deseja/quer)	
4. Sintomas atuais e recomendações alusivas ao tratamento	X
5. Suspensão de tratamentos	
6. Mudança no planeamento dos cuidados (START/STOP de cuidados) (p. e: Hidratação sc;transfusões, antibioterapia, etc)	
7. Recomendações e planeamento para o cuidar em fim de vida	
8. Avaliação das necessidades/apoios e recomendações para a alta	
9. Discussão sobre o que o cliente/doente e família podem experienciar em fim de vida (sintomas, dependência, emoções)	
10. Processo de vivência do luto/situações de vulnerabilidade	
11. Fornecidos contactos e demonstrada disponibilidade da equipa para responder a dúvidas após a CF	
12. Discussão do Plano terapêutico	X
13. Diretiva Antecipada de Vontade (ONR, TV, Nomeação de PCS)	
14. Prognóstico	
15. Bem estar/exaustão do cuidador	
16. Nutrição/hidratação	
17. Benefícios e/ou limitações do local de cuidados, de preferência do cliente/doente	
18. Conspiração do silêncio	
19. Gestão de conflitos	X
20. Ajuste da família ao processo de doença	
21. Planeamento da data de alta	
Outros:	
<b>Principais decisões tomadas:</b>	
-	
-	
-	
-	
<b>Agendamento de nova Conferência Familiar. DATA</b> _____	
<b>Outros comentários:</b>	

**Legenda:** CF – Conferência Familiar      ONR – Ordem de Não Reanimar      TV – Testamento Vital

Preencher este documento após realização da Conferência Familiar.

*Adaptado das Guidelines para a CF (Hudson, 2008) e dos instrumentos utilizados nos estudos de Dev et al (2013) e Bartolomeu (2014)*