



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Patrícia Isabel Teixeira Lopes

**O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NAS EQUIPAS
DE CUIDADOS PALIATIVOS**

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos
orientada pela Professora Doutora Marília Dourado, coorientada pela Mestre
Helena Enes e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Junho de 2023



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Patrícia Isabel Teixeira Lopes

O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NAS EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos
orientada pela Professora Doutora Marília Dourado, coorientada pela Mestre
Helena Enes e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**

Junho de 2023

Agradecimentos

A presente Dissertação representa o final de um capítulo, ao qual não poderia deixar de agradecer a quem me acompanhou em todo este processo:

Primeiramente, expresso o meu profundo agradecimento à Professora Doutora Marília Dourado, como minha orientadora, pelas orientações, disponibilidade, apoio e por todos os ensinamentos ao longo de todo o Mestrado. Sem as suas orientações, esta Dissertação não seria possível.

À Dra. Helena Enes, como minha coorientadora e colega, deixo igualmente o meu agradecimento por todo o apoio, orientações, aprendizagens diárias, encorajamento, afeto, carinho, dedicação, cumplicidade, paciência, incentivo para nunca desistir nesta grande etapa e por lutar por mim todos os dias.

À Coordenadora do Serviço Social, Dra. Ana Cebola, pelos ensinamentos constantes e valorização do meu trabalho, mas principalmente e igualmente, pelo apoio, paciência, carinho e presença desde o início, por me dar força para continuar e acreditar nas minhas capacidades e no meu trabalho.

Às colegas Ana Teresa e Dulce, pela entreaajuda diária, amizade e compreensão demonstrada todos estes anos e pela forma como contribuem para o meu crescimento tanto a nível profissional como pessoal.

De seguida, à minha família por tudo o que me têm proporcionado ao longo da vida, pelo apoio incondicional e por estarem sempre do meu lado.

Aos meus amigos, pelo apoio, paciência e por nunca me deixarem “cair”.

A todos os mencionados, o meu obrigado!

*“You matter because you are you,
and you matter to the end of your life.
We will do all we can not to only help you die peacefully,
but also to live until you die.”*

Cicely Saunders

Fundadora do movimento moderno dos Cuidados Paliativos

Resumo

Introdução: Com o envelhecimento populacional e aumento das doenças crónicas e/ou terminais, surgem os cuidados paliativos como uma resposta a tais necessidades. Para que seja possível responder às necessidades da pessoa em contexto paliativo, é necessária a intervenção de uma equipa multidisciplinar, sendo o(a) Assistente Social um dos profissionais integrantes dessas mesmas equipas atendendo a que, a par dos problemas de saúde, existem os problemas sociais a que é preciso dar uma resposta adequada a fim, de se evitar maior sofrimento e mais comorbidades. O Serviço Social surge nos cuidados de saúde, como um otimizador de serviços e recursos, ao diagnosticar e intervir em problemas sociais, evitando que estes se mascarem de problemas físicos ou clínicos.

A intervenção do Serviço Social nas equipas de Cuidados Paliativos é essencial e passa por uma intervenção constante junto do doente e da sua família, durante todo o processo da doença e de luto, através da realização de uma avaliação sociofamiliar, onde se identifica a rede de suporte informal e a relação entre os elementos dessa rede. São igualmente identificadas as necessidades psicossociais e preocupações da família, elaborando-se, deste modo, um diagnóstico social e um plano individual de intervenção, atendendo que, em diversas situações, é necessária a intervenção do(a) Assistente Social na orientação e encaminhamento para os recursos da comunidade. Diligências estas que apenas o(a) Assistente Social se encontra habilitado a fazer.

Assim, os objetivos deste estudo assentam na análise, avaliação e demonstração da importância e necessidade do Assistente Social nas equipas de Cuidados Paliativos.

Metodologia: Estudo observacional, transversal e retrospectivo com abordagem e análise quantitativa e qualitativa a fim de avaliar a intervenção do Serviço Social nos utentes acompanhados pelos serviços de Consulta Externa e de Internamento de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., entre 30 de setembro e 31 de dezembro de 2022. No que respeita à amostra, esta foi constituída pelo número total de doentes que foram acompanhados em Consulta Externa de CP e Internamento de CP (168 utentes) e o número total de doentes que necessitaram de intervenção do Serviço Social (133 utentes), entre o período temporal mencionado. Relativamente aos

instrumentos de colheita de dados, estes foram disponibilizados pelos serviços de Planeamento e Controlo de Gestão do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. e Coordenação do Serviço Social do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

Resultados e Discussão: Com base na análise dos dados recolhidos, foi possível constatar que o Serviço Social teve intervenção na grande maioria dos doentes acompanhados nos serviços mencionados no CHMT, o que comprova a importância e necessidade do(a) Assistente Social nas equipas de CP.

Conclusões: O Serviço Social é um grupo profissional crucial nas equipas de CP, atendendo ao seu trabalho constante junto do doente, família e/ou cuidador e comunidade. Contribui para colmatar as necessidades psicossociais e promove um aumento do bem-estar e qualidade de vida do doente em estado terminal.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Serviço Social, Equipas e Serviços de Cuidados Paliativos.

Abstract

Introduction: With population aging and increase in chronic and/or terminal illnesses, palliative care emerges to respond to such needs. In order to be able to answer to the needs of the person in a palliative context, is necessary the intervention of a multidisciplinary team, being the Social Worker one of the professional members of these same teams, considering that, beyond the health problems, there are social problems that it is necessary to give an adequate response in order to avoid greater suffering and more comorbidities. The Social Work comes up, in health care, as an optimizer of services and resources, diagnosing and intervening in social problems, preventing these from masking themselves as physical or clinical problems.

The intervention of Social Work in Palliative Care teams is essential and goes through a constant intervention with the patient and his family, during all the illness and bereavement process, by carrying out a sociofamiliar assessment, where is identified the informal support network and the relationship between these elements. Are equally identified the psychosocial needs and concerns of the family, developing in this way, a social diagnosis and an individual intervention plan, considering that, in several situations, the intervention of a Social Worker is necessary at orientation and forwarding for community resources. Steps that only the social worker is qualified to do.

Thus, the objectives of this study are based on the analysis, evaluation and demonstration of the importance and the need of the Social Worker in Palliative Care teams.

Methodology: Observational, cross-sectional and retrospective study with a quantitative and qualitative approach and analysis in order to evaluate the intervention of the Social Work in the patients followed by Extern Consult of Palliative Care and Palliative Care Hospitalization in Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., between September 30 to December 31, 2022. In respect of the sample, it was constituted by the total number of patients that were followed by Extern Consult of Palliative Care and Palliative Care Hospitalization (168 patients) and the total number of patients who required Social Work intervention (133 patients), between the mentioned time period. Regarding data harvest instruments were made available by the Planning and

Management Control services of Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. and Social Work Coordination of Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

Results and Discussion: Based on the analysis of the data collected, it was possible to verify that the Social Work intervened in the most of patients followed in the mentioned services in CHMT, which proves the importance and necessity of the Social Worker in the teams of palliative care.

Conclusions: The Social Work is a professional group in the teams of palliative care, considering that to his constant work with the patient, family and/or caregiver and community. Contributes to bridging the psychosocial needs and promotes an increase in the well-being and quality of life of the terminally ill patient.

Keywords: Palliative Care, Social Work, Palliative Care Teams and Services.

Lista de Abreviaturas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

AMIM – Atestado Médico de Incapacidade Multiuso

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AS – Assistente Social

CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – P – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos

ETC – Equivalente de tempo completo

IPO – Instituto Português de Oncologia

OPCP – Observatório Português de Cuidados Paliativos

PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

QDV – Qualidade de Vida

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SAD – Serviços de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SS – Serviço Social

UCP – Unidades de Cuidados Paliativos

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	3
1.1) Cuidados Paliativos: Conceptualização e Princípios	3
1.2) História dos Cuidados Paliativos	6
1.3) Tipologias de serviços existentes destinados aos Cuidados Paliativos	9
1.4) Acesso aos Cuidados Paliativos em Portugal	10
1.5) Rede Nacional de Cuidados Paliativos	13
1.6) O Serviço Social nos Serviços de Saúde	15
1.7) O papel e importância do Assistente Social nas Equipas de Cuidados Paliativos	19
1.8) Os Cuidados Paliativos no Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	23
Capítulo II – Objetivos e Metodologia de Investigação	29
2.1) Objetivos	29
2.2) Tipo de Estudo	29
2.3) Amostra	30
2.4) Colheita de dados	30
2.5) Análise dos dados	30
2.6) Procedimentos éticos e formais	31
Capítulo III – Resultados	32
3.1) Caracterização da amostra	32
3.2) Número de utentes com necessidade de intervenção do Serviço Social	33
3.3) Género	34
3.4) Faixa Etária	34
3.5) Tipo de Intervenção do Assistente Social	35
Capítulo IV – Discussão e Conclusão	37
Referências Bibliográficas	39
ANEXOS	46

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Unidades de Cuidados Paliativos em meio hospitalar.....	11
Tabela 2 - Unidades de Cuidados Paliativos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	12
Tabela 3 - Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos-Pediátricos (EIHSCP-P)	12
Tabela 4 - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) no território Nacional.....	13

Índice de Figuras

Figura 1 - Utentes acompanhados em Consulta Externa de Cuidados Paliativos e Internamento de Cuidados Paliativos	32
Figura 2 - Utentes com necessidade de Intervenção do Serviço Social	33
Figura 3 - Utentes com necessidade de intervenção do Serviço Social caracterizados por género.....	34
Figura 4 - Utentes com necessidade de intervenção do Serviço Social caracterizados por idades.....	35
Figura 5 - Encaminhamentos realizados pelo Serviço Social.....	36
Figura 6 - Número de utentes referenciados para RNCP	36

Índice de Anexos

Anexo 1 - Fatores de Risco Social	47
Anexo 2 – Critérios de Risco Psicossocial e médico internacionalmente aceites	48
Anexo 3 - Folheto informativo da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do CHMT, E.P.E.	50
Anexo 4 - Autorização para a realização da Investigação pela Comissão de Ética da FMUC	51

Anexo 5 - Autorização para a realização da Investigação pela Comissão de Ética e Conselho de Administração do CHMT..... 52

Introdução

A presente dissertação intitulada de “O papel do Assistente Social nas Equipas de Cuidados Paliativos” foi realizada no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com fins de obtenção do grau de Mestre.

O tema resultou, sobretudo, do interesse profissional e pessoal da investigadora, assim como, associado ao facto da escassez de estudos neste campo em Portugal.

Os Cuidados Paliativos (CP) são considerados fundamentais para um Serviço Nacional de Saúde (SNS) de qualidade e são um serviço multidisciplinar que acarreta uma enorme especificidade, em que, se trabalha diretamente com o utente e família e/ou cuidador e não só proporcionam cuidados especializados a doentes com doença crónica e/ou terminal, como também à sua rede de suporte informal.

O(A) Assistente Social (AS) tem um papel crucial no sistema de saúde, na medida da prevenção, promoção, reabilitação e integração social, através da colaboração em equipas multidisciplinares (Carvalho, 2012). Segundo Enes (2016), *“a complexidade inerente ao trabalho das problemáticas sociais em Saúde e os desafios constantes, exigem do Serviço Social um trabalho criativo que fomente o estudo do doente numa perspetiva sistémica e o desenvolvimento de medidas que beneficiem e satisfaçam as expectativas dos utentes e restantes profissionais de saúde”*.

O Serviço Social integra as equipas dos CP desde a criação das mesmas e, a sua atuação passa por suprir as necessidades psicossociais que se manifestam no processo de doença e morte, focalizando-se a sua intervenção no doente e na sua família, durante ambos estes processos. Através das autoras Bernardo, Rosado & Salazar, em Manual dos Cuidados Paliativos (2016, pp. 907) é função do AS, a realização de uma avaliação sociofamiliar e socioeconómica, elaboração de um plano individual de intervenção social, com base no diagnóstico social previamente realizado, prestar orientações e encaminhar os utentes e famílias para os recursos da comunidade, sejam estes apoios sociais e/ou respostas sociais, tendo como objetivo assegurar uma correta e adequada continuidade de cuidados, assim como a melhoria da qualidade de vida do doente em

fase terminal. Deste modo, o Serviço Social tem um papel fundamental nas equipas de CP.

O presente estudo pretende caracterizar, descrever e analisar o papel do Serviço Social/Assistente Social nas equipas de CP, com o objetivo de demonstrar a importância e necessidade destes profissionais nas equipas de CP, utilizando uma amostra dos utentes acompanhados em Consulta Externa de CP e Internamento de CP do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., durante o período temporal de 30 de setembro a 31 de dezembro de 2022.

Esta dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos, sendo o primeiro capítulo referente ao enquadramento teórico, onde serão desenvolvidos oito subpontos, nomeadamente: CP: conceptualização e princípios; a história dos CP; as tipologias de serviços existentes destinados aos CP; o acesso aos CP em Portugal; a RNCP; o Serviço Social nos serviços de saúde; o papel e importância do AS nas equipas de CP; os CP no Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. O segundo capítulo diz respeito aos objetivos e metodologia de investigação, onde se irá abordar os objetivos, o tipo de estudo, a amostra, a colheita de dados, a análise dos dados e os procedimentos éticos e formais. No que respeita ao terceiro capítulo, este irá referir-se aos resultados, em que será realizada a caracterização da amostra, por género, faixa etária e intervenção do(a) AS. No último capítulo terá lugar, a discussão e conclusão.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1) Cuidados Paliativos: Conceptualização e Princípios:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos como *“uma abordagem que, melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias confrontadas com os problemas associados a uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, a identificação precoce, avaliação impecável e o tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”*¹.

Os CP são prestados por equipas multidisciplinares, integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo uma área de enorme especificidade. São prestados cuidados e apoio direto ao doente, como igualmente às famílias e cuidadores e/ou outras pessoas de referência do doente, durante a fase de fim de vida e durante o período de luto que se segue (Malcolm Payne, 2012), pois o processo de doença atinge não só o doente, como também a sua rede de suporte informal (Sancho, 2006).

Segundo a Lei de Bases dos CP (Lei 52/2012, de 5 de setembro), os CP são *“cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”*². De acordo com esta mesma lei, os CP deverão respeitar a autonomia, individualidade, vontade, dignidade e a inviolabilidade da vida humana.

Como qualquer especialidade de saúde, os CP regem-se por princípios fundamentais e orientadores para a sua prática, a fim de satisfazer as necessidades dos doentes, assim como, garantir a realização de uma boa prática e ética profissional. Segundo a Lei de Bases dos CP (Lei 52/2012, de 5 de setembro), os princípios dos CP são:

¹ Revista Cuidados Paliativos – História dos Cuidados Paliativos em Portugal: Raízes, disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19716/1/revista_cp_vol_1_n_1.pdf. Consultado a 31 de janeiro de 2023.

² Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei 52/2012, de 5 de setembro), disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>. Consultado a 31 de janeiro de 2023.

- I. Afirmação da vida e visão do ser humano em todas as suas vertentes, considerando a morte como um processo natural que não deverá ser prolongado através da obstinação terapêutica;
- II. Melhoria da qualidade de vida do doente e respetiva família;
- III. Prestação individual, humanizada e rigorosa, de CP aos doentes com este tipo de necessidades;
- IV. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de CP;
- V. Conhecimento especializado da dor e dos respetivos sintomas;
- VI. Atender às necessidades individuais de cada utente;
- VII. Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas dos utentes;
- VIII. Continuidade de cuidados durante todo o decurso da doença³.

Ainda na temática dos princípios dos CP, também os autores Capelas, Neto & Coelho, em Manual dos Cuidados Paliativos (2016, pp. 918), nos apresentam a sua visão relativamente aos princípios cruciais dos CP, nomeadamente como sendo cuidados integrais, totais e continuados, tendo em consideração os aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais, a fim de controlar a dor e os demais sintomas geradores de sofrimento; é afirmada a vida, considerando, igualmente, a morte como um processo natural e que não deverá ser atrasada nem antecipada; os cuidados são dirigidos ao doente, no entanto, não esquecendo a família, sendo considerado uma abordagem sistémica; os CP deverão ser ativos, reabilitadores e promotores da autonomia, com colaboração de uma equipa multidisciplinar; o papel da equipa multidisciplinar é crucial na abordagem das necessidades do doente e da sua família, inclusive no processo de luto; os CP têm como objetivos, o conforto, a promoção da qualidade de vida (QDV), da dignidade e adaptação às perdas sentidas durante todo o decorrer da doença e na fase do luto; confere suporte à família; os CP devem ter por base critérios de efetividade, eficiência e eficácia, sendo sempre suportados por evidência científica e com afetação racional dos recursos existentes.

³ Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei 52/2012, de 5 de setembro), disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf> . Consultado a 31 de janeiro de 2023.

Para alcançar os objetivos dos CP, com base nos princípios fundamentais e orientadores, é necessário ter em consideração os instrumentos básicos dos CP, nomeadamente (Capelas, Neto & Coelho, 2016):

- Avaliação das necessidades (com base numa avaliação sociofamiliar e socioeconómica realizada junto do doente e/ou família);
- Plano terapêutico que deve incluir tratamento farmacológico e não farmacológico;
- Controlo sintomático, que além do plano terapêutico específico para cada doente deve contemplar, também, a explicação do mesmo ao doente e à família. Igualmente importante é a monitorização permanente;
- Suporte emocional ao doente e família e/ou cuidador e/ou pessoa de referência;
- Informação e comunicação entre equipa-doente, equipa-família e doente-família, fundamental durante todo o processo de doença/tratamento;
- Respeito pelos valores e ética clínica, as decisões dos profissionais de saúde devem ter sempre por base a opinião, os valores e as crenças do doente e família;
- Adaptação/mudanças das organizações e na organização dos recursos, maximizando a oferta e distribuição dos recursos existentes, de forma a aumentar os ganhos em saúde, assim como a qualidade de vida do doente;
- Avaliação e monitorização dos resultados (eficácia, eficiência e satisfação) na ótica dos doentes, famílias, cuidadores e equipas de saúde, tendo por base protocolos indicadores de qualidade e processos de auditoria;
- Melhoria contínua da qualidade (evolução da qualidade dos cuidados).

Quanto aos níveis de prestação de CP, através do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) referente ao biénio 2021-2022⁴, tomamos conhecimento que, são considerados os CP generalistas (abordagens paliativas) e CP especializados. No entanto, estes dois níveis mencionados podem ser subdivididos em quatro níveis, sendo eles os seguintes (Capelas, Neto & Coelho, 2016):

⁴ Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2021-2022), disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf . Consultado a 31 de janeiro de 2023.

- 1) **Ações Paliativas:** são usadas em qualquer contexto ou serviço de saúde. Englobam medidas farmacológicas e não farmacológicas, para controlo sintomático, e métodos de comunicação. Os profissionais devem possuir formação básica em CP;
- 2) **Cuidados Paliativos Gerais:** cuidados prestados por profissionais de cuidados de saúde primários, em serviços não especializados, possuidores de boas competências e conhecimentos em CP, que não são o principal foco da sua atividade profissional;
- 3) **Cuidados Paliativos Especializados:** cuidados prestados por equipas multidisciplinares constituídas por profissionais com formação avançada em CP, que prestam cuidados a doentes mais complexos, o que requer um significativo nível de diferenciação, cuja atividade fundamental, e única, é a prestação de CP. Prestam também consultadoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação;
- 4) **Centros de Excelência:** concedem CP especializados em diversas tipologias, nomeadamente, em contexto de Internamento, Consulta Externa, Apoio Domiciliário e Aconselhamento. São igualmente, centros de formação, divulgação, investigação e de desenvolvimento de novos métodos.

1.2) História dos Cuidados Paliativos:

Atualmente, com os avanços da medicina e principalmente nos países mais desenvolvidos, verifica-se um aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, um aumento das doenças crónicas, com necessidades de cuidados especializados, nomeadamente de CP.

Os CP remontam os inícios da era cristã, através dos Hospices, instituições de intuito caritativo, criadas com o objetivo de acolher e cuidar dos peregrinos que, mais tarde, passaram a acolher e a cuidar igualmente os desprotegidos, doentes e pobres (Capelas & Coelho, 2014). Ainda segundo os mesmos autores (2014), *“até ao século IV a.c. não se considerava ético tratar o doente durante o seu processo de morte. Os médicos tinham medo de o fazer, pelo risco de serem castigados por estarem a desafiar*

*as leis da natureza*⁵. Esta postura alterou-se com o advento do Cristianismo, passando a ser encarado como missão ajudar essas pessoas em sofrimento, desprotegidas, com necessidades de cuidados e apoio no processo de morte. Ainda de referir que os cuidados aos moribundos pobres e abandonados, em determinados períodos da história, como no século XIX, eram prestados por grupos de pessoas num intuito caritativo, mas também para tentar mitigar o abandono e negligência de que aqueles eram alvo (Teixeira, 2016).

A evolução e modernização dos CP ocorreu no final dos anos 50 e início da década de 60 do século XX, tendo sido vanguardista nessa evolução Dame Cicely Saunders, que iniciou a sua vida profissional como Assistente Social, tendo posteriormente se formado em Enfermagem e, por fim, em Medicina (Capelas & Coelho, 2014). Com a sua visão e experiência profissional, com a realidade de situações de doentes em estado terminal em sofrimento e sem possibilidade de encaminhamento para respostas especializadas às suas necessidades, foi pioneira do Movimento dos Hospices/CP. Fundou, em 1967 na cidade de Londres, o St. Christopher's Hospice e, em 1969, criou o programa de cuidados paliativos domiciliários (*idem*). Criou ainda o conceito de dor total, associada à necessidade de cuidados paliativos, resultante da combinação de fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais, que no seu todo contribuem para o sofrimento da pessoa (Teixeira, 2016).

De realçar que o Movimento Moderno dos Hospices tinha como missão primordial, a associação de novas competências em controlo da dor e restante sintomatologia, compreensão dos problemas e necessidades do doente e da família, assim como a formação e investigação. Ainda de acrescentar que, é através deste movimento que os cuidados aos doentes paliativos se começam a desenvolver de forma exponencial, procurando dar uma resposta, a um nível mundial, a cidadãos com estas necessidades (Capelas & Coelho, 2014).

Em 1970, Elisabeth Klüber-Ross juntou-se ao movimento, expandindo-se os CP nos EUA (Matsumoto, 2012). Foi ainda em 1970 que os CP foram integrados em hospitais e

⁵ Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: Visão nacional e internacional, disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279191632_Desenvolvimento_historico_dos_Cuidados_Paliativos_visao_nacional_e_internacional. Consultado a 31 de janeiro de 2023.

em 1976 foi criada a primeira equipa de suporte de CP no Saint Thomas Hospital, em Londres (Boulay, 1996; Twycross, 2000).

Em Portugal os CP surgiram em 1992, com a Unidade de Dor no Hospital do Fundão, tendo anos mais tarde surgido a primeira Unidade de Cuidados Paliativos com equipa intra-hospitalar e apoio domiciliário, no IPO do Porto e, posteriormente no IPO de Coimbra (Capelas & Coelho, 2014).

Em 1995, foi criada a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (atualmente designada por Associação Portuguesa de CP - APCP) e em 1996 surge a primeira equipa de apoio domiciliário de Cuidados Continuados Integrados, com valência de Cuidados Paliativos, no Centro de Saúde de Odivelas (*idem*).

Ainda segundo os autores Capelas e Coelho (2014), em 2001 é lançado o Plano Oncológico Nacional, cujo objetivo é dar continuidade aos CP na fase terminal da doença.

A partir de 2002, surgem as primeiras formações na área dos CP, nomeadamente a criação de mestrado e pós-graduações em várias universidades e instituições de ensino superior do país (Capelas & Coelho, 2014).

Em 2004 é criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), para o período entre 2004 a 2010, que considerou os CP como cuidados essenciais na prestação de cuidados de saúde que requerem apoio qualificado, de imperativo ético que promove os direitos fundamentais e sendo igualmente uma responsabilidade social. De referir que no ano 2010 foi aprovado um novo PNCP.

A 06 de junho de 2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através do Decreto-Lei n.º 101/2006⁶, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, que considerava a prestação de CP.

Por fim, em 2012 é fundada a Lei de Bases dos CP e a criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), através da Lei 52/2012, de 5 de setembro “*a presente lei consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a*

⁶ Decreto-Lei n.º 101/2006, disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>. Consultado a 31 de janeiro de 2023.

responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde”⁷.

1.3) Tipologias de serviços existentes destinados aos Cuidados Paliativos:

Para uma possível e correta compreensão dos CP e da sua organização, é importante referir os tipos de serviços destinados a prestar CP e os recursos existentes para a especialidade em questão.

Para tal, podemos fazer referência uma vez mais à Lei de Bases dos CP (Lei 52/2012, de 5 de setembro), que identifica as equipas locais de CP, integradas nos hospitais, RNCP e Centros de Saúde que se articulam entre si, sendo elas as seguintes apresentadas:

- Unidades de Cuidados Paliativos (UCP);
- Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP);
- Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

Por sua vez, os autores como Capelas, Neto & Coelho (2016) acrescentam ainda àquela rede os Centros/Hospitais de Dia, onde são prestados CP.

Segundo a Lei de Bases de CP, uma UCP é um serviço de internamento especializado no tratamento de doentes com necessidades paliativas, em situação de agudização clínica complexa; a UPC poderá encontrar-se integrada num hospital ou noutra instituição de saúde com serviços de internamento. As referidas unidades poderão ter diversas valências assistenciais, nomeadamente de internamento, apoio intra-hospitalar, consulta externa, hospital de dia/centro de dia e apoio domiciliário.

No que respeita às Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos estas subdividem-se em equipas destinadas à população adulta (EIHSCP) e à população pediátrica (EIHSCP - P - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos). São equipas autónomas, multidisciplinares e prestam apoio e aconselhamento em CP aos doentes, famílias, cuidadores e profissionais de saúde, articulam com outros serviços intrainstitucionais e interinstitucionais e disponibilizam formação formal e informal (Capelas, Neto & Coelho, 2016).

⁷ Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei 52/2012, de 5 de setembro), disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>. Consultado a 31 de janeiro de 2023.

As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), ainda segundo os mesmos autores (Capelas, Neto & Coelho, 2016), são equipas igualmente multidisciplinares, especializadas para a prestação de cuidados médicos e de enfermagem aos doentes no domicílio, apoiando igualmente as famílias e/ou cuidadores através de intervenção psicológica e/ou social.

Os Centros/Hospitais de Dia de CP, são espaços localizados em hospitais, unidades de CP ou na comunidade, que proporcionam aos doentes paliativos a realização de atividades que não seriam possíveis de realização noutras estruturas, garantido uma supervisão clínica, assim como permite o descanso dos familiares e/ou cuidadores (*idem*).

Não obstante, é igualmente importante referir as competências das equipas de CP, sendo estas descritas também na Lei de Bases de CP (Lei 52/2012, de 5 de setembro):

- Autonomia para admissão ou readmissão dos doentes com necessidades de CP;
- Articulação interinstitucional (nomeadamente com a Coordenação Regional, assim como, RNCP, entre outros serviços de saúde e comunidade);
- Definir um plano individual de cuidados para cada doente e concretizar o mesmo;
- Divulgação, junto da população, de informações atualizadas referentes aos CP e acesso à RNCP.

1.4) Acesso aos Cuidados Paliativos em Portugal:

Com o aumento do envelhecimento populacional e das doenças crónicas e terminais aumenta, consequentemente, a necessidade de CP. Segundo dados do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) referentes ao biénio 2021-2022⁸, realizado pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), é

⁸ Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2021-2022), disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf . Consultado a 31 de janeiro de 2023.

possível averiguar que a população portuguesa adulta com necessidade de CP ronda os 81.553 e 96.918 cidadãos, e que a população pediátrica é estimada em 7.268 crianças.

No que respeita às UCP, com base no Plano acima referido e no Relatório de Outono de 2019 do Observatório Português de Cuidados Paliativos (OPCP)⁹ verificou-se, no ano 2021, a existência de um total de 19 UCP (5 na zona Norte, 7 no Centro, 1 em Lisboa e Vale do Tejo, 2 no Alentejo, 2 UCP na zona do Algarve, 1 na região autónoma dos Açores e 1 na Madeira) e 263 camas (85 na área geográfica do Norte, 116 na zona Centro, 8 em Lisboa e Vale do Tejo, 16 no Alentejo, 18 no Algarve, 10 nos Açores e igualmente 10 na Madeira), tal como se encontra demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Unidades de Cuidados Paliativos em meio hospitalar

Área Geográfica	Número de Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)	Número de camas nas Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)
Norte	5	85
Centro	7	116
Lisboa e Vale do Tejo	1	8
Alentejo	2	16
Algarve	2	18
Açores	1	10
Madeira	1	10
TOTAL	19	263

Fonte: PEDCP do Biénio 2021-2022 da CNCP e Relatório de Outono de 2019 do OPCS – Elaboração própria.

Referente às UCP - RNCCI, estas integram-se na RNCP e no que respeita à população adulta, tal como exemplificado na Tabela 2, verifica-se um total de 14 Unidades de Cuidados Paliativos (2 a Norte, 0 no Centro, 10 em Lisboa e Vale do Tejo, 2 no Alentejo, 0 na zona do Algarve e 0 nas regiões autónomas dos Açores e da Madeira), contando com um total de 166 camas (25 na zona Norte, 0 no Centro, 127 em Lisboa e Vale do Tejo, 14 no Alentejo, 0 no Algarve, 0 nos Açores e 0 na Madeira).

Relativamente à população pediátrica, até à data, não são conhecidos dados referentes à existência de camas de CP Pediátricos em RNCP, sendo esta população encaminhada para RNCCI nas tipologias de Longa Duração e Manutenção e Cuidados Paliativos, com apoio das EIHS CP-P e ECSCP locais (PEDCP, 2022).

⁹ Relatório de Outono 2019 do Observatório Português de Cuidados Paliativos, disponível em: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4181/file>. Consultado a 31 de janeiro de 2023.

Tabela 2 - Unidades de Cuidados Paliativos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Área Geográfica	Número de UCP - RNCCI	Número de camas
Norte	2	25
Centro	0	0
Lisboa e Vale do Tejo	10	127
Alentejo	2	14
Algarve	0	0
Açores	0	0
Madeira	0	0
TOTAL	14	166

Fonte: PEDCP do Biénio 2021-2022 da CNCP e Relatório de Outono de 2019 do OPCP – Elaboração própria.

No que diz respeito às Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), observa-se, em Portugal Continental, a existência de 43 EIHSCP (PEDCP, 2022) assim como, 1 EIHSCP na região autónoma dos Açores e 1 na Madeira (OPCP, 2019), não existindo qualquer dado recente que contrarie a presente afirmação. No que respeita às EIHSCP-P, existem dois tipos de equipas intra-hospitalares pediátricas, nomeadamente, cinco equipas pediátricas especializadas nos cinco Centros Hospitalares Universitários (CHU Lisboa Norte, Lisboa Central, Porto, São João e Coimbra) e EIHSCP-P não especializadas, nos restantes Departamentos/Serviços de Pediatria (*idem*, pp. 20), encontrando-se as seguintes informações discriminadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos-Pediátricos (EIHSCP-P)

Área Geográfica	Número de EIHSCP existentes	Número de EIHSCP-P (especializadas) existentes
Portugal Continental	43	5
Açores	1	0
Madeira	1	0
TOTAL	45	5

Fonte: PEDCP do Biénio 2021-2022 da CNCP e Relatório de Outono de 2019 do OPCP – Elaboração própria.

Por fim, no que se refere às Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), existem um total de 27 ECSCP, 24 em Portugal Continental (PEDCP,

2022), nomeadamente, 7 na região Norte, 2 no Centro, 8 na região Lisboa e Vale do Tejo, 3 no Alentejo, 3 Algarve e nas regiões autónomas, existem 2 ECSCP nos Açores e 1 na Madeira (OPCP, 2019), tal como demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) no território Nacional

Área Geográfica	Número de ECSCP existentes
Norte	7
Centro	2
Lisboa e Vale do Tejo	8
Alentejo	3
Algarve	3
Açores	2
Madeira	1
TOTAL	27

Fonte: PEDCP do Biénio 2021-2022 da CNCP e Relatório de Outono de 2019 do OPCP – Elaboração própria.

1.5) Rede Nacional de Cuidados Paliativos:

A RNCP presta cuidados especializados e diferenciados a doentes com doenças crónicas e/ou terminais, com necessidades paliativas.

Para uma melhor compreensão da RNCP, é necessário realizar uma breve caracterização da RNCCI.

A RNCCI foi criada a 6 de junho de 2006 pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, sendo definida como cuidados continuados de saúde e de apoio social, com base numa avaliação multidisciplinar, com o objetivo de promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, art. 3º, a)) e objetiva a diminuição do tempo de internamento em Unidades Hospitalares, redução do número de internamentos e reinternamentos de pessoas dependentes com necessidade de cuidados diferenciados e apoio social e a redução dos custos das Unidades Hospitalares (Girão & Guerreiro, 2011). A RNCCI é constituída por *“unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os*

hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, art.º 2º, nº 1) e é composta por Unidades de Internamento, em tipologias de Convalescença (duração de até 30 dias consecutivos), Média Duração (até 90 dias consecutivos), Longa Duração (com duração mínima de 90 dias e máxima indeterminada) e Unidades Móveis Domiciliárias, nomeadamente, tipologia de ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados, prestados ao domicílio do doente, por uma equipa do Centro de Saúde). Ainda de salientar que, a RNCCI dirige-se a qualquer pessoa, independentemente da idade, que se encontre em situação de dependência e careça de cuidados de saúde diferenciados e apoio social (Girão & Guerreiro, 2011).

A RNCP foi criada em 2012 através da Lei de Bases dos CP, mais especificamente, pela Lei 52/2012, de 5 de setembro. É uma rede operacional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde e segundo a Lei de Bases dos CP, baseia -se num *“modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários”*. A sua intervenção assenta num plano individual de CP, criado pela equipa interdisciplinar.

As unidades prestadoras de CP da RNCP podem encontrar-se integradas num hospital, ou noutra instituição de saúde com regime de internamento e presta serviços nas valências de internamento, apoio intra-hospitalar, hospital de dia, consulta externa e apoio comunitário/domiciliário e assenta em dois tipos de objetivos (*idem*):

- **Objetivo Específico:** prestação de CP a utentes que, independentemente da idade e patologia, se encontrem numa condição de sofrimento resultante de uma doença grave e/ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva;
- **Objetivos Intrínsecos:** a melhoria e aumento da qualidade de vida e bem-estar do utente em situação de sofrimento; apoio, acompanhamento e internamento adequados à situação clínica; apoio aos familiares e/ou cuidadores na respetiva qualificação e na prestação de CP; articulação e coordenação dos cuidados; articulação com diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação; permitir aos utentes, o acesso aos CP aquando necessário e de forma equitativa em todo o território nacional; privilegiar

a permanência dos doentes no domicílio, se essa for a vontade expressa pelo doente e sempre que o apoio domiciliário possa garantir os CP necessários à manutenção do conforto e qualidade de vida; prematurações das necessidades e planeamento das respostas em matéria de CP.

A referenciação e admissão na RNCP, ainda segundo a Lei de Bases dos CP, é diligenciada com base em critérios clínicos, cuja avaliação e decisão é de competência da equipa interdisciplinar de CP, tendo em consideração critérios de complexidade, gravidade, prioridade clínica e exaustão dos cuidadores informais.

A admissão nas UCP é solicitada pelo médico de família ou outro médico especialista, pela RNCP, RNCCI, Unidades de Cuidados de Saúde Primários, pelos serviços hospitalares, doente e/ou família.

Ainda de referir que, para uma possível realização de proposta tanto para RNCCI como para RNCP, são necessários três relatórios, um elaborado pela equipa médica, outro pela equipa de enfermagem e um Relatório Social realizado pelo(a) Assistente Social.

1.6) O Serviço Social nos Serviços de Saúde:

Segundo o Código Deontológico dos Assistentes Sociais, em Portugal (2018)¹⁰, o Serviço Social (SS) é definido como uma profissão de intervenção, assim como, uma disciplina académica, que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o *empowerment* e a promoção da Pessoa. O SS correlaciona as pessoas com as estruturas sociais de modo a responder às dificuldades da vida e à melhoria do bem-estar social. Tem por base os princípios da justiça social, dos direitos humanos, o respeito pela diversidade e a responsabilidade coletiva.

No que respeita às funções, a um nível geral, o AS, também designado por Técnico Superior de Serviço Social, guia-se pelas seguintes incumbências implementadas:

- Atendimento ao utente e abertura de processo social com registo da informação social;

¹⁰ Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal, disponível em: https://www.apss.pt/wp-content/uploads/2018/12/CD_AS_APSS_Final_APSS_AssembGeral25-10-2018_aprovado_RevFinal.doc-1-converted-1-C%C3%B3pia.pdf. Consultado a 08 de fevereiro de 2023.

- Elaboração de um diagnóstico social, identificando e avaliando as necessidades, problemas sociais e psicossociais das pessoas e comunidades, assim como, análise das suas capacidades e recursos;
- Realização de perícias sociais, pareceres, informações e relatórios sociais, em situações de processos de reintegração social, adoção, violência doméstica, referenciação e alta social em cuidados de saúde, em medidas de promoção, proteção e acompanhamento de crianças e jovens, na tutela educativa, na normatização de responsabilidades parentais, entre outras;
- Elaboração de planos individuais de ação, com base nas situações sociais e psicossociais das pessoas e dos seus contextos;
- Criação, planificação, implementação e avaliação de projetos sociais comunitários, políticas sociais e outras políticas públicas relevantes para as áreas de intervenção;
- Capacitação dos utentes no processo da sua reintegração social;
- Administração social, direção técnica e coordenação de estruturas e serviços sociais;
- Assessoria e consultoria a órgãos da administração e gestão de entidades públicas, privadas e da economia social, na esfera das políticas e projetos de desenvolvimento social, assim como, assessoria e consultoria a associações e movimentos de cidadãos, no domínio das políticas sociais, na prática da promoção e defesa dos direitos de cidadania e sociais;
- Conhecimento atualizado dos fenómenos e problemas sociais, assim como, investigação no sentido da melhoria da acessibilidade, qualidade e eficácia dos serviços;
- Formação inicial, pós-graduada e atividades de ensino na área do Serviço Social, supervisão profissional de Assistentes Sociais e participação em júris em concursos de recrutamento de Assistentes Sociais (*idem*, pp. 7 e 8).

Na temática da saúde, o SS integra as equipas multidisciplinares dos serviços de saúde desde o início do século XX (Branco e Farçadas, 2012). Surge associado à prestação de cuidados de saúde e à validação das equipas multidisciplinares no âmbito da saúde (Cowles, 2003), tendo o AS diversas funções a cargo, nomeadamente, de acordo com a

definição dos autores Mondragón e Trigueros em Serviço Social na Saúde (2012, pp. 4), como sendo o profissional que investiga e suprime, no sistema de saúde, os fatores psicossociais que incidem no processo saúde-doença, quer estes estejam na origem da doença ou sejam uma consequência da mesma, assim como as funções divulgadas pela Circular Normativa N.º 8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde a 16 de maio de 2002, nomeadamente:

- Identificar e analisar os problemas e necessidades sociais dos utentes com base nos fatores de risco social disponibilizados no Manual de Articulação Saúde e Segurança para o Planeamento das Altas Hospitalares da ACSS (2015)¹¹ (Anexo 1) e os critérios de risco psicossocial e médico internacionalmente aceites (Rehr, 1979), de acordo com Masfret, D., em Serviço Social na Saúde (2012, pp. 67) (Anexo 2), elaborando o respetivo diagnóstico social;
- Acompanhamento e apoio psicossocial aos utentes e famílias, com base na elaboração de um plano individual de intervenção social;
- Investigação, estudo e criação de processos, métodos e técnicas de intervenção social;
- Participar na definição, promoção e execução das políticas de intervenção social a cargo dos respetivos serviços ou estruturas sociais;
- Definir, elaborar, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária;
- Analisar e registar toda a informação relativa à sua intervenção profissional ou de investigação;
- Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os recursos existentes na comunidade;
- Orientar e capacitar os utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos que respondam às suas necessidades;

¹¹ Manual de Articulação Saúde e Segurança para o Planeamento das Altas Hospitalares, disponível em: <https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Manual%20de%20Articula%C3%A7%C3%A3o%20Sa%C3%ADde%20SSocial%2015%20de%20julho.pdf>. Consultado a 08 de fevereiro de 2023.

- Realizar uma articulação intra e interinstitucional no sentido de garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados;
- Informar e acompanhar situações sociais problemáticas, sempre que necessário e de forma sistemática, principalmente as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou exclusão social.

Relativamente às finalidades da ação do Assistente Social da Saúde, segundo o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI (2006, pp. 8), tanto na RNCCI como em todos os serviços de saúde, o AS intervém como:

- **Facilitador da integração dos utentes nos serviços de saúde** (assegurando um adequado acompanhamento dos doentes e famílias e integração dos utentes na RNCCI – todas as tipologias);
- **Gestor de caso e monitor da continuidade, integralidade e qualidade dos cuidados** (promovendo “a prestação integral e integrada dos cuidados, assegurando o acompanhamento e o cumprimento do plano individual de cuidados flexível, contínuo e articulado”);
- **Mediador e fomentador das redes de suporte social e sua efetividade** (promovendo a conservação, reforço e/ou a reconstituição das relações interpessoais do doente com a equipa, família e restante rede de suporte informal e formal);
- **Provedor e conselheiro da família** (assegurando apoio psicossocial ao utente e família);
- **Mediador da prestação de bens e serviços ao doente e família** (promovendo a reinserção social do doente, com qualidade e suporte adequados);
- **Promotor da qualidade e humanização dos cuidados e serviços** (cooperando na eficiência e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SNS);
- **Dinamizador de indivíduos e organizador de grupos** (motivando e incentivando os utentes, familiares ou outros para a criação de ações de autoajuda e/ou voluntariado);

- **Capacitador de populações e organizador de comunidade** (promovendo a consciencialização da população no que diz respeito às necessidades e deveres na saúde e na doença, estimulando para a participação ativa na melhoria dos cuidados e serviços).

O Serviço Social Hospitalar encontra-se na primeira linha para identificar e conhecer as disfunções sociais dos utentes, assim como para garantir a dignidade humana e social no planeamento de alta e no momento de efetivação da mesma. A articulação com a equipa terapêutica é crucial neste processo coletivo de tratamento, sendo o trabalho em equipa multidisciplinar uma metodologia constante no quotidiano hospitalar (Lopes, et al., em Serviço Social na Saúde, 2012, pp.51).

Em suma, o AS integra a grande maioria das equipas multidisciplinares de saúde. É o profissional que trabalha diretamente com o doente e família e a sua intervenção assenta numa abordagem biopsicossocial, em que os fatores sociais estão diretamente ligados à saúde (Dhooper, 1997).

1.7) O papel e importância do Assistente Social nas Equipas de Cuidados

Paliativos:

Segundo Twycross (2002), as equipas de CP devem ser constituídas por médico, enfermeiro e AS. Poderão ainda integrar outros grupos profissionais, mediante as necessidades e a decisão da equipa de CP.

O AS integrado nas equipas de CP desempenha um papel crucial nas mesmas. Para além dos cuidados médicos e de enfermagem especializados, com foco no tratamento da dor e outros sintomas, os CP abrangem cuidados e tratamento de questões emocionais, psicológicas, espirituais e sociais que afetam o doente em fase terminal e a sua família, tendo o AS um contributo importante na resolução dessas questões e, deste modo, nas equipas de CP. O AS tem estado ligado às equipas de CP desde o aparecimento destas, e nos cuidados de fim de vida e de apoio social geral. O seu papel assume ainda uma maior importância atendendo a que, para muitos doentes, o apoio do AS na fase de fim de vida poderá dispensar os cuidados médicos e de enfermagem, porque nesta fase muitos doentes/utentes recebem sobretudo apoio do serviço social,

que se tem revelado fundamental para resolver questões familiares e pessoais assim como para dar resposta a necessidades sociais de apoio, diversas (Malcom Payne, 2012).

A intervenção do AS nas equipas de CP, tal como já referido anteriormente, focaliza-se no doente e na família e/ou cuidador e passa por colmatar as necessidades psicossociais que se manifestam no processo de doença e de morte.

Segundo as autoras Bernardo, Rosado & Salazar, em Manual dos Cuidados Paliativos (2016, pp. 907), é função do AS, a realização de uma avaliação sociofamiliar e socioeconómica, realização de um diagnóstico social com definição do subsistema, vertente económica e habitacional, avaliação dos problemas e necessidades, avaliação dos recursos e das potencialidades, assim como, informação, orientação e encaminhamento para os recursos da comunidade (respostas sociais e/ou apoios sociais).

O AS pode ser enquadrado e desempenhar as suas funções nas várias unidades e equipas de CP, nomeadamente:

- Unidades de Internamento;
- Unidades de Ambulatório;
- Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP);
- Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

Relativamente às Unidades de Internamento de CP, segundo os autores, Lopes, M. A., Ribeiro, A. R., et al., em Serviço Social na Saúde (2012, pp. 35), a intervenção do AS deve ser direcionada e contribuir para a humanização e qualidade de cuidados, a satisfação dos doentes e respetivas famílias, assim como para a rentabilização dos recursos sociais e de saúde.

Segundo o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI (2006, pp. 9), a intervenção do AS desenvolve-se ao nível do apoio psicossocial ao doente e à família e ao nível da articulação entre os serviços, internos e externos ao hospital, assegurando um correto e adequado planeamento de alta, sendo este realizado junto do doente e/ou família, agilizando e assegurando a continuidade de cuidados.

Dada a complexidade que uma alta hospitalar acarreta a sua preparação deverá iniciar-se o mais cedo possível, pois uma alta mal planeada levará a consequências

negativas na evolução clínica do doente, assim como na sobrecarga dos serviços de saúde, atendendo às possíveis readmissões.

A intervenção do AS nos cuidados hospitalares pode ser sistematizada em quatro momentos metodológicos (*idem*, pp. 9):

1. Acolhimento;
2. Plano Individual de Cuidados;
3. Acompanhamento Psicossocial;
4. Preparação da Continuidade de Cuidados/Planeamento de Alta.

No que concerne ao Acolhimento, o AS deve proporcionar ao doente e/ou família (*ibidem*, pp. 10):

- **Suporte Emocional;**
- **Apoio à integração** (do doente e família nas unidades de internamento, informando sobre os seus direitos e deveres);
- **Gestão de expectativas** (perante o tempo de internamento, grau de autonomia e pós-alta);
- **Apoio à adaptação à situação de doença e/ou dependência** (e, em caso de necessidade, encaminhamento para os recursos da comunidade, nomeadamente, apoios e respostas sociais);
- **Recolha de informação** (através de uma avaliação sociofamiliar junto do doente e/ou família a fim de realização de um adequado encaminhamento e planeamento de alta);

Posteriormente o AS deve realizar o diagnóstico social com base nas informações recolhidas, identificando os problemas, necessidades, potencialidades e expectativas.

Relativamente ao Plano Individual de Cuidados, este deve ser elaborado em articulação com a equipa multidisciplinar, depois de recolhidas as vontades e necessidades expressas pelo doente e/ou família e/ou cuidador (*id. Ibidem*, pp. 11).

Quanto ao Acompanhamento Psicossocial, este deverá apoiar e orientar o doente e/ou família e/ou cuidador nos processos de tratamento, reabilitação e readaptação e reintegração social. Deverá garantir o suporte emocional sobre os mais diversos temas, nomeadamente aceitação da doença e enfrentar as mudanças provocadas pela mesma; e permitir a expressão dos sentimentos e receios gerados pela doença, tratamentos ou possível previsão de morte, assim como garantir a capacitação do utente e/ou família à

reintegração social e exercer advocacia social, em prol do doente e família, no que respeita ao acesso a apoios e respostas sociais, ou preparação para a morte e apoio no processo de luto, em caso de falecimento do doente (*id. Ibidem*, pp. 12).

A Preparação da Continuidade de Cuidados/Planeamento de Alta deve ser diligenciada entre a equipa multidisciplinar, doente e família, de modo a que seja garantida a continuidade de cuidados no pós-internamento, uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar do doente. De referir que, em muitas situações existe a necessidade de encaminhamento para respostas sociais, nomeadamente RNCP, Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Dia ou Lar (*id. Ibidem*, pp. 14).

Em Unidades de Ambulatório, de acordo com o exposto no Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI (2006, pp. 16), o AS presta apoio psicossocial ao doente e família, promovendo a autonomia e capacitação dos mesmos para uma vida socialmente ativa.

Relativamente às EIHS CP estas exercem diversas funções, nomeadamente, aconselhamento diferenciado a utentes e profissionais, assim como a prestação de cuidados diretos a doentes em fase terminal. A ação profissional centra-se na dimensão do apoio psicossocial ao doente/família, no suporte interprofissional e em procedimentos de extensão à comunidade, tendo o AS um papel igualmente crucial nessas mesmas equipas, encontrando-se as suas funções, agrupadas em três níveis:

- **Prestação de Cuidados** (realizando a avaliação das necessidades sociais e emocionais e das potencialidades, intervindo no sentido de colmatar essas mesmas necessidades);
- **Apoio Interprofissional** (“Discussão de casos; Formação em cuidados paliativos; Suporte emocional aos profissionais”)
- **Ações de Extensão à Comunidade** (“Desenvolvimento de parcerias; Participação na formação de profissionais; Acompanhamento e avaliação de projetos”) (*idem*, pp. 22).

Por fim, nas ECSCP o desempenho/funções do AS desenvolve-se através da interação com o doente, família e o seu meio envolvente. Enquanto na intervenção em contexto de internamento a ação foca-se na organização e capacitação do utente, e da sua rede de suporte informal, para fazer face à doença e/ou estado de dependência, e às consequências que isso acarreta, nas ECSCP a ação foca-se no meio envolvente, ou

seja, através da consciencialização e capacitação dos grupos sociais, no sentido de se organizarem e responderem às necessidades especiais dos cidadãos, tendo como níveis de intervenção (*id. ibidem*, pp. 24):

- **Atendimento Individualizado** (realizado ao doente e família, durante as visitas domiciliárias, assegurando o apoio e tipologia de intervenção iguais às mencionadas acima);
- **Gestão Institucional** (padronizar os critérios de organização dos processos e de recolha de informação na Rede; realizar a avaliação e gestão de sistemas de informação; sumariar a informação de âmbito psicossocial e avaliar a efetividade dos processos de intervenção; realizar estudos sobre indicadores de risco e necessidades de intervenção social; identificar medidas de melhoria; promover a articulação intra e interinstitucional e avaliar a qualidade das respostas e a satisfação dos doentes e famílias);
- **Trabalho de Grupo** (criação de grupos de autoajuda de forma a dar resposta às motivações, interesses e necessidades identificadas; incentivar a criação e desenvolvimento de formas de organização e apoiar iniciativas de grupos e/ou organizações);
- **Organização Comunitária** (identificação do meio de intervenção e da problemática e a planificação da ação/intervenção).

1.8) Os Cuidados Paliativos no Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.:

A presente dissertação foi realizada na Unidade de Tomar do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (CHMT). Para uma melhor compreensão do serviço de CP do CHMT é relevante a realização de uma pequena descrição da instituição, e área de abrangência da mesma.

O CHMT integra três Unidades Hospitalares, nomeadamente: Unidade de Tomar (Hospital Nossa Senhora Da Graça); Unidade de Abrantes (Hospital Dr. Manoel Constâncio) e Unidade de Torres Novas (Hospital Rainha Santa Isabel). Presta cuidados de saúde às populações de 15 concelhos - Tomar, Ferreira do Zêzere, Vila de Rei, Torres Novas, Abrantes, Entroncamento, Alcanena, Golegã, Vila Nova da Barquinha,

Constância, Ponte de Sôr, Gavião, Mação, Sardoal e Ourém, abrangendo cerca de 251 mil habitantes¹².

Segundo informações veiculadas pelo site oficial do CHMT, tomamos conhecimento que a sua missão rege-se pela *“prestação de cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, a custos comportáveis, assumindo-se como um Centro de elevada competência na organização e prestação assistencial, uma referência no esforço de investigação, desenvolvimento e inovação, promovendo a complementaridade entre as três Unidades Hospitalares”*¹.

No que concerne à prestação de CP, integrados no CHMT, é feita por uma EIHSCP que presta apoio às três unidades hospitalares do CHMT, no serviço de Consulta Externa de Cuidados Paliativos e serviço de Internamento de Cuidados Paliativos, os dois últimos situados unicamente na Unidade de Tomar do mesmo centro hospitalar.

Segundo o Regulamento da EIHSCP elaborado pelo CHMT (2017)¹³, é composta por profissionais de diversas formações de base, multidisciplinar, com formação específica em CP. Integra quatro Médicos (sendo um deles, médico coordenador), dois Enfermeiros, um AS, um Psicólogo e um Administrativo.

Funciona de segunda a sexta-feira no horário das 09h00 às 17h00 e dispõe de um contacto telefónico direto, que o doente e/ou família poderá usar para contactar sempre que necessário.

É de responsabilidade da EIHSCP:

- 1)** Prestar aconselhamento e apoio diferenciado em CP especializados, aos doentes, e suas famílias, que se encontrem internados nos serviços do CHMT;
- 2)** Colaborar na execução do plano individual de cuidados a doentes internados com necessidades paliativas, mediante pedido de colaboração à EIHSCP, por parte das restantes equipas;

¹² Apresentação do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., disponível em: <https://www.chmt.min-saude.pt/instituicao/>. Consultado a 18 de fevereiro de 2023.

¹³ Consulta do Regulamento da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos mediante solicitação e autorização superior.

- 3)** Encaminhar os doentes para a resposta de apoio que melhor se adequa às suas necessidades, assim como, realização de processo de referenciação para RNCP;
- 4)** Prestar CP complexos;
- 5)** Auxiliar, na área dos CP, profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, hospitalares e cuidados integrados, na área de influência do CHMT;
- 6)** Articular com outras equipas locais a afetação ou transferência de doentes adultos com necessidades paliativas, tendo em vista a prestação de CP eficazes e eficientes, assim como, articular com outros prestadores de cuidados de saúde na área de influência do CHMT;
- 7)** Divulgar junto dos doentes e suas famílias, a informação atualizada referente aos CP e ao acesso à RNCP;
- 8)** Garantir a consulta e acompanhamento de doentes internados no CHMT, colaborar com as equipas prestadoras de cuidados, na orientação do controlo sintomático, apoio psicológico, emocional, espiritual e social, tanto ao doente como à sua família;
- 9)** Garantir uma ação de consultadoria contínua aos profissionais do CHMT;
- 10)** Assegurar a formação em CP, destinadas às equipas terapêuticas do CHMT.

Relativamente ao serviço de internamento de CP, encontra-se em conformidade com o Nível II, de acordo com o PNCP de 2010 e o Regulamento do Serviço de Cuidados Paliativos do CHMT (2022)¹⁴ e tem, de momento, uma lotação de 4 camas. Segundo o Manual da Qualidade – Descrição do CHMT (2015)¹⁵, a 20 de novembro de 2008 foi inaugurada uma UCP no CHMT, com 10 camas em quartos individuais. Em março de 2012, devido à reorganização dos serviços e Unidades Hospitalares integrantes do CHMT, a UCP foi integrada no Departamento de Anestesia e Blocos Operatórios, passando o serviço a possuir apenas quatro camas, todas elas destinadas exclusivamente a doentes do CHMT, encontrando-se localizado no serviço de internamento de Urologia, na Unidade de Tomar.

¹⁴ Consulta do Regulamento do Serviço de Cuidados Paliativos do CHMT mediante solicitação e autorização superior.

¹⁵ Consulta do Manual da Qualidade – Descrição do CHMT mediante solicitação e autorização superior.

No que toca aos critérios de admissão, com base no Regulamento do Serviço de CP do CHMT (2022) e no Protocolo de Procedimento – Acesso ao Internamento no Serviço de CP do CHMT¹⁶, terão indicação para internamento no serviço de CP, os utentes previamente acompanhados pela EIHS CP do CHMT, seja em contexto de Consulta Externa de CP ou em contexto de assessoria nos diversos serviços de internamento, e em casos que avaliem e considerem situações de maior complexidade, nomeadamente:

- Portador de doença oncológica e/ou crónica;
- Ter uma estimativa de vida entre 7 dias e 6 meses;
- Descontrolo sintomático sem resposta positiva à terapêutica instituída à patologia de base, ou já com tentativa infrutífera de controlo sintomático.

Deve-se ter em atenção as seguintes situações, que são entendidas como critérios de exclusão:

- Utentes com expectativa de vida inferior a 7 dias, ocasionalmente beneficiam da transferência para o serviço de CP, a menos que *“seja importante o apoio presencial à família ou existam necessidades especiais de controlo sintomático, que não sejam possíveis na localização de origem (internamento do CHMT ou domicílio)”*;
- Utentes que se encontrem em coma ou com graves alterações do estado de consciência, não serão considerados prioritários para transferência;
- Casos sociais (cujo problema ativo é a falta de rede de suporte informal ou outro) não deverão ser aceitáveis de transferência devido ao número restrito de camas existentes;
- Utentes cujo objetivo de internamento seja para diagnóstico em estudo.

De salientar que a prioridade do utente na admissão no serviço de CP do CHMT é realizada com base em critérios clínicos e da gravidade da situação, podendo ser admitidos de forma urgente utentes já acompanhados pela EIHS CP. Não deverá ser atribuída prioridade às necessidades de gestão de vagas dos serviços em detrimento das necessidades de controlo sintomático do utente (podendo surgir situações excecionais,

¹⁶ Consulta do Protocolo de Procedimento – Acesso ao Internamento no Serviço de Cuidados Paliativos do CHMT mediante solicitação e autorização superior.

com necessidade de internamento noutros serviços, ao cuidado da EIHSCP, a fim de posterior transferência para o serviço de CP aquando existência de vagas).

É igualmente importante referir os critérios de alta no serviço de CP, sendo que a alta acontece nas situações em que é alcançado o controlo sintomático, quando a equipa multidisciplinar considera que foi alcançado o descanso do cuidador informal (sendo que, nestas situações o tempo de internamento, não pode ultrapassar os 10 dias) e/ou quando o utente tem vaga na RNCCI/RNCP ou noutra resposta social em que estejam garantidos o apoio e os cuidados necessários.

Ainda no que respeita ao internamento no serviço de CP do CHMT, encontra-se afeta uma AS cujas funções passam pela articulação com a AS da EIHSCP e realização da avaliação sociofamiliar e socioeconómica das situações, nas primeiras 72h após internamento, com possível necessidade de maior intervenção. Tais diligências são efetuadas com base nas funções já referidas anteriormente.

A nível da Consulta Externa de CP do CHMT, tal como nos é demonstrado no folheto informativo da EIHSCP do CHMT (Anexo 3), este serviço destina-se ao acompanhamento, em ambulatório, dos utentes com necessidade de CP através de:

- Consultas multidisciplinares realizadas pelo médico(a) e enfermeiro(a) (para instrução do plano terapêutico ou alteração do mesmo e, em algumas situações, para realização de procedimentos médicos e/ou de enfermagem);
- Administração de medicação;
- Consultas de Psicologia (em caso de necessidade, com o intuito de prestação de apoio ao doente e à família/cuidador, assim como, apoio no luto);
- Consulta de Serviço Social (a fim de realização de uma avaliação sociofamiliar/socioeconómica, para possíveis encaminhamentos para respostas existentes na comunidade).

Em resumo, a função do AS nas equipas de CP é variada, desde a realização da avaliação sociofamiliar e socioeconómica da família, elaboração de plano individual de intervenção social, organizar o processo e encaminhar os utentes e famílias para os recursos da comunidade, tendo como objetivo assegurar uma correta e adequada continuidade de cuidados, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida do doente em fase terminal. Deste modo, tudo indica que o Serviço Social pode ter um papel fundamental nas equipas de CP. Avaliar até que ponto esta participação é

importante para uma boa resposta aos problemas, que surgem no dia-a-dia dos serviços, foi a principal razão que motivou este trabalho.

Capítulo II – Objetivos e Metodologia de Investigação

O presente estudo foi realizado nos serviços de Consulta Externa de CP e Internamento de CP, na Unidade de Tomar do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., entre 30 de setembro a 31 de dezembro de 2022 e pretende fazer a caracterização, descrição e análise do papel do Serviço Social/Assistente Social nas equipas de CP a fim de avaliar a importância e necessidade destes profissionais de saúde nestas mesmas equipas, pois consideramos serem escassas as informações referentes à temática do presente estudo.

2.1) Objetivos:

O presente estudo assenta na pergunta de investigação “É importante a presença de um Assistente Social nas equipas de CP?”.

Segundo os autores Marconi & Lakatos (2002, pp. 24), *“toda a pesquisa deve ter um objetivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar”*.

Como objetivo principal deste estudo foi definido:

- Avaliar e demonstrar a importância do Assistente Social nas Equipas de Cuidados Paliativos.

Como objetivo secundário:

- Demonstrar a necessidade do AS nas Equipas de Cuidados Paliativos.

2.2) Tipo de Estudo:

O tipo de investigação selecionado foi o estudo observacional, transversal e retrospectivo, com o que se pretendeu identificar o número de utentes que necessitaram de intervenção do Serviço Social e o tipo de intervenção diligenciada, no período definido.

Para o operacionalizar, foram adotados os métodos de revisão da literatura e uma análise quantitativa e qualitativa dos doentes seguidos nos serviços de Internamento e Consulta Externa de CP na Unidade de Tomar do CHMT E.P.E..

2.3) Amostra:

Segundo os autores Campenhoudt & Quivy (1992), *“a amostra é determinada como um subconjunto da população, na qual se estabelece e se estimam as suas características. A amostra pretende explorar algo sobre um grupo de maior dimensão do que aquele de que se faz parte”* (1992, citado por Bernardino, A., 2021, pp. 55). A amostra presente neste estudo é de 168 utentes, 140 acompanhados em Consulta Externa de CP e 28 acompanhados no serviço de Internamento em CP, Unidade de Tomar do CHMT, durante o período de tempo de 30 de setembro a 31 de dezembro de 2022. A informação, e respetivos dados, foram disponibilizados pelo serviço de Planeamento e Controlo de Gestão do CHMT E.P.E.

Foram considerados como critérios de inclusão: doentes adultos acompanhados em Consulta Externa de CP e Internamento em CP na Unidade de Tomar do CHMT, E.P.E., entre o período de 30 de setembro a 31 de dezembro de 2022, alvo de intervenção do Serviço Social.

Como critérios de exclusão, considerou-se a informação sobre a intervenção do Serviço Social incompleta ou inexistente.

2.4) Colheita de dados:

A recolha da informação fez-se por consulta do registo estatístico do número total de doentes que foram acompanhados em Consulta Externa de CP e Internamento de CP, na Unidade de Tomar, durante o período temporal definido, disponibilizados pelo serviço de Planeamento e Controlo de Gestão do CHMT, E.P.E.. Destes foram depois identificados aqueles que necessitaram de intervenção do Serviço Social, tendo esta informação sido disponibilizada pela Coordenação do Serviço Social através dos dados estatísticos do Perfil do Assistente Social no SClínico. Ainda, foi recolhido o número de doentes encaminhados para a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP).

2.5) Análise dos dados:

A análise dos dados é o ponto focal para a avaliação, demonstração e comprovação dos factos de todos os estudos de investigação. No presente estudo

recorreu-se à estatística descritiva, com a finalidade de fornecer um resumo simples, descrição inicial, dos dados da amostra.

Foi adotado a análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa. Segundo Gale et al. (2013), *“a análise temática é um método que identifica, analisa e relata o tema dentro de dados. O desenvolvimento de temas é uma característica comum de análise de dados qualitativos envolvendo a busca sistemática para gerar padrões e descrições completas capazes de lançar luz sobre o fenómeno sob investigação”* (2013, citado por Bernardino, A., 2021, pp. 57).

2.6) Procedimentos éticos e formais:

Para a concretização do estudo e presente Dissertação, foi necessária a aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Anexo 4) e da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (com validação do Conselho de Administração) (Anexo 5). Para a recolha dos dados, houve necessidade de solicitação dos mesmos ao serviço de Planeamento e Controlo de Gestão do CHMT e Coordenação do Serviço Social do CHMT.

Todos os dados recolhidos foram e continuam a ser de acesso único da investigadora, e encontram-se armazenados numa base de dados eletrónica protegida por palavra-passe. De referir ainda que, os mesmos são unicamente estatísticos, anonimizados, sem associação a nome ou a outro elemento que permita a identificação inequívoca do doente, a fim de salvaguardar o cumprimento dos preceitos éticos de investigação.

Capítulo III – Resultados

3.1) Caracterização da amostra:

O presente estudo incluiu uma amostra de 168 utentes, número total de utentes seguidos nos serviços de Consulta Externa de CP e Internamento de CP, na Unidade de Tomar, entre o período temporal de 30 de setembro a 31 de dezembro de 2022, 140 (83%) dos quais acompanhados em contexto de Consulta Externa e 28 (17%) em Internamento de CP (Figura 1). De salgardar que, muitos dos utentes previamente acompanhados em contexto de Consulta Externa, necessitaram de internamento em CP.

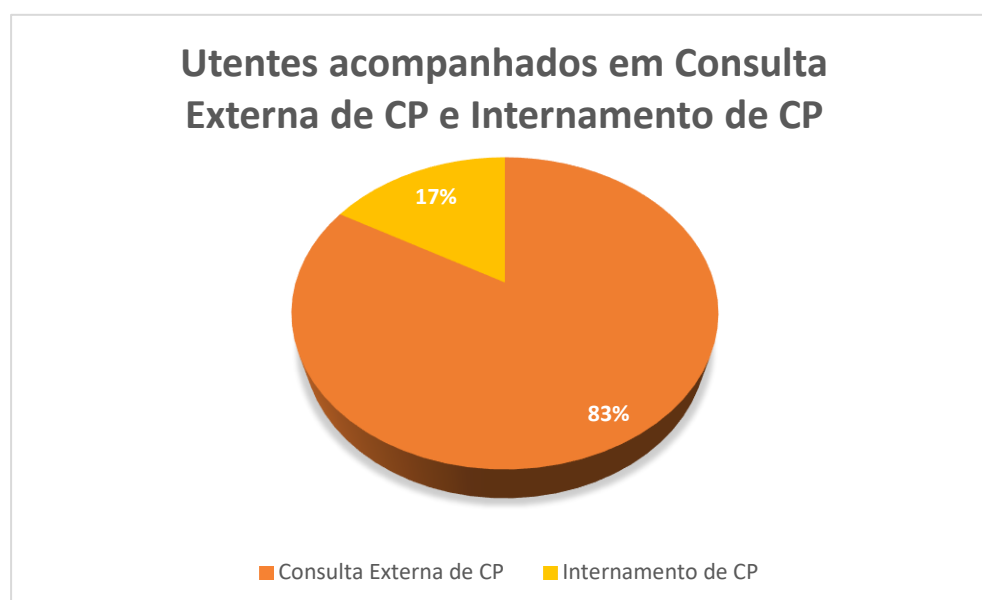


Figura 1 - Utentes acompanhados em Consulta Externa de Cuidados Paliativos e Internamento de Cuidados Paliativos

Fonte: Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão do CHMT – Elaboração própria.

Nas figuras seguintes são apresentadas as análises da amostra, apresentado a caracterização por necessidade de intervenção do Serviço Social, género dos utentes com necessidade de intervenção do SS, género, faixa etária e tipo de intervenção do Assistente Social.

3.2) Número de utentes com necessidade de intervenção do Serviço Social:

Dos utentes da amostra, tiveram necessidade de intervenção do Serviço Social, 133 utentes. Tal como apresentado na Figura 2 e através de dados recolhidos da Estatística do Perfil do Assistente Social no SClínico, constata-se que dos 140 utentes seguidos em Consulta Externa de CP, 105 (79%) utentes careceram de intervenção do Serviço Social e todos os 28 (100%) doentes acompanhados no serviço de Internamento em CP necessitaram do apoio do(a) Assistente Social.



Figura 2 - Utentes com necessidade de Intervenção do Serviço Social
Fonte: Estatística do Perfil do Assistente Social no SClínico – Elaboração própria.

3.3) Género:

Organizando as situações com necessidade de intervenção do Serviço Social por género (Figura 3), podemos averiguar que, o género masculino foi o que apresentou maior percentagem, apresentando um valor de 66%, mais especificamente, 88 utentes e o género feminino, com 34% num equivalente a 45 utentes.

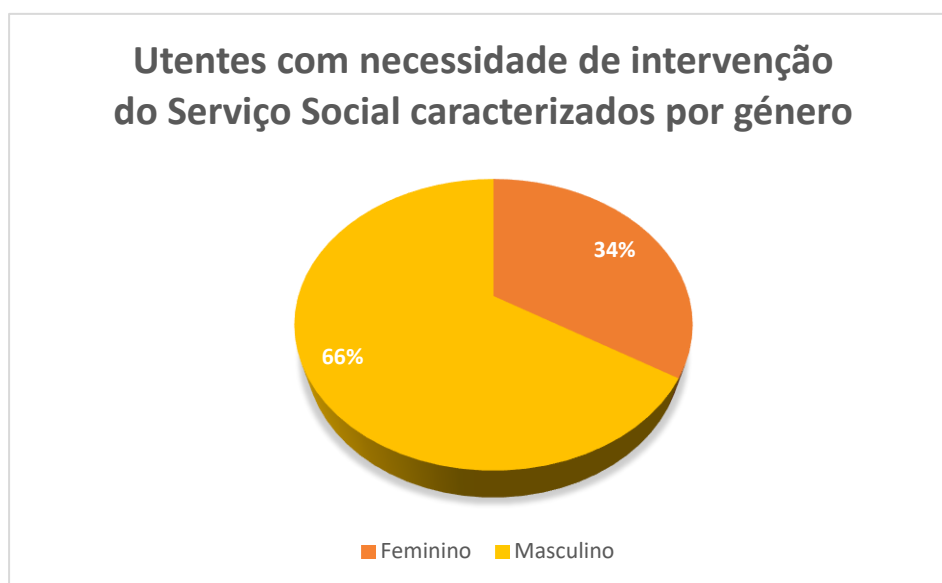


Figura 3 - Utentes com necessidade de intervenção do Serviço Social caracterizados por género

Fonte: Estatística do Perfil do Assistente Social no SClínico – Elaboração própria.

3.4) Faixa Etária:

No que diz respeito às idades (Figura 4), verifica-se que, entre 30 de setembro a 31 de dezembro de 2022, mais de metade dos utentes com necessidade de intervenção do Serviço Social, tinham mais de 65 anos, apresentando uma percentagem de 71%, o que corresponde a 94 utentes. Mais se observa que os restantes utentes, 29% (39 doentes), tinham idades compreendidas entre 45 a 65 anos.



Figura 4 - Utentes com necessidade de intervenção do Serviço Social caracterizados por idades

Fonte: Estatística do Perfil do Assistente Social no SClínico – Elaboração própria.

3.5) Tipo de Intervenção do Assistente Social:

No que concerne ao tipo de intervenção do Assistente Social, de salvaguardar que em todas as situações foi realizada uma avaliação sociofamiliar e socioeconómica junto do utente e/ou rede de suporte (família e/ou cuidador), com elaboração de um diagnóstico social e plano individual de intervenção. A maioria dos encaminhamentos realizados pelo Serviço Social foi para respostas sociais e restantes recursos da comunidade (como por exemplo, apoios e benefícios sociais), dispendo de 74% (99 encaminhamentos), tendo sido os restantes 26% dos utentes (34 utentes) encaminhados para RNCP.

No que respeita à RNCP, o Relatório Social é enviado via email à EIHSCP. Averiguou-se que foram realizadas 24 propostas em contexto de consulta, o que corresponde à maior percentagem (71%) e 10 em internamento (29%).

De salvaguardar que, se verificou que 4 doentes internados já tinham uma proposta a decorrer, proveniente da consulta de CP.

Relativamente aos utentes não encaminhados para RNCP (26% dos utentes), não foram pelos seguintes factos:

- Não apresentarem critérios clínicos para referenciação;
- Recusa por parte do doente e família;

- Falecimento antes de realização da proposta ou por agudização em enfermaria.

No caso de inexistência de critérios ou por recusa, o Serviço Social orienta e encaminha o utente e famílias para os restantes recursos da comunidade, nomeadamente:

- Serviços e políticas de proteção social autárquicos;
- Serviços e políticas de proteção social da saúde;
- Serviços e políticas de proteção social no trabalho/emprego;
- Serviços e políticas de proteção social da Segurança Social;
- Serviços e políticas de proteção social da área jurídico-legal/justiça;
- Serviços e políticas de proteção social de equipamentos de apoio social;
- Serviços e políticas de proteção social a migrantes;
- Serviços e políticas de proteção social de transportes;
- Serviços e políticas de proteção social de outros serviços/entidades.

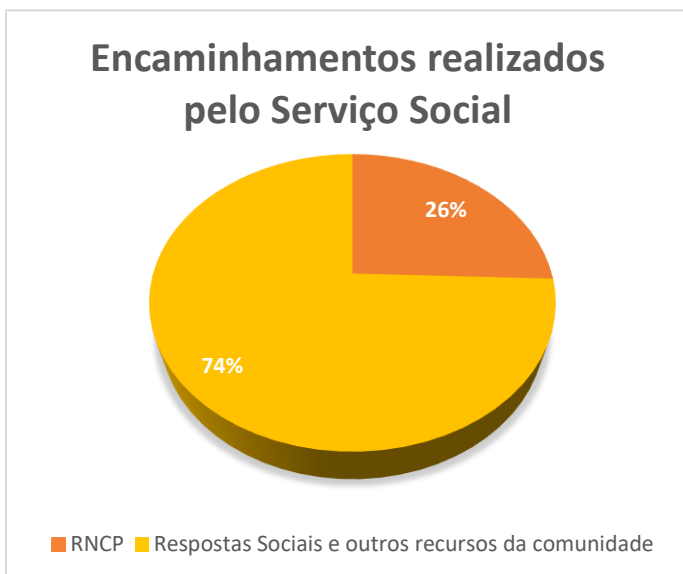


Figura 5 - Encaminhamentos realizados pelo Serviço Social
 Fonte: Estatística do Perfil do Assistente Social no SClinico e Outlook – Elaboração própria.

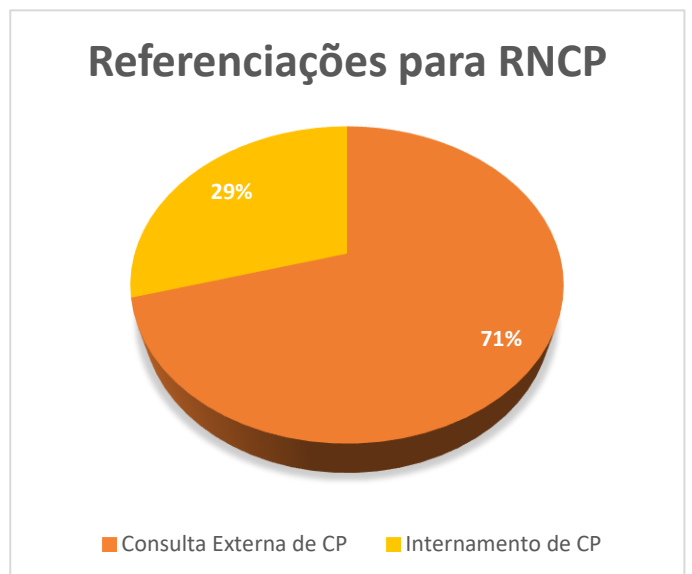


Figura 6 - Número de utentes referenciados para RNCP
 Fonte: Outlook – Elaboração própria.

Capítulo IV – Discussão e Conclusão

O trabalho do Assistente Social nas equipas e serviços de CP propende-se para a maximização da qualidade de vida do doente e da sua família, mediante um trabalho multidisciplinar que pressupõe, por parte do Serviço Social, uma intervenção programada e simultaneamente mais eficiente, a nível do doente, família, equipa médica e de enfermagem, serviços hospitalares e comunidade.

Nos últimos 25 anos, tem-se verificado uma evolução significativa das equipas e serviços de Cuidados Paliativos, no entanto, verifica-se igualmente a necessidade de uma maior e mais célere evolução, atendendo ao envelhecimento progressivo da população e ao conseqüente aumento de utentes com necessidades paliativas. Segundo dados disponibilizados na plataforma Pordata, no ano 2021, existiam 182 idosos para 100 jovens em idade ativa e o índice de dependência dos idosos era de 36,8%¹⁷ e tal como já mencionado anteriormente, é possível constatar a existência de entre 81.553 e 96.918 portugueses adultos com necessidade de CP.

Não obstante a esse facto, também é importante referir que o Serviço Social se encontra ligado aos CP desde a criação dos mesmos, o que nos remete para a ideia inicial da importância deste profissional nas equipas e serviços de CP, apesar da existência de assimetrias a nível regional da integração deste profissional nestas mesmas equipas. Segundo os autores Connor e Gómez-Batiste através do Relatório de Outono de 2019 do OPCP¹⁸, deveriam existir em Portugal, 195 ETC de Serviço Social para toda a RNCP, atendendo que, apenas existem 22.2 ETC, cobrindo unicamente 11% das necessidades, faltando cerca de 6,048 horas de Serviço Social para uma taxa de cobertura completa se considerarmos 1 ETC equivalente a 35h/semanais. No que respeita às UCP, existem 5,9 ETC de SS, cobrindo uma taxa de 49% (Bernardino, 2021). Nas EIHS CP, segundo o Relatório de Outono de 2019 do OPCP, encontram-se alocados 9,6 ETC de SS, acarretando uma taxa de cobertura de 17% das necessidades e nas ECSCP, ainda, existem 6,8 ETC, refletindo uma taxa de cobertura de 45%.

¹⁷ Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525> . Consultado a 25 de abril de 2023.

¹⁸ Relatório de Outono 2019 do Observatório Português de Cuidados Paliativos, disponível em: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4181/file> . Consultado a 31 de janeiro e 25 de abril de 2023.

Em suma, a cobertura nacional do SS nas equipas de CP em Portugal não atinge o valor ideal, existindo equipas/serviços de CP sem Assistente Social ou com AS a tempo parcial, o que nos remete para uma grande lacuna nesse sentido.

O Serviço Social tem um papel fundamental nos CP, pois o Técnico Superior de Serviço Social/Assistente Social está habilitado para avaliar a situação sociofamiliar do doente, identificar necessidades e potencialidades no doente e família, assim como, informar, orientar e encaminhar a família para os recursos da comunidade.

Assim, o presente estudo, realizado no CHMT, teve como objetivo, a compreensão do papel e da necessidade do AS nas equipas de CP, assim como, a intervenção do mesmo nessas mesmas equipas, junto do doente e respetiva família, o qual se conclui que foi comprovado, atendendo a que, em 168 utentes acompanhados nos serviços de Consulta Externa de CP e Internamento em CP, 133, a maioria, necessitaram de intervenção do Serviço Social o que, na nossa amostra e na nossa realidade, demonstra a importância do papel deste profissional nas equipas de CP. Atendendo que, comparativamente com o panorama nacional, comprova-se que nem todas as equipas/serviços de CP são compostos por AS, havendo uma nítida necessidade do mesmo nessas mesmas equipas.

O presente estudo viabilizou igualmente o reconhecimento e funcionalidade do serviço de Cuidados Paliativos no Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., que, apesar dos baixos recursos na comunidade, tem conseguido dar resposta à população da área de abrangência do CHMT.

Referências Bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) (2015). *Manual de Articulação – Saúde e Segurança Social – para o Planeamento de Altas Hospitalares*. Consultado a 08 de fevereiro de 2023, disponível em: <https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Manual%20de%20Articula%C3%A7%C3%A3oSa%C3%BAdeSSocial15%20de%20julho.pdf>

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) (s.d). *Comissão Nacional de Cuidados Paliativos*. Consultado a 31 de janeiro de 2023, disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/2017/01/12/comissao-nacional-de-cuidados-paliativos/>

Andrade, C., Costa, S. & Lopes, M. (2013). Cuidados Paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (9): 2523-2530. Consultado a 31 de janeiro de 2023, disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n9/2523-2530/>

Associação Dos Profissionais de Serviço Social (2018). *Código Deontológico dos Assistentes Sociais*. Consultado a 08 de fevereiro de 2023, disponível em: <https://www.apss.pt/wp-content/uploads/2018/12/CDASAPSSFinalAPSSAssembGeral25-10-2018aprovadoRevFinal.doc-1-converted-1-C%C3%B3pia.pdf>

Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. (2016). *Manual dos Cuidados Paliativos* (pp. 1-975). 3.ª Edição, Associação de Estudantes da FMUL. Lisboa.

Bernardino, A.F.F. (2021). *Avaliação das necessidades e discrepâncias de respostas sociais nos Cuidados Paliativos a nível Nacional: O papel e a formação do Assistente Social nas equipas/unidades de Cuidados Paliativos* (Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos não editada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Bonfim, CJ et al. (1996). *Centro de Dia*. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. Direção Geral da Ação Social. Lisboa. Consultado a 25 de fevereiro de 2023, disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/Centro_dia/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc

Bonfim, CJ et al. (1996). *Lar para Idosos*. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. Direção Geral da Ação Social. Lisboa. Consultado a 25 de fevereiro de 2023, disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/Lar_idosos/573aed6a-0b92-4b99-9f75-d0ce46359b0b/573aed6a-0b92-4b99-9f75-d0ce46359b0b

Bonfim, CJ et al. (1996). *Serviços de Apoio Domiciliário*. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. Direção Geral da Ação Social. Lisboa. Consultado a 25 de fevereiro de 2023, disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/13331/Servi%C3%A7o_apoio_domiciliario/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a

Branco, F. (2008^a). *O Desenvolvimento do Serviço Social na Saúde em Portugal*. Comunicação apresentada ao Seminário 60 anos do Serviço Social do IPO. Lisboa, outubro de 2008.

Branco, F. (2008^b). *O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Trajetórias e Desafios*. Comunicação apresentada no II Encontro de Serviço Social em Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, 16 de junho de 2008.

Branco, F. et al. (2008). *Estudo de Análise Sobre os Serviços Sociais nas Unidades do SNS*. Processo IGIF 215/07, Relatório Final. Lisboa: CESSS – Universidade Católica Portuguesa.

Capelas, MLV., Coelho, S. (2014). História dos Cuidados Paliativos em Portugal: Raízes. *Revista de Cuidados Paliativos*, 1(1), 08-09. Consultado a 31 de janeiro de 2023, disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19716/1/revista_cp_vol_1_n_1.pdf

Capelas, MLV., Silva, S., Alvarenga, M., Coelho S. (2014). Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: Visão nacional e internacional. *Revista Cuidados Paliativos*, 1(2), 7-13. Consultado a 31 de janeiro de 2023, disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279191632_Desenvolvimento_historico_dos_Cuidados_Paliativos_visao_nacional_e_internacional

Carvalho, M. I. (2012). *Serviço Social na Saúde* (pp. 1-137). Lisboa: Pactor.

Carvalho, M. I. (2022). *Práticas de intervenção do Serviço Social na saúde* (pp. 1-157). Lisboa: Pactor.

Carvalho, R., Parsons, H. (2012). Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (p.23-25). Instituto Paliar Grupo Mais-Premier Hospital. Consultado a 31 de janeiro de 2023, disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf#page=23>

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E (s.d). *Apresentação*. Consultado a 18 de fevereiro de 2023, disponível em: <https://www.chmt.min-saude.pt/instituicao/>

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E (s.d). *Cuidados Paliativos são “Cuidados Intensivos de Conforto”*. Consultado a 31 de janeiro de 2023, disponível em: <http://www.chmt.min-saude.pt/noticias/cuidados-paliativos-sao-cuidados-intensivos-de-conforto/>

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.. FLT.ECP.001.00. *Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos*. Agosto de 2019. Acessível no Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., Portugal.

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.. IT.SOC.004.01. *Fatores de Risco Social*. Abril de 2019. Acessível no Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., Portugal.

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.. MQ.03.08.07. *Manual da Qualidade – Capítulo 3 – Descrição do CHMT*. 2015-10-22. Acessível no Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., Portugal.

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.. PR.PLT.001.08. *Procedimento de Acesso ao Internamento no Serviço de Cuidados Paliativos*. 2022-11-15. Acessível no Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., Portugal.

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.. RG.GRL.033.00. *Regulamento da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)*. 2017-03-15. Acessível no Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., Portugal.

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.. RG.PLT.001.06. *Regulamento do Serviço de Cuidados Paliativos*. 2022-11-15. Acessível no Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., Portugal.

Circular Normativa n.º 8 de 16 de maio de 2002. Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde. Lisboa. Consultado a 08 de fevereiro de 2023, disponível em: <https://servicosociaisaude.files.wordpress.com/2008/03/ms-circular-normativa-n-8-16-maio-2002.pdf>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021-2022). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Consultado a 31 de janeiro de 2023, disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf

Cowles, L.A.F (2003). *Social work in the health field – a care perspective*. Nova Iorque: The Haworth Social Work Practice Press.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. *Diário da República n.º 109/2006 – I Série A*. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado a 31 de janeiro de 2023, disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto-Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. *Diário da República n.º 172/2012 – I Série*. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado a 31 de janeiro de 2023, disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Dhooper, S. (1997). *Social Work in Health Care in the 21st Century*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Consultado a 10 de fevereiro de 2023, disponível em: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008206.pdf

Dourado, M., Henriques, L. & Marques, RT. (2023). *Guia de Boas Práticas para Cuidadores*. Lisboa: Lidel.

Enes, H.C.R.F (2016). *A Ação Profissional do Assistente Social com Doentes Diabéticos no Centro Hospitalar do Médio Tejo* (Dissertação de Mestrado em Serviço Social não editada). Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.

Farçadas, M. (2009). *O Lado Social da Saúde: O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários – Um estudo de caso* (Dissertação de Mestrado em Serviço Social não editada). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

Ferreira, JIR (2019). *O Papel de um Assistente Social numa Unidade de Cuidados Paliativos* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia não editada). Escola Superior de Educação e Ciências Sociais – Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre.

Lei nº 52/2012 de 5 de setembro. *Diário da República nº172/2012 – Série I*. Lisboa: Assembleia da República.

Lopes, M. A., Ribeiro, A. R., et al. (2012). *Serviço Social na Saúde* (pp. 34-51). Lisboa: Pactor.

Mondragón, J. & Trigueros, I. (1999). *Manual de práticas de trabalho social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Neto, IG. (2020). *Cuidados Paliativos: Conheça-os melhor*. 1.ª Edição. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. Lisboa.

Observatório Português de Cuidados Paliativos (2020). *Relatório de Outono 2019*. Lisboa: Universidade Católica Editora. Consultado a 31 de janeiro de 2023, disponível em: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4181/file>

Payne, M. (2010). "Advance care planning in participative social work practice". *Revista Portuguesa de Pedagogia/Psychologica*. Número Conjunto Comemorativo 30 anos, 105-119.

Payne, M. (2012). *Citizenship Social Work with Older People*. Bristol: Policy Press.

PORDATA (2023). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos*. Acedido a 25 de abril de 2023. Disponível em <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>

Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., Vlieger, T. De, Firth, P. & Conno, F. De. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*, 16(6), 278-289. Consultado a 31 de janeiro de 2023, disponível em: <http://eprints.lanacs.ac.uk/32714/>

Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., Vlieger, T. De, Firth, P. & Conno, F. De. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European journal of palliative care*, 17(1), 22-23.

Rehr, H. (1979). *Professional accountability for social work practice*. Nova Iorque: PRODITS.

Sancho, M. G. (2006). *Como dar las malas noticias em medicina*. Madrid: ARÁN.

Serviço Nacional de Saúde (2022). *Atestado Médico de Incapacidade Multiuso*. Consultado a 18 de fevereiro de 2023, disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/servico/pedir-o-atestado-medico-de-incapacidade-multiuso/#o-que-e-o-atestado-medico-de-incapacidade-multiuso>

Teixeira, CRC. (2016). *O Serviço Social nos Cuidados Paliativos: Um Estudo Qualitativo no Distrito do Porto* (Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos não editada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. 2.ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa.

World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines* (2nd ed.). Geneve: World Health Organization.

World Health Organization. (2009). *WHO Definition of palliative care*. Consultado a 31 de janeiro de 2023, disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>

ANEXOS

Anexo 1 - Fatores de Risco Social

Pessoais	Viuvez recente
	Autoimagem negativa
	Inadaptação ao processo de envelhecimento
	Baixa escolaridade
	Baixos níveis culturais
Sociais	Viver só (incluindo a ausência de contactos sociais que vão além dos da rotina diária)
	Falta / impossibilidade de suporte familiar e social
	Exaustão familiar / cuidador
	Ter sido institucionalizado
	Deficiente / insuficiente participação na sociedade
Económicos	Falta / insuficiência de respostas sociais
	Baixos rendimentos
Saúde	Ausência/insuficiência de outros recursos económicos para além dos rendimentos mensais
	Falta / insuficiência de serviços de saúde
	Múltiplos internamentos
	Patologia que condiciona a capacidade funcional
	Polimedicação
	Necessidade de cuidados clínicos no domicílio
	Doença terminal
	Doença prolongada
	Deterioração cognitiva
	Sedentarismo
	Hábitos aditivos
Tentativa de suicídio	
Ambientais e Habitacionais	Patologia psiquiátrica
	Viver isolado
	Mudança de domicílio há menos de 12 meses
	Exposição às condicionantes ambientais (ondas de frio e de calor)
	Falta ou Inadequação das condições de habitabilidade
Difícil acessibilidade	

Anexo 2 – Critérios de Risco Psicossocial e médico internacionalmente aceites

De acordo com Rehr (1979), através de Masfret, D. (2012), os critérios são os seguintes apresentados:

- Ter mais de 75 anos;
- Ter mais de 70 anos e viver sozinho/com parceiro de idade similar;
- Ter mais de 70 anos e ter uma doença crónica;
- Ter mais de 70 anos e ter sido admitido anteriormente;
- Ter mais de 70 anos e ser admitido por queda ou fratura;
- Ser admitido como consequência de um AVC;
- Ser admitido com sinais de violência;
- Ter uma doença terminal;
- Ter uma doença mental;
- Apresentar sinais de toxicodependência;
- Apresentar politraumatismos.

Outros critérios clínicos:

- Adição/dependências;
- Dores permanentes;
- Amputações;
- Cirrose hepática;
- Colostomia;
- Coma;
- Demência senil;
- Desidratação;
- Diabetes mellitus;
- Diálise;
- Diminuição grave da visão;
- Doença infetocontagiosa;
- Doença neurológica;

- DPOC;
- Escaras de decúbito;
- Hipocondria;
- Infecção urinária;
- Insuficiência cardíaca congestiva;
- Insuficiência renal crônica;
- Lesão medular;
- Paraplegia, tetraplegia, hemiplegia;
- Politraumatismo;
- Queimadura de grau elevado;
- Reumatismo;
- Traqueotomia;
- Outros que sejam identificados.

Anexo 3 - Folheto informativo da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do CHMT, E.P.E.

Consulta de Cuidados Paliativos

Destina-se ao acompanhamento de doentes com necessidade de Cuidados Paliativos em regime de ambulatório, através de:

- Consultas multidisciplinares - realizadas por médica(o) e enfermeira(o);
- Consultas de Psicologia - suporte ao doente e à família/cuidador(a) e apoio no luto;
- Avaliação Social;
- Administração de medicação;
- Realização de procedimentos médicos e/ou de enfermagem.

Internamento de Cuidados Paliativos

A **Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos** está inserida no Serviço de Urologia, no Piso 3 da Unidade Hospitalar de Tomar.

Tem uma lotação de 4 quartos individuais, com casa de banho privativa.

Sempre que não seja possível o controlo de sintomas em regime de ambulatório, será ponderado o internamento na Unidade de Cuidados Paliativos.

Definição

A Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) é uma equipa multidisciplinar composta por:

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Assistente Social;
- Psicólogo;
- Nutricionista;
- Fisioterapeuta;
- Outros profissionais.

Objetivos:

- Colaborar com as equipas prestadoras de cuidados no controlo de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais;
- Elaborar em conjunto com a equipa prestadora de cuidados, o plano de cuidados do utente;
- Estabelecer objetivos realistas com o utente/família;
- Apoiar os familiares/cuidadores, incluindo no período de luto.

Informações Úteis

Horário:

De **segunda a sexta-feira** | Das **09h00 às 17h00**

Contactos:

Telemóvel: **966 909 993**
E-mail: **eihscp@chmt.min-saude.pt**

Localização:

A EIHSCP localiza-se na Unidade Hospitalar de Tomar - Piso 1
A Consulta de Cuidados Paliativos localiza-se no Hospital de Dia de Oncologia, Unidade de Tomar - Piso 2

Unidade de Abrantes

Largo Eng.º Bioucas, 2200-202 Abrantes

Unidade de Tomar

Av. Maria de Lourdes de Mello e Castro - Apartado 118
2304-909 Tomar

Unidade de Torres Novas

Av. Xanana Gusmão - Apartado 45
2354-754 Torres Novas

Telefone: 249 810 100 | Fax: 249 810 106

www.chmt.min-saude.pt
geral@chmt.min-saude.pt



Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos



FLT.ECP.001.00 / agosto 2019

VER CERTIFICADO NºPT05/01376

Quem pode ser referenciado para acompanhamento pela EIHSCP?

Todos os utentes com idade superior a 18 anos, com as seguintes patologias:

- Doença oncológica;
- Doença não oncológica:
 - Insuficiência de órgãos (cardíaca, renal, ou outras);
 - Doenças neuro degenerativas, como esclerose lateral amiotrófica (ELA), esclerose múltipla, demência, ou outras.

A EIHSCP no CHMT engloba:

- Apoio aos doentes internados nas 3 Unidades do CHMT (Abrantes, Tomar e Torres Novas);
- Consulta Externa de Cuidados Paliativos.

Apoio aos doentes internados nas 3 Unidades do CHMT

A atuação da Equipa Multidisciplinar assenta nos 4 pilares dos Cuidados Paliativos:



Anexo 4 - Autorização para a realização da Investigação pela Comissão de Ética da FMUC

Exma. Senhora
Dra. Patrícia Isabel Teixeira Lopes,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, com o título **“O papel do assistente social nas equipas de cuidados paliativos”**, foi analisado na reunião da Comissão de Ética de 10 de janeiro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“Correções recebidas e aceites. A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável à sua realização”.

Na presente data segue para o Gabinete de Estudos Avançados da FMUC para aprovação do tema e de orientação científica (conforme deliberação do Conselho Científico de 08.10.2012).

Para futuras informações, é favor contactar o referido gabinete através do e-mail gea@fmed.uc.pt.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG –
Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

[3000-354](tel:+3512393543000) COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: [+351 239 857 708 \(Ext. 542708\)](tel:+351239857708) | Fax: [+351 239 823 236](tel:+351239823236)

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo 5 - Autorização para a realização da Investigação pela Comissão de Ética e Conselho de Administração do CHMT

INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: Direção Clínica N.º: 44/DC/CA Data: 09-03-2023 Pág.: _____

Para: Conselho de Administração

C.c.: _____

Assunto: Estudo – Dra. Patrícia Isabel Teixeira Lopes

PARECER	DESPACHO
	<p> CHMT CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.</p> <p><u>09/03/23</u></p> <p>Em reunião de Conselho de Administração deliberou-se, <i>para autorizar a recolha de dados para efeitos de estudo de Dra. Patrícia Isabel Teixeira Lopes.</i></p> <p>Presidente do Conselho de Administração Casimiro Ramos</p> <p>Vogal Executiva Carla Oliveira</p> <p>Enfermeira Diretora Piedade Pinto</p> <p>Vogal Executivo Carlos Gil</p>

Com base nos pareceres da Comissão de Ética do CHMT e da Unidade de Apoio Jurídico do CHMT, ambos em anexo, coloca-se à consideração do Conselho de Administração a proposta de recolha de dados para efeitos de Dissertação de Mestrado na área do Serviço Social, requerido pela Dra. Patrícia Lopes, tendo como orientadora a Dra. Helena Enes.

Reforça-se que a utilização de dados terá necessariamente de ser realizada de forma anonimizada e descaracterizada sem utilização de dados pessoais ou que possam identificar o utente.

Pel'A Diretora Clínica

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, E.P.E.

Unidade de Abrantes: Largo Eng.º Biucas, 2200-202 Abrantes | Unidade de Tomar: Av. Maria de Lourdes de Melo e Castro – Apartado 118, 2304-909 Tomar | Unidade de Torres Novas: Av. Xanana Gusmão – Apartado 45, 2354-754 Torres Novas
Telefone: 249 810 100 | Fax: 249 810 106 | Email: geral@chmt.min-saude.pt www.chmt.min-saude.pt