



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO**



MESTRADO EM FORMAÇÃO DE ADULTOS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

3.º CURSO - ANO LECTIVO 2010/2011

DISSERTAÇÃO

***CUIDADOS PALIATIVOS – UMA REFLEXÃO
SOBRE AS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO
ASSISTENTE SOCIAL***

Cátia Marisa Janeiro Romão

Orientador: Professor Doutor Alexandre Martins

AGOSTO

2012

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO**

**MESTRADO EM FORMAÇÃO DE ADULTOS E DESENVOLVIMENTO LOCAL
3.º CURSO – ANO 2010/2011
DISSERTAÇÃO**

***CUIDADOS PALIATIVOS – UMA REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS
PROFISSIONAIS DO ASSISTENTE SOCIAL***

Cátia Marisa Janeiro Romão

Orientador: Professor Doutor Alexandre Martins

**AGOSTO
2012**

Dedico este trabalho ...

À minha mãe por me dar a vida; por ser a minha escultora dando-me coragem para eu ser uma melhor pessoa; pelo seu amor infinito e apoio incondicional.

Aos/Às assistentes sociais de Portugal que lutam por uma intervenção mais humana.

A todos os doentes em fase terminal de vida.

Às suas famílias.

São verdadeiros exemplos de coragem.

Agradecimentos

A realização dos agradecimentos pode ser encarada por muitos como um procedimento formal e circunstancial mas, para mim assume um enorme valor. É neste momento que, apesar do percurso de investigação ser essencialmente um processo solitário, percebemos que não estivemos sozinhos. A análise do caminho percorrido permite-me identificar um conjunto de pessoas ou, como me apetece carinhosamente chamar, de “*friendly shadows*”. Sem elas tudo teria sido tão diferente. A junção de todos os apoios e incentivos, cada um diferente dos outros, sempre na altura certa e prestados pela pessoa certa, fez com que trilhar este caminho fosse significativamente facilitado.

Não pretendo diferenciar a cooperação de todas elas na concretização deste objectivo, porque como referi, cada uma foi especial e marcante à sua maneira.

Contudo, tenho imperativamente de agradecer em primeiro lugar à pessoa que tornou possível a frequência deste mestrado: a minha mãe. A par disso a sua paciência, a dedicação em equilibrar os períodos de maior cansaço e/ou desmotivação, o orgulho em observar a minha perseverança no progresso pessoal e profissional e, por acreditar nas minhas capacidades, lembrando-me das minhas metas.

Quero agradecer ao Professor Doutor Alexandre Martins, orientador desta dissertação. Por ter suscitado em mim o interesse por esta temática. Pelo seu conhecimento e pelas sugestões pertinentes que auxiliaram a definição do caminho a seguir. Pela sua disponibilidade em todas as fases de concretização da presente tese. Muito obrigada!

Às assistentes sociais que deram o seu contributo a este estudo e cuja dedicação aos doentes em fase terminal e às suas famílias é louvável. Pela receptividade e disponibilidade de participarem no meu processo de formação

Às minhas amigas, pela força omnipresente mas consciente e pelos momentos de cumplicidades e desvarios. À Patricinha pelo apoio nas traduções e pela amizade especial baseada em vivências partilhadas por ambas que irão marcar a nossa existência para sempre. À Ângela pelo interesse sobre os avanços na elaboração do trabalho. Acima de tudo pela amizade e cumplicidade que fazem de nós duas “*criaturas*” que se complementam e compreendem como ninguém.

Last but not least, ao Pedro por trilhar este caminho a meu lado.

O meu obrigada a todos ...

Resumo

A presente pesquisa enquadrou-se na temática da Educação e Formação de Adultos, recaindo na questão das competências profissionais. A reflexão centrou-se na aquisição e mobilização de competências de um grupo profissional, os assistentes sociais, contextualizados numa área de intervenção específica, as Unidades de Cuidados Paliativos.

A par dos avanços da medicina contemporânea, essencialmente científicos, têm vindo a ser incluídas novas disciplinas que favorecem a concretização dos programas de saúde e a consequente melhoria das condições de vida das populações. É o caso da integração do Serviço Social nos Programas de Cuidados Paliativos. Com o afastamento de uma abordagem direccionada para a prevenção e tratamento da(s) doença(s) verifica-se uma aproximação a uma abordagem focalizada no *cuidar* do doente, centrada em medidas de conforto e promoção de qualidade de vida. Com efeito, surgem novos desafios aos profissionais, nomeadamente ao nível das competências aí exigidas.

Tendo por base uma metodologia qualitativa, assente num enquadramento teórico no qual se aprofundou noções e concepções, pretendeu-se reflectir sobre a prática profissional baseada em competências específicas que favoreçam a qualidade dos cuidados a pessoas em fase terminal de doença e respectivas famílias.

Palavras-Chave: Cuidados paliativos, Competências Profissionais, Assistentes Sociais

Abstract

The following research is framed within the theme of Education and Training of Adults, falling upon the question of professional expertise. The thought process was focused on the acquisition and mobilization of competences of a professional group, Social Workers, taking into account a very specific area of intervention, the Palliative Care Unit.

With contemporary and essentially scientific medicinal advances, come new disciplines that will benefit the implementation of health programs, and will improve the life conditions of the population. This is what happens in the case of the integration of Social Work in the Palliative Care Programs. With the estrangement of a directional approach towards the prevention and treatment of diseases, comes an approach focused on *the taking care* of the patient, centered on comfort measures, and promoting a better quality of life. Therefore, new challenges appear to professionals, particularly in terms of skills that are required.

Based on a qualitative methodology, which is supported on a theoretical framework where notions and conceptions were developed, the purpose was to reflect about

professional practice based on specific skills which improve the quality of care for people in the terminal phase of illness and their families.

Keywords: Paliative Care, Professional competences, Social Workers.

Abreviaturas e Símbolos

ALV – Aprendizagem ao Longo da Vida

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

APSS – Associação dos Profissionais de Serviço Social

ARS – Administrações Regionais da Saúde

coord. – coordenadores

ED – Equipas Domiciliárias

EH – Equipas Hospitalares

EIHSCP – Equipas Intrahospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

EM – Esclerose Múltipla

EMCP – Equipas Móveis de Cuidados Paliativos

EPE – Entidade Pública Empresarial

et al. – e outros

IAHPC - International Association for Hospice and Palliative Care

Idem – o mesmo (no mesmo autor e na mesma obra)

INE – Instituto Nacional de Estatística

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

nº - número

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

org. – organizador

orgs. – organizadores

PNC – Plano Nacional de Saúde

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

pp. – páginas

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SUS – Sistema Único de Saúde

UA – Unidades de Ambulatório

UCP – Unidades de Cuidados Paliativos

UI – Unidades de Internamento

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

USF – Unidade de Saúde Familiar

vol. – volume

WPCA – Worldwide Palliative Care Alliance

ÍNDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1- IDENTIFICAÇÃO DO TEMA	14
2 - CUIDADOS PALIATIVOS	16
2.1. PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICA	18
2.2. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL	21
2.2.1.PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS	24
2.3. O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	28
2.3.1.A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS	34
COM O DOENTE	37
COM A FAMÍLIA	38
COM A EQUIPA	41
3- COMPETÊNCIA PROFISSIONAL: DO SIMPLES EXECUTOR DE TECNICAS A	
SUJEITO ACTIVO NO SEU DESENVOLVIMENTO	44
3.1. A EDUCAÇÃO DE ADULTOS: FACTOR DE DESENVOLVIMENTO DE	
COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS	45
3.2. A MUDANÇA DE PARADIGMA: QUALIFICAÇÃO <i>VERSUS</i> COMPETÊNCIA	49
3.3. COMPETÊNCIA PROFISSIONAL NA PRÁTICA PROFISSIONAL	51
3.3.1. ACÇÃO PROFISSIONAL DE PROXIMIDADE	53
PARTE II – METODOLOGIA	57
1. ALUMIAR A ACÇÃO PALIATIVA	63
2. ACÇÃO PROFISSIONAL: <i>DOS ALICERCES À CONSTRUÇÃO DO EDIFÍCIO</i>	69
CONCLUSÃO	89
BIBLIOGRAFIA	94
APÊNDICES	101

APÊNDICE 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA	102
APÊNDICE 2 – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS	106
APÊNDICE 3 – TRATAMENTO DAS ENTREVISTAS	125
APÊNDICE 4 – ANÁLISE DOCUMENTAL	146
ANEXOS	155
ANEXO 1 – PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS	
ANEXO 2 – MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA OS ASSISTENTES SOCIAIS DA SAÚDE NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)	

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

QUADRO Nº 1 – SÍNTESE DAS CATEGORIAS E SUB-CATEGORIAS

DECORRENTES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO 88

INTRODUÇÃO

A decisão de candidatura ao 2º ciclo de estudos pode surgir pela necessidade e/ou vontade de estruturar e edificar os conhecimentos adquiridos sobre a área da actividade profissional ou outra, dando resposta à aspiração de enriquecimento cultural e profissional. Estas ambições, a par da expectativa de comprovação de uma mais-valia para uma oportunidade para ingressar no mercado de trabalho, são alguns dos motivos que desencadeiam o processo de decisão. Estes foram os meus motivos.

O Mestrado em Formação de Adultos e Desenvolvimento Local não pretende unicamente a aquisição e a mobilização de conhecimentos sobre as vertentes de formação de adultos e de desenvolvimento local. Pretende ainda, contribuir para a produção científica através do estímulo para o desenvolvimento de um pensamento reflexivo.

A formação de especialistas nestas áreas implica a aprendizagem e a supervisão de uma série de competências teórico-práticas. O conceito de competência, ao indicar, concisamente, o conjunto de saberes operacionalizados pelo profissional no seu exercício profissional, revelou-se nas últimas décadas um aspecto fundamental no âmbito da organização do trabalho.

O desenvolvimento (humano-social) está relacionado com a necessidade de melhorar a capacidade e os níveis de competência individuais, sendo factores-chave na área da educação e da formação dos adultos.

A reflexão sobre as competências de um grupo profissional contextualizadas numa área de actuação específica deverá ser uma orientação, quer para as boas práticas profissionais como para o aperfeiçoamento pessoal e profissional. A operacionalização das competências necessárias para um desempenho profissional apropriado, não deve ser unicamente uma obrigação deontológica dos profissionais em todas as áreas de actuação. Deve ainda, ser algo que *vem de dentro* e, edificado durante a formação académica e consolidado no quotidiano profissional.

Nos dias de hoje, associada aos avanços progressivos da investigação nas mais diversas especialidades da área da saúde, está a ideia de que o hospital “*é a instituição investida de esperança de cura da doença, de promoção de saúde, por parte dos que o buscam.*” (Silva, 2010:313).

Tendencialmente, consciencializamo-nos de que “os tratamentos sejam eficazes, que a reabilitação e ajuda nas incapacidades sejam adequadas, que se promova o alívio do sofrimento e da dor.” (*idem*). O confronto com “as doenças em que não há mais possibilidade de se restabelecer a saúde, evoluindo para a morte, são uma realidade” evidencia-nos a fragilidade da vida e que a morte faz parte dela, quando na maioria das vezes “(...) fingimos que somos imortais.” (*idem*).

A morte constitui o maior fracasso da medicina. Todavia, apesar das limitações da ciência, os profissionais de saúde devem usar todas as suas habilidades, não apenas para prolongar a vida, mas para dar dignidade na fase de maior vulnerabilidade (fase terminal de vida).

O termo paliativo tem a sua origem no termo latino *pallium*, que significa “manto, capa.” (Twycross, 2003:16). Nos Cuidados Paliativos “os sintomas são encobertos com tratamentos cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do paciente.” (*idem*). Contudo, estes cuidados não se limitam ao alívio da sintomatologia. Procuram-se “integrar os aspectos físicos, psicológicos e espirituais do tratamento, de modo que os doentes se possam adaptar à sua morte iminente de forma tão completa e construtiva quanto seja possível.” (*idem*).

Desta forma, o trabalho dos profissionais que trabalham nestes serviços é exigente e, como se lê no *Manual de Boas Práticas dos Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]* (2006:4), deve ser ajustado “(...) para a prestação de cuidados e a gestão personalizada da situação e necessidades globais do cidadão-doente (...)”. Devem ser pessoas de fina sensibilidade, artesãos das emoções, profissionais capacitados para ver as angústias, ansiedades e lágrimas que se ocultam por detrás dos sintomas.

Nesse mesmo manual lê-se que os assistentes sociais devem estar capacitados para “(...) o atendimento das populações beneficiárias dos serviços da RNCCI e se capacitem para o fazer no enquadramento organizacional e institucional que a mesma proporciona.” (2006:3).

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

A finalidade do presente estudo é disponibilizar a reflexão sobre a prática profissional baseada em competências específicas que favoreçam a qualidade dos cuidados a pessoas em fase terminal de doença e respectivas famílias. Sendo necessário para alcançar este objectivo, recolher e analisar as informações facultadas por assistentes sociais da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE [ULSNA, EPE]. Para a descrição e compreensão da acção profissional e identificação das competências que os assistentes sociais mobilizam

na sua intervenção profissional, recorreu-se a dispositivos de análise qualitativa. É partir da forma como os profissionais observam e interpretam a sua acção na prestação de Cuidados Paliativos que se pretende apurar quais as competências que podem enriquecer e beneficiar essa acção.

Esta dissertação encontra-se dividida em duas partes. Na primeira parte, procedemos ao enquadramento teórico no qual apresentamos a problemática e explicitamos as temáticas que viemos a desenvolver. A segunda parte é dedicada à apresentação do desenho metodológico eleito para a prossecução dos nossos objectivos, assim como das ilações alcançadas a partir da análise dos dados colhidos. Oferece assim uma análise crítica, reflexiva e fundamentada, demonstrando a sua aproximação (ou afastamento) aos objectivos estabelecidos inicialmente.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – IDENTIFICAÇÃO DO TEMA

A realidade é um processo dinâmico em constante transformação, por isso mesmo, o Homem depara-se constantemente com novos problemas de múltipla natureza, sejam eles psicossociais, socioeconómicos e/ou políticos. Este facto estimula o Homem a investigar e a procurar explicações e soluções para os seus problemas, dificuldades e necessidades. Alfred Schütz, citado por Campenhoudt (2003:104), refere que “(...) os indivíduos não sofrem passivamente a realidade social. (...) descrevem e interpretam sem descontinuidade as suas experiências quotidianas a fim de darem um sentido às suas acções e às dos outros.”. A investigação é uma evidência de que os seres humanos não aceitam a realidade sem questionamentos. É através da prática investigativa que se procura produzir novos conhecimentos sobre a realidade de forma a aprofundar o seu conhecimento sobre a mesma, a adequar a sua acção, a inovar.

Para Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998:19), a investigação em ciências sociais auxilia a compreensão dos

“significados de um acontecimento ou de uma conduta, a fazer inteligentemente o ponto da situação, a captar com maior perspicácia as lógicas de funcionamento de uma organização, a reflectir acertadamente sobre as implicações de uma decisão política, ou ainda a compreender com mais nitidez como determinadas pessoas apreendem um problema e a tornar visíveis alguns dos fundamentos das suas representações.”.

Luc Van Campenhoudt (2003:11-12) considera que “o melhor das ciências sociais reside nas pesquisas concretas em que os mestres das disciplinas tentaram elucidar determinados aspectos da vida colectiva.”. A pesquisa constitui-se como uma aventura intelectual e humana, cujo objectivo é a elaboração de um “dispositivo de investigação e sujeitá-lo à prova de uma rigorosa observação.” (idem).

No contexto actual de aumento da longevidade, das doenças crónicas, da progressiva perda de autonomia, as pessoas com dependência e as suas famílias têm o direito a uma resposta de qualidade no que se refere à prestação de cuidados de saúde e outros (Neto, 2005).

Este grupo de pessoas, como refere Neto (2005:39), *“apresenta múltiplas necessidades (físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais, etc.) a ser consideradas pelo que a resposta às mesmas deve pressupor uma abordagem global dos problemas, com consequente resposta em equipa multidisciplinar e em rede.”*

Os Cuidados Paliativos têm como objectivo *“ajudar os doentes no final da vida e para os quais já não existe o menor projecto curativo, o menor projecto para os tratar.”* (Abiven, 2001:18).

Em Portugal, no âmbito do Plano Nacional de Saúde [PNS] 2004-2010, foi criada a RNCCI, onde se incluem os Cuidados Paliativos de acompanhamento e apoio no fim de vida. Segundo o *Manual de Boas Práticas do Assistente Social na RNCCI* (2006:3), esta iniciativa constitui *“a resposta socialmente organizada no nosso país para fazer face às necessidades das pessoas com dependência funcional, dos doentes com patologia crónica múltipla e das pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.”*

A prestação de cuidados é assegurada por profissionais de diversas áreas nas quais se inclui o Serviço Social. No mesmo documento lê-se que é crucial que os assistentes sociais *“se vocacionem especificamente para o atendimento das populações beneficiárias dos serviços da RNCCI e se capacitem para o fazer no enquadramento organizacional e institucional que a mesma proporciona.”* (*idem*).

Neste sentido a minha *“aventura intelectual”* tem a sua expressão através da reflexão sobre as competências profissionais dos assistentes sociais no âmbito das Unidades de Cuidados Paliativos [UCP] e das Equipas Intrahospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos [EIHSCC].

2 - CUIDADOS PALIATIVOS

“Sem o cuidado o ser humano deixa de ser humano. Se não receber cuidado desde o nascimento até à morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre.”

Boff, 2004:34

O conhecimento da realidade das sociedades ocidentais permite evidenciar um aumento da duração de doenças sem possibilidade de tratamento curativo o que leva a que haja cada vez mais pessoas com doenças graves, incuráveis e em estado avançado. Neste quadro de irreversibilidade e, concludentemente de fase terminal de vida, o tempo de morte é, segundo Pereira (2010:11-12), um aspecto em mutação; *“as pessoas demoram hoje mais tempo a morrer, sobretudo quando a morte resulta de um processo de doença grave.”*

Importa clarificar que a designada fase terminal de vida diz respeito a um quadro de doença grave, avançada e gradual, em que não existe perspectiva de regressão e, que por envolver diversos sintomas e necessidades, provoca um enorme sofrimento. O prognóstico de vida é limitado mas variável. A leitura das considerações apresentadas por alguns autores, leva-nos a considerar que a previsão da esperança de vida dos doentes em fase terminal de vida varia entre menos de um mês e seis meses (Pereira, 2010).

Em português a noção de Cuidados Paliativos é a tradução à letra da expressão inglesa *palliative care*, usada no Reino Unido desde a década de 80. O termo paliativo aponta para uma terapêutica que procura minimizar ou eliminar a sintomatologia de uma doença, sem actuar na doença propriamente dita (Abiven, 2001).

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

De acordo com Nogueira, Oliveira & Pimentel (2006:10),

“retirar a dor é permitir ao paciente a possibilidade de se colocar ainda em sua totalidade de ser, livre e pensante: é oferecer-lhe a contribuição de um ser humano que somente tem

sentido se direccionado para libertá-lo de um sofrimento cego, preservando a sua dignidade frente à morte.”.

Consciente do valor da dignidade da pessoa e dos desafios éticos inerentes à fase terminal de vida, a *International Association for Hospice and Palliative Care* [IAHPC], citada por Pereira (2010:13), atenta que nos países ocidentais *“existem pessoas que vivem e morrem com dores e sintomas físicos não controlados, com problemas psicológicos, sociais e espirituais não resolvidos, com medo e sós.”*. Foi neste sentido que, pese embora o facto de existir a Declaração Universal dos Direitos do Homem, elaborada no ano de 1948 que, protege o direito à prestação de cuidados de saúde, algumas instituições internacionais como a *IAHPC* e a *Worldwide Palliative Care Alliance* [WPCA], elaboraram a Declaração Conjunta de Compromisso (2008). Este documento prevê os Cuidados Paliativos como um *“direito humano universal para todas as pessoas que deles necessitem”* simplificando o

“acesso aos tratamentos e serviços adequados à satisfação das necessidades e do alívio do sofrimento destes doentes, além de que comporta a criação de programas de formação em cuidados paliativos para médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde e a implementação de estratégias de saúde pública que difundem este tipo de cuidados.” (Pereira, 2010:13).

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

A lógica da prestação de Cuidados Paliativos ganha terreno a partir da percepção de que a cura, em algumas situações, surge como inexecuável e, que por isso é fundamental preservar a dignidade humana e diminuir os problemas e sintomas, garantindo o máximo bem-estar no período que antecede a morte. Importa por isso referir que este tipo de cuidados não se dirige a pessoas em situação aguda de doença, a doentes em fase de reabilitação ou a pessoas com doenças crónicas de longa duração, mesmo que essa condição as incapacite e que seja irreversível (Pereira, 2010).

Os Cuidados Paliativos são, desta forma, os cuidados holísticos, centrados no doente e passíveis de proporcionar o *“alívio dos sintomas, particularmente da dor e do sofrimento, e a promoção de conforto”* das pessoas gravemente doentes e das suas famílias. Requerem uma atenção integral sobre todas as necessidades dos doentes e dos seus familiares, que

significa dar resposta a esses problemas, expressa através de estratégias de intervenção multidisciplinar. É com base nesta perspectiva holística e integral que a Organização Mundial de Saúde [OMS] concebe a prestação destes cuidados como uma abordagem que,

“visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.” (2002, 2009).

2.1. PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICA

Ao debruçarmo-nos sobre dados históricos verificamos que estes apontam para uma evolução da concepção de morte que tem acompanhado a evolução das sociedades.

Fonseca no prefácio de Pereira (2010) apresenta-nos concisamente a contextualização histórica da morte, nas sociedades ocidentais a partir das pesquisas de Philippe Ariés. Se actualmente, a morte em contexto hospitalar, resultante da decisão dos profissionais de saúde e supervisionada pelos mesmos é a situação mais frequente, nem sempre foi assim. Até meados do século XIX predominava uma *morte familiar*, cujo momento era confinado a uma cama, junto dos familiares e de um padre em que *“morria-se sem medo nem desespero, resignado e confiando em Deus.”* (Pereira, 2010:7). No entanto, é ainda durante o século XIX que a morte começa a ser contextualizada em ambiente clínico. As últimas décadas desse século ficaram marcadas pela conversão da *morte familiar* para a *morte interdita*, verificando-se que o *“doente passa do círculo da família para o círculo médico (...)”* em que o é *“isolado dos outros e atrasa-se o mais possível a entrega da pessoa à morte”* (*idem*).

Os estudos de Ariés concluíram que é no século XX que ocorre o domínio total da medicina sobre o momento da morte. O médico passa a ser a figura representativa do poder em relação ao moribundo e às circunstâncias da sua morte, em especial quando este último é hospitalizado; passou a existir uma *“biomedicalização da vida”*. Há a emergência daquilo a que chamou *«medicalização do sentimento de morte»* em que a morte passa a ser predominantemente,

“regulada pelo saber da medicina, que a encara como um fracasso da ciência e de quem a exerce, numa busca incessante de vitória sobre as causas da morte, uma a seguir à outra, em jeito de missão, como se a morte já não fosse tao inevitável como no princípio dos tempos.” (Fonseca, 2010:8).

A necessidade da prestação de Cuidados Paliativos é facilmente reconhecida já na Idade Média, associada à propensão dos *hospice care*, que prestavam cuidados médicos aos idosos e aos doentes socialmente desfavorecidos. Outra evidência histórica é a criação da Ordem das Hospitaleiras de S. João de Deus (século XVI), em Espanha, pela mão de Jean Cidat. Contudo, é a partir do século XIX que esta filosofia de cuidados se desenvolve através da crescente relevância das doenças do foro oncológico, registada em hospitais ingleses e americanos (Pereira, 2010).

A partir de meados do século XX (1967) surge o movimento moderno dos Cuidados Paliativos, pela mão de Cicely Saunders, *“uma enfermeira britânica que, mais tarde, viria a licenciar-se em serviço social e medicina (...)”* e, para quem era urgente *“(...) desenvolver um tipo de cuidados especializado que desse resposta às múltiplas e complexas necessidades dos doentes em fim de vida.”* (Pereira, 2010:25). Cicely Saunders defendia a concepção de que os Cuidados Paliativos se constituem como uma obrigação social, mais do que como uma preocupação individual. Actualmente, considerar os Cuidados Paliativos como tal é, considerá-los um direito humano (Capelas, 2009).

Por conseguinte, Cicely Saunders, como referem Neto, I., Aitken, H. & Paldrön, T. (2004:14), tornou imperativa a exigência de *“oferecer cuidados rigorosos, científicos e de qualidade a um grupo cada vez mais numeroso de pessoas que, frequentemente eram encarados como doentes a quem já não havia nada a fazer – os pacientes com doenças incuráveis, progressivas e avançadas.”*. Ao fazer esta categorização Neto *et al (idem)* afirma que entramos no campo da *“desumanização crescente, na negação do sofrimento associado à doença terminal, no esquecimento de valores éticos fundamentais inerentes ao ser humano.”*. É no contexto de oposição a esta tendência desumanizante que começa a surgir, a partir dos anos 60, o chamado *movimento dos Cuidados Paliativos*.

Como afirma Abiven (2001:XIII), as primeiras considerações e experiências médicas sobre esses cuidados surgiram na Grã-Bretanha, ficando como marco a abertura do Hospício Saint-Christopher, em 1967 cujo propósito da sua impulsionadora – Cicely Saunders – era o de expor *“uma nova abordagem no apoio aos moribundos, simultaneamente clínica, terapêutica e psicológica.”*. Esta tentativa foi mais rapidamente aceite e expandida nos países anglo-saxónicos do que na Europa. O autor dá-nos conta do contexto francês onde esta experiência foi mais demorada, sendo que só em 1985 foi criada

uma Comissão Ministerial cujo objectivo era o de *“reflectir sobre as condições do fim da vida e propor medidas concretas para melhorar o acompanhamento dos doentes em fase terminal.”* (p.XIII). Na sua sequência, em 1987, abre a primeira UCP, no Hospital Internacional da Universidade de Paris. Abiven (2001:XIV) afirma que na década seguinte a filosofia dos Cuidados Paliativos terminais foi amplamente difundida por dois prismas, *“por um lado, sob a forma de unidades especializadas, as UCP (unidades de cuidados paliativos), hoje cerca de quarenta em França; por outro lado, sob a forma de equipas móveis (EMCP), também umas quarenta.”*

No entanto, a expansão da disciplina de Cuidados Paliativos não se verificou apenas em França. Ao longo dos tempos e por diversas razões como o aumento da longevidade e o surgimento de doenças crónicas e progressivas, tornou visíveis os crescentes níveis de necessidades no âmbito dos Cuidados Paliativos. Abiven (2001:XIV) diz-nos que actualmente, *“em todos os países da Europa, e além em todos os continentes, surgem actividades de cuidados paliativos.”* A razão para que isto ocorra, na opinião do autor, está relacionada com as condições em que muitos doentes morrem;

“após uma era de triunfalismo médico devido aos magníficos resultados obtidos pela medicina neste último meio século, (...) temos que reconhecer que os doentes continuam a morrer, e muitas vezes em muito más condições, torturados por dores não controladas, angustiados pela ideia da morte próxima (...).” (Abiven, 2001:XIV).

As assimetrias no acesso a cuidados desta natureza são, nos dias de hoje, uma realidade impossível de refutar. No entanto, esse facto não se tem revelado um impedimento para que o tratamento paliativo se tenha disseminado por toda a Europa e mais amplamente por todo o mundo (Neto *et al*, 2004).

Para Abiven (2001:XV), os Cuidados Paliativos estão *“longe de ser uma moda passageira, devido à generosidade de alguns loucos humanitários, os cuidados paliativos tornam-se cada vez mais uma disciplina por inteiro da medicina (...).”* A constatação desse facto é a intenção de estender este tipo de cuidados a fases mais precoces de evolução de doença. A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP] citada por Pereira (2010:26) defende que *“a existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e dessa forma justificar a intervenção de cuidados paliativos, aqui numa perspectiva de suporte e não de fim de vida.”* Este alargamento do âmbito dos Cuidados Paliativos tem, de acordo com Neto *et al* (2004:16) a pretensão de se assumir como uma *“transição progressiva entre os cuidados ditos curativos e aqueles de índole paliativa. Haverá assim uma interpenetração entre ambos os tipos de cuidados (...).”*

O desenvolvimento dos Cuidados Paliativos tem estado associado à preocupação de investimento para que colmate a carência que existe. Exemplo disso foi o compromisso que o Ministério da Saúde assumiu em 1999, de criar *“pelo menos uma unidade de cuidados paliativos certificada em cada Serviço Local de Saúde até ao ano de 2007 (...)”* (Pereira, 2010:33). Este desígnio foi fortalecido com o PNS 2004-2010, segundo o qual se pretende alcançar *“uma melhor organização e formação em cuidados paliativos.”* (Pereira, 2010:33).

No entanto, a implementação de um programa nacional e/ou local de Cuidados Paliativos, implica a existência de alguns alicerces. A execução de programas desta natureza, com ganhos efectivos no bem-estar dos doentes e das suas famílias, deverá ser um propósito alicerçado em pilares fundamentais, como sendo a sua adequação, a disponibilização de fármacos, a formação dos profissionais e da população e, uniformização justa dos recursos (Capelas, 2009).

Em Portugal, surge a 15 de Junho de 2004 a aprovação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos [PNCP], inserido no PNS 2004-2010, publicado através da Circular Normativa Nº14/DGCG de 13 de Julho de 2004, da Direcção Geral da Saúde do Ministério da Saúde. A partir desta medida, os Cuidados Paliativos passam a ser *“reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde que requer apoio qualificado, como uma necessidade em termos de saúde pública, como um imperativo ético que promove os direitos fundamentais e como uma obrigação social (...)”* (<http://www.hsm.min-saude.pt>).

O investimento em Cuidados Paliativos foi reforçado em 2006, através da implementação da RNCCI, através do Decreto-Lei Nº101/2006 de 6 de Junho.

Com isto, conclui-se que, de forma sumária, os Cuidados Paliativos *“constituem uma resposta organizada do Serviço Nacional de Saúde à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente doentes em fase terminal de vida.”* (<http://www.portaldasaude.pt>).

2.2. CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Como vimos anteriormente, é na década de 60 do século XX, com a criação do Hospício de S. Cristóvão, em Londres, por Cicely Saunders, que surge o conceito moderno de Cuidados Paliativos, baseado no designado *hospice movement*.

No entanto, é no início da década de 90 desse século, que esta actividade chega ao nosso país. Constatamos que o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos nas sociedades contemporâneas é recente mas, como vimos anteriormente, existem dados históricos que dão conta de uma tradição de assistência aos moribundos com raízes mais antigas

(<http://www.historiamedicinapaliativa.ubi.pt>). Marques, *et al.* (2009:32), referem que comparativamente a outros países da União Europeia, Portugal registou uma “*demora bastante significativa da implementação dos cuidados paliativos (...)*”.

No nosso país, os primeiros serviços de Cuidados Paliativos tinham a designação de Unidade de Dor. Na mesma altura (década de 90), emergem os serviços de Cuidados Paliativos dirigidos aos doentes oncológicos dos Institutos do Cancro do Porto e de Coimbra. No final da década, em 1996, é criada a primeira equipa de apoio domiciliário de Cuidados Continuados, que tinha integrada a prestação de Cuidados Paliativos, no Centro de Saúde de Odivelas. (Marques *et al.*, 2009).

A implementação dos Cuidados Paliativos em Portugal, mais do que uma acção organizada do governo, ficou a dever-se ao “*interesse de alguns pioneiros pelo tratamento da dor crónica dos doentes com doença oncológica avançada e ainda pela necessidade de ser garantida a continuidade dos cuidados dos doentes nas fases mais avançadas das doenças incuráveis e irreversíveis.*” (Marques *et al.*, 2009:33).

Como já vimos anteriormente, em 2004 é publicado o PNCP, no âmbito do PNS 2004-2010. Contudo, apenas a partir de 2006, é visível o incentivo do Governo através de medidas mais concretas como a RNCCI, pelo Decreto-Lei nº 101/06, de 6 de Junho. Esta legislação evidencia a obrigatoriedade da prestação de cuidados de saúde a pessoas com doenças crónicas incapacitantes e ainda com doenças incuráveis e em fase final, por parte dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social (Marques *et al.*, 2009).

Ainda durante a década de 90, é criada a APCP, por elementos da UCP do Instituto Português de Oncologia do Porto. Tal como é referido por Marques *et al.* (2009:36), a APCP veio reforçar o “*papel dinamizador dos cuidados paliativos, quer junto dos profissionais (...) quer junto da população (...)*”. Esta associação tem incrementado a investigação nesta área, exemplo disso são os estudos para analisar o desenvolvimento e a implementação dos serviços de Cuidados Paliativos e qual a sua notoriedade na sociedade. Pretende ainda, implementar um Directório de Cuidados Paliativos (Marques *et al.*, 2009).

No início do século XXI, começou a ser notória a aposta no desenvolvimento da formação em Cuidados Paliativos, surgindo mestrados e pós-graduações nesta área, em diversas universidades do país. Contudo, é apontado um conjunto de restrições para o progresso deste tipo de cuidados em Portugal. São exemplos: “*o forte domínio da medicina hospitalar curativa, e também as incertezas e alguma frouxidão da prática política (...) a falta de formação específica. (...) imprecisão dos conceitos relacionados com os cuidados nas doenças crónicas.*” (Marques *et al.*, 2009:38).

Neste momento, e para evidenciar a pertinência e a existência de estudos nacionais nesta área, penso que seja importante apresentar o estudo de Manuel Luís Vila Capelas,

que efectuou uma estimativa sobre as necessidades de Cuidados Paliativos em Portugal. O autor utilizou como base a estratégia estimadora de Gómez-Batiste, X., Porta, J. Tuca, A. & Stjernsward, J., centrada no número total de doentes falecidos, tendo analisado os dados do Instituto Nacional de Estatística [INE], referentes ao ano de 2007. Neste estudo concluiu que,

“(...) existirão cerca de 62000 doentes com necessidade de cuidados paliativos. Necessitaremos de 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários, 102 equipas de suporte intra-hospitalar em cuidados paliativos, de 28 equipas em hospitais de agudos (319 camas), e 46 equipas (531) em instituições hospitalares vocacionadas para doentes crónicos, com as restantes camas para perfazerem um total de 1062 a serem disponibilizados em lares.”
(Capelas, 2009:56).

Não podemos esquecer que no nosso país, como se lê no PNCP (2004:3), *“60% da mortalidade é devida a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), as insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, etc.) ou outras doenças neurológicas progressivas (demências, Parkinson, ELA, EM, etc.).”*

Um estudo concluído em 2008 a pedido do Parlamento Europeu, cujo objectivo era o de fazer um retrato europeu no que se refere à criação de equipas de Cuidados Paliativos, demonstrou que Portugal, encontrava-se na altura, na cauda da Europa a par dos países de Leste, Malta e do Luxemburgo. (Pereira, 2010).

Sandra Martins Pereira (2010), dá-nos ainda conta de que no ano de 2010 existiam em Portugal dezanove equipas de Cuidados Paliativos que reuniam as condições impostas pela APCP. Actualmente, de acordo com o sítio na internet da ACPC existem vinte e uma equipas que cumprem essas recomendações. Importa referir que a maioria destas equipas estão localizadas na área da Grande Lisboa e que as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores registam um menor incremento destas unidades e/ou equipas. Pensa-se pertinente referir quais são as recomendações da APCP para que as unidades e/ou equipas sejam reconhecidas. Genericamente, são elas:

“1) Pelo menos o líder de cada grupo profissional (mínimo Médico e Enfermeiro) deve possuir formação específica avançada ou especializada (com formação em sala e estágios práticos); 2) Os elementos não líderes deverão possuir formação intermédia, embora se aceite na fase inicial a formação básica; 3) Disponibilidade de fármacos segundo lista da IAHPC.”
(<http://www.apcp.com.pt>).

Pese embora ainda nem todas as unidades cumprirem as recomendações da APCP, a criação da RNCCI, em 2006, ao contemplar a prestação de Cuidados Paliativos permitiu, conforme já foi mencionado, a expansão destes cuidados. Pereira (2010:37) afirma que *“embora os cuidados paliativos possam assumir algumas das características inerentes aos cuidados continuados (...)”* os seus objectivos são de natureza diferente. Para clarificar a diferença das abordagens, finaliza-se com a definição de cuidados continuados patenteada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. Neste documento os cuidados continuados são definidos como

“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social (...) centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.”
(Pereira, 2010:37).

2.2.1. PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

Em Portugal, o objectivo de implementar medidas concretas e concertadas, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, que colmatassem a insuficiente resposta paliativa para os doentes com doenças incuráveis em estado avançado ou em fase final de vida, potencializou o incremento do PNCP. É com esse intuito que a 15 de Junho de 2004 é aprovado o PNCP, inserido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, publicado através da Circular Normativa Nº14/DGCG de 13 de Julho de 2004, da Direcção Geral da Saúde do Ministério da Saúde.

Como se lê no PNCP (2004:1), através das palavras do então Director-Geral e Alto Comissário da Saúde, o Professor José Pereira Miguel, este deve ser encarado como um *“ (...) elemento essencial dos cuidados de saúde que requer apoio qualificado, como uma necessidade em termos de saúde pública, como imperativo ético que promove os direitos fundamentais e, portanto, como obrigação social prioritária (...)”*. Considera ainda que este deve ser visto como um *“ (...) contributo do Ministério da Saúde para o movimento internacional dos cuidados paliativos, que, nas últimas décadas, preconizou uma atitude de total empenho na valorização do sofrimento, como objecto de tratamento e de cuidados de saúde activos e organizados”* (idem).

Por garantirem os melhores níveis de qualidade de vida aos doentes e respectiva família, os Cuidados Paliativos constituem a área privilegiada de intervenção do PNS 2004-2010. A prestação de Cuidados Paliativos assegura o alívio dos sintomas, o apoio psicossocial, o apoio aos familiares, o apoio no processo de luto e uma dinâmica interdisciplinar. Corporalizam um conjunto de princípios e de direitos que substanciam a suporte da acção paliativa. De acordo com o PNCP (2004:5), a acção paliativa deve patentear princípios em que se:

- a) *afirma a vida e encara a morte como um processo natural;*
- b) *encara a doença como causa de sofrimento a minorar;*
- c) *considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;*
- d) *reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;*
- e) *considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser médica e humanamente apoiadas;*
- f) *considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;*
- g) *assenta na concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;*
- h) *aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;*
- i) *é baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;*
- j) *centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;*
- k) *só é prestada quando o doente e a família a aceitam;*
- l) *respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;*
- m) *é baseada na diferenciação e na interdisciplinidade.”*

A acção paliativa é ainda orientada para o respeito por um conjunto de direitos que assistem o doente. O doente tem direito a receber cuidados; ao zelo pela sua autonomia, identidade e dignidade; à prestação de apoio personalizado mediante as suas necessidades; ao alívio do sofrimento; a ter conhecimento de toda a informação que consta do seu processo e ainda a rejeitar tratamentos (PNCP, 2004).

A filosofia dos Cuidados Paliativos aplica-se apenas doentes com doenças incuráveis em estado avançado ou em fase terminal de vida. A prestação destes cuidados não é

determinada pelo diagnóstico mas sim pela situação e pelas necessidades do doente. Como clarificado no PNCP (2004:8), *“muitos doentes necessitam de ser acompanhados durante semanas, meses ou, excepcionalmente, antes da morte.”* Em Portugal, as doenças que requerem, maioritariamente, a prestação destes cuidados são os diversos tipos de cancro, a Síndrome de Imunodeficiência Humana e algumas doenças neurológicas graves e progressivas. Portanto, destinam-se a doentes em situação clínica crónica e não a *“situação clínica aguda, em recuperação ou em convalescença ou com incapacidades de longa duração, mesmo que se encontrem em situação de condição irreversível.”* (PNCP, 2004:7). Com efeito, este programa identifica como condições *sine qua non* para a prestação de Cuidados Paliativos: a inexistência de tratamento curativo; a acelerada progressão da doença e a expectativa de vida limitada no tempo; a existência de sofrimento intenso e a existência de problemas e necessidades que exigem apoio singular, estruturado e multidisciplinar (PNCP, 2004).

No PNCP (2004:7), os Cuidados Paliativos são definidos como os *“cuidados activos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação.”* Os profissionais que constituem a equipa interdisciplinar devem ter uma *“preparação sólida e diferenciada, que deve envolver quer a formação pré-graduada, quer a formação pós-graduada (...), exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência prática efectiva”* (PNCP, 2004:13). A diversidade e complexidade das situações em Cuidados Paliativos exigem o conhecimento de uma amplitude considerável de patologias, de uma panóplia de terapêuticas e, acima de tudo, de uma capacidade de lidar com situações de sofrimento intenso. O conteúdo técnico das formações é pré-definido pela Direcção-Geral da Saúde, após auscultação junto das respectivas Ordens Profissionais e Sociedades Científicas.

A qualidade dos cuidados prestados é acautelada por entidades especializadas como o Instituto da Qualidade em Saúde [IQS]. O IQS é responsável por dar a conhecer os critérios de qualidade específicos dos Cuidados Paliativos. Na acção paliativa surgem diversos critérios de qualidade mas, o PNCP identifica dois como essenciais à prestação de cuidados e à sua melhoria constante; os valores e princípios orientadores da acção paliativa e um ambiente distintamente acolhedor. No entanto, existem outros que asseguram a qualidade dos cuidados prestados por cada unidade: a sua adequação às necessidades reais; a sua operacionalização e eficiência; a conservação de equidade e acessibilidade; a existência de estruturas e recursos mínimos de funcionamento; os critérios de boa prática; os resultados alcançados; o agrado por parte dos doentes, seus familiares e pelos outros profissionais e, por fim, os processos de avaliação interna.

A criação das UCP, independentemente da sua natureza (p. ex. social, privada ou cooperativa), são co-financiadas através de fundos estruturais ao abrigo do Programa Operacional da Saúde “Saúde XXI”.

O acompanhamento e a avaliação da execução prática do presente programa ocorrem a dois níveis: regional e nacional. A nível regional sob a alçada das Administrações Regionais da Saúde [ARS] e, a nível nacional por uma Comissão a criar e a funcionar na dependência directa do Director-Geral da Saúde (PNCP, 2004).

Com efeito, o PNCP visa a concretização gradual de objectivos gerais e específicos, no período compreendido entre 2004 e 2010. Como objectivos gerais pretendeu:

1. *“Responder, progressivamente, às necessidades da comunidade, promovendo o fácil acesso dos doentes aos cuidados paliativos nas várias regiões do País e tão próximo quanto possível da residência do doente.*
2. *Responder às necessidades e preferências dos doentes, oferecendo uma gama completa de cuidados paliativos diferenciados, quer em internamento quer no domicílio.*
3. *Promover a articulação entre cuidados paliativos e outros cuidados de saúde.*
4. *Garantir a qualidade da organização e prestação de cuidados paliativos através de programas de avaliação e promoção contínua da qualidade.*
5. *Criar condições para a formação diferenciada em cuidados paliativos.”* (2004:12).

Quanto aos objectivos específicos, o PNCP (2004:12-13) propôs-se a:

1. *Criar equipas móveis de cuidados paliativos de Nível I.*
2. *Criar e desenvolver unidades de cuidados paliativos de Nível II e Nível III, com prioridade para os hospitais universitários e hospitais oncológicos.*
3. *Criar e desenvolver unidades de cuidados paliativos de Nível III capazes de diferenciar técnicos na área dos cuidados paliativos.”*

Na prática, as metas propostas pelo programa em análise para o ano de 2008, eram a criação de oito unidades de Nível I, três unidades de Nível II e duas unidades de Nível III. Para o ano de 2010, doze unidades de Nível I; oito unidades de Nível II e cinco unidades de Nível III.

Partindo da definição de acção paliativa apresentada no PNCP (2004:10), que em primeiro lugar *“representa o nível básico de palição e corresponde à prestação de acções paliativas sem o recurso a equipas ou estruturas diferenciadas”* e, em segundo, *“pode e deve ser prestada quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário, no âmbito*

das *Redes Hospitalar, de Centros de Saúde ou de Cuidados Continuados.*”, distinguem-se três níveis de diferenciação de Cuidados Paliativos. Os Cuidados Paliativos de Nível I, de Nível II e de Nível III.

Como se depreende da análise do documento, a prestação dos Cuidados Paliativos de Nível I é assegurada por equipas diferenciadas e encontra-se organizada em equipas móveis, sem a valência de internamento própria mas com actividade em sede distinta. A prestação de cuidados de nível I pode ocorrer em regime de internamento ou de domicílio ou também ser limitada à valência de aconselhamento. A prestação de Cuidados Paliativos de Nível II ocorre em unidades de internamento ou no domicílio. É realizada por equipas interdisciplinares e garantem a prestação dos cuidados 24h/dia. Os diversos profissionais que integram as equipas (médicos, enfermeiros, assistente social e conselheiro espiritual) têm formação em Cuidados Paliativos. Por último, os cuidados de Nível III funcionam da com as mesmas especificidades que os de nível II, acrescentando à sua acção o desenvolvimento quer de programas de formação especializada como de processos de investigação regular em cuidados paliativos. A prestação de cuidados neste nível de diferenciação é considerada uma referência uma vez que as equipas interdisciplinares asseguram a resposta a situações de elevada exigência e complexidade (PNCP, 2004).

Para finalizar, surge como pertinente referir o facto de que em Portugal a estruturação dos Cuidados Paliativos é incipiente e, por isso, é fundamental o respeito de todas as directrizes quer do Ministério da Saúde, quer a nível regional pela mão das ARS, por forma a existir a efectivação entre os diversos tipos e níveis de Cuidados Paliativos que existem na área geográfica.

2.3.O SERVIÇO SOCIAL NA AREA DA SAÚDE

O Serviço Social institucionaliza-se nas sociedades ocidentais no final do século XIX. Enquadra-se na área das ciências sociais e está orientado para a mudança social, particularmente à população que se encontra em situação de exclusão ou injustiça social, designadamente por pobreza, doença, desemprego, cumprimento de pena, etc. Ao ser um instrumento de transformação social tem como objectivo principal

A promoção das capacidades e competências sociais, pessoais ou grupais, a três níveis: cognitivo, relacional e organizativo. A nível cognitivo ao informar e consciencializar os individuos sobre o funcionamento da vida em sociedade, orientando-os mediante os recursos que dispõem. A nível relacional ao ajudar e orientar no estabelecimento de

relações interpessoais e grupais, capacitando-os para o desenvolvimento de papéis e estimulando novas formas de comunicação e relação. Por fim, a nível organizativo ao facilitar a interacção entre os indivíduos, organizações e outras estruturas sociais, accionando novos recursos sociais, fomentando a participação e a capacidade organizativa (Fernandes & Branco, 2005).

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

De acordo com Martinelli (2003:9), a relação entre o Serviço Social e a área da saúde é uma relação *“bastante intensa”* e, mais que isso *“é, na verdade, uma relação histórica, sendo constitutiva da sua identidade profissional.”* Na emergência da profissão, a pioneira e criadora do Serviço Social, Mary Richmond, procurou *“formas e estratégias para bem realizar essa nova atividade profissional, por ela concebida como uma operação essencial para a reintegração social do ser humano.”* (*idem*). Mary Richmond, inspirada no conceito de «visitadoras de saúde», criado por Florence Nightingale na área da Enfermagem, introduz a visita domiciliária como prática no campo do Serviço Social. Importa realçar que foi através da intervenção dos visitantes domiciliários que o Serviço Social, nos Estados Unidos, ganhou visibilidade. Como fundamento deste facto, Mary Richmond, diz existirem *“registros históricos de sua presença nas equipas de saúde antes mesmo de finalizar a década de 1880.”* (Martinelli, 2003:10).

É a partir do século XX que o Serviço Social passa a fazer parte integrante da estrutura organizacional hospitalar, nomeadamente no Hospital Geral de Massachussets, através do Dr. Richard Cabot. Este médico considerou fundamental esta inserção nas equipas de saúde, na medida em que considerava o Serviço Social, como um *“valioso instrumento tanto para diagnóstico quanto para o tratamento médico-social dos pacientes ambulatoriais ou internados.”* (*idem*).

No Brasil, o assistente social passa a ser considerado como um elemento indispensável na equipa, a partir da década de 40. Contudo, é nos anos 90 com a implementação do Sistema Único de Saúde [SUS] que se verificam mudanças nos processos de trabalho determinantes para o âmbito de actuação do profissional de Serviço Social. No entanto, importa referir que este processo de implementação do sistema de saúde desencadeou alguns constrangimentos entre aquilo que era o funcionamento tradicional da saúde e as novas propostas do SUS. Estas tensões foram determinantes, como refere Costa (2000:42), para *“o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social.”*

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

Como vimos anteriormente, as tensões que despontaram com o novo sistema de saúde estiveram na base da ampliação das actividades e qualificações técnicas e políticas dos assistentes sociais fazendo com que o acompanhamento dos utentes fosse ele individual ou colectivo, passasse a ser parte integrante da acção profissional, tanto a nível familiar, institucional ou comunitário (Costa, 2000). Este desenvolvimento teve impacto ao nível do mercado de trabalho dos assistentes sociais devido a três tipos de factores: *“1) da ampliação técnico-horizontal das subunidades e serviços; 2) da redefinição das competências ocupacionais, fruto de novas necessidades técnicas e operacionais; 3) e da necessidade de administrar as contradições principais e secundárias do sistema de saúde no Brasil.”* (Costa, 2000:44).

Apesar de ser encarado como um importante instrumento de trabalho para a área da saúde, a sua utilidade e conteúdo eram por vezes desvalorizados pelos profissionais. No entanto, a realidade mostrava que *“(…) cada vez mais as instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis, apontavam para a necessidade da acção dos profissionais na composição das equipas dos serviços públicos de saúde.”* (Costa, 2000:36). Para Netto citado por Costa (2000:36-37), estas fundamentações emergem do facto de que como afirma,

“ao longo de toda a evolução do Serviço Social profissional, a tensão entre os valores da profissão e os papéis que objectivamente lhes foram alocados resultou numa hipertrofia dos primeiros na auto-representação profissional, resultou num voluntarismo que, sob formas distintas, é sempre flagrante no discurso profissional.”

Com base na categoria de «cooperação», definida como *“o conjunto das operações colectivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde.”* (Costa, 2000:38) procura-se perceber quais as singularidades do trabalho profissional dos assistentes sociais, no âmbito da dinâmica e trabalho colectivo nas unidades de saúde.

Com a objectivação da prática profissional do assistente social na área da saúde, este profissional passou a ser visto como o elo que restabelece a ligação, perdida com a burocratização das acções, entre a prestação de serviços de saúde e as políticas sociais em geral e, especificamente com as políticas de saúde (Costa, 2000).

Esta singularidade “*não apenas evidencia o reconhecimento técnico dessa prática profissional na equipe de saúde, mas a qualifica de modo particular no interior do processo de trabalho em saúde.*” (Costa, 2000:63). Conclui-se que, na verdade, a realidade demonstra que, apesar da desqualificação deste tipo de actividade profissional por parte do modelo assistencialista preconizado pelo paradigma médico-hegemónico, os profissionais tendem a reconhecer a importância da sua acção profissional na concretização dos objectivos das políticas da saúde, sobretudo na definição de estratégias de satisfação das necessidades dos utentes, como a “*democratização do acesso e de responsabilização social do SUS (...).*” (Costa, 2000:69-70).

Em síntese, a acção profissional dos assistentes sociais, desde a sua inserção nas equipas de saúde, é fundamentada pelas “*necessidades advindas da transição ao novo modelo, marcadas pelas reformas do Estado, pela falta de recursos, pela racionalização burocrática, pelas falhas das tecnologias informacionais, pela superespecialização das tarefas e contingenciamento da realidade social dos usuários.*” (Costa, 2000:65) e não pela ideologia da ajuda como prevaleceu até então. Os profissionais da saúde, onde estão englobados os assistentes sociais, ao entenderem a sua acção como meramente circunstancial, e não como “*um trabalho que se tornou vital na cadeia mais geral do processo de cooperação na saúde do Brasil*” (Costa, 2000:66) contribuem para a minimização da dimensão operativa e política da sua actividade profissional. Isto revela-nos que “*a maioria dos assistentes sociais parece não perceber que as suas atividades são determinadas pelas próprias contradições do sistema e pelas inúmeras formas de administrá-las.*” (*idem*) e daí não conseguir “*imprimir uma direcção intelectual – no sentido gramsciano – ao seu trabalho, que lhe permita dar visibilidade política e até administrativa ao conjunto de questões com as quais trabalha cotidianamente.*” (Costa, 2000:70).

Em Portugal a emergência do Serviço Social na área da saúde ocorreu na transição do século XIX para o século XX e assentou em três pilares: na discussão sobre a medicina moderna, no conhecimento sobre as práticas nos outros países e no reconhecimento de necessidades no contexto social. Estes aspectos impeliram o poder político a conceber novas formas de intervenção na área da saúde. As anotações cronológicas realizadas pela assistente social Sónia Guadalupe (2011) facilitam-nos a percepção da trajectória profissional na área da saúde no nosso país. A autora supracitada (2011:101) afirma que o Serviço Social “*tem sido um dos atores do sistema de saúde português, constituindo uma carreira já com longo percurso de mais de um século a nível internacional, e de mais de meio século em Portugal.*”.

Guadalupe (2011) reconhece como o primeiro marco histórico da consolidação do espaço profissional ao sistema de saúde português, a iniciativa do médico Pacheco de

Miranda, no sanatório de Lisboa no ano de 1924. Tendo por base as experiências americanas de Cabot e as experiências francesas, o médico português encarava a assistente social como a “*monitora de higiene e educadora das famílias, alguém que elabora um diagnóstico social e considerará cada caso como um problema (...)*” (Guadalupe, 2011: 104). Desta forma, o objectivo profissional era o de “*organizar e estudar os fatores da decadência e de miséria afim de concorrer para a sua supressão*” (*idem*). Ainda no ano de 1924, Pacheco de Miranda, com base na necessidade de aprofundar o conhecimento sobre procedimentos específicos elaborou um documento onde resumia o trabalho das *Senhoras Assistentes Sociais do Serviço Social* do sanatório. Durante os anos subsequentes foram de claro reconhecimento da necessidade de fortalecer a relação entre o Serviço Social e a área da saúde. Evidências disso foram as publicações dos artigos de Branca Rumina - conhecedora da realidade de outros países, nomeadamente da realidade francesa e que deu importantes contributos para a consolidação do Serviço Social hospitalar - e do livro “*O Serviço Social de Assistência Social*” de Alfredo Trovar de Lemos, director do Dispensário de Higiene Social de Lisboa. Outro importante marco histórico, decorrido na década de 30 foi a criação do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, responsável pela formação dos primeiros assistentes sociais em Portugal (Guadalupe, 2011).

Maria Gabriela Moreira Sales foi a primeira assistente social a ser admitida para uma instituição da saúde, especificamente para o Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos em Lisboa, em 1941. Na década de 40 é ainda reconhecido outro importante marco que remete para a aprovação da Lei Orgânica Hospitalar, especificamente em 1946 e que concebe o diagnóstico social como um complemento do diagnóstico clínico (Guadalupe, 2011).

Nos anos 50, a par da profissionalização do Serviço Social, advém um período de reflexão, ancorado na aspiração de romper com as concepções do *higienismo social*. O grupo profissional ambicionava esta ruptura diligenciando uma acção social estruturada e global (Guadalupe, 2011). Este processo foi fortemente afectado pela década de 60, que como refere Netto (1993) foi “*(...) uma década generosa e louca, que mudou a face do nosso mundo, e que, por via de consequência, afectou medularmente o Serviço Social.*”. Apesar do espírito de tensão que caracterizou esta década foi aprovado o Estatuto de Saúde e Assistência que inclui o Serviço Social nos hospitais regionais; o Estatuto Hospitalar que define o carácter da acção dos estabelecimentos hospitalares como sendo simultaneamente médico e social; o Regulamento Geral dos Hospitais e a Direcção Geral dos Hospitais.

Contudo, é nos anos 70 que se institui uma fase de reconstituição da calma e de reconciliação. A vinculação do Serviço Social às políticas sociais e a criação do SNS sustentam a relação do Serviço Social com as políticas sociais da saúde.

Os anos 80 e 90 registaram inúmeros acontecimentos que contribuíram para a consolidação do Serviço Social na área da saúde, nomeadamente a constituição em termos jurídicos da Associação dos Profissionais de Serviço Social [APSS], a implementação dos Gabinetes de Utentes nos estabelecimentos de saúde e a aprovação da Lei de Bases da Saúde. Já no século XIX a divulgação do documento “*Serviço Social na Saúde*” elaborado pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde, a criação da RNCCI e a publicação do Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI e a organização das Unidades de Saúde Familiar [USF] contribuíram para a efectivação deste processo (Guadalupe, 2011).

Por conseguinte é pertinente que os profissionais tenham consciência de que “*apesar das conquistas e da relevância incontestada do Serviço Social na área da saúde, há todo um percurso em aberto, motivado pela defesa dos direitos do cidadão, que é fulcral desenvolver e sustentar.*” (Guadalupe, 2011:124).

Segundo Luísa Pires (2000:53), a “*formação dos Assistentes Sociais da saúde, está directamente associada ao processo de socialização profissional.*”. Esta socialização, individual ou colectiva, é construída e reconstruída “*no interior de uma rede complexa de relações produzidas e reproduzidas a partir de diversos contextos sócio-culturais, políticos e institucionais (...)*” (*idem*). Este facto facilita a aquisição de “*diversos tipos de capitais*” (*idem*) que os profissionais vão articular nos diferentes contextos de acção.

O Serviço Social “*permeia a estrutura organizacional como um todo, participando da malha de interações que se processa no contexto hospitalar.*” (Martinelli, 2003:14). Coadjuva um relevante contributo no âmbito da “*realização de processos de trabalhos interdisciplinares que tenham por referência os sujeitos sociais com os quais atuamos.*” (*idem*). Neste sentido, o assistente social deve responder a alguns requisitos para a construção da intervenção interdisciplinar, tais como:

“capacidade de visualizar a profissão como teia a ser tecida juntamente com os fios que a ligam às outras profissões, investindo permanentemente na construção de nexos interdisciplinares; (...) a capacidade de desenvolver relações de mutualidade, ou seja, de igualdade na diferença, de unidade na diversidade e de partilhar responsabilidades (...); a ética no trato das informações, sua circulação no âmbito das equipas e a restituição ao sujeito, com o necessário apoio técnico-científico e com expressão de direito de cidadania (...).” (*idem*).

Estes requisitos expressam um princípio básico do Serviço Social que é a “*centralidade do humano, expressa no reconhecimento da saúde como um direito básico de cidadania.*” (*idem*).

Tradicionalmente o foco da acção do Serviço Social na saúde encontrava-se centralizado na relação diagnóstico/tratamento, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Com a profissionalização passa a ser reconhecido como o profissional que *“organiza, gere, distribui recursos e é intermediário entre o respeito pelos direitos sociais, a face positiva da sua acção, e a regulação e controlo dos deveres que decorrem da utilização dos benefícios sociais.”* (Granja, 2008:3).

2.3.1. A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os avanços e as mudanças sociais contemporâneos potencializam a inclusão de outras disciplinas nos programas de saúde. A exigência dessas transformações pressiona a que se incluam novas áreas de saber que favoreçam a concretização dos objectivos. No âmbito dos Cuidados Paliativos o Serviço Social é uma das profissões compreendidas pelos programas desde o início. Quando comparada com outras disciplinas como por exemplo a medicina, a profissionalização do Serviço Social é muito recente. Adquiriu legitimidade através da sua validação científica, através da assimilação de novos componentes e da ruptura com modelos revelados como ineficazes (Cárcer, 2000).

No âmbito dos Cuidados Paliativos a intervenção dos assistentes sociais desenvolve-se integrada numa equipa multidisciplinar e pretende atender às necessidades psicossociais que surgem no processo de morrer (Vanzini, 2010). O assistente social deve distanciar-se da concepção de gestor do binómio necessidade/recurso tendo em conta que, em muitos casos, a acção profissional passa prioritariamente pela satisfação das necessidades emocionais dos doentes e das respectivas famílias, que em outras de carácter material (*idem*). O diagnóstico de uma doença incurável, a perspectiva do final da vida e, conseqüentemente o confronto com a proximidade da morte provoca um sofrimento imensurável e, ao mesmo tempo inevitável. Lorena Vanzini (2010:190) sublinha essa evidência através de uma citação do livro *Intervenção emocional em Cuidados Paliativos* (2003) dos autores Pilar Arranz, Javier Barbero, Pilar Barreto e Ramón Bayes, dizendo

“Que o homem e não apenas o homem doente sofre é óbvio; o sofrimento, gostando ou não, faz parte da condição humana. (...) actua como princípio de realidade que reconcilia o homem com a sua imagem, por si só contingente e limitada. E quando entra na fase final de vida, a existência de sofrimento é quase imediata no doente e na sua família.”

Ao trabalhar com doentes de Cuidados Paliativos o assistente social deve, mais que apostar na relação, investir na compreensão da realidade do doente que promova o conforto e o respeito pelas decisões do *outro*. Mais que accionar todos os recursos de que se dispõe, importa satisfazer as necessidades reais dos doentes e familiares para que as estratégias definidas sejam verdadeiramente concretizáveis (Vanzini, 2010). Este investimento é condição *sine qua non* da intervenção do assistente social; “*é o motor principal da nossa intervenção. (...) Conhecer a realidade é o ponto de partida para poder intervir, significa poder valorizar todas as dimensões da realidade para estabelecer prioridades e podermos planear uma estratégia de intervenção*” (Vanzini, 2010:189).

Como se lê no *Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004:15)*,

“a criação de uma unidade/equipa de Cuidados Paliativos pressupõe a constituição de um conjunto de profissionais devidamente treinados, considerando qual o perfil de doentes a atender (fases da doença, patologias, níveis de complexidade) bem como o tipo e valências da estrutura a desenvolver (tipologia de unidades de internamento, de suporte e de apoio domiciliário).”

De acordo com o mesmo documento, as UCP e as EIHS CP devem incluir, profissionais de diversas áreas, sendo: médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, psicólogo clínico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, assistente social, apoio espiritual, secretariado e coordenação técnica.

A visão da doença como um processo (integral) pretende que, no âmbito da sua profissão, cada profissional contribua para o alívio da dor e sofrimento dos doentes e familiares. Requer por isso um trabalho multidisciplinar. A multidisciplinariedade é, na sua essência, estimulante uma vez que conjuga seres únicos, irrepetíveis e com saberes distintos e variados na concretização de um objectivo. Em Cuidados Paliativos o objectivo geral da equipa multidisciplinar consiste na promoção de conforto e qualidade de vida. Os objectivos específicos serão definidos mediante as deliberações terapêuticas e com o plano de actuação estabelecido (Cárcer, 2000). Neste sentido, a demanda pela diversidade de profissionais é uma exigência mas, deve ser suplantada pela sensibilidade, pelo compromisso e por competências pessoais para que a resposta seja efectivamente integral (Vanzini, 2010).

É neste sentido que Lorena Vanzini (2010:188) considera que o trabalho interdisciplinar é um desafio com um valor imenso por favorecer um “*verdadeiro exercício de diálogo, consenso e de aprendizagem.*”. A riqueza das equipas reside na heterogeneidade que as caracteriza e nas habilidades dos seus membros, nas quais deve imperar o acordo e uma

comunicação eficaz que, mesmo aquando uma situação de divergência, não se perde o objectivo de vista (Vanzini, 2010).

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

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

Especificamente, e como é referido no *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI* (2006), na qual estão inseridas as UCP e as EIHSCP, o assistente social, desempenha funções ao nível do acolhimento, do plano individual de cuidados, acompanhamento psicossocial e da preparação de cuidados. A centralidade da acção profissional é colocada na dimensão do apoio psicossocial ao doente/família, no suporte multi-profissional e ainda em acções de extensão à comunidade.

Segundo o *Manual* (2006:6) o assistente social que trabalha nesta área tem como finalidade principal *“garantir o adequado acolhimento e integração dos doentes e famílias na RNCCI”*, na qual estão incluídos os Cuidados Paliativos. O assistente social surge como:

“(…) facilitador da integração dos utentes nos serviços de saúde (...); gestor de caso e monitor da continuidade, integralidade e qualidade dos cuidados (...); mediador e fomentador das redes de suporte social e sua efectividade (...); provedor e conselheiro da família (...); mediador da prestação de bens e serviços ao doente e família (...); promotor da qualidade e humanização dos cuidados e serviços (...); dinamizador de indivíduos e organizador de grupos (...); capacitador de populações e organizador de comunidades (...).”

Concisamente, em Cuidados Paliativos a função primordial dos assistentes sociais compreende a avaliação das necessidades (psicossociais) do doente e família o que implica a percepção dos papéis desempenhados pelo doente na sociedade, da situação económica, das redes de apoio existentes, o esclarecimento dos direitos no âmbito da saúde e/ou outros.

Os Cuidados Paliativos perspectivam o doente e a família como unidade a cuidar e, por isso, a acção do assistente social ocorre prioritariamente a estes dois níveis. Em cada uma destas áreas de actuação o profissional terá objectivos de trabalho, estratégias metodológicas e tarefas diferenciados. No entanto, de acordo com a perspectiva de cuidados partilhados e sendo o assistente social um elemento da equipa interdisciplinar, importa compreender como se desenrola a actuação profissional a este nível. Para ajudar a compreender a intervenção social nestes três âmbitos iremos basear-nos fundamentalmente na compreensão de Anna Novellas Aguirre de Cárcer (2000).

COM O DOENTE

Tendo como pano de fundo uma abordagem holística e individualizada a intervenção social deverá ser direccionada para os meios necessários para que as expectativas pessoais expressas por cada doente sejam alcançadas. É expectável que o doente partilhe questões que lhe incitem preocupação e angústia e, que por isso as partilhe com o profissional. Estas questões, na maioria das situações, são de índole social, relacional, económica ou outra. Nesta medida, o assistente social deverá reunir os seus esforços para atender a todo o tipo de problemas e necessidades do doente. Em termos metodológicos deve recolher dados e tomar decisões. Na recolha de dados deve, fundamentalmente, avaliar a forma como o doente encara a sua doença e quais as suas preocupações socioeconómicas e familiares. Esta primeira abordagem permite ao profissional perceber a realidade do doente, nomeadamente quais os factores de risco (socioeconómicos), qual o ambiente familiar e sua dinâmica e quais as acções prioritárias. No que se refere à tomada de decisões o profissional deve estabelecer em conjunto com o doente um plano de acção a executar de forma a alcançar os objectivos definidos (Cárcer, 2000).

A acção do profissional com o doente deve ser então organizada nas seguintes tarefas:

- *“Realizar uma primeira entrevista para apresentar o assistente social, na qual se irá recolher um mínimo de dados sociais que é necessário conhecer.*

- *Sempre que seja possível, realizar-se-á uma entrevista de forma individual com a pessoa doente, que será o mais aberta possível.*
- *Oferecer o seu serviço a pedido da pessoa doente.*
- *Informar, gerir e orientar de forma a resolver as questões práticas pendentes e contactar os recursos adequados.*
- *Facilitar elementos de apoio.” Cárcer (2000:25)*

COM A FAMÍLIA

A acção do assistente social em Cuidados Paliativos é desenvolvida grosso modo com as famílias dos doentes. Em termos culturais, a família é a instituição que primeiramente assume a função de apoio quando existe um quadro de doença. Esta situação pode provocar alterações emocionais que dificultem a adequada prestação de cuidados. O sofrimento, o medo, a angústia e a impotência que a família experimenta durante a fase terminal de vida do seu ente querido, reforçam a necessidade de apoiar e acompanhá-la durante este período. É então indispensável que haja uma adaptação emocional à doença para que os familiares sejam capazes de cuidar de si e da pessoa doente. É fundamental que ocorra uma reorganização interna no que se refere à estrutura e dinâmicas familiares e ao acompanhamento e a prestação de cuidados à pessoa doente, zelando pela continuidade das suas funções de acção, manutenção e subsistência. Através do contacto entre o assistente social e a família, este efectua um diagnóstico que, juntamente com o contributo dos restantes membros da equipa servirá de base para a definição do plano de actuação. O convívio e a partilha de experiências, a proximidade e a intimidade inerentes aos sistemas familiares podem favorecer os cuidados a prestar ao doente e, conseqüentemente enquadrar a família no plano de cuidados. O assistente social ao avaliar quais as necessidades específicas dos familiares e ao encaminhá-los para o apoio especializado mais adequado, desempenha uma função catalisadora que favorece a boa prossecução dos objectivos (Cárcer, 2000). Para além da assistência às necessidades mais prementes da família da pessoa doente o profissional deve atender a um conjunto de objectivos pré-definidos. São eles:

- *“Analisar conjuntamente quais são as suas necessidades e preocupações actuais.*
- *Valorizar a sua capacidade de adaptação emocional e as causas que a possam dificultar.*

- *Descobrir com eles os seus recursos pessoais para resolver a situação, analisando os seus comportamentos pré-mórbidos e as suas experiências em situações similares.*
- *Ajudá-los na realização dos objectivos estabelecidos por um cuidado apropriado à pessoa doente, exercendo, se necessário, uma ligação de mediador nas relações entre as diferentes figuras implicadas em cada caso.*
- *Contribuir os elementos de compreensão e apoio necessários que facilitem um incremento da própria segurança.*
- *Informar, orientar, facilitar recursos da comunidade e efectuar uma correcta dedução dos mesmos, oferecendo segurança e continuidade no cuidado. (Cárcer, 2000:26-27).*

Posto isto, é fundamental que o assistente social zele pela execução das suas tarefas e, simultaneamente pelo cumprimento dos objectivos. Este facto implica que o profissional de Serviço Social detenha um conjunto de técnicas especializadas e estratégias metodológicas que o auxiliem. No que concerne à metodologia utilizada no desempenho das tarefas assinalam-se a recolha de dados, o registo e a avaliação. A recolha de dados deve procurar incidir em questões como por exemplo: a constituição do agregado familiar e a sua duração no ciclo vital, as funções emocionais de cada membro, os níveis de comunicação, a disponibilidade familiar para prestar cuidados à pessoa doente, os padrões morais e familiares e as preocupações em geral.

A recolha dos dados deve ser complementada com a identificação de um conjunto de indicadores que irão circunscrever as estratégias da intervenção social. Estes indicadores são de natureza estrutural, relacional, emocional e material. Quando se referem os indicadores de estrutura fala-se de apurar questões tais como: se o doente dispõe de cuidadores, de família ou amigos; se estes têm limitações físicas e se também eles precisam de cuidados; se a família está envolvida no processo de doença e de cuidados; se existem menores no agregado familiar, etc. Importa ainda identificar e analisar os indicadores relacionais e emocionais como a existência de conflitos familiares, de atitudes de mal-estar devido a problemas relacionais, do desempenho de papéis no seio do agregado familiar, de reacções emocionais pouco ajustadas, de processos de luto anteriores mal resolvidos, de antecipação das etapas do luto e se existe uma manifestação de patologias psíquicas ou psicológicas. Por fim, o profissional deve ainda atentar sobre um conjunto de indicadores de ordem material ou prática como por exemplo: dificuldades económicas, inconvenientes na planificação da alta, as condições habitacionais, a resolução de processos formais e burocráticos, etc. O registo dos dados recolhidos é outra etapa metodológica. Para além das informações recolhidas com a família, deve-se efectuar o

registo de todas as questões que possam favorecer a intervenção interdisciplinar (e. g. observações, objectivos, critérios de risco detectados e a sua evolução). O registo de todas as informações faculta a reflexão sobre o plano de intervenção, as tarefas realizadas e sobre os relatórios interdisciplinares que dão conta da situação familiar, da justificação do encaminhamento para outros centros, entre outros aspectos. A última etapa metodológica consiste na avaliação. Esta pressupõe reconhecer os resultados positivos e negativos das intervenções com vista à melhoria da intervenção. Consiste no ajustamento dos aspectos passíveis se serem alterados ou na introdução de outros que sejam pertinentes. Este procedimento implica avaliar o desempenho das funções tendo em conta os objectivos propostos; avaliar os resultados da intervenção e a evolução do processo, nomeadamente à situação relacional e emocional, aos aspectos práticos e organizativos, aos imprevistos e dificuldades, etc. (Cárcer, 2000).

A intervenção social com as famílias para além dos objectivos e das estratégias metodológicas comporta um conjunto de tarefas que devem orientar o assistente social na sua acção. Na execução das tarefas é extremamente pertinente que o profissional controle o tempo que dispõe para cada uma delas, as dificuldades que possam interferir na sua concretização e ainda o impacto emocional que as circunstâncias podem provocar. Neste sentido, as funções do assistente social com a família do doente passam por:

- *“Realizar entrevistas abertas de reconhecimento.*
- *Realizar entrevistas dirigidas a determinados objectivos:*
 - *Aconselhar sobre as habilidades e as atitudes comunicacionais e de relação, que facilitem a comunicação intrafamiliar.*
 - *Cuidado e contenção no momento em que sejam necessários.*
 - *Orientar e informar sobre os aspectos ou recursos que se tenham que dar a conhecer à família para uma adequada avaliação do processo.*
 - *Apoiar a aprovação das acções da família, promovendo a confiança.*
 - *Analisar as possíveis mudanças na dinâmica relacional e de atitudes.*
 - *Apoiar no luto.*
- *Avaliar as necessidades em conjunto com a equipa.*
- *Conectar as famílias aos recursos.*
- *Oferecer o contacto após a morte.*
- *Favorecer a promoção e encaminhamento para grupos de ajuda.” (Cárcer, 2000:32-33).*

O assistente social é o responsável por atender às necessidades psicossociais do agregado familiar, contribuindo para a sua capacitação e adaptação (possíveis) à pré-iminente experiência de morte do familiar. Para definir de forma abreviada o papel do assistente social a este nível Vanzini (2010:190) apresenta uma definição de Donoso y Saldías (1998) que defendem que

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

COM A EQUIPA

Como já foi referido, a prestação de Cuidados Paliativos é assegurada por uma equipa interdisciplinar, em que o assistente social é um dos profissionais que a integram. Para que a qualidade dos cuidados prestados seja efectiva, os profissionais envolvidos devem agir de forma complementar e articulada. Nesta perspectiva de cuidados partilhados é imprescindível que sejam profissionais empenhados e motivados, conscientes do seu papel, em que exista uma rede de comunicação e de partilha entre si. Bernardo *et al* (2006) citados por Pereira (2010:103-104) defendem que a equipa está verdadeiramente estabelecida quando todos os profissionais “ (...) colocam as suas competências ou capacidades de um interesse comum, através de uma livre expressão e partilha de opiniões, com o objectivo de realizar uma tarefa determinada.”. Para que a equipa se organize internamente é fundamental o treino de competências de trabalho em equipa. Esta aprendizagem deve ser continua e frequente e poderá ser adquirida através de reuniões nas quais, para além da discussão dos casos clínicos, haja a partilha de emoções e sentimentos de cada um. A efectivação de uma liderança partilhada, a possibilidade de sobreposição de atribuições, a desmotivação dos profissionais e a gestão de conflitos são algumas razões pelas quais é importante a designação de um coordenador. A existência de uma coordenação é então uma condição necessária ao desempenho dos profissionais e desta forma, ao bom funcionamento da equipa de Cuidados Paliativos (Pereira, 2010).

Pereira (2010:108-109) citando Neto (2000) apresenta o perfil ideal dos profissionais de saúde que prestam Cuidados Paliativos. Estes profissionais devem ser “*flexíveis, idealistas e espontâneos, além de que é indispensável que fomentem a sua capacidade de autoconhecimento e sejam capazes de enfrentar a adversidades e a frustração. (...) deverão*

ainda desenvolver uma atitude de abertura face ao outro e à diversidade.”. É ainda fundamental que a equipa apresente os traços patenteados pela mnemónica PERFORM; P - propósito partilhado, E - empowerment, R - relações e comunicação, F - flexibilidade, O - ótimo rendimento, R - reconhecimento e M - motivação (Pereira, 2010).

É peremptório que cada um dos profissionais que integra a equipa de Cuidados Paliativos seja capaz de avaliar as necessidades reais dos doentes e famílias. Para tal, e independentemente da sua formação académica de base e do grupo profissional de pertença, devem desenvolver competências teóricas, técnicas, científicas e relacionais para que o plano de cuidados definido seja coerente com a realidade e com as particularidades de cada caso. A par destas competências está a reflexão ética em que a formação destes profissionais deve *“prever estratégias para a incorporação de (...) valores como compaixão, respeito, autonomia, sinceridade e sensibilidade, entre outros, e habilidades, como a comunicação empática (...)”* (Pimenta & Mota, 2006 in Pereira, 2010:120).

A progressão da equipa pelos diversos níveis de intervenção define as competências que os profissionais devem assumir, mantendo sempre a interdisciplinariedade em todos os aspectos. O assistente social contribui com conhecimentos específicos da sua área, com dados recolhidos no contacto directo, na tomada de decisões e ao nível organizativo e relacional. Ou seja, o assistente social fica responsável pela identificação dos aspectos psicossociais dos doentes e famílias e dos recursos disponíveis na comunidade; pelo diagnóstico das necessidades familiares e dos seus recursos para a sua satisfação; participa na elaboração do plano de actuação interdisciplinar e na determinação de prioridades de intervenção; garante a continuidade da atenção global, coordena a equipa de voluntários e sensibiliza a população e é a ponte entre as necessidades sociais detectadas e as instituições competentes; participa na detecção e na avaliação de problemas no seio da equipa, etc. Neste sentido, a metodologia utilizada será a recolha dos dados de forma a conhecer o contexto sociofamiliar e a realizar o diagnóstico do doente e da família; registar os dados no processo do doente; registar os objectivos da intervenção na sequência de decisões tomadas em equipa; reflectir sobre cada acção realizada, seus objectivos, os resultados obtidos e sobre as questões pendentes. Para o efeito, o assistente social assume as seguintes tarefas:

- *“Conhecer, dentro do possível, cada recurso existente e elaborar um ficheiro ou uma documentação sobre cada um, que seja ágil e acessível.*
- *Contactar com as pessoas responsáveis pelo recurso que se facilita à pessoa doente ou aos familiares, para garantir a eficácia da continuidade.*

- *Contribuir com documentação ou referências bibliográficas consideradas idóneas para enriquecer os conhecimentos dos aspectos psicossociais, sociofamiliares, grupais, voluntariado e outros.*
- *Participar nas reuniões do grupo de voluntários.*
- *Participar nas reuniões interdisciplinares.*
- *Apresentar documentação válida para a divulgação do próprio recurso para a comunidade.” (Cárcer, 2000:22-23).*

Para além destas funções o assistente social pode ainda ser o responsável pela coordenação com outras equipas, das actividades de lazer, por actividades docentes e/ou seminários.

3 - COMPETÊNCIA PROFISSIONAL: DO SIMPLES EXECUTOR DE TÉCNICAS A SUJEITO ACTIVO NO SEU DESENVOLVIMENTO

"Não é suficiente ter um espírito bom, o essencial é bem aplicá-lo"

Descartes

A noção de competência é comumente associada à ideia de *bom trabalhador*. Mas esta definição de senso comum é demasiado redutora daquilo que esta noção comporta. Por conseguinte, a definição e desconstrução deste conceito são, então fundamentais para a análise analítica que nos propusemos realizar. A compreensão das diferentes dimensões deste conceito e das suas implicações será um excelente contributo para atentar sobre aquilo que pretendemos examinar na prática profissional. As leituras exploratórias realizadas permitiram-nos perceber que não existe uniformidade na definição do conceito. Pelo contrário, o seu carácter de amplitude possibilita-lhe abarcar uma série de conhecimentos, comportamentos e capacidades.

Desaulniers (1997:52) apresenta a noção de competência como uma *"categoria de análise construída socialmente"* influenciada pelo progresso capitalista ocorrido nas últimas décadas, nomeadamente no que se refere às alterações resultantes da mudança de paradigma: *"dos saberes à competência, na esfera educativa; da qualificação à competência, na esfera do trabalho."*

A edificação da *competência* é fundada na qualificação profissional embora sejam, no seu âmago, noções pouco aproximadas entre si. Qualificação designa *"um sistema de exigências, ligado ao emprego e às aquisições individuais, oriundas da experiência (obtida no/pelo trabalho) e da formação"*. Por sua vez, competência define a *"capacidade de mobilizar conhecimentos/saberes junto aos postos de trabalho, os quais são adquiridos através da formação, da qualificação e da experiência social."* (Desaulniers, 1997:54).

O ideal é que o *saber-fazer* seja extrapolado pelo *saber-ser*, revelando a aptidão do profissional em operacionalizar diversos saberes no âmbito dos desafios com que se depara no contexto de trabalho, baseada essencialmente por resultados mensuráveis.

Essa edificação implica ainda habilidades do indivíduo *"que envolvem todas as dimensões do indivíduo – com ênfase na capacidade de crítica e de autonomia, no espírito de iniciativa com audácia, na responsabilidade e na flexibilidade em face da mudança e do inusitado, além de uma visão de empreendedor."* (Desaulniers, 1997:52).

A construção deste conceito envolve também dois tipos de ruptura. Por um lado, na dinâmica interna no âmbito das instituições onde o indivíduo actua como profissional. Por outro lado, na própria dinâmica dos outros espaços sociais em que actua como cidadão. Estas rupturas podem motivar a construção da cidadania.

Pelo exposto, competência “*é uma noção carrefur*” na medida em que implica diversos domínios sociais, promovendo por isso aplicações e benefícios diversos e, por vezes opostos entre si. É por esta elasticidade que constitui um “*indicador da força social que possui, devido às ideias que veicula*”. (Desaulniers, 1997:54).

Trépos, citado por Desaulniers (1997:55-56) define competência como “*um sistema de conhecimentos, conceituais e processuais, organizados em esquemas operatórios que permitem, no interior de uma família de situações, a identificação de uma acção eficaz (...)* integra os conhecimentos sobre objetos e acção.”. É a ideia de que a competência é indissociável da acção, e que os conhecimentos teóricos e/ou técnicos são utilizados mediante a capacidade de executar as decisões que essa acção impele. Isto é, competência é a capacidade de resolver um problema numa situação específica.

3.1. EDUCAÇÃO DE ADULTOS: FACTOR DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFissionais

A educação é uma realidade social que implica a formação do Homem em todas as suas dimensões. Constitui um direito dos seres humanos, como condição necessária para que este usufrua de outros direitos instituídos numa sociedade democrática. Por isso, o *direito à educação* é reconhecido e consagrado na legislação (Artigo 26º, da Declaração Universal dos Direitos Humanos).

Segundo Gómez, Freitas & Callejas (2007:159), a educação é “*uma prática social inerente à existência humana e pode caracterizar-se como o conjunto de actividades através das quais as pessoas aprendem e ensinam o seu universo natural e sociocultural*.”. Para estes autores, educação e desenvolvimento formam um binómio indissociável, na medida em que ambos têm como objectivo a melhoria das condições de vida e uma maior humanização das sociedades.

A educação como factor de desenvolvimento tem sido evidenciada por diversos autores e organizações, nomeadamente pela UNESCO, para a qual a educação deve estar ao serviço do homem e do seu desenvolvimento integral, preocupada com a realidade do meio

ambiente, complementada com a vida familiar e social dirigida para a acção política, laboral, económica, social e cultural (Gómez, Freitas & Callejas, 2007).

Compreender a educação como factor de desenvolvimento deve, de acordo com Freire, citado por Gómez, Freitas & Callejas, (2007:209). *“possibilitar que os homens, através da problematização do Homem-mundo ou do Homem nas suas relações com o mundo e com os demais, aprofundem sua consciência da realidade, na qual e com a qual estão.”*

A educação como condição necessária para o crescimento é de acordo com Canário (1999:93), *“uma proposta muito pouco pertinente e realista, face aos problemas com que nos defrontamos.”* Para este autor, uma sociedade educativa deve permitir aos indivíduos determinar o seu futuro individual e colectivo; *“aprender a ser”*. O processo educativo deve abranger uma dimensão crítica e libertadora, indo ao encontro das ideias de autores como Freire (1975), que defendem que *“os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo.”* (Canário, 1999:95).

Desta forma, a discussão em torno da educação de adultos parece-nos pertinente por nos ajudar a perceber de que forma os profissionais concebem a aquisição de competências; se em contexto escolar, se no contexto de trabalho.

Os mecanismos de regulação social executados no pós-guerra garantiram um clima de estabilidade social que perdurou até à década de 70. No entanto, a partir dos anos 80 essa estabilidade começa a demonstrar fragilidades nomeadamente no âmbito das relações entre formação e trabalho. Estas começam a revelar variações sócio-institucionais que provocaram, como refere Correia (2008:61), *“(...) uma situação de profunda crise quer do mundo da formação quer do mundo do trabalho.”* Esta crise estende-se ao nível cognitivo na medida em que se encetam transformações na forma de pensar as experiências vivenciadas nos mundos da formação e do trabalho (Correia, 2008). As alterações na concepção destes dois mundos devem-se a todos nós. Sanz Fernández (2008:92) diz-nos que

“nesta sociedade não só mudam os instrumentos de trabalho e os perfis profissionais, mudam também as formas de ser, estar e sentir na sociedade. (...). Mais que qualquer âmbito exterior da realidade o que se transforma na sociedade pós-moderna em que vivemos é o ser humano por dentro.”

A crescente importância destas experiências polarizou as políticas educativas e os instrumentos analíticos produzidos na análise do trabalho. Marcelle Stroobants, citada por Correia (2003:15), ressalta que a partir dos finais da década de 80, a *“sociologia do trabalho parece abrir-se a uma sociologia do conhecimento do trabalho.”*

O afastamento das orientações do pós-guerra desencadeou acções inseridas em um de dois tipos de procedimentos; numa política de restrição salarial favorecedora do equilíbrio económico ou numa política de inibição da oferta de trabalho, promovendo a qualificação dos indivíduos (Correia, 2003). Os ímpetus que marcam o mundo do trabalho nas sociedades contemporâneas, impuseram a procura de formação potenciadora de novas competências e do crescimento pessoal e/ou profissional, por parte dos adultos com formação essencialmente ao nível dos ensinos secundário e superior. Este facto conduz, como realça Sanz Fernández (2008:90), ao denominado *efeito Mateus*:

“o que mais sabe, quanto mais sabe, mais deseja saber, mais procura saber e mais se lhe concede saber e o que menos sabe, quanto menos sabe, menos consciente é da sua necessidade de aprender, menos manifesta querer saber e menos ofertas tem para aprender.”

Então, a necessidade de saber mais, de adquirir novas competências impostas pela nova visão do mundo do trabalho, tem origem na evolução do conhecimento e da tecnologia que, estimula alterações nos perfis profissionais e no modo de trabalho. Estas mudanças levam a que a população adulta procure novas respostas (formativas) para os problemas laborais. Sanz Fernández (2008) considera que nesta nova conjuntura, a formação inicial é insuficiente, sendo fundamental uma formação constante no âmbito do desempenho profissional.

É cada vez mais nítido que as condutas dos profissionais não são ajustadas aos saberes e às acções estabelecidas e anteriormente estudados. Canário (2003:130) afirma que a análise dos contextos de trabalho revela que as situações são reduzidas a uma dimensão técnica em detrimento da *“mobilização de um conjunto diverso de saberes, contextualizados e transformados em competências na situação singular que é a relação com cada doente.”*

Dubar (2003) considera que uma formação aceitável é aquela que edifica saberes práticos, saberes teóricos, saberes técnicos e saberes de organização. Estes saberes profissionais, ou competências, devem suplantar o título que advém da formação inicial, o saber-saber em detrimento do saber-fazer, e o pedestal onde muitos profissionais se colocam na resolução e antecipação dos obstáculos da realidade laboral.

A formação inicial, como revelam os estudos referidos por Canário (2003), tem-se revelado ineficaz. Este facto, na opinião do autor, deve-se à singularidade e incerteza que marcam os contextos sociais onde a acção decorre. Para contornar as incompatibilidades entre as aprendizagens na formação inicial (pouco eficaz) e a realidade do exercício profissional (marcada como previsível) é fundamental incrementar tecnicidade e cientificidade às categorias referenciais. É neste ponto que se esclarece a diferença entre

qualificação e competência. O conjunto de informação armazenada (qualificação) não é uma garantia de competência; “os saberes anteriormente adquiridos constituem um stock de recursos que podem ser mobilizados segundo modalidades e configurações muito diversas.” (Canário, 2003:138).

Para enfatizar este raciocínio, o autor apresenta o contributo teórico de outros autores. Reinbold e Breillot (1993) citados por Canário (*idem*), definem competência enquanto a forma de “encontrar e pôr em prática eficazmente as respostas apropriadas ao contexto na realização de um projecto.” Boterf, citado por Canário (2003:139), assevera que a competência “não é um estado nem um saber que se possui, nem um adquirido de formação. Só é compreensível (e susceptível de ser produzida) em acto e daí o seu carácter finalizado, contextual e contingente.” Isto significa que as competências são produzidas num determinado contexto de acção profissional e não algo prévio a essa acção. Surgem no âmbito de um plano de acção, através do confronto entre os diversos *saber-fazer*, sendo indispensável existir comunicação.

Posto isto, o autor defende que a formação inicial é “ineficaz” no âmbito da emergência de competências profissionais uma vez que esta está dependente de vários factores como sendo a “*estrutura organizacional das situações de exercício profissional, os processos de socialização que aí têm lugar, o percurso biográfico de cada profissional (...)*” (*idem*).

Neste âmbito, Amiguinho, Valente, Correia e Mandeiro (2003:108), referenciam que os contextos de trabalho proporcionam a vivência de situações das quais se extrai sabedoria (situações educativas). Contudo, chamam a atenção para o facto de essas situações poderem não corresponder àquilo a que denominam de “*formação experiencial*” que enriquece o “*contacto directo, a relação sujeito/objecto e favorece o ambiente de reflexividade e de releitura da experiência*”. Ou seja, para os autores nem todos os indivíduos conseguem transformar a experiência em aprendizagem. Defendem que para que tal aconteça é necessária uma dinâmica de intencionalidades e sentidos para os envolvidos na acção. Boutinet (1993), citado por Luísa d’Espiney (2003:185), é da opinião de que não se pode falar de formação experiencial no âmbito da formação inicial. Apesar de ser uma situação de formação enriquecedora para os alunos, não lhes proporciona um envolvimento total no contexto de trabalho. Refere que o “*formando não pode assumir na íntegra a responsabilidade dos problemas, dado que a sua situação social no seio da equipa é distinta da dos profissionais, para além de que a curta duração dos estágios dificulta esta inserção de modo efectivo*.” É com base nestes argumentos que Canário (1994), citado pela autora, designa que a formação inicial seja favorecedora de “*estratégias de aprendizagens de modo a que esta se constitua efectivamente como o primeiro momento de uma formação que se continua ao longo de toda a vida*.” (*idem*).

A partir dos anos 90, verifica-se a coesão da educação impulsionada pela Aprendizagem ao Longo da Vida [ALV]. No Memorando sobre esta temática, realizado no seguimento do Conselho Europeu em Lisboa (2000), citado por Canário (2003:194), pode ler-se que a ALV surge como uma estratégia que parte do *“reconhecimento das insuficiências e inadequações de competências”* sendo concebida *“como a forma de todos os europeus participarem activamente na construção do futuro da Europa.”* Foi a partir deste momento que o paradigma da *qualificação* foi substituído pelo paradigma da *competência* que se substantifica em três dimensões: económica, social e educativa. A integração destas três dimensões á luz daquilo que são os contornos do novo paradigma, estimula um conjunto de respostas aos desafios impulsionados pelo processo de globalização; empregabilidade (económica), necessidade de controlo social (social) e a concepção de aprendizagem ao longo da vida (educativa).

A educação e a formação passaram a ser vistas como um requisito e como um paliativo. Por um lado, como requisito na medida em que estas *“assumem uma importância decisiva na produção de uma mão-de-obra adequada à chamada nova economia.”* Por outro lado, como paliativo uma vez que *“são instrumentos de amortecimento dos conflitos sociais e de preservação da harmonia e da ordem imprescindíveis ao bom funcionamento da economia (a chamada saúde das empresas).”* (Canário, 2003:199).

É ainda durante esta década que a ideologia do *aprender a ser* deu lugar à ideologia do *aprender a ter*. Os indivíduos passam a ser vistos como os responsáveis pela sua formação e, conseqüentemente pela sua entrada no mercado de trabalho. A educação ao longo da vida ao preconizar a produção de novas competências induzidas pelas transformações económico-sociais, conduz ao que defende Claude Dubar (1996), citado por Canário (2003:195), de que *“cada um deve ter consigo próprio a relação de um empresário com o seu produto, procurar vender-se, negociar o capital em que se tornou.”*

3.2. A MUDANÇA DE PARADIGMA: QUALIFICAÇÃO *VERSUS* COMPETÊNCIA

Sabemos que as alterações que ocorreram nas últimas décadas do século XX no domínio escolar, assim como as alterações na configuração social que enquadra a escola, associadas às crescentes exigências dos mercados de trabalho, estão na origem da alteração progressiva do paradigma da aquisição de saberes para o paradigma de desenvolvimento de competências (Calha, 2011). Este modelo emergente *“surge como forma de resolver um dos principais desafios da escola de massas: dar sentido e finalidade às aprendizagens que ocorrem no contexto escolar crescentemente marcado pela*

heterogeneidade do seu público.” (Calha, 2011:160). É a ideia de que o percurso escolar tem como finalidade principal o desenvolvimento de competências. Constitui a orientação dos alunos para o bom uso dos conhecimentos que servem, como Calha (*idem*) refere citando Roldão, “*para aplicar, para analisar, para interpretar, para pensar, para agir – [nos] diferentes domínios do saber e, conseqüentemente, na vida social, pessoal e profissional.*”.

Como observado anteriormente, a partir da década de 70 a noção de qualificação associada ao modelo taylorista sofre alguns questionamentos nomeadamente impulsionados pela gradual reflexão sobre o modelo de desenvolvimento de competências.

Com a análise da organização do trabalho até então, percebe-se que a qualificação não está ajustada às capacidades exigidas para o desempenho de determinada profissão, sendo por isso algo que terá que ser construído socialmente. Rigby e Sanchis, citados por Calha (2011:166), afirmam que por ser uma construção social, a lógica pelas qualificações produziu “*injustiças que reflectem as estruturas de poder existentes*”.

O conceito de competência, ao ser mais objectivo que o conceito de qualificação, induz-nos para um conjunto de saberes que podem ser mobilizados na realização do trabalho. Isto significa que, não pode ser dissociada da acção e do contexto, em que a acção só pode ser entendida num contexto específico, conjugando os saberes que orientam a acção com a situação particular (Calha, 2011).

A aquisição de competências expressa a importância da escola neste âmbito mas não é a única fonte de aprendizagem.

Neste domínio, a aquisição de habilidades profissionais não deriva apenas da formação e dos certificados escolares do trabalhador mas “*alarga-se, de maneira mais ampla, à história de vida dos indivíduos. (...) Estende-se a um processo individualizado, ancorado em trajectórias pessoais e envolvendo esferas tão amplas, distintas e particulares como a escola, o trabalho e a família.*” (*idem*). É então a partir das críticas aos modelos educativos vigentes nesta altura, desajustados às transformações sociais, que se percebe que a escola não pode dar resposta a todas as necessidades educativas dos indivíduos e que a educação não se limita à idade escolar. O surgimento do paradigma da educação ao longo da vida proporcionou a valorização das aprendizagens informais no percurso de vida dos indivíduos, impelindo a concepção de instrumentos capazes de lhes conferir um reconhecimento social e institucional (Carrapiço, 2011).

Então, a globalização das economias, a crescente exigência de produtividade e competitividade e as novas tecnologias ao tornarem impreteríveis a flexibilidade e polivalência dos trabalhadores, potencializaram a crise nas qualificações. De acordo com Nogueira, citado por Carrapiço (2011:50), “*as novas profissões pressupõem uma nova concepção de trabalhador, mais próximo do artesão independente do que do trabalhador de*

um processo de fabrico em cadeia – mais empreendedor, mais culto, com horror à rotina, polivalente e com flexibilidade organizacional.”

As imposições do sector de produção e as lacunas verificadas no processo de adaptação dos trabalhadores ao mercado de trabalho conduzem à subvalorização da aprendizagem ancorada nos conteúdos e, conseqüentemente passa a ser determinante uma aprendizagem fundamentada na incorporação entre a teoria e a prática. Assim, o contexto de trabalho surge como um espaço educativo fulcral uma vez que é nele que os diversos actores interagem, que reagem aos acontecimentos, que participam e tomam decisões, que partilham conhecimentos e experiências de carácter formativo (Carrapiço, 2011:56-57).

Como é evidenciado por Cabrito mencionado nas palavras de Carrapiço (*idem*), “*se o saber teórico se pode, em grande parte adquirir pela formação formal, o saber ser e o saber fazer passa essencialmente pela experiência e pela interacção entre as pessoas e a situação, fazendo sentido para elas*”. A apropriação deste processo de aprendizagem permite fortalecer uma aprendizagem constante nas situações de trabalho e por isso, sustenta o desenvolvimento de competências profissionais. Desta forma, a aquisição de competências implica uma reflexão e uma teorização das acções profissionais em contexto real de trabalho; a atribuição de significados aos conteúdos e, por fim, a constatação da sua funcionalidade no âmbito da complexidade do dia-a-dia, baseada em padrões de rigor e exigência estabelecidos socialmente (Lima, 2005).

3.3. COMPETÊNCIA PROFISSIONAL NA PRÁTICA PROFISSIONAL

A análise dos modelos de educação e formação de adultos presentes nas acções profissionais, a par das transformações ocorridas nos mundos da formação e do trabalho, apontam-nos a pertinência de reflectir sobre as competências a partir da clarificação dos valores, dos saberes e da sua utilidade social e historicamente fundados.

Os estudos de Luc Boltanski e Laurent Thévenot mencionados por Martins (2010) incidem sobre as *modalidades* através das quais é possível conceber apreciações do comportamento dos indivíduos, numa determinada situação. Esta avaliação da conduta humana terá subjacente a intenção de coordenação com as exigências identificadas nessa situação ou a criação de exigências próprias de coordenação nesse contexto. Os julgamentos produzidos nessas situações estão relacionados com os *regimes de envolvimento na acção*.

De acordo com a classificação patenteada pelos autores reconhecem-se três regimes de acção: *regime de acção familiar*, *regime de acção em plano* e *regime de acção público*. Para analisar a estruturação do laço social, Martins (2010:67), centra-se apenas nos dois primeiros,

“ i) *regime de acção familiar*, centrado numa acção em registo de proximidade, localizada, cumprida a partir de um processo com uma espessura temporal específica e em que a pessoa age a partir de uma longa familiarização dinâmica com as pessoas e objectos envolvidos na sua acção. É um regime de acomodação mútua da pessoa e do seu ambiente directo. O grau de generalização aqui é mínimo (...); ii) *um regime de acção em plano*, orientado de forma mais fortemente «propositada» (o domínio por excelência do sentido comum da acção intencional) e em que o envolvimento na acção é funcional por referência a determinados propósitos; (...).

O regime de envolvimento de acção em cada situação é sustentado no juízo que o indivíduo realiza sobre si, nessa mesma situação. Esta concepção coordenada de si, do outro e do mundo assume a forma de um comportamento; *a acção que convém*. A coordenação das acções remete-nos para a importância de aclarar as modalidades em que se situam, implicando a construção de princípios de ordem e um bem comum.

A filosofia dos Cuidados Paliativos pela sua abordagem holística da dor e do sofrimento requer a aquisição de um conjunto de competências, menos valorizadas em outras áreas de intervenção. Pressupõe a criação de laços de *familiaridade* entre os profissionais e os doentes e suas famílias, ou seja, prevê uma relação de proximidade em detrimento de uma abordagem baseada meramente no diagnóstico ou no tratamento.

As especificidades dos Cuidados Paliativos implicam uma reflexão, compreensão, investigação e adaptação constantes. Os profissionais de Cuidados Paliativos são convidados a rever os seus quadros de referência assim como os seus padrões de acção profissional, ajustando-o às necessidades dos doentes em fase terminal de vida. Esta observação leva-nos a considerar que os profissionais ao entrarem num registo de *familiaridade* com os doentes afastam-se de uma acção em plano. No regime de acção em plano o foco é a eficácia do tratamento curativo sendo, por isso, pobre em componentes relacionais e afectivas onde os profissionais são orientados para *curar* a doença. Segundo Martins (2010:187), a relação de proximidade entre a equipa de profissionais e o doente é direccionada para o *cuidar* e requer “o envolvimento na acção numa modalidade de *compreensão interpessoal*, sustentada por uma metodologia de *escuta*, *abertura* e *negociação com o doente e sua família de vários dos procedimentos de cuidados*”. Os dois regimes são diferenciados através de “*uma distinção entre dois verbos (...): a distinção entre*

curar e cuidar.” (Martins, 2010:188). Em Cuidados Paliativos o *cuidar* assoma-se como a combinação de acções dirigidas ao doente e às suas necessidades, incluindo as mais subjectivas e pessoais. Como tal, é fundamental o treino e aquisição de competências (p. ex. cognitivas, relacionais, comunicacionais, sociais) que se afiguram como “(...) formas activas de garantia do respeito pela vontade do doente, encarado agora como o ser melhor posicionado para saber aquilo que é, dentro dos estreitos limites de dependência em que se encontra, melhor para si.” (Martins, 2010:191).

3.3.1. ACÇÃO PROFISSIONAL DE PROXIMIDADE

A equipa de Cuidados Paliativos, atentada de forma básica, é constituída por um médico, dois enfermeiros e um assistente social. Para uma acção efectiva são tidos como desejáveis outros profissionais como: fisioterapeuta, psicólogo, assistente espiritual e/ou religioso, auxiliares (Neto *et al*, 2004).

O assistente social, tal como os outros profissionais, na sua intervenção profissional faz uso de um conjunto de competências pensado e ajustado à correcta identificação e satisfação das necessidades dos doentes. Por competência entende-se o “*grau de conhecimento, perícia, critério e experiência que se põe em prática numa situação, numa linha de acção ou numa determinada intervenção.*” (Trevithick *in* Vanzini, 2010:193). A mesma autora afirma que o assistente social deve reunir três níveis de competências: as competências básicas, as competências de nível médio e as competências de nível superior ou especializadas. As primeiras referem-se a competências relacionais e comunicacionais, vistas como elementares para a maioria das intervenções dos assistentes sociais. As segundas relacionam-se com a capacidade de dar resposta a situações complexas, como sendo trabalhar com pessoas com uma postura de resistência ou desinteresse face ao profissional. Por último, as competências de nível superior utilizadas em contextos complexos como os Cuidados Paliativos, implicam um conhecimento especializado sobre uma determinada temática. É fundamental uma formação específica (p. ex. psicológica, pessoal, social, terapia familiar), assim como ser capaz de intervir em situação de crise, de conflito que por si só provocam elevados níveis de hostilidade e angústia nas pessoas (Vanzini, 2010).

Breviglieri (2005) designa estas competências como sendo de proximidade. Apesar da discussão sobre o conceito de proximidade ter o seu pico nos anos 90, essas competências caracterizam algumas profissões da área das Ciências Sociais, especialmente aquelas direccionadas para ajudar um público frágil, como é o caso do Serviço Social. Por ser uma

área privilegiada no *cuidar* dos outros em situação de vulnerabilidade, o Serviço Social foi alvo de fortes críticas que fomentaram a transformação ao nível dos seus quadros de intervenção. A crítica mais dura assenta na homogeneização das prestações dirigidas a categorias de utentes legalmente definidas. Esta uniformização instiga um efeito desumanizador, impedindo encarar os utentes como pessoas particulares e únicas. O desafio dos profissionais de proximidade ficou então mais explícito com a emergência das questões da exclusão e da vitimização sociais; o desafio de trabalhar com a subjectividade.

Para Pattaroni (2005, 2007) é possível trabalhar a subjectividade através de dispositivos de controlo social, dotando a pessoa de capacidades que lhe permitam agir de forma emancipada. O olhar dos assistentes sociais deve incidir no íntimo das pessoas (na sua subjectividade), promovendo a sua autonomia e responsabilidade, para que estas sejam capazes de enfrentar as exigências que estão associadas à vida em sociedade. Ou seja, a acção profissional é vista como um trabalho de integração no qual a pessoa recupera as habilidades necessárias (autonomia e responsabilidade) para ocupar o seu lugar na sociedade. O trabalho com a subjectividade, ao ir contra uma generalização, coloca aos assistentes sociais o imperativo de recorrer a pelo menos três vias; à individualização, à responsabilização e à mobilização das pessoas que recorrem aos seus serviços.

A intervenção de proximidade é caracterizada por aquilo a que se designa de *tacto* (Breviglieri, 2005). A noção de *tacto* facilita o afastamento normal entre o profissional e o utente. Mais do que isso, permite motivar o utente, envolvê-lo num clima de confiança e ampliar os seus compromissos na relação de ajuda. Esta confiança é depositada na instituição que o assistente social representa, fazendo com que o utente se comprometa de forma mais efectiva no compromisso que estabeleceu com o profissional. O ambiente de familiaridade facilita *chegar até à pessoa*; permite estabelecer uma relação de ajuda através da real compreensão da pessoa, da captação das suas especificidades, das suas frustrações e expectativas. É neste sentido que o assistente social na sua acção de proximidade, baseada no princípio da justiça em que o objectivo é cuidar da pessoa e estabelecer relações de familiaridade, deve mobilizar determinadas competências. Estas são operacionalizadas desde o acolhimento ao acompanhamento personalizado de cada situação, onde são utilizadas duas ferramentas fundamentais para uma intervenção adequada: o contrato e o projecto individual. Ao contemplar a dimensão familiar associada à dimensão individual, deve privilegiar-se a valorização da biografia e das vivências do utente. Podemos então dizer que no Serviço Social de proximidade o profissional deve “*tocar*” a sensibilidade da pessoa, chegar aos “*lugares íntimos*” dos utentes. Para tal, deve mobilizar determinadas competências profissionais de forma a envolvê-los num compromisso que pode passar pelo fortalecimento de aspectos pessoais/familiares como também contemplar

a definição de um projecto individual tendo em vista a sua inserção nas vertentes em que estes se encontram excluídos (Breviglieri, 2005).

Esta perspectiva vai ao encontro da “*ética do cuidado*”. A *atenção* para com os *outros* promove uma organização social justa. As obrigações para com *o outro* – o próximo -, são da responsabilidade de todos nós e, sobremaneira das instituições sociais. O assistente social, enquanto agente capacitador no âmbito dessas instituições, terá um papel fundamental na promoção dessas premissas deontológicas. No entanto, não é apenas a capacitação dos mais vulneráveis que está em jogo. É a sua transformação. Para além da vertente deontológica importa por isso considerar, neste tipo de intervenção, uma intenção política. A satisfação das necessidades ao nível da emancipação promove cidadãos autónomos, responsáveis e por isso capazes de agir activamente na sociedade (Pattaroni, 2005).

A acção social de proximidade implica por isso uma aproximação do profissional à pessoa; descrita quase que como uma fusão. Esta característica é ambígua no sentido em que, por um lado pode atenuar a vulnerabilidade da pessoa que não é capaz de concretizar o compromisso, ao mesmo tempo que pode ameaçar as exigências ao nível da autonomia e da responsabilidade. Esta acção implica também a concessão de um espaço relacional fundado em laços de proximidade, no qual a pessoa consiga trabalhar os requisitos para a sua emancipação, recuperando a sua singularidade e a sua base familiar; que lhe irá permitir “*manter-se a si*”. Esta acção libertadora ao estar co-relacionada com a capacidade de distanciamento e reflexão sobre as necessidades subjectivas edificada a partir da relação de proximidade entre o assistente social e os seus utentes, surge em si mesma, como portadora de diversos defeitos relativamente à atenção que lhes é dirigida. As críticas que recaem sobre os laços estabelecidos entre o assistente social e utente são, na maioria dos casos, reduzidas de forma negativa a uma de três figuras; ao paternalismo, ao assistencialismo e à ideia de clausura. Ou seja, estas representações traduzem, respectivamente, a ideia de dominação, dependência e de medo em relação às instituições de apoio. Portanto, o trabalho de subjectividade susceptível de consolidar a autonomia e responsabilidade necessárias no utente pode potenciar uma “*colonização do próximo*” e, desta forma, ameaçar a sua capacitação a esses dois níveis. A acção profissional implica um constante questionamento sobre os recursos e os efeitos colonizadores da sua proximidade com as pessoas que ajuda. Implica ainda a garantia sobre a sua capacidade em superar os seus resultados, implementando vários processos de subjectividade para capacitar um “eu” capaz de agir de forma independente e global tanto na esfera familiar como na esfera socioeconómica (Pattaroni, 2005, 2007).

A relação de proximidade que caracteriza a intervenção do assistente social desenvolve-se a par das tensões inerentes a esta profissão. Segundo Luca Pattaroni

(2007:3) estas tensões nascem de uma “*contradição entre a emancipação da pessoa e da sua integração numa ordem comum. Pela sua capacidade de conter essa contradição, a subjectividade emerge como um elemento central de qualquer política de coexistência.*”

As competências profissionais de proximidade são, desta forma, indispensáveis para a acção com doentes paliativos e seus familiares. A dor e o sofrimento dos doentes e da sua família assim como o confronto com a morte implicam o desenvolvimento de competências específicas e especializadas por parte dos assistentes sociais integrados nas equipas de Cuidados Paliativos.

As competências de proximidade, pela sua especificidade, não se adquirem sobretudo na formação inicial. Esta noção vai no sentido daquilo que Canário (2003) defende. O autor, como vimos anteriormente, considera que a formação inicial é insuficiente para alocar todos os saberes necessários ao desempenho de uma profissão. Estas adquirem-se sim no âmbito da formação em contexto de trabalho. O profissional não pode ser apenas o executor técnico dos procedimentos. Deve ser capaz de transformar os conhecimentos adquiridos formalmente em competências para dar resposta a cada situação em concreto. Deve ser um agente activo no processo de construção e aperfeiçoamento profissionais. A formação inicial é apenas um ponto no encadeamento de aquisição e mobilização de competências.

Os Cuidados Paliativos, especificamente, podem ser vistos como um relevante dispositivo formativo. O estudo (supracitado) realizado por Carrapiço (2011) revelou que a acção paliativa tem um carácter formativo uma vez que proporciona a aquisição de diversas aprendizagens aos profissionais. A proximidade que caracteriza a relação de ajuda oferece uma prestação de cuidados num ambiente familiar, onde o olhar do profissional recai na compreensão da pessoa doente encarando-a como um todo, no conhecimento dos seus interesses e desejos e na apreensão da dimensão da sua dor e do seu sofrimento, não ficando limitado à ideia da pessoa enquanto portadora da doença.

De forma conclusiva, a citação seguinte esclarece qual o âmago desta perspectiva de cuidados, ao elucidar-nos que

“esta metodologia, porém, não surge apenas no sentido de possuir um valor estético ou mesmo compreensivo. Pretende-se com ela, também, construir uma plataforma especificamente terapêutica, no sentido de funcionar como uma modalidade específica de intervenção médica dirigida à redução do sofrimento e promoção do conforto do doente, nas suas dimensões morais e identitárias. Perante a decadência e a falência dos corpos, o cuidado da subjectividade pessoal é (...) ponderado como uma via privilegiada para a manutenção do doente enquanto pessoa com dignidade especificamente humana.” (Martins, 2010:194).

PARTE II – METODOLOGIA

A nossa reflexão recai especificamente sobre a questão das competências profissionais dos assistentes sociais, operacionalizadas no contexto da acção paliativa, no âmbito da RNCCI. A análise incidiu em dois âmbitos da Rede; nas UCP das Unidades de Internamento [UI] e nas EIHSOP das Equipas Hospitalares [EH].

A actividade humana é orientada para a procura de respostas para as indagações ou questões significativas que surgem nos diversos contextos do quotidiano. Esta procura de respostas (investigar) não é mais que uma forma de organizar os nossos pensamentos de forma a obter novo conhecimento. É uma actividade deliberada e intencional, estruturada metodologicamente, para a procura de respostas objectivas conducentes à reflexão e discussão do objecto do estudo.

O investigador, na procura das respostas e com a consciência da necessidade de atingir os objectivos da sua investigação, deve definir o *método* e as *técnicas* de recolha e tratamento dos dados que vai utilizar. Gil (1999:26) define método científico como o “conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos”. Para Ander-Egg (1976:44), “as técnicas não são o caminho como o método, mas sim a arte ou maneira de percorrer esse caminho.”

A estruturação metodológica, alocada a partir da construção teórica, tendo como base autores de referência na cena científica, integra-se no paradigma da pesquisa qualitativa. Por pretendermos analisar as competências profissionais no contexto da prestação de Cuidados Paliativos, pensou-se que seria a mais indicada uma vez que, como refere Fortin (2009), as investigações qualitativas visam todas o mesmo fim, a saber: dar conta da experiência humana num meio natural.

Deslauriers, citado por Guerra (2006:11), considera que esta metodologia “designa uma variedade de técnicas interpretativas que têm por fim descrever, descodificar, traduzir certos fenómenos sociais que se produzem mais ou menos naturalmente. Estas técnicas dão mais atenção ao significado destes fenómenos do que à sua frequência.”

Erickson, citado por Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1990:32), afirma que “este significado é o produto de um processo de interpretação que desempenha um papel-chave na vida social (...)”. O mesmo autor acrescenta que existe a “necessidade de se reconhecer que o sentido primeiro destas abordagens não se situa no plano dos procedimentos ou das técnicas, mas sim no do próprio objecto da análise e no dos postulados a ele ligados.” (*idem*).

Michelle Lessard-Hébert e outros, citados por Guerra (2006:17), consideram que “o investigador postula uma variabilidade das relações entre as formas de comportamento e os significados que os actores lhe atribuem através das suas interações sociais.” Assim, compreende-se que o objecto da investigação social, como afirma Guerra (*idem*), é o “significado dessa acção (*meaning in action*), e não o comportamento em si próprio.”

Gauthier, citado por Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1990:47), evidencia o “carácter de proximidade entre o investigador e os participantes na investigação qualitativa centrada na construção de sentido. Esta proximidade manifesta-se tanto no plano físico (o terreno) como no simbólico (a linguagem).”

Sucintamente, a finalidade destas pesquisas é a compreensão dos significados de determinados aspectos da vida colectiva, captando as lógicas de funcionamento e as representações individuais, facilitadoras de uma reflexão acertada sobre as condutas profissionais. Isabel Carvalho Gerra (2006) chama a atenção para o facto da investigação qualitativa englobar diversas práticas de investigação das quais derivam formas de recolha, registo e tratamento da informação, igualmente diferenciadas. A autora afirma que a pesquisa qualitativa, “nos melhores dos casos, designa uma variedade de técnicas interpretativas que têm por fim descrever, decodificar, traduzir certos fenómenos sociais que se produzem mais ou menos naturalmente.” (2006:11).

Nesta pesquisa, elegeram-se como técnicas de recolha de dados: a entrevista e a análise documental.

Ressalva-se, no entanto, que inicialmente e, como técnica complementar à entrevista e à análise documental, despontou a observação participante. A escolha desta técnica estava aportada à necessidade de adquirir conhecimento objectivo sobre o contexto. No entanto, devido a constrangimentos apontados por alguns técnicos da instituição não nos foi facultada a sua efectivação. A salientar que as apreciações, quer da Comissão de Ética como do Conselho de Administração da ULSNA, EPE foram favoráveis à realização das técnicas de recolha de dados requeridas (entrevista e observação). Contudo, no momento de acertar os pormenores subjacentes à colheita dos dados foram apresentadas inúmeras limitações face à realização da observação. Procurou-se dar resposta a todas as questões colocadas mas a opinião dos técnicos acabou por prevalecer em detrimento do requerimento e do avale do Conselho de Administração. A consciência de que a ausência dos dados decorrentes de um processo de observação empobrece a presente pesquisa, faz lamentar ainda mais a pouca abertura das mentalidades face à importância dos processos de formação e investigação sobre estas temáticas.

A entrevista é uma das técnicas de recolha de informação mais utilizadas na investigação social. De acordo com Quivy. & Campenhoudt (1998:191-192), esta técnica permite a “aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interacção

humana.”, sendo esse o aspecto que a diferencia das outras técnicas uma vez que, quando bem aplicadas “*permitem ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados.*”.

Para os mesmos autores, as entrevistas facilitam

“uma verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, ao passo que, através das suas perguntas abertas e das suas reacções, o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos objectivos da investigação e permite que o interlocutor aceda grau máximo de autenticidade e de profundidade.” (1998:192).

A entrevista surge como uma das técnicas mais adequadas para este estudo, tendo em conta que facilita a interpretação do sentido que os assistentes sociais dão à sua acção e aos problemas/acontecimentos com os quais se vão deparando, à sua posição na equipa interdisciplinar e, nomeadamente ao nível da interpretação que fazem das competências operacionalizada na acção paliativa. Para que tal seja possível é imprescindível, como afirma Guerra (2006:51), uma “*verbalização franca por parte do entrevistado (considerado o informador privilegiado) é fundamental e, quanto menor for a intervenção do entrevistador, maior será a riqueza do material recolhido (...).*”.

Como Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993:76-88), evidenciam é necessário ter em conta um conjunto de factores que podem interferir na entrevista: de situação, do entrevistado, do entrevistador e de linguagem. Os primeiros têm a ver com o lugar onde a entrevista se realiza e com o tempo que esta dura. O ideal seria que a entrevista fosse realizada num espaço reservado e num tempo específico. O segundo conjunto de factores é dividido pelos autores em “*factores de ordem cultural, mnemónica, cognitiva, motivacional, conjuntural e física (...).*”. O entrevistador deve assegurar que características (como a profissão, o género, a idade, as crenças religiosas, etc.) do entrevistado não interferem na realização da entrevista. Os autores ao identificarem o terceiro conjunto de factores, chamam a atenção para variáveis como as características físicas do entrevistador – “*sexo, idade, aparente pertença a uma classe social, etc.*” - ao quadro de referência do entrevistador – “*produto da educação, das experiências, das convicções morais, religiosas, políticas, etc.*” – e ainda à competência técnica do entrevistador, que deve “*levar à superação dos inconvenientes ligados a características pessoais dificilmente transformáveis.*”. Por fim, os autores chamam a atenção para os cuidados que o entrevistador deve ter com a linguagem que usa. A linguagem utilizada deve ser “*acessível (...), permitir uma resposta (...), motivar o*

entrevistado a responder (...), ser conforme às expectativas de entrevistado sobre o papel de entrevistador (...).”

Para Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993:91), existem três tipos de entrevista: não-directivas ou livres, semi-directivas e directivas ou estandarizadas. Como afirmam *“cada um destes tipos de entrevista apresenta características próprias, as quais se localizam menos ao nível das técnicas (pelo menos no que diz respeito às entrevistas não-directivas e semi-directivas), que ao nível dos temas e do seu agrupamento.”*

No presente estudo escolheu-se a entrevista semi-directiva a realizar às assistentes sociais da ULSNA, EPE, afectas à Unidade de Convalesça do hospital de Portalegre, na qual se inclui a Unidade de Cuidados Paliativos, e à Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do hospital de dia de Elvas. Pretende-se portanto a realização de duas entrevistas em que a escolha destas técnicas recaiu por um lado, no facto destas serem as únicas instituições prestadoras destes cuidados no distrito de Portalegre e, por outro lado, por abranger dois domínios de acção consagrados na RNCCI: a UCP e a EISCP.

Segundo os mesmos autores, neste tipo de entrevista há um esquema de entrevista (Apêndice 1 – Guião da Entrevista). Contudo, referem que a sequência pela qual os temas são abordados é livre. Mas, o entrevistador deve, sempre que necessário, reencaminhar o entrevistado para o tema. Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998:192-193), referem que este tipo de entrevista é dos mais utilizados na investigação social, uma vez que *“nem é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. (...) tanto que possível «deixará andar» o entrevistado para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier.”*

Tendencialmente, a informação recolhida no âmbito de uma pesquisa qualitativa é submetida a uma análise de conteúdo. Isto é, após a transcrição das entrevistas (Apêndice 2) surge a pertinência de tratar a informação recolhida. A análise de conteúdo é uma técnica utilizada para tratamento dos dados recolhidos numa investigação qualitativa que procura descrever as situações e dar sentido ao que foi dito. Isto é, assume uma dimensão descritiva (Apêndice 3) e uma dimensão interpretativa; a primeira pretende dar conta de tudo o que foi dito pelo entrevistado e, a segunda visa exprimir inferências através das questões do entrevistador, fundamentadas em conceitos teóricos (Guerra,2006).

Para Bardin (2000:38), a análise de conteúdo surge como *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens.”* O objectivo desta técnica é a *“inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).”* (idem).

Para Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998:227), a análise de conteúdo tem ganho importância no âmbito da investigação social na medida em que *“oferece a possibilidade de*

tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade. (...) permite satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, que nem sempre são facilmente conciliáveis.”

Outra técnica de recolha de dados utilizada foi a análise documental. Esta pode ser definida como *“uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior a sua consulta e referência.”* (J. Chaumier, citado por Laurence Bardin, 2000:45).

Para Bardin (*idem*) a análise documental tem como objectivo *“dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação.”* Isto significa que esta análise facilita a transformação *“de um documento primário (em bruto), para um documento secundário (representação do primeiro).”* (Bardin, 2000:46).

No âmbito do presente estudo, os documentos analisados foram o PNCP e o *Manual de Boas Práticas para a intervenção dos Assistentes Sociais* na RNCCI (Apêndice 4). A análise do PNCP surgiu como pertinente na medida em que apresenta um enquadramento dos Cuidados Paliativos nos sistemas de saúde e, ainda porque apresenta a caracterização e a definição destes cuidados, assim como a organização e fundamentação dos mesmos no nosso país. Para além disso, aduz os princípios dos Cuidados Paliativos e a forma como estes se devem implementar.

A análise do segundo documento surge como pertinente, essencialmente, por dois motivos. Por um lado, por ser um documento orientador da intervenção social na acção paliativa. Dá-nos um conjunto de informação (p. ex. sobre a contextualização do tema, o perfil dos profissionais, as suas funções, etc.). Por outro lado, para além de proporcionar o conhecimento sobre os objectivos do assistente social na RNCCI, promove a qualidade do desempenho profissional ao permitir o entendimento das etapas metodológicas em que a acção profissional está dividida, assim como dos correctos procedimentos a ter em cada uma delas.

A reflexão encetada pretendeu compreender a acção dos assistentes sociais nos Cuidados Paliativos, numa óptica de interpretação da sua vida profissional e das reproduções expressas na sua intervenção. Luc Van Campenhoudt (2001:11-12) aduz uma analogia daquilo que deve ser a iniciação às pesquisas em Ciências Sociais. Após a leitura e reflexão sobre essas palavras entendemos que, mais do que o paralelismo à iniciação ao estudo dos fenómenos sociais, poderiam ser uma analogia aos objectivos deste estudo. Nas palavras do autor

“imagina-se mal fazer uma iniciação à música a partir de longas exposições sobre a teoria musical

ou sobre a história desta arte. Mais provavelmente, alterna-se a audição de trechos escolhidos e de comentários com vista a destacar os principais ensinamentos de cada obra. Diversificando os extractos retirados de géneros musicais diferentes, os alunos aprenderiam progressivamente em que consiste uma melodia, um ritmo ou um acorde. Descobririam os princípios da harmonia ou do contraponto. Após algumas dezenas de horas e ensino, certamente que nem todos os aspectos da teoria musical, todos os tipos de música e todos os grandes músicos estariam cobertos. Contudo, quando mais tarde escutassem outros trechos de música, os alunos poderiam captar os traços essenciais e prosseguir a sua descoberta assente em boas bases. Sobretudo, teriam sem dúvida apanhado o gosto. Porque o melhor da música reside nas próprias obras e na comunicação estabelecida entre elas e um ouvinte disponível e concentrado, e não nos tratados eruditos. (...). Uma iniciação à música não visa formar compositores, músicos ou chefes de orquestra, mas tão-só amadores informados, capazes de escutar uma obra musical e, sobretudo, de experimentar através dela um modo de relação sensível ao mundo e a si próprios. (...) redescobrir o mundo com que lidamos quotidianamente através de um olhar novo e nele perceber dimensões e aspectos que nos escapavam anteriormente.”

A pretensão deste estudo é identificar quais as competências mobilizadas pelo profissional. E ainda, compreender de que forma o profissional concebe a aquisição dessas competências profissionais; se na formação académica ou na vivência do dia-a-dia profissional, se em ambos os momentos. A recolha dos dados decorreu no espaço temporal compreendido entre Outubro de 2011 a Agosto de 2012.

No entanto, importa ressaltar que o presente estudo apresenta um carácter exploratório na medida em que se pretendeu sobretudo construir uma primeira grelha de leitura de uma realidade complexa, a aprofundar de futuro.

1 - ALUMIAR A ACÇÃO PALIATIVA

O *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde, na RNCCI*, é um instrumento auxiliar do trabalho dos assistentes sociais da saúde, elaborado pela Direcção-Geral da Saúde, cuja finalidade é, como se lê nas palavras de Francisco George (2006) na nota introdutória do mesmo documento, “*instituir a maior qualidade no desempenho destes profissionais*”.

A categorização feita ao analisar o *Manual* referenciado permitiu-nos reconhecer a informação pertinente na prossecução dos nossos objectivos. Neste sentido, identificámos oito categorias, seguidamente explanadas, a saber: os *objectivos da RNCCI*; os *pressupostos da prestação de cuidados*; a *missão dos assistentes sociais*; os *princípios fundamentais da actuação dos assistentes sociais*; os *objectivos da acção dos assistentes sociais*; as *dimensões nucleares do desempenho dos assistentes sociais na RNCCI*; o *desempenho dos assistentes sociais nas Unidades de Internamento* e o *desempenho dos assistentes sociais nas Equipas Hospitalares*.

A concepção de qualidade de vida das pessoas doentes ou dependentes vem sendo crescentemente encarada como simultaneamente central na definição das políticas de saúde. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o incremento da esperança média de vida, assim como as alterações nos padrões epidemiológicos e as transformações nas redes de suporte familiar, têm colocado desafios diversos aos serviços de saúde e aos grupos profissionais. Com efeito, é fundamental a criação de respostas adaptadas às necessidades das instituições e dos respectivos profissionais. A ideia de criar e implementar em Portugal uma resposta social que promovesse a satisfação das necessidades das pessoas com dependência, dos doentes crónicos e das pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase terminal de vida, conduziu à criação da RNCCI por parte do Ministério da Saúde conjuntamente com o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. A intervenção multidisciplinar está assente numa filosofia de cuidados partilhados e holísticos, na qual a cooperação entre estes deverá potenciar um desempenho competente quer ao nível técnico mas ainda ao nível relacional e comunicacional. Isto quer dizer que os profissionais não devem estar unicamente capacitados de conhecimento técnico e prático mas, devem ainda ser capazes de promover uma postura respeitadora e de compreensão baseada na percepção das especificidades bio-psico-socio-culturais e espirituais da pessoa e numa rede de comunicação comum.

Os assistentes sociais integram as equipas de saúde desde o início do século XX. A criação da RNCCI impulsionou a extensão da sua acção para o apoio aos beneficiários da mesma. Destarte, a missão dos assistentes sociais neste âmbito é direccionada para a identificação dos aspectos psicossociais (factores de ordem económica, social, cultural e espiritual) como determinantes no processo terapêutico, para a prestação de cuidados e para a gestão personalizada da situação e necessidades globais do doente/dependente. Estes profissionais assumem ainda a incumbência de organizar acções de educação para pessoas interessadas em matérias de saúde e doença.

Desta forma, os assistentes sociais podem ser encarados como agentes interventores aos níveis macro e micro-social. No primeiro promovendo a mudança na sociedade nomeadamente através de medidas sociais de prevenção e sensibilização dos problemas. No segundo, na vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das populações. A acção social nestes dois níveis, independentemente da área de intervenção, tem subjacente um conjunto articulado de valores, de teorias e de práticas. A Federação Internacional de Assistentes Sociais apresenta um Código de Ética assente em princípios humanistas enraizados no respeito pela igualdade, valor e dignidade de todos em que os princípios de direitos humanos e de justiça social são fundamentais para a sua intervenção. A RNCCI pode ser considerada como uma aplicação prática destes princípios e valores.

A concretização da missão dos assistentes sociais na RNCCI é materializada em objectivos específicos. De uma forma geral, estes objectivos passam pela realização do acolhimento e integração dos doentes e famílias; pela prestação de cuidados integrados, através do acompanhamento e cumprimento do plano individual de intervenção; reforçar as relações interpessoais entre o doente e a equipa, a sua família e a sua comunidade; apoiar a família em termos materiais e emocionais; assegurar a reintegração social do doente e da família; promover a qualidade e humanização dos cuidados e serviços; mobilizar a organização de grupos (de auto-ajuda ou de voluntariado); sensibilizar doentes, famílias e população em geral para as necessidades e responsabilidades associadas à saúde.

A análise do *Manual* permite-nos assim identificar um conjunto de dimensões centrais no desempenho dos assistentes sociais na RNCCI. Em primeiro lugar, a valorização da dimensão psicossocial operacionalizada através da recolha de informação sobre a situação; no planeamento da prestação de cuidados, na execução e na avaliação da intervenção. A intervenção psicossocial implica ainda o apoio na adaptação à doença/perda promovendo uma acção com vista à satisfação das necessidades. A agudização da doença pode pressupor a intervenção na crise por força da tomada de conhecimento de diagnósticos ou de mortes. Em segundo lugar, a disponibilização de informação sobre os direitos e a gestão e criação dos recursos sociais assim como a representação junto de organismos e

instituições sociais (advocacia). Em terceiro lugar, a colaboração multidisciplinar e o trabalho de grupo na articulação de instituições da Rede e de acordo com as necessidades e motivações dos doentes e das famílias. Neste ponto importa ainda referir a implementação de programas dirigidos para os doentes, as famílias, em programas de formação multidisciplinar e em programas de educação comunitária de forma a reforçar o poder organizativo das populações na procura da satisfação das suas necessidades e ganhos de autonomia e de qualidade de vida.

O *Manual* clarifica a intervenção do assistente social nos quatro âmbitos da RNCCI: as UI, as Unidades de Ambulatório (UA), as EH e as Equipas Domiciliárias (ED). A presente análise incide apenas em dois âmbitos; nas UCP das UI e nas EIHSOP das EH. As UI para além das UCP englobam ainda as Unidades de Convalescença, as Unidades de Média Duração e Reabilitação e as Unidades de Longa Duração e Manutenção.

As UI apresentam como fim primordial a humanização da prestação de cuidados. Neste sentido, a intervenção do assistente social encontra-se dividida em quatro momentos metodológicos: o *acolhimento*, a *elaboração do plano individual de cuidados*, o *acompanhamento psicossocial* e a *preparação da continuidade dos cuidados*.

O acolhimento ao doente e/ou família pressupõe o suporte emocional, o apoio à integração do doente e/ou família, a gestão de expectativas face à condição do doente e da família, o apoio à adaptação à situação de doença/dependência; a recolha de informação pertinente para a adequada prestação de cuidados. Posteriormente, o assistente social procede a uma análise preliminar da situação, identificando as necessidades e os factores de risco e a uma recolha de referências junto dos outros elementos da equipa ou da rede de apoio.

A elaboração do plano individual de cuidados conjectura dois momentos; o primeiro com a equipa multidisciplinar e o segundo com o doente e/ou família. No primeiro momento, o assistente social disponibiliza a informação psicossocial aos restantes elementos. A equipa procede à apreciação dos factores psicossociais, espirituais e religiosos enquadrando-os na elaboração e gestão do plano de cuidados. No segundo momento, procede-se à apresentação e explicitação do plano de cuidados ao doente e/ou família, no sentido de esclarecer as dúvidas existentes, de reforçar o esclarecimento sobre os seus direitos e deveres. Procede-se ainda à esquematização do plano de cuidados no que se refere a tempos e objectivos a alcançar.

O acompanhamento psicossocial refere-se ao acompanhamento prestado ao doente e/ou família. De acordo com o *Manual* (2006:12-13) em análise o assistente social é o responsável por prestar:

- “Suporte emocional ao doente e/ou família permitindo ou facilitando a expressão dos

sentimentos e receios suscitados pela doença, pelo tratamento e suas consequências ou pela previsão da morte;

- *Suporte ao doente e/ou família, ajudando-o(s) a enfrentar as mudanças provocadas pela doença e/ou tratamento, nomeadamente ao nível físico, emocional, comportamental, familiar, profissional, nas relações sociais, hábitos e estilos de vida;*
- *Suporte ao doente e/ou família no desenvolvimento da coesão familiar, na gestão de conflitos, na redistribuição de papéis, na selecção de estratégias, na melhoria da comunicação e na prevenção da exclusão do doente do seu sistema familiar;*
- *Incentivo e estímulo à adesão ao ensino/aprendizagem, tanto do doente como do familiar cuidador, ou, na falta deste, de outras pessoas, tendo em conta a continuidade dos cuidados;*
- *Informação, orientação e capacitação dos doentes e familiares no âmbito da protecção social na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral;*
- *Capacitação do doente e/ou família para uma gestão eficaz da doença, nomeadamente na maximização dos recursos pessoais e comunitários e na integração dos cuidados;*
- *Exercício de advocacia em favor do doente e família relativamente ao acesso a prestações sociais e/ou serviços;*
- *Provisão dos meios necessários ao contacto, regresso ou ingresso em unidade de saúde em situações programadas ou de urgência;*
- *Incentivo à reinserção profissional ou escolar do doente e/ou à promoção da sua participação em actividades ocupacionais adaptadas ao seu estado de saúde;*
- *Orientação dos doentes e familiares para serviços de apoio especializado, nomeadamente jurídico, psiquiátrico ou outros;*
- *Preparação para a morte e apoio no luto, quando apropriado.”*

Posteriormente, o profissional irá avaliar a situação perspectivando a alta ou a continuidade de cuidados. Nesta apreciação irá identificar as necessidades, as dificuldades, os constrangimentos, os recursos e as potencialidades tendo em conta a situação específica da doença, e verificar a existência de um familiar competente para assegurar o apoio físico, o suporte emocional e a relação de intimidade com o doente. A correcta adequação do plano de cuidados é, em parte, influenciada pela participação e co-responsabilização da família.

O último momento metodológico refere-se à preparação da continuidade dos cuidados. A prestação de Cuidados Paliativos pode não implicar esta fase metodológica uma vez que

se tratam de doenças incuráveis em estado avançado, em que a percepção da proximidade da morte é inevitável e constante.

Ainda assim, é pertinente explicitar os procedimentos metodológicos inerentes a esta fase. Está dividida em dois momentos: o planeamento da alta e da continuidade de cuidados e o relatório social. No primeiro procede-se à identificação, em equipa multidisciplinar, da necessidade de continuidade de cuidados e do elemento de ligação responsável por aquela situação. Procede-se ainda à disponibilização de toda a informação pertinente sobre o doente e à explicitação do plano de cuidados e, sempre que necessário, dar início a processos de negociação com o doente e a família na óptica de comprometer o doente e a família na concretização do plano de cuidados.

Por fim, o assistente social elabora o relatório social que fará parte do processo de saída do doente.

Por sua vez, as EH patenteiam como finalidade o aconselhamento tanto a profissionais como a utentes e ainda a prestação de cuidados directos a doentes em fase terminal de vida. A intervenção do assistente social é focalizada no apoio psicossocial ao doente e/ou família, no suporte dos profissionais da equipa multidisciplinar e em acções extensíveis à comunidade onde está inserida.

Desta forma, o *Manual* distingue três níveis de acção social: prestação de cuidados, apoio interprofissional e acções de extensão à comunidade.

A prestação de cuidados implica a identificação das necessidades práticas e emocionais (p. ex. reacção às perdas, mecanismos de adaptação, organização familiar, expressão dos sentimentos, rede social pessoal, etc.); identificação de situações em que existam vulnerabilidades como: relacionamentos dependentes, lutos frequentes ou doenças psíquicas; identificação de possíveis factores constrangedores do processo de luto (p. ex. morte de jovens, morte estigmatizada, existência de sentimento de culpa em relação à morte, falta de oportunidades para novos interesses e novos relacionamentos no caso da morte do cônjuge, etc.). De acordo com o *Manual* (2006:22), a intervenção social versa:

- *“Reforço da informação sobre a doença e os tratamentos, recursos e serviços;*
- *Facilitação da comunicação combatendo barreiras, facilitando a compreensão de que os sentimentos de perda são diferentes em cada pessoa; evitar os silêncios constringedores e facilitar os relacionamentos mais significativos; permitir a expressão de sentimentos e apoiar particularmente os indivíduos em risco, directamente ou através da rede;*
- *Realçar a existência de forças e estimular para agir positivamente impedindo que o doente e família se deixem ultrapassar pelos acontecimentos: facilitar a redistribuição de*

papéis, a resolução de assuntos pendentes, por vezes questões de legados ou heranças.

- *Acompanhamento no luto.”.*

O apoio interprofissional prestado pelo assistente social estrutura-se através da discussão dos casos, na formação em Cuidados Paliativos e no suporte emocional aos outros elementos da equipa. Por fim, o assistente social é responsável por organizar acções extensíveis à comunidade nomeadamente ao nível do desenvolvimento de parcerias, da participação na formação de profissionais e no acompanhamento e avaliação de projectos.

. O *Manual* é um valioso contributo no sentido do incremento de competências para lidar com a experiência emocional dos doentes em fase terminal de vida e respectivas famílias.

Na óptica da humanização dos cuidados de saúde, é uma ajuda preciosa para o aperfeiçoamento profissional dos assistentes sociais uma vez que facilita a compreensão global dos pressupostos da sua acção. Para que esta seja orientada de forma adequada para as incumbências profissionais é, na perspectiva abordada, fundamental a apropriação e o domínio de um conjunto de competências. Com efeito, identificámos cinco ordens de competências profissionais. São elas: as teórico-ideológicas, as científico-tecnológicas, as ético-políticas, as psicossociais e relacionais e as de capacitação e advocacia.

2 - ACÇÃO PROFISSIONAL: DOS ALICERCES À CONSTRUÇÃO DO EDIFÍCIO

Para Ferreira (2011:63) o Serviço Social está inserido no plano das Ciências Sociais e Humanas baseando-se, no que se refere a princípios éticos, nas questões dos “(...) *direitos humanos, da dignidade humana, da justiça social e da autodeterminação do sujeito como pessoa/cidadão*.”. A intervenção ao nível das ciências humano-sociais tem uma dupla finalidade; “(...) *atingir-se o Estado de Bem-Estar Social ou criar-se um Estado de Desenvolvimento Social*.” (Falcão, 1979:19).

A complexificação dos problemas sociais das sociedades modernas exige a especialização ao nível das competências. Como vimos anteriormente, a noção de qualificação profissional tem, progressivamente, vindo a ser substituída pela necessidade de mobilizar determinadas competências profissionais ajustadas à acção propriamente dita. Desta forma, a categoria de análise definida foi *competências profissionais*.

A filosofia dos Cuidados Paliativos pressupõe a aquisição e mobilização de um conjunto de competências específicas diferenciadas das outras áreas de intervenção dos assistentes sociais. Acarreta uma reflexão, compreensão, investigação e adaptação constantes por parte dos profissionais. Implica ainda o (re)pensar os seus quadros de referência assim como os seus padrões de acção profissional, ajustando-o às necessidades dos doentes em fase terminal de vida. A análise de conteúdo permitiu a identificação de cinco sub-categorias de análise: *competências teórico-ideológicas, competências científico-metodológicas, competências ético-políticas, competências psicossociais e relacionais e competências de participação, empowerment e advocacia*. As próximas linhas irão ser dedicadas à explicitação pormenorizada de cada uma delas. No final do presente subcapítulo apresenta-se um quadro síntese (Quadro 1).

As transformações sociais verificadas desde a década de 80 (século XX) incitaram a reflexão e a reformulação das teorias do Serviço Social, para dar resposta aos desafios e problemas sociais emergentes. Como refere Negreiros (1999:38), estas alterações levaram a que “*ao abrir o campo de pesquisa, o Serviço Social, enquanto área disciplinar desenvolve uma atitude analítica de produção e construção do conhecimento*.”.

A produção de conhecimento em Serviço Social, pela estreita relação entre esta área do conhecimento e o seu objecto de acção, ocorre quando se verifica um distanciamento ao objecto imediato. Bachelard, citado por Ferreira (2011:64), defende que a objectividade científica só é corporizada após a ruptura com o “*objecto imediato, de termos recusado a*

sedução da primeira escolha, de termos parado e contradito os pensamentos que nascem da primeira observação. Toda a objectividade, devidamente verificada, desmente o primeiro contacto com o objecto.”. O *modus operandi* dos assistentes sociais assenta num saber teórico que resulta da reflexão sobre o agir profissional, do impacto exercido pelas e nas políticas e leis sociais, do procedimento metodológico que corporiza a acção profissional e da diferenciação entre a certeza (evidência) e a dedução (inferência); *“o agir é constituído no trânsito entre o pensar e o fazer.”* (Ferreira, 2011:64).

O conhecimento, como afirma Branco (2009:3), *“(...) apresenta-se como elemento essencial da construção do poder/influência profissional, base da perícia que sustenta a jurisdição profissional [condição necessária].”*

É peremptório que os assistentes sociais, ao terem *“o Homem na sua dimensão de sujeito de direitos e na sua dignidade humana em sociedade”* como objecto de acção, possuam a competência para *“conhecer e compreender uma realidade complexa, que apresenta dimensões múltiplas, dotada de uma pluralidade de relações e interacções e caracterizada por uma mudança continua.”* (Ferreira, 2011:67).

Neste sentido, e tendo por base o tratamento dos dados colhidos, definiu-se como primeira sub-categoria as *competências teórico-ideológicas*. Pelo exposto, será categórico que os assistentes sociais operacionalizem estas competências uma vez que estas lhes permitem conhecer e compreender a realidade onde intervêm e que lhes concedem legitimidade e notoriedade sociais.

A análise das entrevistas permite-nos inferir que o conhecimento teórico é valorizado pelas assistentes sociais;

(E₂: “É óbvio, que a realidade é diferente mas o conhecimento sustenta, de certa forma, aquilo que fazemos. Há certos conhecimentos que acabamos por não utilizar mas depois, temos que ir reciclando e relembrando. Penso que no início damos mais valor aos conhecimentos teóricos; tínhamos mais essa bengala. Agora, actualmente e após a nossa construção enquanto profissionais acaba por ser automática e espontânea; já faz parte de nós, do nosso dia-a-dia.”)

É encarado como uma fonte de construção e aperfeiçoamento profissional mas considerado redutor daquilo que impulsiona a acção;

[E₁: (...)] o aperfeiçoamento contínuo, no fundo é importante mas não é o factor fundamental nomeadamente na resolução de determinadas questões.”;

E₂: “Os cinco anos de formação que eu tive foram, sem dúvida, muito importantes. Foram o ponto de partida para a minha construção enquanto profissional (...) penso que grande parte daquilo

que somos enquanto profissionais se deve à formação.”

O desempenho profissional é entendido como sendo determinado por uma *vocação e capacidades pessoais* e por um *perfil e sensibilidade especial*.

[E₁: “Nós funcionamos como seres humanos, não é?! Com uma vocação específica ... eu nem digo que é com conhecimentos, mas acima de tudo com uma vocação. Eu acho que não é qualquer pessoa que mesmo que tenha conhecimentos científicos se não sentir vocação nesta área não consegue desempenhar um bom papel porque acima de tudo é um papel humano... mais humano. Pronto, é muito o saber escutar, o saber respeitar o silêncio, o saber estar ao pé do doente e da família dele. É desenvolver um bocado a nossa capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, não é?! A tal relação empática. Colocarmos no papel do outro sem perdermos a percepção do nosso “eu” individual, não é?! (...) A disponibilidade para ouvir o outro, ter consciência de que não há muito... ou nada ... que se possa reverter em termos clínicos mas não deixar desmoralizar. O aceitar as vontades, o facto de não quererem falar.”

E₂: “É uma área muito sensível (...). E tem que se saber lidar com este tipo de situações, com este tipo de doentes e com este tipo de famílias. Lá está... é uma área muito específica e muitas vezes temos que ter uma sensibilidade especial. Tentamos sempre ter outro tipo de abordagem mais cuidada... diferente. (...) Portanto, já bem basta a família e o doente já estarem a viver esta situação. (...) Em paliativos temos que estar presentes e dar resposta na altura certa. Não podemos descurar de forma nenhuma.(...) Tem que se ter perfil, tem que se saber agir, tem que se saber qual é que é o nosso objectivo e o percurso que se tem que fazer. Tem que se ter uma formação mínima e acima de tudo eu acho que é perfil humano. (...) o conhecimento em Serviço Social é utilizado de uma forma específica em paliativos.(...)”]

Outra inferência que decorre da análise desta sub-categoria é que o conhecimento teórico adquirido na licenciatura não abrange todos os saberes convocados pela acção profissional. Esta ideia ilustra a ineficácia da formação inicial patenteada por Rui Canário (2003);

[E₁: “Não nos podemos esquecer que os conhecimentos teóricos tirados numa licenciatura são simplesmente os alicerces, não é?! Toda a construção do edifício é feita com o aperfeiçoamento teórico (...). Mas a licenciatura são os alicerces e a construção do edifício é feita a posteriori com os ingredientes de que já falamos

aqui. (...) Claro que devemos apostar no aperfeiçoamento, devemos valorizar-nos, ter momentos de formação, de leitura. Acho que é importante, não é?! Mas a prática é a melhor fonte de conhecimento.”

E₂: “o percurso que nós fazemos com o doente nomeadamente o acolhimento, a avaliação psicossocial (...) ganhámos um pouco na nossa formação académica. Agora, a nossa forma de estar, a nossa forma de gerir a situação, a nossa forma de encarar a situação, eu penso que nasceu mais no dia-a-dia. Lá está, há certos passos que nós damos e que sabemos que têm que ser dados dessa forma, e que aprendemos, mas depois o mais importante é, ao fim e ao cabo, a forma como nós nos relacionamos com o doente, a forma como falamos, a forma como escutamos. E isto, vem depois do curso.”]

Este conhecimento não é visto como o único meio favorecedor do desenvolvimento de capacidades profissionais. O contacto com a realidade social é observado como o espaço privilegiado para o treino e o desenvolvimento de competências profissionais. Estas inferências vão de encontro às ideias explanadas de Rui Canário (2003). O contexto de trabalho é o espaço potenciador para a reflexão, para a avaliação, para o ajustamento da acção profissional e ainda para a definição do perfil profissional;

[E₁: “O aperfeiçoamento deve acompanhar a intervenção profissional mas a acção propriamente dita do dia-a-dia, aquilo que não vem nos livros só se adquire no terreno. (...) a prática é onde aprendemos o inesperado. Onde pomos em prática todo o conhecimento adquirido e mais... onde reavaliemos, redireccionamos a nossa bagagem e que nos irá construir enquanto profissionais.”]

Contudo, apesar da sobrevalorização das aprendizagens que decorrem da prática é notória uma tendência para a apreciação positiva dos conhecimentos teóricos na acção diária dos profissionais;

[E₁: “Em termos gerais, os conhecimentos da licenciatura (...) são basilares para depois promoverem todo o impulsionamento da prática. (...) acho que há sempre uma construção da parte teórica. Quer dizer, o aperfeiçoamento e o investimento em termos teóricos são constantes, claro que sim. E o (re)questionamento ajuda a novas ideias e soluções dos problemas, na maioria das vezes. Mas digo o (re)questionamento da prática. A teoria pode ajudar a esse questionamento mas devemos essencialmente questionar o que fazemos na intervenção.”

E₂: “(...) com a prática vem tudo e os profissionais neste tipo de áreas, são pessoas que conseguem

ter uma bagagem não só ao nível prático mas também ao nível teórico.”]

Desta forma, percebe-se que o conhecimento em Serviço Social assenta na dicotomia entre a teoria e a prática. Nas palavras de Ferreira (2011:67) a teoria “*é uma espécie de ideal, uma construção abstracta longe da realidade, domínio das ciências puras (empíria). Esta procura ser uma resposta aos problemas emergentes na e pela acção.*”. Por sua vez, a prática “*é o real, o que se faz, o que as pessoas sentem, as dificuldades, as barreiras e as dificuldades.*”. Esta dicotomia pode transportar em si, de uma forma geral, algumas dificuldades;

[E₁: “(...) *dividir o que é o teórico e o que é a prática. A acção decorre e acaba por ser difícil distinguir os dois. Mas há o reflectir da acção, há a procura de respostas para as necessidades dos doentes, e muitas vezes a teoria e a prática estão tão ligadas, não é?! que é difícil. Claro que quando se olha para a prática a teoria está lá, com todos aqueles princípios, com todos aqueles modelos: o sistémico, o empowerment por parte das famílias, mas eu não lhe consigo dizer que é este modelo ou é aquele. Tudo o que nós fazemos tem implícito modelos teóricos.*”]

A objectividade da acção dos assistentes sociais é facultada pela compreensão do processo metodológico. A estruturação da acção profissional ajuda a descomplexificar os problemas das sociedades contemporâneas e a equacionar respostas adequadas às necessidades dos indivíduos (Ferreira, 2011).

Negreiros, citada por Ferreira (2011:65), afirma que

“os assistentes sociais estruturam a prática profissional em três níveis: - Cognitivo: promovendo a informação, fomentando a compreensão do funcionamento da estrutura social e das formas de utilização dos seus recursos; - Relacional: facilitando o desenvolvimento das relações interpessoais e grupais, capacitando para o assumir de novos papéis e estimulando formas de comunicação e expressão; - Organizativo: promovendo a interacção entre cidadãos, organizações e estruturas societais, accionando ou criando novos recursos sociais, e desenvolvendo a participação e capacidade organizativa dos indivíduos e grupos.”.

Desta forma, pensou-se ser basilar que os assistentes sociais possuam um pensamento crítico e reflexivo que exerça influência na “*responsabilidade social das organizações e na resposta profissional competente e de qualidade aos desafios da sociedade contemporânea marcada pela globalização social.*” (idem). Esta questão, em nossa opinião, reforça a

necessidade de domínio de competências científicas e metodológicas na sua acção profissional. E, por isso, a segunda sub-categoria de análise identificada é *competências científico-metodológicas*.

Nesta análise, foi possível depreender que, paralelamente, a essa questão do compromisso com uma acção profissional competente e ajustada aos estímulos individuais e sociais, está o conhecimento teórico-científico. Isto significa que, quanto maior for o conhecimento e a reflexão crítica face ao mesmo, mais concreta e idónea será a resposta profissional. Como vimos, a estruturação da acção facilita um conjunto de mais-valias no sentido em que metodiza objectivamente cada momento da acção, descomplexificando-a por via do pensamento crítico.

Tanto a análise ao *Manual* como a análise às entrevistas permitiram inferir que, em Cuidados Paliativos, a acção do assistente social (e da restante equipa) é organizada em momentos específicos. A saber: o acolhimento, a avaliação e o acompanhamento.

O acolhimento é realizado pelo assistente social e por um enfermeiro. Nesta primeira reunião procura-se essencialmente identificar problemas e necessidades do doente e da sua família e perceber as dinâmicas familiares; [E₁: “(...) reunião inicial onde identificamos os problemas, as necessidades dos familiares e as dinâmicas. E₂: “(...) onde classificávamos cada tipo de situação, se assim podemos dizer, muito com base naquilo que era a avaliação médica.]

Posteriormente, no seu gabinete, o assistente social procederá à avaliação dos aspectos psicossociais, que apresentará na reunião de equipa multidisciplinar que se realiza semanalmente; [E₁: “(...) avaliação da parte social que depois é levada para a reunião multidisciplinar, onde planeamos toda a intervenção, e depois o acompanhamento.”].

Na reunião multidisciplinar é feita a avaliação global da situação, através da identificação de todas as necessidades (médicas, de enfermagem e psicossociais), que permitirá elaborar o plano individual de cuidados; (E₂: “Depois uma reunião onde se discutia em conjunto a situação do doente e da família. Mediante o diagnóstico que fazíamos da situação dávamos a resposta mais adequada.”). É, simultaneamente, o espaço privilegiado para a discussão e avaliação de cada situação e, o espaço de entreajuda entre os profissionais da equipa;

[E₁: “Para além de falarmos dos doentes falamos também de nós profissionais. Acho que a equipa funciona não só para definirmos a intervenção, planeando a intervenção, avaliarmos essa intervenção mas também como suporte uns para os outros, não é?”]

E₂: “Aliás, eu articulava muito com a psicóloga e até funcionávamos muito bem. E havia até... quando não era eu a pedir-lhe apoio era ela a

pedir a mim. Para apoiar os doentes mas também para me apoiar a mim... Funcionávamos muito bem. E não era nos corredores... nas reuniões, mais formais ou informais. Ainda hoje tive a falar com ela e realmente era...”]

Inferiu-se ainda que as reuniões multidisciplinares constituem o lugar eleito para a reflexão da acção profissional. O sentido crítico dos diversos profissionais possibilita a continuidade da acção de forma concertada uma vez que ocorre a discussão individualizada das situações e o suporte mútuo entre os mesmos.

[E₁: “(...) acabamos por falar e discutir aquilo que tivemos a fazer, falamos daquilo que nos fez mais impressão naquela família. Não só aquilo que podemos fazer ainda pela família, não é?! Porque pelo doente se calhar pouco (...) aquilo que nos custou mais naquela família, aquilo que nos chocou mais, as reacções que mexeram mais connosco, aquilo que eles verbalizaram e que mexeu mais connosco. (...) É o espaço privilegiado para a reflexão. O suporte e o apoio entre os profissionais, ajuda a pensar e a avaliar. O plano de intervenção é feito em conjunto pelos profissionais desde enfermagem, à psicóloga... pela equipa”]

E₂: “Eu acho que cada vez que reuníamos, cada um de nós repensávamos um pouco. Não só em termos sociais mas um repensar geral da situação. (...) tínhamos esse momento de reflectir sobre o que estava a ser feito em todas as áreas. Muitas vezes a situação evolui não da forma como nós pensamos. Evolui de outra forma e aí é necessário repensar e ver o que é mais adequado ao nível da resposta.”]

O acompanhamento é baseado no plano de intervenção definido na reunião de equipa, sendo aplicado de forma conjunta, articulada e integrada; (E₂: “A partir daí é dado todo o acompanhamento quer no Hospital de Dia quer no internamento em Medicina e em casos mais delicados em Cirurgia.”).

Em Cuidados Paliativos, como vimos anteriormente, impera uma perspectiva multidisciplinar mas, esse facto não impede a existência de um espaço legítimo para a acção do assistente social.

[E₁: “Sim, sim, sim... está bem definido. E acho que cabe a cada um de nós marcar o seu lugar e a sua presença e fazer realmente o seu papel. Com a experiência e com a prática vai-se definindo o espaço. Cada um de nós tem essa responsabilidade de valorizar o nosso campo de actuação. Porque há profissionais que dizem que aquilo que o assistente social faz eu também faço, e nós temos de nos demarcar. (...). É um trabalho

em conjunto, acima de tudo um complemento uns dos outros.(...) Aliás há questões que são logo direccionadas para o Serviço Social. Quando estamos numa reunião multidisciplinar nitidamente é considerada a nossa opinião, é valorizada a nossa opinião. Não enquanto a minha pessoa mas enquanto profissional.”

E₂: “Desde o início sempre houve um bom relacionamento entre os vários elementos da equipa. Havia realmente delimitação de tarefas, nós sabíamos até onde podíamos chegar, qual é que era a nossa função e até onde é que podíamos ir. Apesar de lá está... muitas vezes, o Serviço Social entrar na Psicologia e a Psicologia entrar muitas vezes no Serviço Social. Sempre notei isso. Mas pronto, como havia um bom relacionamento entre nós, nunca houve problema. Sempre funcionámos muito bem porque sempre que não detectava alguma coisa era detectada pela psicóloga ou até mesmo pelos enfermeiros. Sempre houve uma boa articulação e continua a haver, apesar de alguns elementos serem diferentes mas continua a haver uma boa articulação na equipa. E é assim, há sempre uma resposta muito rápida por parte dos elementos. E penso que o bom funcionamento da equipa de deve ao bom relacionamento entre os seus elementos. (...) Se não fosse respeitado, se eu não tivesse, ao fim e ao cabo, o meu cantinho na equipa não era requisitada. Sinto que sempre que necessitam sou chamada a colaborar com eles e a articular com eles, não é? (...) O nosso espaço de opinião é sempre considerado, sempre. (...) Inclusivamente, nos doentes internados, a equipa faz sempre uma avaliação e nessa folha de avaliação há o espaço reservado à minha opinião.”]

É, ainda possível tirar duas outras ilações. Por um lado, que a estruturação da acção pode não ser escadeada de igual forma em todas as situações. (E₁: “Cada situação é uma situação, não é?! e cada um tem de ser tratado e tem de ter objectivos e métodos diferentes. Não podemos generalizar.”). Por outro, que a resposta profissional competente exige, por vezes, a necessidade e/ou responsabilidade de alterar ou repensar procedimentos.

[E₁: “(...) às vezes repensamos. Aliás, a avaliação é contínua, não é?! é acção/avaliação! E ela é contínua e às vezes temos um determinado caminho que se calhar em determinado momento temos que repensar. Há que reconhecer as dificuldades, até para dizer que às vezes não conseguimos. Às vezes é importante também. É importante dizermos que não sabemos lidar com aquela situação, que não somos a pessoa indicada para gerir a situação e que estamos a ter alguma dificuldade ou que não sabemos como fazer. E, portanto, aí o trabalho é de equipa é

importante porque há sempre alguém que pode ajudar a fazer o que nós não conseguimos.”]

Para alcançar os objectivos profissionais, a acção social requer o conhecimento ético, para além dos conhecimentos científico e tecnológico, que possuem claramente componentes éticas e políticas. Quer isto dizer que a par da reflexão sobre o universo de acção, é exigido aos profissionais um pensamento reflexivo sobre questões de natureza ética, filosófica e política.

A deontologia profissional ao tratar das obrigações práticas dos profissionais, fornece um conjunto de orientações que capacitam os profissionais a agir de acordo com os valores éticos e com os princípios políticos, que vão de encontro à satisfação das necessidades dos indivíduos e à promoção da qualidade da acção. Neste sentido, a terceira sub-categoria identificada é *competências ético-políticas*.

Para Serafim (2004:27), o agir profissional *“deve assentar numa base comum e firme, constituída pelos seus elementos essenciais: um corpo de valores (atitudes), um corpo de conhecimentos (investigação e produção de conhecimentos) e um conjunto de técnicas que dão origem a um repertório interventivo.”*

A reflexão sobre esse corpo de valores orientadores da acção profissional é, desde sempre, uma tarefa basilar dos assistentes sociais. Reveste-se de tal importância uma vez que, como aludido anteriormente, a acção dos assistentes sociais é estruturada e orientada para a satisfação das necessidades dos indivíduos e para a promoção e efectivação dos seus direitos. Implícito a esta talha está a formação de uma

“consciência ética vinculada a um corpo de valores comuns à profissão, enquanto conjunto de atitudes a ter em conta na relação com os cidadãos/utentes, como sejam, o respeito pela vida, a dignidade do ser humano, a auto-determinação/autonomia do sujeito, a participação activa e democrática na vida social, a não discriminação, a justiça e a responsabilidade social, em conformidade com um sistema político e social justo e equitativo.” (Serafim, 2004:28).

A Organização das Nações Unidas [ONU] (1992), citada por Fernandes (2004:142), reconhece oito valores que considera básicos no exercício profissional, que são: *“1. Vida; 2. Liberdade e Autonomia; 3. Igualdade e Não Discriminação; 4. Justiça; 5. Solidariedade; 6. Responsabilidade Social; 7. Evolução, Paz e Não Violência; 8. Relações entre o Homem e a Natureza.”*

Existindo claramente uma vertente subjectiva ao nível dos valores é crucial que o Serviço Social se encontre *“aliado a um compromisso ético, à responsabilidade deontológica e mesmo, a um projecto de vida (...)” (idem)*. A par desta subjectividade, a consciência ética torna-se efectiva quando ocorre um processo de apropriação e de reinterpretação pelo

profissional. De acordo com Deus (2004:96-97), os valores têm como função “regular as relações entre os vários autores. (...) A qualidade das relações humanas assenta fundamentalmente na ética da instituição, expressa na atitude de cada um dos seus membros.”. Para a autora é primordial a análise dos valores em quatro âmbitos: beneficiários; instituição; equipa de colaboradores internos; colaboradores externos (a comunidade). Na presente análise centrámo-nos nos valores éticos na intervenção com os doentes e suas famílias e na equipa.

As instituições (sociais) devem ser norteadas por princípios como a proximidade, a acessibilidade, a continuidade, a flexibilidade e a adaptação, afastando-se de uma abordagem tirana para com os seus utentes. “A igualdade, a capacidade de autodeterminação (...) e a capacidade de representação das instituições face às necessidades da população beneficiária”, são alguns dos princípios éticos subjacentes à intervenção com os utentes da instituição (Deus, 2004:104).

A análise das entrevistas permitiu nomear os valores considerados basilares na acção paliativa.

[E₁: “Acho que bom senso. (...) acho que é fundamental ter uma boa formação enquanto pessoa. A humildade, o saber dizer que não somos capazes, colocarmo-nos no lugar do outro, sabermos partilhar, sabermos trabalhar em equipa, sabermos respeitar o outro, sabermos escutar o outro.(...) Acho que em termos de qualidade, acho que nós primamos pelo rigor, pela organização, pela parte relacional, pela equipa. Acho que é um bom exemplo de trabalho. Aliás, até a própria organização do espaço multidisciplinar é totalmente diferente dos outros serviços hospitalares (...)”

E₂: “(...) o sigilo profissional. (...) aceitarmos o outro conforme ele é, sem pormos reticências. Mais?! Em todo o momento zelar pela dignidade dos doentes.”]

Permitiu ainda compreender por um lado, que o encaixe da deontologia profissional na ética institucional ocorre sem dificuldades uma vez que há a percepção da necessidade de adaptação a esses predicados institucionais.

[E₁: “Nunca houve choque entre eles. Temos que ser capazes de nos adaptarmos aquilo que é imposto mas não esquecendo aquilo que somos.”.

E₂: “Os meus valores vão muito de encontro àquilo que é a deontologia profissional. Penso que tenho o perfil adequado para esta profissão. (...) Acho que sei ouvir e escutar as pessoas, tenho muita paciência! Para este tipo de profissão a paciência é fundamental! Temos que saber ouvir, ter força

para encaixar as emoções e por isso é que às vezes chegamos ao limite.”]

E, por outro que, a perspectiva na qual se insere a prestação de Cuidados Paliativos, deveria ser extensível a todas as respostas na área da saúde. [E₁: “(...) em termos de qualidade, acho que nós primamos pelo rigor, pela organização, pela parte relacional, pela equipa. Acho que é um bom exemplo de trabalho. Aliás, até a própria organização do espaço multidisciplinar é totalmente diferente dos outros serviços hospitalares (...)].

A equipa deve ser um lugar onde, simultaneamente, se discutam as fragilidades do dia-a-dia profissional, activando capacidades para as ultrapassar e, onde emergem naturalmente situações de conflito. Neste contexto de fragilidades, capacidades e conflitos, as questões ético-moras direccionam-se para as percepções e interesses pessoais. É neste sentido que Paula Nobre de Deus (2004:98), coteja a equipa a um cubo mágico;

“as peças rodam sobre o mesmo eixo – o eixo da ética, tem de ser manipulado com precisão para que não se desencaixe e o jogo só fica completo quando cada face do cubo tem uma cor – uma ética comum, tantas éticas quanto as funções.”.

Foi possível aferir que impera a consciência de adopção de uma atitude positiva no âmbito das relações no seio da equipa como preponderante para o êxito da acção profissional. O auto-controle, a assertividade, a participação e a comunicação são algumas das competências que os profissionais devem adquirir, independentemente das suas funções ou da sua posição hierárquica. A efectivação destas competências infere-se como fundamental para o compromisso e empenho profissionais uma vez que a ética institucional e os corpos de valores dos diversos profissionais devem estar em harmonia entre si.

[E₁: “Nós trabalhamos num espaço multidisciplinar onde todos trabalhamos em conjunto, analisamos toda a informação, partilhamos informação, o dia-a-dia é muito importante, essa troca de informação diria, não é?! o contacto diário, o chegar ali e desabafar, o próprio espaço em si, o ter o à vontade para isso.”.

E₂: “Eu acho que qualquer pessoa que pertença à equipa tem um perfil muito próprio. E penso que houve esse cuidado na nomeação dos profissionais. E lá está... nesta área tem que ser mesmo. Mesmo que mais tarde se perceba que não se consegue... mas de início tem que ser. E todos sabem que estamos todos a remar na mesma direcção.”]

Para ilustrar esta ideia Sanchez-Serrano (2004:136) considera que as convicções éticas e morais do assistente social devem ter um carácter universal uma vez que o que é considerado como válido para um profissional social deve ser válido para qualquer outro; “a

ética de uma profissão não pode ser concebida como um mosaico de diversas morais, deve sim resultar de um consenso entre as diversas opções.”.

A análise desta sub-categoria permitiu-nos ainda deduzir que a acção dos assistentes sociais em Cuidados Paliativos exige uma enorme aposta no capital pessoal. [E₁: *“Aliás eu acho que é uma área muito do senso comum, (...) é um investimento que tem se fazer... muito pessoal. (...) e que só se vai ganhando com experiência até porque cada caso requer uma atenção diferente.”*].

Apesar de ser peremptório existir um nivelamento da acção social em Cuidados Paliativos, as entrevistas levaram-nos a considerar que pode existir alguma diferenciação nomeadamente ao nível das dificuldades sentidas.

[E₁: *“Aquilo que me fascinou foi dar algum sentido à fase terminal de vida... poder dar sentido à morte, de apoiar as pessoas nesse caminho mais complicado da vida. (...) a possibilidade de dar uma qualidade de vida diferente. Os receios... os receios é sempre algo natural (...) E a experiência ajuda-nos sempre a ultrapassá-los. No fundo o grande receio que todos nós temos é até que ponto nós somos capazes de separar, ou seja, que esta área não interfira na nossa vida pessoal, não é?!”*].

Na sua acção profissional, o assistente social, deve promover uma abordagem biopsicossocial dos indivíduos. Em Cuidados Paliativos, os doentes podem apresentar, associadas à sua condição de doença, manifestações de mal-estar psicológico, afectivo e espiritual que o assistente deve ter em consideração.

A relação que se estabelece entre o assistente social e o utente é uma relação de proximidade; de interacção face a face sendo o “ (...) *rostro das ajudas concedidas (...)*” (Granja, 2008:3). Neste sentido, o profissional deve dominar um conjunto de aptidões relacionais assegurando “*a qualidade da relação, da comunicação e das trocas emocionais bem como a expressão verbalizada das necessidades dependem em parte significativa do profissional e dos procedimentos que utiliza nessa relação interactiva.*” (Granja, 2008:4).

Neste sentido, pensou-se como pertinente a identificação de uma quarta sub-categoria de análise: *competências psicossociais e relacionais*.

A dimensão psicossocial é um dos predicados da intervenção profissional em Cuidados Paliativos na medida em que incide a sua análise em aspectos de natureza psicológica, social, afectiva, económica, cultural e espiritual.

A análise que incidiu sobre esta sub-categoria aduz-nos, num primeiro momento, para a apreciação de um conjunto de aspectos ao nível psicossocial.

[E₁: *“(...) preparar a partida daquele doente, perceber que a outra pessoa vai ficar sozinha... tentar arranjar soluções para que ela não fique*

desamparada, pronto... (...) Em alguns doentes é importante ver se têm Complemento de Doença para que depois a Pensão de Sobrevivência que fica para o conjugue seja uma coisinha melhor. (...) As dinâmicas familiares, os recursos, as necessidades. Há determinadas características socioeconómicas que também são tidas em conta. (...) mas para mim não é o mais importante. (...) Nos cuidados paliativos é um pouco mais isso, não é?! Como é que a família se organiza, qual é a dinâmica daquela família, como é que nós podemos ajudar nesta fase, não só aquela parte mais social e do levantamento socioeconómico mas mais os aspectos relacionais. (...) O mais importante é estar disponível para aquilo que o doente e a família precisar.”

E₂: “(...) eu acho que nós tocamos em todos os aspectos psicossociais. (...)Tento conhecer o aspecto habitacional, o aspecto económico, social e o aspecto familiar... o relacionamento familiar. Penso que tento conseguir uma avaliação muito geral da situação e depois, muitas vezes, com o complemento dos outros elementos.”]

O assistente social deve procurar utilizar uma metodologia idónea de comunicação terapêutica. Esta traduz-se na operacionalização de algumas técnicas como a observação, a escuta activa, a clarificação, a formulação e reformulação, a empatia, o poder de síntese, a interpretação das linguagens verbal e não-verbal, o silêncio terapêutico, etc. A empatia surge então como um *“princípio base da interacção, garantia de qualidade para desenvolver as relações com a população, para a interpretação dos factos, para decidir o tipo de informação a recolher e sua pertinência, para avaliar e decidir sobre as situações.”* (idem).

[E₁: “(...) o saber escutar, o saber respeitar o silêncio, o saber estar ao pé do doente e da família dele. É desenvolver um bocado a nossa capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, não é?! A tal relação empática. Colocarmo-nos no papel do outro sem perdermos a percepção do nosso “eu” individual, não é?! (...) é conseguir reagir às emoções que o doente e que a família têm. No fundo não mentir mas não dar falsas esperanças, ir de encontro das necessidades e à medida que eles solicitam. Não impor. (...) respeitar a vontade do doente. Portanto... ir ao ritmo deles de acordo com as necessidades deles porque aqui nós não resolvemos nada.”

E₂: “É sabermos muitas vezes estar com o outro, colocarmo-nos nos pés do outro mas acima disso sabermos estar connosco próprios. Penso que temos que estar bem. Saber distinguir o que é nosso do que não é, e que é tão difícil de fazer... nem nós Serviço Social, nem os outros profissionais. E muitas vezes é muito importante fazermos essa distinção porque se começamos a

viver como nossos os problemas do outro, penso que vamos deixar de ter capacidade de agir correctamente... deixamos de ter capacidade de conseguir trabalhar aquela situação de forma objectiva e concreta.”]

Ainda neste âmbito, a apreensão da noção de *tacto* explicitada por Breviglieri (2005), ajuda a conceber o afastamento entre o profissional e o utente. Facilita o envolvimento da relação profissional/doente num clima de confiança. Estabelecer uma relação de familiaridade, através da qual o assistente social consiga *chegar* até eles.

Esta familiaridade impele uma forma de comunicação específica, que expresse a atitude do profissional em que este deve despir-se de eventuais juízos de valor sobre os indivíduos, que podem constituir-se como uma dificuldade à sua acção. Simultaneamente, foi possível inferir que o assistente social deve procurar estabelecer uma relação empática evitando desconsiderar os valores e a cultura dos utentes, ter humildade para aprender e a consciência constante do compromisso que se estabeleceu com o doente e/ou seus familiares.

[E₁: “Às vezes nós não conseguimos, é legítimo. E aí entra outro elemento da equipa. Nós não conseguimos ser empáticos com toda a gente. E aí, não estamos nós, está a enfermeira, está a psicóloga, pronto. É às vezes saber dizer que não se consegue chegar ali, pode acontecer. (...) E esta área é uma área de lição de vida muito grande porque não somos nós o aspecto mais importante; é o doente e a sua família. Não pode haver choques de egos!”]

E₂: “(...) havia doentes que se fechavam muito e, muitas vezes, era difícil chegarmos até eles. Apesar de normalmente até serem pessoas com quem estabelecíamos uma boa relação. Mas, houve uma ou outra situação em que essa aproximação foi mais complicada. (...) essencialmente é ter uma linguagem muito simples, muito compreensível para que os outros nos possam entender. Uma atitude humilde. Se entrarmos de rompante e com o nariz muito empinado não vamos conseguir chegar até eles. Temos que entrar com uma atitude muito humilde, estarmos muito presentes, ouvirmos muito, estarmos ali para o que der e vier.”]

Para que a sua acção seja plena, o assistente social deve assumir para si a responsabilidade de impulsionar um clima favorável a esta interacção. Deve ter presente a vulnerabilidade dos indivíduos, evitando o agravamento dessa situação e para isso, deve ser detentor de uma sensibilidade e de um controlo emocionais que potencializem a resolução de problemas objectivos e correctamente identificados, evitando restringir as pessoas aos seus problemas (*idem*).

No âmbito desta sub-categoria podemos ainda inferir que o profissional deve promover uma relação de proximidade, de confiança. (E₁: “*Uma relação de aliança. Uma aliança que tento estabelecer com qualquer um deles.*”. E₂: “*Confiança. Confiança... essencialmente confiança. Tanto deles para mim como de mim para eles*”). Esta proximidade, tal como defende Breviglieri (2005), irá impulsionar uma acção profissional competente e ajustada às necessidades dos doentes e dos seus familiares.

[E₁: “*(...) tentar que haja comunicação, que falem uns com os outros mas se não quiserem nós não podemos forçar. Há algumas coisas que podemos, pelo menos, sensibilizar, informar mas deixar depois à consideração da família e do doente. Respeitar aquilo que eles querem. (...) há questões que se calhar é importante alertar como por exemplo, num doente em fase terminal, é importante informar a família que pode ficar alguma coisa por dizer, não é?! (...) É o sentir-se acompanhado. Às vezes nós temos aí doentes que chamam só por chamar (...)*”]

No âmbito da sua intervenção, o profissional vê-se confrontado com um aspecto fundamental e para o qual deve estar preparado; a imprevisibilidade humana. No quadro das relações, o profissional enfrenta a incerteza das atitudes associada à experimentação de sentimentos e emoções, que podem obstruir o seu discernimento. Para o exercício profissional nestas circunstâncias o assistente social precisa de um padrão de harmonia e universalidade nas suas condutas. Berta Granja (2008) denomina estes actos profissionais de *rotinas do saber*. Estes apoiam a edificação de estratégias de acção como respostas a situações inesperadas e que lhes conferem segurança, são eles: o acto de apresentação; o acto de definição de problemas; o acto de informação; o acto de ajuda; o acto pedagógico; o acto de controlo social; o acto de avaliação e o acto de acordo.

Da análise a esta sub-categoria, decai como última inferência passível de ser feita, a existência de condicionalismos internos e/ou externos que influenciam a acção profissional e, que por isso, impelem o ajustamento da postura do assistente social.

A comunicação, como vimos, é uma óptima ferramenta ao dispor do profissional. No entanto, o seu uso desadequado pode ter grandes implicações. Em Cuidados Paliativos, a comunicação deve ser, particularmente, cuidada por forma a evitar constrangimentos quer ao profissional como ao doente ou à sua família.

[E₁: “*A comunicação é muito boa para perceber o que é que eles precisam e aquilo que nós lhes podemos dar. Claro! E realmente, acima de tudo, sermos verdadeiros. Nós não podemos dizer que vai tudo ficar bem, que vai melhorar, não. Apesar de ser o que as pessoas querem ouvir da nossa parte. Não podemos... nós em Paliativos não*”]

podemos dizer “boas melhoras”, não. Porque não há. (...)”

E₂: “(...) nas situações de urgência. Que exigem uma resposta rápida no momento, e não há aquele tempo necessário para o acolhimento, para a avaliação, para irmos falando e conhecendo a situação melhor. Temos que agir no momento e muitas vezes a informação que nós temos não é suficiente para uma resposta adequada às necessidades reais.(...) E aí é completamente diferente que aquelas situações em que o acompanhamento é mais faseado. Permite-nos ter acesso a mais informações uteis para a nossa resposta.”]

Neste âmbito, o assistente social deve ainda ser capaz de direccionar a sua acção no sentido do superior interesse dos doentes e das famílias.

[E₁: “Mas há outras coisas que nós podemos dizer como dizer para se lembrarem das coisas boas que viveram, não é fácil porque se calhar as pessoas não querem, ainda não estão preparados. Há casos de negação, de rejeição da doença. E a aceitação, em muitos doentes, nem chegar a existir porque morrem antes de aceitar. (...) E isso também nos questiona a nós o que é que nós devíamos ter feito para podermos em termos comunicacionais e de relação de trabalho para que o doente tivesse ultrapassado essa fase. Mas por outro lado, nós também temos que respeitar o ritmo dele e aquilo que ele é.”]

Deve ainda procurar o apoderamento de atitudes, consolidado a partir do seu conhecimento, da sua experiência e da influência do seu grupo profissional, asseguram um espírito de segurança e confiança que estimulam a “*energia para o querer agir, que lhe permitem ser, sentir-se e agir como assistente social.*” (Granja, 2008:5).

[E₁: “(...) há situações que nos chocam muito mais do que outras, e eu já me aconteceu em duas situações, a pessoa faleceu e eu chorei ... e chorei e são dias que estão marcados para mim. E acho que foi bom. E falarmos uns com os outros sobre a partida daquela pessoa. (...) Nós já tivemos aqui uma criança ... e isso mexeu muito comigo. Quando se trata de crianças mexe com todos. E mexeu com a equipa toda. Foi a primeira e a única vez que tivemos cá uma criança. E fortaleceu a equipa porque foi o lidar com uma situação diferente do habitual.”]

O envolvimento do profissional, quer ao nível físico quer ao nível emocional no ambiente profissional, pode desencadear um processo de exaustão. Em Cuidados Paliativos, o acompanhamento dos casos de fim de vida impele um empenho e o

estabelecimento de uma relação de proximidade e afectividade, podendo provocar um desgaste emocional no assistente profissional (e nos restantes elementos da equipa);

(E₂: “Todos os profissionais precisam de apoio, é fundamental... Olhe, neste momento é o que eu estou a sentir. É uma fase de cansaço, de desgaste emocional... que não consigo ultrapassar mas que hei-de conseguir. Cheguei ao limite e lá está... foi por essa razão que me tentei afastar dos paliativos. Neste momento estou em regime de chamada ao Hospital de Dia. Se for necessário vou... pronto, presto o meu apoio. Agora, não estou como de início, diariamente inserida na equipa. Fazia acolhimento praticamente todos os dias, havia um acompanhamento maior do que há agora. Neste momento é só mesmo em situações de urgência. E, penso que a área da saúde, especialmente, é uma área muito pesada. E chegamos a um ponto em que não conseguimos mais... é assim, pessoas mais sensíveis, como eu que sou uma pessoa mais sensível, não conseguimos depois ultrapassar determinadas situações. Devemos ser um pouco mais frias. Não viver os problemas dos outros... mas às vezes não se consegue.”)

A intervenção social é, de facto, um agir profissional baseado num saber teórico-ideológico, concertado com o saber científico-metodológico, mas combinadamente mediada por uma relação ética e política; por um sentido ético (valores). Por ser uma intervenção presencial implica a abordagem psicossocial dos utentes em que a comunicação, a empatia e o *tacto* são factores determinantes. A par destes saberes existem outros que complementam a acção profissional ao se afigurarem como mecanismos de intervenção; refira-se a participação, o empowerment e a advocacia.

Neste contexto, a intervenção profissional dos assistentes sociais na acção paliativa, pode assumir um papel fundamental, na medida em que pode incentivar e fomentar práticas que tenham como fim a capacitação responsável das pessoas. Para tal, a participação, o empowerment e a advocacia podem surgir como estratégias. É então, que surge a última sub-categoria de análise: *competências de participação, de empowerment e advocacia*.

A fomentação da participação implica a alteração da forma como os assistentes sociais se relacionam com os utentes. Esta relação tem que ter por base

“uma valorização da acção do(s) utente(s) no seu processo de mudança, porque, só a partir do momento em que lhe é atribuída responsabilidade por intermédio da sua participação activa – e não uma participação simbólica – não só nas acções desenvolvidas, mas também na planificação/concepção das mesmas e nos processos decisórios, é que possivelmente estarão criadas as condições mínimas para o

minorar das problemáticas com que o assistente social trabalha.” (Silva, 2003:34).

A maioria da população-alvo do Serviço Social pode ser vista como “*cidadãos virtuais*”, na medida em que se encontram excluídos do exercício de um número significativo de direitos. Desta forma, é necessário apreender um conceito de participação numa vertente mais radical, interligando-a com o conceito de empowerment da população, uma vez que ao permitir a emancipação, facilita-se por um lado, o acesso a direitos anteriormente não utilizados e, por outro, potenciam-se as possibilidades de participação na sociedade de indivíduos anteriormente passivos (Silva, 2003).

Ao processo de identificação, concepção e utilização dos recursos pelos indivíduos, grupos ou comunidades existentes em si mesmos ou na sua envolvente, que incute ganhos de poder (*psicológico, sócio-cultural, político e económico*) e que potencia uma atitude de cidadania activa, dá-se o nome de empowerment (Pinto, 2001:247). Este processo ocorre, segundo Silva (2003), através da aquisição de uma consciência crítica e capacidade de julgamento que conduza à auto-determinação e autonomia dos indivíduos.

A análise histórica da filosofia do empowerment revela que esta foi influenciada por diversos movimentos emancipatórios dispostos pelas franjas da população vítimas de discriminação social e, pelo próprio movimento de reconceptualização do Serviço Social. Destarte, o empowerment expressa finalidades como:

“fortalecer em direitos e em participação, grupos, pessoas ou populações sujeitos a discriminação e exclusão, e por outro lado, fiscalizar os poderes estatais e os grandes interesses económicos, e lutar contra a opressão. Pretende favorecer a efectiva participação dos cidadãos na vida social, económica, política e cultural, e uma distribuição mais equitativa dos recursos. Para atingir este objectivo tem que haver também um processo de distribuição de poder.” (Fazenda, s/d.:2).

A advocacia, por seu lado, refere-se à defesa de quem se encontra desprotegido. Payne (2002) preconiza este conceito de natureza legal, como a representação dos interesses das populações em condição de vulnerabilidade junto dos órgãos de poder sociais. Philp (1979), citado por Payne (2002:369), concebe a advocacia como um “*serviço que defende as visões e as necessidades dos clientes, um conjunto de aptidões ou técnicas para fazer a defesa dos seus clientes e a interpretação de pessoas impotentes junto de grupos poderosos.*”

Por ter esta essência, pode ser entendida como uma forma de capacitação. Ntebe (1994), citado por Payne (2002:366), afirma que “*a profissão de trabalho social deve desenvolver um papel de advocacia para as comunidades oprimidas como parte do processo de capacitação no âmbito de um modelo radical de prática.*”

Na área dos Cuidados Paliativos, como se lê no Manual de Boas Práticas para os Assistentes Social na Saúde na RNCCI (2006:5), o assistente social é equacionado enquanto agente activo “na definição e realização de programas de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária; na educação e informação em saúde e na mobilização, organização e coordenação das entidades e actores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais.”.

No âmbito desta sub-categoria afere-se que o assistente social reconhece no seu dia-a-dia, práticas de capacitação dos doentes e das famílias. O facto dos doentes em fase terminal de vida apresentarem, de forma progressiva, perda de autonomia, o assistente social legitima práticas de capacitação, embora com alguns limites. Com isto, é fundamental que o profissional tenha em consideração esses limites quando fomenta a participação de todos os envolvidos no processo terapêutico, de forma a que esta não seja violenta e opressiva. Aqui é importante lembrar Pattaroni (2005, 2007). Este autor disse-nos que o assistente social deve centrar a sua observação no íntimo de cada um. Só assim conseguirá capacitar as pessoas com vista a ganhos de autonomia e de responsabilização (limitadas). Disse-nos também que é possível trabalhar esse íntimo, ou seja, a subjectividade mais que não seja através do recurso a mecanismo de controlo;

[E₁: “é ter em consideração as necessidades deles, respeitar as emoções tanto do doente como da família. Ajudar a lidar com situações anteriores mal resolvidas, o pedir desculpa, o não deixar nada por dizer. E ajudar na preparação da morte e no luto, é fundamental. (...) É importante se calhar descobrir o que é que eles sabem, o que é que eles não sabem, o que eles querem saber e depois partilhar informação. É respeitar, é responder às questões que eles vão tendo. Há sempre a tentativa de envolver a família. É basicamente através da comunicação e ir pondo-os a par da situação. (...).”

E₂: “(...) eu penso que a capacitação está sempre presente como objectivo. Acontece muito, nós não tratamos os doentes e a família como incapazes de resolver os seus problemas. Nós tentamos ajudar e apoiar, encaminhando sempre que necessário. Há sempre um impulso meu, seja um contacto inicial da minha parte ao nível das instituições comunitárias ou outra situação. Mas quem acaba por ir tratar das coisas são os doentes se estiverem em condições ou a família. (...) Claro que, quando o doente não tem capacidade de resolver certas situações somos nós que esclarecemos e informamos a família sobre o melhor caminho a seguir. Ou quando a família não tem capacidade, (...) Procurar capacitá-los nessa fase difícil.(...) Sempre que há uma situação de afastamento entre o doente e a

família, a equipa reúne, informalmente, para discutir a melhor forma de fazer com que a família participe mais. (...) penso que conseguimos sempre que a família se envolva e que responda a essas situações. Com o apoio e o esclarecimento as famílias conseguem ir resolvendo os problemas.”]

Em jeito de síntese, apresenta-se um quadro com a identificação da categoria de análise e das sub-categorias definidas.

Categorias	Sub-categorias
Competências profissionais	Competências teórico-ideológicas
	Competências científico-metodológicas
	Competências ético-políticas
	Competências psicossociais e relacionais
	Competências de participação, empowerment e advocacia

Quadro nº1: Síntese das categorias e sub-categorias decorrentes da análise de conteúdo

CONCLUSÃO

Terminado um percurso, é imperioso tecer algumas considerações práticas e concisas sobre o que foi desenvolvido na pesquisa. É o momento sinóptico no qual se avalia criticamente o caminho percorrido face às expectativas iniciais, aos objectivos propostos, às dificuldades sentidas no decurso do trabalho e, muitas vezes, à prospecção de futuras pesquisas.

O incremento dos Cuidados Paliativos em Portugal, embora tardiamente quando comparado com outros países, desencadeou o questionamento sobre esta área de intervenção profissional. Os ímpetus são diversos e encontram-se enquadrados nas especificidades de cuidados requeridas aos profissionais, tendo por fim, a humanização da sua prestação. A pesquisa teve como móbil aprofundar os conhecimentos sobre as competências profissionais do assistente social, na área da saúde, mais especificamente nos Cuidados Paliativos. Pretendendo-se, assim, reflectir e promover a actuação do Serviço Social na prestação destes cuidados, assim como o papel destes profissionais.

A revisão bibliográfica efectuada promoveu uma maior percepção da relevância das competências no âmbito da acção profissional, bem como contribuiu para a delimitação do objecto do estudo e definição de objectivos. Este enquadramento teórico pretendeu elencar competências profissionais, averiguando o seu processo de aquisição e, clarificando a sua mobilização no contexto da acção paliativa.

Foi fundamental, portanto, conhecer detalhadamente a filosofia dos Cuidados Paliativos para compreender quais as competências profissionais que os assistentes sociais devem ser capazes de operacionalizar para que a resposta profissional seja o mais ajustada possível às necessidades inerentes à fase terminal de vida. Foi ainda primordial a compreensão do conceito de competência, clarificando a evolução e discussão em torno dos paradigmas legitimados, baseadas na necessidade de avaliar novos conhecimentos e de classificar novas habilidades que decorrem dos desafios que as sociedades e consequentemente as situações de trabalho capitalizam.

O desenvolvimento desta dissertação procurou seguir um encadeamento lógico, baseado numa estratégia metodológica, para que os objectivos propostos fossem cumpridos. Assente na perspectiva do rigor e exigência científicos, conclui-se que a metodologia escolhida cumpriu os seus objectivos, dentro das limitações externas impostas.

O estudo das competências profissionais esteve ancorado à interpretação subjectiva do desenvolvimento e avaliação que os assistentes sociais fazem da sua acção profissional assim como à análise das competências profissionais operacionalizadas na prestação dos cuidados. As entrevistas às assistentes sociais procuraram, essencialmente, proporcionar a apreensão da leitura da acção, percepcionando as habilidades emergentes no quotidiano profissional. Ou seja, descrever as intervenções dos assistentes sociais numa UCP e numa EIHSOP, na prestação de cuidados holísticos a pessoas em fase terminal de doença e suas famílias. Esta narração permitiu, por sua vez, perscrutar a aquisição e mobilização de competências.

A nossa pesquisa permite-nos concluir que as assistentes sociais estudadas têm uma visão abrangente da filosofia dos Cuidados Paliativos, congruente com a literatura e com as orientações normativas de referência. Este conhecimento permite-lhes asseverar que a intervenção dos assistentes sociais reflecte a missão dos Cuidados Paliativos uma vez que os cuidados psicossociais são encarados como indispensáveis na acção paliativa.

As entrevistadas apontam que, em Cuidados Paliativos, a unidade a cuidar é o doente e a família. Notámos o consenso em que a sua acção envolve a avaliação de factores psicossociais ao nível pessoal e familiar, assentes na promoção da prestação de cuidados de qualidade centralizados nessa unidade. Consideram que os objectivos do assistente social devem transpor o binómio necessidade/recurso, naturalmente associado à acção profissional. O desgaste emocional associado ao diagnóstico de uma doença incurável e ao confronto com a morte exige mais do que a gestão e activação de recursos. Verificámos que existe consenso no facto da acção profissional ser orientada para a resolução dos problemas e para a satisfação de necessidades do doente e dos seus familiares. Isto significa que as profissionais entrevistadas consideram que devem ter em linha de conta as expectativas pessoais expressadas, as emoções e as alterações emocionais, as questões geradoras de preocupação, quer do doente como dos seus familiares. É a identificação destas necessidades que efectiva a acção profissional através do apoio na adaptação emocional à doença e à reorganização do espaço familiar. No entanto, o acompanhamento das situações exige, pontualmente, a necessidade de perscrutar recursos comunitários como por exemplo, a articulação com os Centros Distritais de Segurança Social.

Ambas as entrevistadas, ao perfilharem uma lógica de cuidados partilhados, aduzem a equipa multidisciplinar como o maior recurso na satisfação das necessidades dos doentes. Tais elocuições sugerem a heterogeneidade de habilidades entre os seus membros, a delimitação de papéis e objectivos comuns, a consolidação do sentimento de pertença e de uma rede comunicacional como as maiores contribuições da multidisciplinariedade.

A nossa pesquisa denotou que a integração em equipas de Cuidados Paliativos impõe uma introspecção por parte dos profissionais, na qual é primordial uma apreciação do seu

quadro normativo de referência. De facto, estes momentos de reflexão passam a caracterizar o dia-a-dia profissional tendo em conta que a carga emocional associada às situações. Torna-se, por conseguinte, importante a adequação de um perfil profissional tanto seja alicerçado em factores inatos como progressivamente apropriados. A gestão de factores internos promotores e inibidores da acção profissional associada a particularidades como a flexibilidade, a tolerância, o autoconhecimento, a naturalidade e a capacidade de gerir a frustração são favoráveis à prestação de Cuidados Paliativos. Não obstante, o facto de ser um processo pessoal, a equipa assume um importante papel quer ao nível da discussão e reflexão das situações como de suporte emocional entre os seus membros. Ambas as entrevistadas realçaram a importância desse espaço enquanto promotor de apoio interprofissional.

O reconhecimento de que a abordagem holística da dor e do sofrimento requer a aquisição de competências específicas é consensual. As entrevistas revelaram-nos que as cinco áreas de competências identificadas são determinantes para o sucesso da acção profissional, mesmo que não sejam percebidas conscientemente no dia-a-dia.

As entrevistas permitiram-nos confirmar que o conhecimento teórico-ideológico é valorizado e encarado como uma fonte de construção e aperfeiçoamento profissional. Todavia, a acção profissional (prática) não é sustentada apenas em conhecimentos teóricos (teoria). A formação inicial e/ou outras especializações são importantes vias de aquisição de conhecimento, embora seja consensual que não facultam a globalidade dos saberes necessários para o adequado desenvolvimento da acção. É no contacto com a realidade que se adquire e edificam conhecimentos; que se treinam e desenvolvem competências profissionais. Pudemos verificar que o desempenho profissional é sobretudo determinado pelas particularidades individuais, pela apropriação (inata ou adquirida) de capacidades favorecedoras da resposta profissional.

Referimos já que a estruturação da acção profissional, por via da análise crítica, facilita a simplificação de cada momento da acção. As entrevistas indicaram que a acção do assistente social encontra-se dividida em três momentos específicos: o acolhimento, a avaliação e o acompanhamento. Percebemos que esta metodologia favorece a desconstrução das dificuldades assim como o equacionar de respostas adequadas às necessidades do doente e suas famílias. Este método não é estanque. Certas situações podem implicar o (re)questionamento dos procedimentos metodológicos. Neste âmbito, as entrevistas comprovam, mais uma vez, a importância da multidisciplinaridade na abordagem ao doente, destacando a complementaridade entre os membros que a integram. Percebemos que sempre que um dos profissionais da equipa sente dificuldades em accionar a resposta profissional, outro consegue efectivá-la. No entanto, apesar da abordagem integral, foi igualmente notória a legitimação do espaço do assistente social. A análise

psicossocial das situações é fundamental na medida em que se assegura uma resposta aos factores de ordem social e psicológica que podem influenciar o estado de saúde e/ou interferir com a doença e com o processo de readaptação.

Foi possível compreender que os profissionais devem operacionalizar um pensamento reflexivo sobre questões de natureza ética, filosófica ou política. Pese embora exista claramente uma vertente subjectiva ao nível dos valores, é crucial que o assistente social (e restante equipa) invista na intelecção de um quadro de valores sólido e partilhado. A adopção de uma postura assertiva eticamente no âmbito das relações que estabelece, pode evitar conflitos de natureza ético-moral. O assistente social deve desenvolver uma atitude de abertura face ao outro e à diversidade, de respeito incondicional da vontade do doente, para que compreenda o modo como as pessoas respondem, em termos cognitivos, emocionais e comportamentais à doença. O profissional deve estar preparado para o confronto com dilemas éticos que decorrem da acção paliativa e que têm que ser pensados e ponderados em equipa. Isto requer que o profissional seja capaz de se “despir” dos valores (pessoais), atentando aquela situação de forma objectiva e concreta, evitando julgamentos ou juízos de valor. A sensibilidade ética dita um enorme empenho em termos pessoais na medida em que se, por um lado, favorece a resposta profissional, por outro pode-lhe ser adversa. É imperioso que o contacto com o sofrimento do *outro* não afecte o profissional, deixando-o vulnerável. Uma das entrevistadas assumiu estar a passar por uma fase de extremo cansaço emocional. Ao longo da entrevista referiu inúmeras vezes que os profissionais devem, impreterivelmente, ser capazes de saber lidar com as situações de final de vida e, acima de tudo, de se distanciarem da dor do *outro*. É fundamental que os profissionais consigam aproximar-se e estabelecer uma relação de proximidade com a unidade de cuidar mas, tendo consciente que essa carga emocional lhes pode ser danosa. A análise da entrevista permite demonstrar que o apoio interprofissional assume um enorme valor na prevenção do desgaste e no acompanhamento das situações tendo em vista a recuperação do profissional.

Talvez este seja um dos grandes desafios que trabalhar em Cuidados Paliativos impõe aos profissionais.

Ao longo da pesquisa procurámos ainda evidenciar a importância de mobilizar competências psicossociais e relacionais. Com esse propósito reconhecemos a dimensão psicossocial com um dos pilares da acção do assistente social em Cuidados Paliativos, uma vez que incide a sua acção em aspectos do foro psicológico, social, económico, cultural e espiritual. Constatámos que a comunicação, a relação empática e de confiança são os princípios basilares da interacção que impulsionam uma resposta profissional competente e ajustada às necessidades da unidade a cuidar. Todavia, nesta interacção podem surgir

alguns condicionalismos, internos ou externos, em que o respeito por estes princípios pode ser determinante na sua resolução.

Por último, procurámos demonstrar a importância do assistente social assumir um o papel capacitador na acção paliativa. Verificámos que há este reconhecimento quer ao promover a consciencialização sobre as necessidades e responsabilidades, quer ao estimular uma participação activa na melhoria da prestação dos cuidados. O profissional diligencia informações sobre todo o processo terapêutico e sobre direitos e recursos sociais, assim como articula com outras instituições tendo em vista a resolução dos problemas dos doentes e respectivas famílias.

A pesquisa evidencia ainda que a acção do assistente social decorre num *regime de familiaridade*; numa *ética de cuidado*. O *cuidar* implica observar o íntimo do doente. Assoma-se como a combinação de acções dirigidas ao doente e suas necessidades, impondo a aquisição e a mobilização de *competências de proximidade*, promovendo o respeito pela dignidade e vulnerabilidade. O assistente social deve proteger e promover o controlo dos sintomas, o apoio psicológico, emocional e espiritual, o acompanhamento no processo de luto e a interdisciplinaridade. Por conseguinte, a filosofia dos Cuidados Paliativos, tem subjacente a noção de *tacto*; facilitador do distanciamento normal entre o profissional e o doente, envolvendo-o num clima familiar de confiança.

Terminada esta pesquisa fica o desejo que esta reflexão exploratória contribua para a optimização do desempenho profissional dos assistentes sociais, na prevenção do sofrimento e na promoção da dignidade e da qualidade de vida dos doentes, através de uma acção profissional competente, activa e rigorosa fundada em princípios científicos e humanistas. Acredita-se que é uma janela aberta para futuras indagações que diligenciem a continuidade dos Cuidados Paliativos como uma resposta imprescindível aos problemas do final de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana. Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos*. Camarate: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda;
- Amiguiño, A.; Valente, A.; Correia, H. & Mandeiro, M. J. (2003). *Formar-se no Projecto e pelo Projecto*. In Rui Canário (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 2ª Edição, pp. 101-116;
- Ander-Egg, E. (1976). *Introducción a las técnicas de Investigación Social*. Buenos Aires: Editorial Hvmánitas;
- Bardin, L. (2000). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70;
- Boff, L. (2004). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes;
- Branco, F. (2009). *Assistentes Sociais e Profissões Sociais em Portugal: Notas sobre um itinerário de pesquisa*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa;
- Breviglieri, M. (2005). *Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social*. in Ion, J. (dir.), *Le Travail Social en Debat(s)*. Paris: Éditions La Découverte. pp. 219-224;
- Calha, A. (2011). A noção de competência e a legitimação de novos espaços de aprendizagem. In *Pluralidades Públicas do Público. Controvérsias em educação, saúde e nos modos de ser solidário*, pp.153-171;
- Campanhoudt, L. (2003). *Introdução à análise dos fenómenos sociais*. Lisboa: Gradiva;
- Canário, R. (1999). *Educação de Adultos e Desenvolvimento Local*. In Rui Canário (Org.). *Educação de Adultos: Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa, pp. 61-70;

- Canário, R. (2003). *A Aprendizagem ao Longo da Vida: Análise Crítica de um conceito e de uma Política*. In Rui Canário (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto Editora, 2ª Edição, pp. 189-207;
- Canário, R. (2003). *Formação e Mudança no campo da Saúde*. In Rui Canário (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 2ª Edição, pp. 117-146;
- Capelas, M. L. (2009). *Cuidados Paliativos: Uma proposta para Portugal*. In Cadernos da Saúde. Vol. 2, nº 1, pp.51-57;
- Cárcer, A. N. A. (2000). *Trabajo Social en Cuidados Paliativos*. Madrid: Arán Ediciones. S.A.;
- Carrapiço, M. (2011). *Quando a morte chega como mestre: O lugar e o significado das experiências de formação informal em Cuidados Paliativos*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Educação de Portalegre (2º Curso de Mestrado em Formação de Adultos e Desenvolvimento Local), Portalegre;
- Correia, J. A. (2003). *Formação e Trabalho: Contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação*. In Rui Canário (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 2ª Edição, pp. 13-42;
- Correia, J. A. (2008). *A formação da experiência e a experiência da formação num contexto de crise do trabalho*. In Rui Canário & Belmiro Cabrito (Org.). *Educação e Formação de Adultos: Mutações e Convergências*. Lisboa: Educa, pp. 61-72;
- Costa, M. D. (2000). *O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais*. In Revista Serviço Social & Sociedade. Processos de Trabalho e Assistência Social. Ano XX, nº 62, pp.35-72;
- Desaulniers, J. B. R. (1997). *Formação, Competência e Cidadania*. Educação & Sociedade, Ano XVIII, nº 60, pp.51- 63;
- Deus, P. N. (2004). *A condição ética das instituições sociais*. In Revista Intervenção Social, Ano XIV, nº 29. Lisboa: Cooperativa de Ensino Superior, Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico, CRL, pp.83-110;

- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido a 9 de Fevereiro de 2011 em <http://www.dgs.pt/>
- Dubar, C. (2003). *Formação, Trabalho e Identidades Profissionais*. In Rui Canário (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 2ª Edição, pp. 43-52;
- Espiney, L. (2003). *Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de Articulação em Contexto de Trabalho*. In Rui Canário (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 2ª Edição, pp. 169-188;
- Falcão, M. (1979). *Serviço Social: Uma Nova Visão Teórica*. São Paulo: Cortez e Moraes, 3ª edição;
- Fazenda, I. (s/d). *Empowerment e Participação, Uma Estratégia de Mudança*. Acedido a 4 de Janeiro de 2011 em <http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.PDF>;
- Fernandes, E. & Branco, F. (2005). *Assistente Social*. Lisboa: Associação dos Profissionais de Serviço Social, pp.1-6;
- Fernandes, E. (2004). *Por uma carta ética da intervenção social*. In Revista Intervenção Social, Ano XIV, nº 29. Lisboa: Cooperativa de Ensino Superior, Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico, CRL pp.139-152;
- Fernández, F. S. (2008). *Modelos actuais de educação de pessoas adultas*. In Rui Canário & Belmiro Cabrito (Org.). *Educação e Formação de Adultos: Mutações e Convergências*. Lisboa: Educa, pp. 73-96;
- Ferreira, J. (2011). *Contributos para o debate da epistemologia em Serviço Social*. In Trabajo Social Global, nº 2, pp.63-77;
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta;
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora;
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas;

- Gómez, J., Freitas, O. & Callejas, G. (2007). *Educação e Desenvolvimento Comunitário Local. Perspectivas Pedagógicas e Sociais da Sustentabilidade*. Porto: Profedições;
- Granja, B. (2008). *O saber procedimental/procedural dos assistentes sociais com os utentes*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humana: VI Congresso Português de Sociologia. *Mundos Sociais: Saberes e práticas*, pp.1-13;
- Guadalupe, S. (2011). *As anotações cronológicas sobre a trajetória do Serviço Social no Sistema de Saúde em Portugal*. In Revista Serviço Social e Saúde, v. X, nº 12. Campinas: Universidade Estadual de Campinas;
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e Formas de Uso*. Estoril: Príncípia Editora;
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Lima, L. (2008). *A Educação de Adultos em Portugal (1974-2004)*. In Rui Canário e Belmiro Cabrito (orgs). *Educação e formação de adultos: Mutações e Convergências*. Lisboa: Educa, pp. 31-60;
- Lima, V. V. (2005). *Competence: different approaches and implications in the training of healthcare professionals*. In Interface - Comunicação., Saúde, Educação., vol. 9, nº17, pp.369-379;
- Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I. G., Capelas, M. L., Tavares, M. & Sapeta, P. (2009). *O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal*. In Revista Patient Care (Edição Portuguesa), Volume 14, N.º 152, pp.32-38;
- Martinelli, M. L. (2003). *Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica*. In Revista Intervenção Social, Ano XIII, nº 28. Lisboa: Cooperativa de Ensino Superior, Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico, CRL, pp.9-18;
- Martins, A. (2010). *A medicina paliativa como medicina de proximidade. Suspensão dos julgamentos gerais e acção médica em regime de familiaridade*. Tese de

doutoramento não publicada, Universidade Nova de Lisboa (Doutoramento em Sociologia), Lisboa;

Negreiros, M. A. (1999). *Serviço Social uma profissão em movimento-a dinâmica académico-profissional no Portugal pós 74*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica;

Neto, I. (2005). *A experiência e visão da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odivelas*. In Revista Cidade Solitária, nº13, pp.36-47;

Neto, I., Aitken, H. & Paldrön T. (2004). *A Dignidade e o sentido da vida. Uma Reflexão sobre a Nossa Existência*. Cascais: Editora Pergaminho;

Netto, J. P. (1993). *O Serviço Social Hoje*. In Revista Intervenção Social, Ano III, nº 7. Lisboa: Cooperativa de Ensino Superior, Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico, CRL, pp.53-57;

Nogueira, A., Oliveira, L. & Pimentel, V. (2006). *O Profissional da Saúde e a Finitude Humana*. In Revista Virtual Textos & Contextos, Ano V, nº 6, pp.1-11;

Pattaroni, L. (2005). *Le Care est-il institutionnalisable? Quand la «politique du care» émousse son éthique* in Paperman, P. & Laugier, S. (Eds). *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris: Éditions de L'École des Hautes, Etudes en Sciences Sociales, pp.177-197;

Pattaroni, L. (2007). *Le sujet en l'individu La promesse d'autonomie du travail social au risque d'une colonisation par le proche* in Cantelli, F. & Genard, J.L. *Action publique et subjectivité*. Paris: L.G.D.J., col. Direito e Sociedade, vol. 46, pp.203-218;

Payne, M. (2002). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Coimbra: Quarteto Editora;

Pereira, S. M. (2010). *Cuidados Paliativos. Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora;

Pinto, C. (2001). *Empowerment, uma prática de Serviço Social*. In Óscar Barata (coord). *Política Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas;

- Pires, L. (2000). *A formação dos assistentes sociais da saúde*. In Revista Intervenção Social, Ano X, nº 21, Lisboa: cooperativa de Ensino Superior, Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico, CRL, pp. 53-59;
- Portal da Saúde (2006). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* Acedido a 9 de Fevereiro de 2011 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/manuais/manual+ass.htm>
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva;
- Sanchez-Serrano, J. L. S. (2004). *Ética y Trabajo Social*. In Revista Intervenção Social, Ano XIV, nº 29. Lisboa: Cooperativa de Ensino Superior, Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico, CRL, pp.127-138;
- Serafim, M. R. (2004). *O reconhecimento da condição ética dos cidadãos – Um imperativo ético para o Serviço Social*. In Revista Intervenção Social, Ano XIV, nº 29. Lisboa: Cooperativa de Ensino Superior, Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico, CRL, pp.25-54;
- Silva, E. (2010). *Reflexão sobre vivência de cuidados paliativos: Óscar e a senhora cor-de-rosa*. In Millenium-Revista, Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Nº 38, pp. 311-318;
- Silva, M. M. (2003). *Empowerment: possível estratégia da prática profissional em direcção à cidadania activa*. In Revista Intervenção Social, Ano XIII, nº 27. Lisboa: Cooperativa de Ensino Superior, Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico, CRL, pp.31-42;
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Universidade da Beira Interior (2006). *História dos Cuidados Paliativos*. Acedido a 11 de Fevereiro de 2011 em <http://www.historiamedicinapaliativa.ubi.pt>;

Vanzini, L. (2010). *El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. In Documentos de Trabajo Social, nº47, pp.184-199;*

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião da Entrevista

Capítulo 1 – Trajectória e inserção profissionais

- Caracterização do/a entrevistado/a

Idade _____ anos

Sexo F M

Ano de conclusão da formação inicial _____

Tempo de experiência na área de Cuidados Paliativos (meses, anos) _____

- Percurso profissional

1. Em traços gerais, refira as principais etapas do seu percurso profissional até ao momento actual.
2. Antes de integrar a equipa de Cuidados Paliativos, tinha considerado essa hipótese?
3. Qual era a sua percepção sobre a intervenção social em Cuidados Paliativos antes de integrar a equipa? À altura, quais as suas motivações e quais os seus receios?

- Contexto institucional

4. Em sua opinião, a intervenção do assistente social reflecte a missão dos Cuidados Paliativos? De que forma?
5. Como concebe a prestação dos cuidados psicossociais no âmbito da prática paliativa?

- Objectivos da intervenção do assistente social

6. Em termos práticos, do dia-a-dia profissional, que objectivos reconhece à sua acção?
7. Identifique os recursos que auxiliam a concretização desses objectivos?

Capítulo 2 – Desenvolvimento e avaliação da intervenção profissional

- Posicionamento na intervenção multidisciplinar

8. Como caracteriza a interacção entre os diversos profissionais?
9. Existe uma abordagem, consensual e privilegiada, para a organização da prestação dos cuidados?

10. Considera que existe um espaço legítimo para sua actuação?
11. De que forma percebe o papel da intervenção social, no âmbito da equipa, para a concretização dos objectivos (comuns)?
12. Em sua opinião, o apoio prestado às pessoas em fase terminal de vida e suas famílias deve pressupor habilidades profissionais específicas aos profissionais?
 - Identificação das competências profissionais
13. Como enquadra a noção de competência no âmbito da sua acção profissional?
14. Num primeiro momento, que competências identifica como basilares no seu desempenho profissional?

Capítulo 3 - Análise das competências profissionais

- Competências teórico-ideológicas
15. De que forma o conhecimento adquirido na licenciatura é transposto para a sua acção profissional?
 16. Em sua opinião, o conhecimento em Serviço Social estimula o desenvolvimento de capacidades profissionais? Quais?
 17. Em que medida esse saber teórico impele a acção propriamente dita (modus operandi)?
 18. Das competências profissionais que reconhece em si, consegue identificar quais decorreram do conhecimento adquirido da licenciatura e quais decorreram da acção em contexto de trabalho?
 19. Poderá afirmar-se que esse saber é um factor de aperfeiçoamento do agir profissional enquanto resposta para as dificuldades que decorrem da acção? Em que sentido?
 20. Essas dificuldades induzem o (re)questionamento dessa matriz teórica?
 21. Reconhece esse conhecimento teórico como uma mais-valia para a equipa? Porquê? E os outros profissionais?
 22. É capaz de identificar situações onde a intervenção social tenha sido reconhecida pelos outros profissionais da equipa?
- Competências científico-metodológicas
23. A estruturação da acção profissional pode ajudar a desconstrução das dificuldades identificadas e a equacionar as respostas adequadas às necessidades das pessoas em fase terminal de vida e suas famílias. Como estrutura a sua acção?

24. O método usado na abordagem ao doente é distinto do utilizado na abordagem aos familiares? Quais os aspectos comuns e os que diferem?
25. O sentido crítico e a reflexão da acção profissional são determinantes para a sua continuidade. Em que momentos sente necessidade de efectuar essa avaliação?
26. Alguma vez sentiu a necessidade/responsabilidade de alterar procedimentos da acção por os considerar inadequados para resposta profissional competente?

- Competências ético-políticas

27. Quais os valores que identifica como primordiais na sua acção profissional?
28. Como encaixa os seus valores pessoais na deontologia profissional e na ética institucional?
29. Considera que a unidade/equipa tem um conjunto de valores norteadores da acção dos diversos profissionais? Estão explícitos para todos e implícitos na sua acção?
30. Em alguma situação ocorreu um choque entre aquilo que são os seus valores enquanto profissional e os valores dos doentes e seus familiares?

- Competências psicossociais e relacionais

31. Como seria se tivesse que definir a relação que estabelece com o doente? E com os seus familiares?
32. Em que aspectos psicossociais baseia a análise da pessoa que tem à sua frente?
33. Alguma vez teve dificuldade em *chegar* até eles?
34. Que características considera fundamentais para a interacção com os doentes? E com sua família?
35. Faz uso de estratégias comunicacionais para facilitar a compreensão do outro?
36. Como caracteriza a comunicação existente entre os membros da equipa?

- Competências de participação, empowerment e advocacia

37. A intervenção profissional dos assistentes sociais assume-se como um incentivo e fomenta práticas que tenham como fim a capacitação responsável das pessoas. De que forma legitima esta capacitação no seu dia-a-dia? Com os doentes? Com os familiares?
38. De uma forma geral os doentes e os seus familiares envolvem-se no processo terapêutico? Quando tal não acontece estimula a sua participação? Como?
39. Alguma vez houve a necessidade de representar alguém junto dos organismo de poder ou outras instituições?

APÊNDICE 2 – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Assistente Social 1

Capítulo 1 – Trajectória e inserção profissionais

- Caracterização do/a entrevistado/a

Idade 43 anos

Sexo F M

Ano de conclusão da formação inicial 1993

Tempo de experiência na área de Cuidados Paliativos (meses) 11

- Percurso profissional

1. O meu estágio curricular foi realizado no Instituto de Apoio à Criança em Lisboa, no âmbito do Projecto Rua. Após o estágio e conclusão do curso iniciei a minha actividade profissional na mesma instituição, onde estive durante 10 anos. Depois concorri para Portalegre onde estou há 12 anos. Comecei por coordenar um Projecto de Luta contra a Pobreza, no concelho de Fronteira. Posteriormente entrei para o hospital, para Medicina mas como a minha área de eleição sempre foi o trabalho com as crianças, consegui a possibilidade de trabalhar na Pediatria. Nos últimos anos, também passei pelo Gabinete do Utente, pela Oncologia e Infecçiology, acabando por intervir nas unidades, entre as quais a de Cuidados Paliativos, onde estou há quase um ano.

2. Sim, já tinha pensado sobre isso... Cheguei a fazer uma formação em Cuidados Paliativos quando trabalhei em Oncologia. E, quando se falou que iria funcionar uma Unidade de Convalescença no hospital, disponibilizei-me para integrar a equipa de Cuidados Paliativos.

3. Motivações... Aquilo que me fascinou foi dar algum sentido à fase terminal de vida ... poder dar sentido à morte, de apoiar as pessoas nesse caminho mais complicado da vida. Aquilo que mais me motivou e, depois de fazer aquela formação, foi a possibilidade de dar uma qualidade de vida diferente. Os receios... os receios é sempre algo natural à medida que a gente vai trabalhando, não é?! E a experiência ajuda-nos sempre a ultrapassá-los. No fundo o grande receio que todos nós temos é até que ponto nós somos capazes de separar, ou seja, que esta área não interfira na nossa vida pessoal, não é?! Até que ponto nós conseguimos separar o pessoal do profissional. E pronto, esta é uma área muito sensível. Aliás eu acho que é uma área muito do senso comum, é muito pessoal, acho que é um investimento que tem se fazer... muito pessoal. Claro que há bibliografia e há uma

atualização teórica que nós temos que ir fazendo mas há um trabalho muito pessoal e que só se vai ganhando com experiência até porque cada caso requer uma atenção diferente.

- Contexto institucional

4. Sim... sim... sempre com mais alguma coisa pessoal que não vem nas orientações das unidades.

5. Portanto, é conseguir reagir às emoções que o doente e que a família têm. No fundo não mentir mas não dar falsas esperanças, ir de encontro das necessidades e à medida que eles solicitam. Não impor. Respeitar os silêncios, respeitar a vontade do doente. Portanto... ir ao ritmo deles de acordo com as necessidades deles porque aqui nós não resolvemos nada. Nós aqui só temos que responder aquilo que o doente e a família quer. Se ele não quer falar do assunto... nós temos que aceitar e temos que perceber que isso pode afectar o luto... o luto será feito de uma forma diferente quando a família falou sobre aquilo, quando houve uma preparação prévia. Mas se a família não quer, nós não podemos impor... Podemos alertar, essa é a nossa função... tentar que haja comunicação, que falem uns com os outros mas se não quiserem nós não podemos forçar. Há algumas coisas que podemos, pelo menos, sensibilizar, informar mas deixar depois à consideração da família e do doente. Respeitar aquilo que eles querem. Mas como disse, há questões que se calhar é importante alertar como por exemplo, num doente em fase terminal, é importante informar a família que pode ficar alguma coisa por dizer, não é?! Em termos de luto isso será muito mais facilitado. Quando aquele ente querido desaparecer se calhar se nós dissermos que gostamos muito dele, que foi importante na nossa vida, se houver alguma coisa que tenhamos que pedir desculpa, se calhar porque não fomos tão correctos a determinada altura... o luto pode ser muito mais fácil, não é?!

- Objectivos da intervenção do assistente social

6. Essencialmente estabelecer uma aliança. É o sentir-se acompanhado. Às vezes nós temos ai doentes que chamam só por chamar, e depois de ele ter tocado à campainha vezes e vezes seguidas chegamos lá e dissemos: “Então Sr. Tal, está tudo bem?” e verificamos que depois não tem nada, nós chegamos lá e o que ele quer é apenas companhia. Ele não nos responde mas precisa de saber que nós estamos ali... ele não quer estar sozinho e isso é o técnico de Serviço Social, é o psicólogo, é o enfermeiro, é o médico, é a equipa toda. Há questões um bocadinho mais específicas mas fazemos todos o mesmo papel, porque o que queremos todos, no fundo, é prestar o tal conforto, que é a única coisa que nós podemos fazer.

7. Essencialmente a equipa. São sobretudo recursos humanos internos. Claro que se o doente quiser determinada coisa devemos fazer e tentar que a família responda a essa questão. Mas nós em termos de recursos nossos são essencialmente recursos humanos. Em paliativos não se recorre a muitos mais recursos. A não ser que depois seja necessário assegurar algo, isso depois é a parte mais do Serviço Social. Se for necessário preparar a partida daquele doente, perceber que a outra pessoa vai ficar sozinha... tentar arranjar soluções para que ela não fique desamparada, pronto... Se calhar preparar mais nesse sentido. Em alguns doentes é importante ver se têm Complemento de Doença para que depois a Pensão de Sobrevivência que fica para o conjugue seja uma coisinha melhor. Portanto, isso tem mais a ver com a parte de Serviço Social e articula-se com algumas instituições locais, pronto. Isso é um trabalho mais específico que nós fazemos. Mas que é um trabalho transversal a qualquer um dos profissionais.

Capítulo 2 – Desenvolvimento e avaliação da intervenção profissional

- Posicionamento na intervenção multidisciplinar

8. Nós temos uma reunião multidisciplinar todas as semanas, onde avaliamos todas as situações, não é?! Para além de falarmos dos doentes falamos também de nós profissionais. Acho que a equipa funciona não só para definirmos a intervenção, planeando a intervenção, avaliarmos essa intervenção mas também como suporte uns para os outros, não é?! Eu trabalho muito com a psicóloga porque acho que é uma vantagem muito grande, não é?! E acho que nos apoiamos mutuamente porque acabamos por falar e discutir aquilo que tivemos a fazer, falamos daquilo que nos fez mais impressão naquela família. Não só aquilo que podemos fazer ainda pela família, não é?! Porque pelo doente se calhar pouco mas aquilo que ainda podemos fazer mas também aquilo que nos custou mais naquela família, aquilo que nos chocou mais, as reacções que mexeram mais connosco, aquilo que eles verbalizaram e que mexeu mais connosco. E o trabalho em paralelo, e nomeadamente aquilo que eu faço com a psicóloga é muito importante nesse aspecto. No fundo eu acho que nos apoiamos uns aos outros. Os papéis estão bem definidos na equipa e, para além do papel do Serviço Social, que é um bocado transversal e que passa também pela reorganização do espaço familiar e da satisfação das necessidades do doente. Nós temos sempre que fazer a avaliação e depois alguns aspectos sociais têm que ser trabalhados, no contexto familiar, no contexto social mas eu acho que o mais importante é o doente.

9. Sim. Há como disse as reuniões multidisciplinares em que é feita a avaliação e a definição do plano de intervenção. Antes disso há sempre uma avaliação prévia por cada um dos profissionais. Eu tento perceber as necessidades, as dinâmicas familiares. O

acolhimento é sempre feito por mim e por um enfermeiro. E depois há toda a avaliação que é necessária fazer em termos de planeamento e intervenção.

10. Sim, sim, sim... está bem definido. E acho que cabe a cada um de nós marcar o seu lugar e a sua presença e fazer realmente o seu papel. Com a experiência e com a prática vai-se definindo o espaço. Cada um de nós tem essa responsabilidade de valorizar o nosso campo de actuação. Porque há profissionais que dizem que aquilo que o assistente social faz eu também faço, e nós temos de nos demarcar. Não tem é que haver rivalidade, não é?! É um trabalho em conjunto, acima de tudo um complemento uns dos outros.

11. Praticamente o apoio psicossocial à família e ao doente estando nós mais direccionados para a reorganização e para o planeamento do espaço familiar e das dinâmicas familiares... do suporte familiar para que quando aquele doente morra aquela família mantenha as mesmas dinâmicas e que tenha o mesmo suporte no seio da família. E que consiga ela própria também manter essas dinâmicas, através do acompanhamento e evitando o isolamento e a solidão. E é aqui que pode surgir a necessidade de recorrer a recursos comunitários, prevendo o futuro e minimizando as consequências da morte do ente querido.

12. Nós funcionamos como seres humanos, não é?! Com uma vocação específica... eu nem digo que é com conhecimentos mas acima de tudo com uma vocação. Eu acho que não é qualquer pessoa que mesmo que tenha conhecimentos científicos se não sentir vocação nesta área não consegue desempenhar um bom papel porque acima de tudo é um papel humano... mais humano. Pronto, é muito o saber escutar, o saber respeitar o silêncio, o saber estar ao pé do doente e da família dele. É desenvolver um bocado a nossa capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, não é?! A tal relação empática. Colocarmo-nos no papel do outro sem perdermos a percepção do nosso “eu” individual, não é?! Nunca podemos deixar de nos afastarmos desse ponto mas é importante colocarmo-nos na posição dele. É esta a grande capacidade que nós temos que ter e isso requer muito treino... é preciso muito treino. Treino essencialmente.

- Identificação das competências profissionais

13. Acima de tudo como referi é fundamental a vocação. A disponibilidade para ouvir o outro, ter consciência de que não há muito... ou nada... que se possa reverter em termos clínicos mas não deixar desmoralizar. O aceitar as vontades, o facto de não quererem falar. Se não houver essa vocação interior o desempenho profissional fica comprometido.

14. Penso que já me adiantei ao ter referido as competências anteriormente. Mas consciente, perceber o outro mas saber separar o nosso lado pessoal do lado profissional, saber-nos colocar no lugar do outro que não é tão fácil assim, haaam?! Não é

tão fácil, não é?! Porque temos que saber qual é o problema do outro e ao mesmo tempo temos que nos colocar na pele dele. É encontrar o equilíbrio entre o pessoalismo e o profissionalismo. E esse equilíbrio é o tal treino.

Capítulo 3 - Análise das competências profissionais

- Competências teórico-ideológicas

15. Não nos podemos esquecer que os conhecimentos teóricos tirados numa licenciatura são simplesmente os alicerces, não é?! Toda a construção do edifício é feita com o aperfeiçoamento teórico, claro que sim, temos que nos actualizar. Mas a licenciatura são os alicerces e a construção do edifício é feita *a posteriori* com os ingredientes de que já falamos aqui. E por isso a prática, o tal treino é importantíssimo.

16. Eu acho que durante a licenciatura nós não temos noção dessas coisas, estamos muito longe. Acho eu! A realidade, a prática é que nos irá facilitar essa aprendizagem. Claro que devemos apostar no aperfeiçoamento, devemos valorizar-nos, ter momentos de formação, de leitura. Acho que é importante, não é?! Mas a prática é a melhor fonte de conhecimento.

17. É importante. Claro que sim! Mas não quer dizer que as competências sejam todas ganhas na licenciatura, não é?! O aperfeiçoamento deve acompanhar a intervenção profissional mas a acção propriamente dita do dia-a-dia, aquilo que não vem nos livros só se adquire no terreno.

18. Em termos gerais, os conhecimentos da licenciatura foram os tais alicerces, as bases. São basilares para depois promoverem todo o impulsionamento da prática. Agora, a prática é onde aprendemos o inesperado. Onde pomos em prática todo o conhecimento adquirido e mais ... onde reavaliamos, redireccionamos a nossa bagagem e que nos irá construir enquanto profissionais.

19. Eu acho que o que eu disse acaba por referir tudo, não é?! Resume-se essencialmente aquilo que eu estava a dizer; no fundo o aperfeiçoamento contínuo, no fundo é importante mas não é o factor fundamental nomeadamente na resolução de determinadas questões. Mas há outras que dependem daquilo que falei: da vocação e das capacidades pessoais de cada um.

20. Claro, acho que há sempre uma construção da parte teórica. Quer dizer, o aperfeiçoamento e o investimento em termos teóricos são constantes, claro que sim. E o (re)questionamento ajuda a novas ideias e soluções dos problemas, na maioria das vezes. Mas digo o (re)questionamento da prática. A teoria pode ajudar a esse questionamento mas devemos essencialmente questionar o que fazemos na intervenção.

21. Sabe, tenho dificuldade em dividir o que é o teórico e o que é a prática. A acção decorre e acaba por ser difícil distinguir os dois. Mas há o reflectir da acção, há a procura de respostas para as necessidades dos doentes, e muitas vezes a teoria e a prática estão tão ligadas, não é?! que é difícil. Claro que quando se olha para a prática a teoria está lá, com todos aqueles princípios, com todos aqueles modelos; o sistémico, o empowerment por parte das famílias, mas eu não lhe consigo dizer que é este modelo ou é aquele. Tudo o que nós fazemos tem implícito modelos teóricos.

22. Corre tudo bem... bastante bem! Aliás há questões que são logo direccionadas para o Serviço Social. Quando estamos numa reunião multidisciplinar nitidamente é considerada a nossa opinião, é valorizada a nossa opinião. Não enquanto a minha pessoa mas enquanto profissional.

- Competências científico-metodológicas

23. Em termos de cuidados paliativos, portanto, é feita a tal reunião inicial onde identificamos os problemas, as necessidades dos familiares e as dinâmicas. Depois é feita uma avaliação da parte social que depois é levada para a reunião multidisciplinar, onde planeamos toda a intervenção, e depois o acompanhamento. Podemos então dizer que existem três momentos: o acolhimento, a avaliação e o acompanhamento.

24. Cada situação é uma situação, não é?! e cada um tem de ser tratado e tem de ter objectivos e métodos diferentes. Não podemos generalizar.

25. Nas reuniões multidisciplinares, sem dúvida. É o espaço privilegiado para a reflexão. O suporte e o apoio entre os profissionais, ajuda a pensar e a avaliar. O plano de intervenção é feito em conjunto pelos profissionais desde enfermagem, à psicóloga... pela equipa.

26. Às vezes, sim ... às vezes repensamos. Aliás, a avaliação é contínua, não é?! é acção/avaliação! E ela é contínua e às vezes temos um determinado caminho que se calhar em determinado momento temos que repensar. Há que reconhecer as dificuldades, até para dizer que às vezes não conseguimos. Às vezes é importante também. É importante dizermos que não sabemos lidar com aquela situação, que não somos a pessoa indicada para gerir a situação e que estamos a ter alguma dificuldade ou que não sabemos como fazer. E, portanto, aí o trabalho de equipa é importante porque há sempre alguém que pode ajudar a fazer o que nós não conseguimos.

- Competências ético-políticas

27. Acho que bom senso. Portanto, na área de cuidados paliativos acho que é fundamental ter uma boa formação enquanto pessoa. A humildade, o saber dizer que não somos

capazes, colocarmo-nos no lugar do outro, sabermos partilhar, sabermos trabalhar em equipa, sabermos respeitar o outro, sabermos escutar o outro.

28. Penso que bem. Nunca houve choque entre eles. Temos que ser capazes de nos adaptarmos aquilo que é imposto mas não esquecendo aquilo que somos.

29. Sim, sim claro. Os cuidados paliativos têm toda uma filosofia que eu acho que devia ser transportada para todo o contexto hospitalar. Todos deviam vir beber um bocadinho desta forma de trabalhar. Acho que em termos de qualidade, acho que nós primamos pelo rigor, pela organização, pela parte relacional, pela equipa. Acho que é um bom exemplo de trabalho. Aliás, até a própria organização do espaço multidisciplinar é totalmente diferente dos outros serviços hospitalares, não tem nada a ver. Nós aqui trabalhamos todos em conjunto, não há um computador, uma secretária para este, para o outro e para o outro. Nós trabalhamos num espaço multidisciplinar onde todos trabalhamos em conjunto, analisamos toda a informação, partilhamos informação, o dia-a-dia é muito importante, essa troca de informação diria, não é?! o contacto diário, o chegar ali e desabafar, o próprio espaço em si, o ter o à vontade para isso. E depois a parte de eficiência em termos de documentação; a parte escrita é muito importante em cuidados paliativos. Acho que às vezes somos avessos aquilo que é pôr no papel aquilo que estamos a fazer, ter que repensar um bocadinho, avaliar, porque nós estamos mais habituados à acção em si e não tanto a este trabalho escrito mas que é essencial. Até porque nós temos que elaborar um plano. Não podemos intervir sem algo pensado. Não é o agir no aqui e no agora, não! Não é para apagar fogos, não! É planear toda a intervenção com base nas necessidades identificadas.

30. Não. Não. Nunca tive problemas desse género. Não! Há situações mais complicadas, mais complexas. Mas temos que ter a tal habilidade de respeitar, pronto. O modo de estar do outro, o sentir do outro.

- Competências psicossociais e relacionais

31. Uma relação de aliança. Uma aliança que tento estabelecer com qualquer um deles.

32. As dinâmicas familiares, os recursos, as necessidades. Há determinadas características socioeconómicas que também são tidas em conta. Temos que fazer uma avaliação socioeconómica, não é?! mas para mim não é o mais importante. A análise de necessidades a que se tem que dar resposta surge em primeiro lugar. Nos cuidados paliativos é um pouco mais isso, não é?! Como é que a família se organiza, qual é a dinâmica daquela família, como é que nós podemos ajudar nesta fase, não só aquela parte mais social e do levantamento socioeconómico mas mais os aspectos relacionais.

33. Não. É como disse anteriormente. Às vezes nós não conseguimos, é legítimo. E aí entra outro elemento da equipa. Nós não conseguimos ser empáticos com toda a gente. E aí, não

estamos nós, está a enfermeira, está a psicóloga, pronto. É às vezes saber dizer que não se consegue chegar ali, pode acontecer. E não me estou só a referir agora aos cuidados paliativos. Estou a referir-me a toda a minha vida profissional. Eu penso que sim que as pessoas vão tendo a capacidade de dizer que não se consegue. E quando já houve algum atrito há a consciência de que é melhor ir outro profissional. E esta área é uma área de lição de vida muito grande porque não soumos nós o aspecto mais importante; é o doente e a sua família. Não pode haver choques de egos! E acho que as pessoas que estão a trabalhar nesta área são pessoas que têm a tal vocação, o tal perfil. Se não as pessoas não conseguem. Por exemplo, há enfermeiros que são os próprios a dizer que não conseguem trabalhar nesta área. A equipa de enfermagem é a mesma em Continuados e Paliativos e há uns que se identificam mais com uma área que com outra e pedem mesmo para ficar mais num lado ou noutro. Há essa consciência!

34. Acho que é a nossa disponibilidade. O mais importante é estar disponível para aquilo que o doente e a família precisam. Que nem sempre é o que acontece...

35. Sim, isso é importante. Pelo menos tento. Explicar, clarificar algumas coisas, dar algum feedback daquilo que as pessoas nos vão dizendo, se eles não quiserem temos que respeitar, mas é importante ir abrindo caminhos. A comunicação é muito boa para perceber o que é que eles precisam e aquilo que nós lhes podemos dar. Claro! E realmente, acima de tudo, sermos verdadeiros. Nós não podemos dizer que vai tudo ficar bem, que vai melhorar, não. Apesar de ser o que as pessoas querem ouvir da nossa parte. Não podemos ... nós em Paliativos não podemos dizer “*boas melhoras*”, não. Porque não há. Não é fácil nós também dizermos que o doente tem tendência a piorar, que não há melhoras. Mas há outras coisas que nós podemos dizer como dizer para se lembrarem das coisas boas que viveram, não é fácil porque se calhar as pessoas não querem, ainda não estão preparados. Há casos de negação, de rejeição da doença. E a aceitação, em muitos doentes, nem chegar a existir porque morrem antes de aceitar. Há doentes que conseguem fazer essa preparação da morte mas outros, não. Há muitos que vão ainda naquela parte de revolta ... que não conseguiram ultrapassar nem com o apoio que nós lhes demos nem com o apoio da família. E isso também nos questiona a nós o que é que nós devíamos ter feito para podermos em termos comunicacionais e de relação de trabalho para que o doente tivesse ultrapassado essa fase. Mas por outro lado, nós também temos que respeitar o ritmo dele e aquilo que ele é. Isso mexe connosco também. Aliás, há situações que nos chocam muito mais do que outras, e eu já me aconteceu em duas situações, a pessoa faleceu e eu chorei ... e chorei e são dias que estão marcados para mim. E acho que foi bom. E falarmos uns com os outros sobre a partida daquela pessoa. Mas pronto, nós sabemos que deve haver o tal afastamento mas por outro ... somos humanos. Interessa é sabermos separar. Sentirmos aquela perda em termos profissionais e não em termos pessoais, digamos. Nós já tivemos aqui uma

criança... e isso mexeu muito comigo. Quando se trata de crianças mexe com todos. E mexeu com a equipa toda. Foi a primeira e a única vez que tivemos cá uma criança. E fortaleceu a equipa porque foi o lidar com uma situação diferente do habitual. O acompanhar a situação, preparar a família, foi muito marcante. Pronto, um doente tem 80, tem 90 anos .. é a lei da vida. Nós acabamos por pensar que já houve determinadas vivências, já houve histórias de vida... uma criança, não... tinha tanto para viver... não é a lei da vida, não é?!

36. Muito boa. Muito boa.

- Competências de participação, empowerment e advocacia

37. Capacitação... Já falamos sobre isso, não é?! é ter em consideração as necessidades deles, respeitar as emoções tanto do doente como da família. Ajudar a lidar com situações anteriores mal resolvidas, o pedir desculpa, o não deixar nada por dizer. E ajudar na preparação da morte e no luto, é fundamental.

38. É importante se calhar descobrir o que é que eles sabem, o que é que eles não sabem, o que eles querem saber e depois partilhar informação. É respeitar, é responder às questões que eles vão tendo. Há sempre a tentativa de envolver a família. É basicamente através da comunicação e ir pondo-os a par da situação. Se a família está mais distante perceber as dinâmicas existentes e perceber se o doente quer essa aproximação e se quiser como poderemos ajudar. Evitar que após a sua partida fique muita coisa por resolver ou por dizer. Os doentes que ficam mais tempo esse trabalho acaba por ser facilitado. Mas quando passam apenas umas horas ou uns dias não conseguimos fazer esse trabalho. Porque o problema aqui muitas vezes é a má referenciação, em que nos chegam doentes que ficam apenas umas horas e não há então um trabalho de continuidade.

39. Não. Nunca. Em paliativos não.

Assistente social 2

Capítulo 1 – Trajectória e inserção profissionais

- Caracterização do/a entrevistado/a

Idade 44 anos

Sexo F M

Ano de conclusão da formação inicial 1993

Tempo de experiência na área de Cuidados Paliativos (anos) 6

- Percurso profissional

1. Sim, sim... Pronto, eu entrei em 1996 para o hospital. Comecei, pronto por uma integração... Neste momento existe a ULSNA mas na altura eramos o Hospital de Santa Luzia de Elvas. Era eu mais a minha chefe que neste momento está de férias. Comecei por exercer a minha actividade profissional ao nível das Medicinas e do Serviço de Urgência. Pronto, a partir daí comecei a ter alguma experiência, fui então nomeada para o Hospital de Dia e a Equipa Interhospitalar de Cuidados Paliativos e, mais tarde quando surgiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados fui também nomeada para a Equipa de Gestão de Altas, da qual também faço parte. Neste momento até estou mais presente na Equipa de Gestão de Altas.

2. Não. Portanto, fui nomeada. Portanto, não... não. Até porque pronto, era uma área que me interessava muito porque de início eu achava que tinha perfil e capacidade para poder apoiar. Neste momento, lá está. Afastei-me um bocadinho porque pronto... estou a atravessar uma fase difícil mas pronto, na altura não até porque começou-se a falar de paliativos na altura em que nós aqui, praticamente formámos a nossa equipa, apesar de nós já os prestarmos aqui, pronto. Mas como Cuidados Paliativos, não. Não tínhamos os mesmos tratamentos que temos hoje porque há tratamentos muito específicos, hoje em dia. Mas dava para paliarmos um pouco.

3. Hamm... era... é assim.. nós quando formámos a Equipa Interhospitalar nem sabíamos muito bem para o que é que íamos. Portanto, a partir daí é que nós começámos a desbravar caminho. Começamos a ter acesso a alguns documentos que de início foram criados. Na altura quem estava muito ligada a esta... ai agora não me recordo do nome dela... humm... ah! A Dr^a Isabel Neto. Começamos muito com ela, ela foi a grande impulsionadora dos Cuidados Paliativos. Então, nós quando realmente integramos a equipa, não sabíamos muito bem para o que é que íamos, não é?! Tivemos que fazer tudo de novo; as regras de

funcionamento, a articulação entre os vários elementos da equipa, pronto... Foi tudo feito de novo. O maior receio era não sabermos quais é que eram as nossas funções. Estávamos muito naquela, ao fim e ao cabo, do que é que são os Cuidados Paliativos, qual é que é a nossa função, o que é que nós podemos fazer. Eu acho que íamos para um campo obscuro, onde ao fim e ao cabo, não sabíamos muito bem o que nos esperava. As motivações... era uma área diferente, uma área nova. Ao fim a ao cabo estávamos interessados em saber o que eram os Cuidados Paliativos, o que é que nós podemos fazer. Mas quer dizer, não havia muita informação.

- Contexto institucional

4. Eu penso que sim. Hamm... em todos os aspectos. Ao fim e ao cabo, é assim... os Cuidados Paliativos também não podem existir sem o Serviço Social, não é?! Nos Cuidados Paliativos é... como é que hei-de explicar? É uma área multidisciplinar e tem o Serviço Social como pilar fundamental. Aliás, eu articulava muito com a psicóloga e até funcionávamos muito bem. E havia até... quando não era eu a pedir-lhe apoio era ela a pedir a mim. Para apoiar os doentes mas também para me apoiar a mim... Funcionávamos muito bem. E não era nos corredores... nas reuniões, mais formais ou informais. Ainda hoje tive a falar com ela e realmente era... porque é uma área que temos que saber lidar com ela. Ah, e eu penso que é uma área tão, como é que hei-de explicar? Tão... é uma área tão sensível não só como profissional mas como pessoa que eu penso que temos que ter o apoio de alguém que nos saiba ouvir e que saiba também dar apoio. Todos os profissionais precisam de apoio, é fundamental... Olhe, neste momento é o que eu estou a sentir. É uma fase de cansaço, de desgaste emocional... que não consigo ultrapassar mas que hei-de conseguir. Cheguei ao limite e lá está... foi por essa razão que me tentei afastar dos paliativos. Neste momento estou em regime de chamada ao Hospital de Dia. Se for necessário vou... pronto, presto o meu apoio. Agora, não estou como de início, diariamente inserida na equipa. Fazia acolhimento praticamente todos os dias, havia um acompanhamento maior do que há agora. Neste momento é só mesmo em situações de urgência. E, penso que a área da saúde, especialmente, é uma área muito pesada. E chegamos a um ponto em que não conseguimos mais... é assim, pessoas mais sensíveis, como eu que sou uma pessoa mais sensível, não conseguimos depois ultrapassar determinadas situações. Devemos ser um pouco mais frias. Não viver os problemas dos outros... mas às vezes não se consegue.

5. Mas... explique-me um pouco mais... é assim, eu penso que é fundamental. Especialmente, não no início da doença mas mais na fase terminal. Eu acho que o Serviço Social faz mais sentido quando o doente já está numa fase mais terminal. Eu sinto que sou

mais solicitada para situações terminais onde temos que intervir socialmente, não é?! Onde se tem que dar um apoio à família, penso que é mais ao nível da família mais do que do doente. É assim, eu penso que a Psicologia funciona um pouco mais com o doente e nós funcionamos um pouco mais com a família. Pelo menos é isso que eu sinto. De início, quando estava diariamente no Hospital de Dia, e que fazia o acompanhamento diário dos doentes paliativos, aí não... Aí havia um acompanhamento. Percorriamos, ao fim e ao cabo, com o doente, todo o processo de doença. Agora, já é mais a fase terminal. Gostava de poder estar mais presente na equipa, mas cheguei a uma fase de grande sobrecarga...

- Objectivos da intervenção do assistente social

6. Os objectivos? Ao fim e ao cabo é... eu não sei se estou a responder às questões correctamente. Mas, ao fim e ao cabo é quando sou requisitada, quando sou chamada... qual é que é o meu objectivo? Ao fim e ao cabo é prestar um apoio psicossocial, não é?! àquele doente e, neste momento, mais direccionado para a família. Normalmente sou requisitada porquê? Muitas vezes porque, em casos de doentes paliativos de Medicina, casos em que haja a necessidade de, por exemplo, trabalhar e tratar de tudo para que o doente possa ir para o seu domicílio, preparar as condições de conforto em casa e dar algumas informações que sejam necessárias. E depois, acabamos por prestar um bocado o apoio no luto, não é?! E sou também muito requisitada também para dar informação sobre os direitos do doente e da família.

7. É assim... em termos de apoios, neste momento, temos muito apoio da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Realmente, respondem muito rapidamente a muitas situações que pronto... que são sinalizadas e que já estejam numa fase mais terminal. Mas também temos tido apoio para doentes terminais mas também para doentes mais para controlo da dor, controlo de sintomas em doentes que não sejam ainda terminais, no apoio domiciliário. Um apoio ou recurso específico em termos de comunidade para paliativos, nós aqui não temos a não ser a Rede. Para outros tipos de situações temos as instituições da comunidade, a Segurança Social, os lares e centros de dia. Mas estes não são específicos dos Paliativos. Tínhamos, no início, uma equipa do Centro de Saúde, que prestava apoio domiciliário mas entretanto foi extinta. E depois, este apoio domiciliário é, muitas vezes, prestado por pessoas que não estão minimamente qualificadas para tal, nem formadas para atender a estas situações. A Unidade de Portalegre está a funcionar muito bem e dá-nos muitas respostas. Está a funcionar muito, muito bem.

Capítulo 2 – Desenvolvimento e avaliação da intervenção profissional

- Posicionamento na intervenção multidisciplinar

8. Pronto, é assim. Desde o início sempre houve um bom relacionamento entre os vários elementos da equipa. Havia realmente delimitação de tarefas, nós sabíamos até onde podíamos chegar, qual é que era a nossa função e até onde é que podíamos ir. Apesar de lá está... muitas vezes, o Serviço Social entrar na Psicologia e a Psicologia entrar muitas vezes no Serviço Social. Sempre notei isso. Mas pronto, como havia um bom relacionamento entre nós, nunca houve problema. Sempre funcionámos muito bem porque sempre que não detectava alguma coisa era detectada pela psicóloga ou até mesmo pelos enfermeiros. Sempre houve uma boa articulação e continua a haver, apesar de alguns elementos serem diferentes mas continua a haver uma boa articulação na equipa. E é assim, há sempre uma resposta muito rápida por parte dos elementos. E penso que o bom funcionamento da equipa de deve ao bom relacionamento entre os seus elementos.

9. Eu acho que sim. Penso que é uma equipa que sabe muito bem quais são os seus objectivos. Sabe muito bem aquilo que quer e, como há um bom relacionamento entre todo o tipo de profissionais, não há distinção entre médico, enfermeiros, assistentes sociais e psicóloga. Penso que por essa razão trabalha tudo para o mesmo objectivo embora não esteja tão presente nos últimos tempos, mas penso que sim.

10. Exactamente! Exactamente! Se não o fosse penso que nem era chamada, não é?! Se não fosse respeitado, se eu não tivesse, ao fim e ao cabo, o meu cantinho na equipa não era requisitada. Sinto que sempre que necessitam sou chamada a colaborar com eles e a articular com eles, não é?

11. Sim, sem dúvida. Quer ao nível da informação, quer ao nível da resolução de problemas. O nosso espaço de opinião é sempre considerado, sempre. Como disse, actualmente não estou tão presente na equipa mas sinto-me parte dela, perfeitamente. Inclusivamente, nos doentes internados, a equipa faz sempre uma avaliação e nessa folha de avaliação há o espaço reservado à minha opinião. Não é feito em todas as situações mas em grande parte delas, sim.

12. Eu acho que isso é muito, muito importante. É uma área muito sensível, como disse há pouco. E tem que haver formação; todos os elementos tiveram. E tem que se saber lidar com este tipo de situações, com este tipo de doentes e com este tipo de famílias. Lá está... é uma área muito específica e muitas vezes temos que ter uma sensibilidade especial. Tentamos sempre ter outro tipo de abordagem mais cuidada... diferente. Há muitas pessoas que não sabem lidar com doentes em fase terminal... muita gente. Portanto, já bem basta a família e o doente já estarem a viver esta situação. Se encontram um profissional menos

delicado, menos capacitado para tratar dessa situação, pior... Em paliativos temos que estar presentes e dar resposta na altura certa. Não podemos descurar de forma nenhuma.

- Identificação das competências profissionais

13. Lá está. Tem que se ter perfil, tem que se saber agir, tem que se saber qual é que é o nosso objectivo e o percurso que se tem que fazer. Tem que se ter uma formação mínima e acima de tudo eu acho que é perfil humano.

14. Eu acho que o que foi fundamental foi a boa formação que tive. Portanto, às vezes quando falo, falo um pouco pela equipa... foi uma boa formação. Lá está, foi uma formação que fomos nós que tivemos que procurar. Ao fim e ao cabo, os paliativos nasceram connosco... ou nós nascemos e crescemos com eles! Penso que isso é muito importante. Pronto... a formação, conhecermos qual é que é o nosso limite. É sabermos muitas vezes estar com o outro, colocarmo-nos nos pés do *outro* mas acima disso sabermos estar connosco próprios. Penso que temos que estar bem. Saber distinguir o que é nosso do que não é, e que é tão difícil de fazer... nem nós Serviço Social, nem os outros profissionais. E muitas vezes é muito importante fazermos essa distinção porque se começamos a viver como nossos os problemas do outro, penso que vamos deixar de ter capacidade de agir correctamente... deixamos de ter capacidade de conseguir trabalhar aquela situação de forma objectiva e concreta.

Capítulo 3 - Análise das competências profissionais

- Competências teórico-ideológicas

15. Sim, sim. Eu acho que sim. É muito importante porque apesar de ser uma área muito específica... apesar de haver competências específicas para os Cuidados Paliativos, eu acho que o Serviço Social antes de ser um Serviço Social paliativo... é o Serviço Social. E, ao fim e ao cabo, o Serviço Social acaba por ser o mesmo... não sei bem dizer... o conhecimento em Serviço Social é utilizado de uma forma específica em paliativos. Acho que é isso. Os cinco anos de formação que eu tive foram, sem dúvida, muito importantes. Foram o ponto de partida para a minha construção enquanto profissional... e até como pessoa.

16. Pronto, penso que grande parte daquilo que somos enquanto profissionais se deve à formação. É óbvio, que a realidade é diferente mas o conhecimento sustenta, de certa forma, aquilo que fazemos. Há certos conhecimentos que acabamos por não utilizar mas depois, temos que ir reciclando e relembrando. Penso que no início damos mais valor aos

conhecimentos teóricos; tínhamos mais essa bengala. Agora, actualmente e após a nossa construção enquanto profissionais acaba por ser automática e espontânea; já faz parte de nós, do nosso dia-a-dia.

17. Lá está... actualmente já é tão óbvio. Está presente mas quase de forma inconsciente.

18. As competências adquiridas na licenciatura...? Eu penso que o percurso que nós fazemos com o doente nomeadamente o acolhimento, a avaliação psicossocial e outras diversas coisas que agora não me recordo, ganhámos um pouco na nossa formação académica. Agora, a nossa forma de estar, a nossa forma de gerir a situação, a nossa forma de encarar a situação, eu penso que nasceu mais no dia-a-dia. São competências adquiridas na acção. Lá está, há certos passos que nós damos e que sabemos que têm que ser dados dessa forma, e que aprendemos, mas depois o mais importante é, ao fim e ao cabo, a forma como nós nos relacionamos com o doente, a forma como falamos, a forma como escutamos. E isto, vem depois do curso.

19. É assim, no início não havia nada. Nós crescemos com os paliativos. Agora já há muito conhecimento, há muita coisa estudada mas, às vezes, se tenho uma dúvida tento recorrer à minha biblioteca pessoal e tento rever e até mesmo relembrar.

20. Sim, sim, sim. Tento sempre pesquisar ou então pego no telefone e pergunto a uma colega, a uma enfermeira, a qualquer elemento da equipa. Lá está, com a prática vem tudo e os profissionais neste tipo de áreas, são pessoas que conseguem ter uma bagagem não só ao nível prático mas também ao nível teórico.

21. Sempre. Muitas vezes pedem a minha opinião sobre os mais variados assuntos. Por exemplo, às vezes os enfermeiros ligam-me a pedir para que eu lhes explique questões relacionadas com os direitos dos doentes, com as leis. Sinto que o contributo do Serviço Social é uma mais-valia que ajuda a equipa. Sinto isso muito ao nível da enfermagem e ao nível médico. Há muito isso, esse pedido de esclarecimento. Ao nível da psicologia, já nem tanto porque trabalhamos muito desde o início e não há questões dessa natureza.

22. Eu penso que em qualquer uma das situações para as quais fui chamada a resolver, e tentar apoiar e tentar informar. Eu penso que em todas elas há o reconhecimento da importância do Serviço Social. Lá está, se não houvesse nem me iriam requisitar. Se eles achassem que o Serviço Social não resolvia nada, não me chamavam.

- Competências científico-metodológicas

23. Ah, sim, sim. Sempre! Temos várias fases metodológicas. No início temos, semanalmente, a reunião de equipa de revisão de todos os doentes, onde cada profissional participava, não é? Que neste momento eu penso que ainda são realizadas. Normalmente era, sempre que entrava um doente novo fazemos o acolhimento, onde classificávamos

cada tipo de situação, se assim podemos dizer, muito com base naquilo que era a avaliação médica. Depois uma reunião onde se discutia em conjunto a situação do doente e da família. Mediante o diagnóstico que fazíamos da situação dávamos a resposta mais adequada. A partir daí é dado todo o acompanhamento quer no Hospital de Dia quer no internamento em Medicina e em casos mais delicados em Cirurgia.

24. Ora... portanto, esse acompanhamento era feito essencialmente ao doente mas muitas vezes nem se falava com o doente. Era a família quem vinha porque o doente descompensava em casa e era prestado o apoio necessário em termos médicos e em enfermagem e nós, ao fim e ao cabo, fazíamos o acompanhamento da situação.

25. Eu acho que cada vez que reuníamos, cada um de nós repensávamos um pouco. Não só em termos sociais mas um repensar geral da situação. Semanalmente ou quinzenalmente tínhamos esse momento de reflectir sobre o que estava a ser feito em todas as áreas. Muitas vezes a situação evolui não da forma como nós pensamos. Evolui de outra forma e aí é necessário repensar e ver o que é mais adequado ao nível da resposta.

26. Eu acho que não. Mas penso nas situações de urgência. Que exigem uma resposta rápida no momento, e não há aquele tempo necessário para o acolhimento, para a avaliação, para irmos falando e conhecendo a situação melhor. Temos que agir no momento e muitas vezes a informação que nós temos não é suficiente para uma resposta adequada às necessidades reais. O primeiro contacto com as famílias em situação de urgência não nos dá muita informação. Muitas vezes a família não coopera e esquiva-se a certas informações. E aí é completamente diferente que aquelas situações em que o acompanhamento é mais faseado. Permite-nos ter acesso a mais informações uteis para a nossa resposta.

- Competências ético-políticas

27. Valores...? Em primeiro lugar, o sigilo profissional. Em segundo lugar, aceitarmos o outro conforme ele é, sem pormos reticências. Mais?! Em todo o momento zelar pela dignidade dos doentes. Desde o primeiro contacto com o doente tem que estar sempre presente para que tenham uma morte digna e respeitando os seus direitos. Tentar que a família tenha o máximo de apoio que nos é possível. Tentar que após a morte não haja um corte na família, como muitas vezes acontece. Não sei...

28. Os meus valores vão muito de encontro àquilo que é a deontologia profissional. Penso que tenho o perfil adequado para esta profissão. Apesar de agora ser uma fase diferente mas pronto... eu acho que sempre tive perfil e sempre tive esse feedback por parte dos doentes e por parte das famílias. Sempre fui uma pessoa muito...como é que hei-de explicar? Sempre me senti muito requisitada desde o início. Continuo a sentir-me ainda

muito requisitada. Acho que sei ouvir e escutar as pessoas, tenho muita paciência! Para este tipo de profissão a paciência é fundamental! Temos que saber ouvir, ter força para encaixar as emoções e por isso é que às vezes chegamos ao limite.

29. Sim, por todos, todos os profissionais. Desde a médica que é a directora do serviço até ao auxiliar. Eu acho que qualquer pessoa que pertença à equipa tem um perfil muito próprio. E penso que houve esse cuidado na nomeação dos profissionais. E lá está... nesta área tem que ser mesmo. Mesmo que mais tarde se perceba que não se consegue... mas de início tem que ser. E todos sabem que estamos todos a remar na mesma direcção.

30. Não. Nunca senti isso. Nunca, nunca senti isso. Não! Talvez pelas situações serem seguidas logo desde o início, de haver um bom relacionamento, de haver um contacto muito assíduo, nunca senti. Há um maior conhecimento da situação pelas duas partes.

- Competências psicossociais e relacionais

31. Confiança. Confiança... essencialmente confiança. Tanto deles para mim como de mim para eles.

32. Para mim... eu acho que nós tocamos em todos os aspectos psicossociais. Num primeiro acolhimento não foco só a minha avaliação para um aspecto. Não! Tento conhecer o aspecto habitacional, o aspecto económico, social e o aspecto familiar... o relacionamento familiar. Penso que tento conseguir uma avaliação muito geral da situação e depois, muitas vezes, com o complemento dos outros elementos.

33. Hum... sentia que havia uma maior abertura por parte da família. Sentia que havia doentes que se fechavam muito e, muitas vezes, era difícil chegarmos até eles. Apesar de normalmente até serem pessoas com quem estabelecíamos uma boa relação. Mas, houve uma ou outra situação em que essa aproximação foi mais complicada. Houve, sim... Lembro-me de dois casos assim e por curioso que pareça os doentes eram pessoas novas. Uma delas com formação académica em Psicologia... era uma pessoa muito, muito informada e talvez por isso tenha sido mais difícil chegar lá. Não sei... mas esta dificuldade não foi só minha... foi em termos da equipa... foi, foi... foi muito difícil para a equipa até mesmo no final de vida... e eu fui uma das que não tive muito presente nessa fase e sinto que falhei nesse aspecto. Lá está, havia ali uma barreira. A pessoa não estava disponível e até a família...

34. Ora, essencialmente é ter uma linguagem muito simples, muito compreensível para que os outros nos possam entender. Uma atitude humilde. Se entrarmos de rompante e com o nariz muito empinado não vamos com seguir chegar até eles. Temos que entrar com uma atitude muito humilde, estarmos muito presentes, ouvirmos muito, estarmos ali para o que der e vier.

35. Mais ao nível da linguagem. Adequo muito a minha linguagem à pessoa com quem estou a falar. Se é uma pessoa mais informada, se é mais nova, se é mais velha. Temos que adequar mediante a pessoa. Por exemplo, com uma pessoa idosa, sem escolaridade temos que ser o mais simples e objectivos que conseguirmos. Explicarmos as coisas de uma forma muito simples para que eles consigam lá chegar.

36. Entre os vários elementos? Sim. Penso que a comunicação é excelente. Há sempre algum aspecto que poderia ser limado mas, na generalidade, eu penso que funcionamos todos muito bem. E isto acontece talvez porque não fazemos distinção de classes, estamos todos ao mesmo patamar. Quer dizer, não é a Dr^a tal, nem o enfermeiro tal. Não! Tratamo-nos pelos nossos nomes. Não há distinção absolutamente nenhuma. É engraçado até porque há hora do café, aí por volta das 11 horas, tentamos estar todos juntos. Somos muito próximos. Havia uma grande partilha e acho que isso é muito, muito importante. E penso que o sucesso da equipa depende destas raízes que se criaram desde o início.

- Competências de participação, empowerment e advocacia

37. Lá está... eu penso que a capacitação está sempre presente como objectivo. Acontece muito, nós não tratamos os doentes e a família como incapazes de resolver os seus problemas. Nós tentamos ajudar e apoiar, encaminhando sempre que necessário. Há sempre um impulso meu, seja um contacto inicial da minha parte ao nível das instituições comunitárias ou outra situação. Mas quem acaba por ir tratar das coisas são os doentes se estiverem em condições ou a família. Nós damos a cana e ensinamos a pescar. Não pescamos por eles! Claro que, quando o doente não tem capacidade de resolver certas situações somos nós que esclarecemos e informamos a família sobre o melhor caminho a seguir. Ou quando a família não tem capacidade, que eu penso que nunca me aconteceu. Lá está a questão dos direitos. Temos que fazer esse esclarecimento. E depois também ajudar a família no processo de luto. Procurar capacitá-los nessa fase difícil.

38. Sempre. Tanto o Serviço Social como a restante equipa. Sempre que há uma situação de afastamento entre o doente e a família, a equipa reúne, informalmente, para discutir a melhor forma de fazer com que a família participe mais, agora não me estou a lembrar assim de nenhuma situação mas isso acontece, sim. Hum... um doente uma vez não deixava que a família se envolve-se, nem a queria por perto mas no final conseguimos a aproximação entre eles.

39. Nos paliativos não... nunca, nunca aconteceu. Por norma as famílias estão presentes e são elas que tratam desse tipo de situação. Não, penso que conseguimos sempre que a família se envolva e que responda a essas situações. Com o apoio e o esclarecimento as famílias conseguem ir resolvendo os problemas.

APÊNDICE 3 – TRATAMENTO DAS ENTREVISTAS

Tratamento das entrevistas

Assistente social 1

Categories	Sub-categories	Unidade de registo	Unidades de contexto
Competências profissionais	Competências teórico-ideológicas	E ₁ : “ (...) vocação específica (...)”	E ₁ : “Nós funcionamos como seres humanos, não é?! Com uma vocação específica ... eu nem digo que é com conhecimentos mas acima de tudo com uma vocação. Eu acho que não é qualquer pessoa que mesmo que tenha conhecimentos científicos se não sentir vocação nesta área não consegue desempenhar um bom papel porque acima de tudo é um papel humano .. mais humano.”
		E ₁ : “(...) capacidades pessoais de cada um.”	E ₁ : “Pronto, é muito o saber escutar, o saber respeitar o silêncio, o saber estar ao pé do doente e da família dele. É desenvolver um bocado a nossa capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, não é?! A tal relação empática. Colocarmo-nos no papel do outro sem perdermos a percepção do nosso “eu” individual, não é?! É esta a grande capacidade que nós temos que ter e isso requer muito treino (...) disponibilidade para ouvir o outro, ter consciência de que não há muito... ou nada ... que se possa reverter em termos clínicos mas não deixar desmoralizar. O aceitar as vontades, o facto de não quererem falar.”

		<p>E₁: “(...) conhecimentos teóricos (...)”</p>	<p>E₁: “Não nos podemos esquecer que os conhecimentos teóricos tirados numa licenciatura são simplesmente os alicerces, não é?! Toda a construção do edifício é feita com o aperfeiçoamento teórico, claro que sim, temos que nos actualizar. Mas a licenciatura são os alicerces e a construção do edifício é feita a posteriori com os ingredientes de que já falamos aqui. (...) Claro que devemos apostar no aperfeiçoamento, devemos valorizar-nos, ter momentos de formação, de leitura. Acho que é importante, não é?! Mas a prática é a melhor fonte de conhecimento. (...) O aperfeiçoamento deve acompanhar a intervenção profissional mas a acção propriamente dita do dia-a-dia, aquilo que não vem nos livros só se adquire no terreno. (...) a prática é onde aprendemos o inesperado. Onde pomos em prática todo o conhecimento adquirido e mais... onde reavaliemos, redireccionamos a nossa bagagem e que nos irá construir enquanto profissionais.”.</p>
		<p>E₁: “(...) construção da parte teórica (...) (re)questionamento da prática.”</p>	<p>E₁: “Em termos gerais, os conhecimentos da licenciatura (...) são basilares para depois promoverem todo o impulsionamento da prática. (...) acho que há sempre uma construção da parte teórica. Quer dizer, o aperfeiçoamento e o investimento em termos teóricos são</p>

			<i>constantes, claro que sim. E o (re)questionamento ajuda a novas ideias e soluções dos problemas, na maioria das vezes. Mas digo o (re)questionamento da prática. A teoria pode ajudar a esse questionamento mas devemos essencialmente questionar o que fazemos na intervenção.”</i>
		E₁: “ (...) o que é teórico e o que é a prática.”	E₁: “A acção decorre e acaba por ser difícil distinguir os dois. Mas há o reflectir da acção, há a procura de respostas para as necessidades dos doentes, e muitas vezes a teoria e a prática estão tão ligadas, não é?! que é difícil. Claro que quando se olha para a prática a teoria está lá, com todos aqueles princípios, com todos aqueles modelos: o sistémico, o empowerment por parte das famílias, mas eu não lhe consigo dizer que é este modelo ou é aquele. Tudo o que nós fazemos tem implícito modelos teóricos.”
	Competências científico-metodológicas	E₁: “Podemos então dizer que existem três momentos: o acolhimento, a avaliação e o acompanhamento.”	E₁: Em termos de cuidados paliativos, portanto, é feita a tal reunião inicial onde identificamos os problemas, as necessidades dos familiares e as dinâmicas. Depois é feita uma avaliação da parte social que depois é levada para a reunião multidisciplinar, onde planeamos toda a intervenção, e depois o acompanhamento.”
		E₁: “ (...) reunião multidisciplinar	E₁: “Para além de falarmos dos doentes falamos também

		<p>(...)"</p>	<p><i>de nós profissionais. Acho que a equipa funciona não só para definirmos a intervenção, planeando a intervenção, avaliarmos essa intervenção mas também como suporte uns para os outros, não é?! (..) acabamos por falar e discutir aquilo que tivemos a fazer, falamos daquilo que nos fez mais impressão naquela família. Não só aquilo que podemos fazer ainda pela família, não é?! Porque pelo doente se calhar pouco (...) aquilo que nos custou mais naquela família, aquilo que nos chocou mais, as reacções que mexeram mais connosco, aquilo que eles verbalizaram e que mexeu mais connosco.(...). É o espaço privilegiado para a reflexão."</i></p>
		<p>E₁: "Os papéis estão bem definidos na equipa (...)"</p>	<p>E₁: "Sim, sim, sim... está bem definido. E acho que cabe a cada um de nós marcar o seu lugar e a sua presença e fazer realmente o seu papel. Com a experiência e com a prática vai-se definindo o espaço. Cada um de nós tem essa responsabilidade de valorizar o nosso campo de actuação. Porque há profissionais que dizem que aquilo que o assistente social faz eu também faço, e nós temos de nos demarcar. (...). É um trabalho em conjunto, acima de tudo um complemento uns dos outros. (...) Aliás há questões que são logo direccionadas para o Serviço Social. Quando estamos numa reunião multidisciplinar</p>

			nitidamente é considerada a nossa opinião, é valorizada a nossa opinião. Não enquanto a minha pessoa mas enquanto profissional.”
		E₁: “O suporte e o apoio entre os profissionais, ajuda a pensar e a avaliar.”	E₁: “Às vezes, sim ... às vezes repensamos. Aliás, a avaliação é contínua, não é?! é acção/avaliação! E ela é contínua e às vezes temos um determinado caminho que se calhar em determinado momento temos que repensar. Há que reconhecer as dificuldades, até para dizer que às vezes não conseguimos. Às vezes é importante também. É importante dizermos que não sabemos lidar com aquela situação, que não somos a pessoa indicada para gerir a situação e que estamos a ter alguma dificuldade ou que não sabemos como fazer. E, portanto, aí o trabalho é de equipa é importante porque há sempre alguém que pode ajudar a fazer o que nós não conseguimos.”
	Competências ético-políticas	E₁: “(...) bom senso.”	E₁: “acho que é fundamental ter uma boa formação enquanto pessoa. A humildade, o saber dizer que não somos capazes, colocarmo-nos no lugar do outro, sabermos partilhar, sabermos trabalhar em equipa, sabermos respeitar o outro, sabermos escutar o outro. (...) Acho que em termos de qualidade, acho que nós primamos pelo rigor, pela organização, pela parte relacional, pela equipa. Acho que é um bom exemplo de

			<i>trabalho. Aliás, até a própria organização do espaço multidisciplinar é totalmente diferente dos outros serviços hospitalares (...)</i>
		E₁ : <i>“Os cuidados paliativos têm toda uma filosofia que eu acho que devia ser transportada para todo o contexto hospitalar.”</i>	E₁ : <i>“Nunca houve choque entre eles. Temos que ser capazes de nos adaptarmos aquilo que é imposto mas não esquecendo aquilo que somos. (...) Acho que em termos de qualidade, acho que nós primamos pelo rigor, pela organização, pela parte relacional, pela equipa. Acho que é um bom exemplo de trabalho. Aliás, até a própria organização do espaço multidisciplinar é totalmente diferente dos outros serviços hospitalares (...)</i>
		E₁ : <i>“(...) espaço multidisciplinar (...)</i>	E₁ : <i>“(...) onde todos trabalhamos em conjunto, analisamos toda a informação, partilhamos informação, o dia-a-dia é muito importante, essa troca de informação diria, não é?! o contacto diário, o chegar ali e desabafar, o próprio espaço em si, o ter o à vontade para isso.”</i>
		E₁ : <i>“(...) Investimento (...) muito pessoal.”</i>	E₁ : <i>“(...) há um trabalho muito pessoal e que só se vai ganhando com experiência até porque cada caso requer uma atenção diferente.”</i>
		E₁ : <i>“Motivações (...). Receios (...)</i>	E₁ : <i>Aquilo que me fascinou foi dar algum sentido à fase terminal de vida... poder dar sentido à morte, de apoiar as pessoas nesse caminho mais complicado da vida. Aquilo que mais me motivou e, depois de fazer aquela formação,</i>

			<p><i>foi a possibilidade de dar uma qualidade de vida diferente. Os receios... os receios é sempre algo natural à medida que a gente vai trabalhando, não é?! E a experiência ajuda-nos sempre a ultrapassá-los. No fundo o grande receio que todos nós temos é até que ponto nós somos capazes de separar, ou seja, que esta área não interfira na nossa vida pessoal, não é?!”</i></p>
	<p>Competências psicossociais e relacionais</p>	<p>E₁: “(...) aspectos psicossociais.”</p>	<p>E₁: “(...) preparar a partida daquele doente, perceber que a outra pessoa vai ficar sozinha... tentar arranjar soluções para que ela não fique desamparada, pronto... (...) Em alguns doentes é importante ver se têm Complemento de Doença para que depois a Pensão de Sobrevivência que fica para o conjugue seja uma coisinha melhor. (...) As dinâmicas familiares, os recursos, as necessidades. Há determinadas características socioeconómicas que também são tidas em conta. (...) mas para mim não é o mais importante. (...) Nos cuidados paliativos é um pouco mais isso, não é?! Como é que a família se organiza, qual é a dinâmica daquela família, como é que nós podemos ajudar nesta fase, não só aquela parte mais social e do levantamento socioeconómico mas mais os aspectos relacionais. (...) O mais importante é estar disponível para</p>

			<i>aquilo que o doente e a família precisar.”</i>
		E₁ : “(...) aspectos relacionais.”	E₁ : “(...) o saber escutar, o saber respeitar o silêncio, o saber estar ao pé do doente e da família dele. É desenvolver um bocado a nossa capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, não é?! A tal relação empática. Colocarmo-nos no papel do outro sem perdermos a percepção do nosso “eu” individual, não é?! (...) (...) é conseguir reagir às emoções que o doente e que a família têm. No fundo não mentir mas não dar falsas esperanças, ir de encontro das necessidades e à medida que eles solicitam. Não impor. Respeitar os silêncios, respeitar a vontade do doente. Portanto... ir ao ritmo deles de acordo com as necessidades deles porque aqui nós não resolvemos nada.”
		E₁ : “Não pode haver choques de egos.”	E₁ : “Às vezes nós não conseguimos, é legítimo. E aí entra outro elemento da equipa. Nós não conseguimos ser empáticos com toda a gente. E aí, não estamos nós, está a enfermeira, está a psicóloga, pronto. É às vezes saber dizer que não se consegue chegar ali, pode acontecer. (...) E esta área é uma área de lição de vida muito grande porque não soumos nós o aspecto mais importante; é o doente e a sua família. Não pode haver choques de egos!”

		<p>E₁: “Uma aliança (...)”</p>	<p>E₁: “Uma relação de aliança. Uma aliança que tento estabelecer com qualquer um deles. (...) tentar que haja comunicação, que falem uns com os outros mas se não quiserem nós não podemos forçar. Há algumas coisas que podemos, pelo menos, sensibilizar, informar mas deixar depois à consideração da família e do doente. Respeitar aquilo que eles querem. (...) há questões que se calhar é importante alertar como por exemplo, num doente em fase terminal, é importante informar a família que pode ficar alguma coisa por dizer, não é?! (...) É o sentir-se acompanhado. Às vezes nós temos aí doentes que chamam só por chamar (...)”</p>
		<p>E₁: “ (...) nós em Paliativos não podemos dizer “boas melhoras”, não.”</p>	<p>E₁: “A comunicação é muito boa para perceber o que é que eles precisam e aquilo que nós lhes podemos dar. Claro! E realmente, acima de tudo, sermos verdadeiros. Nós não podemos dizer que vai tudo ficar bem, que vai melhorar, não. Apesar de ser o que as pessoas querem ouvir da nossa parte. Não podemos... nós em Paliativos não podemos dizer “boas melhoras”, não. Porque não há. (...)”</p>
		<p>E₁: “ E realmente, acima de tudo, sermos verdadeiros.”</p>	<p>E₁: “A comunicação é muito boa para perceber o que é que eles precisam e aquilo que nós lhes podemos dar. Claro! E realmente, acima de tudo, sermos verdadeiros.</p>

			<p><i>Nós não podemos dizer que vai tudo ficar bem, que vai melhorar, não. Apesar de ser o que as pessoas querem ouvir da nossa parte. Não podemos... nós em Paliativos não podemos dizer “boas melhoras”, não. Porque não há. (...) Mas há outras coisas que nós podemos dizer como dizer para se lembrarem das coisas boas que viveram, não é fácil porque se calhar as pessoas não querem, ainda não estão preparados. Há casos de negação, de rejeição da doença. E a aceitação, em muitos doentes, nem chegar a existir porque morrem antes de aceitar. (...) E isso também nos questiona a nós o que é que nós devíamos ter feito para podermos em termos comunicacionais e de relação de trabalho para que o doente tivesse ultrapassado essa fase. Mas por outro lado, nós também temos que respeitar o ritmo dele e aquilo que ele é.”</i></p>
		<p>E₁: <i>“há situações que nos chocam muito mais do que outras (...)”</i></p>	<p>E₁: <i>“(...) e eu já me aconteceu em duas situações, a pessoa faleceu e eu chorei ... e chorei e são dias que estão marcados para mim. E acho que foi bom. E falarmos uns com os outros sobre a partida daquela pessoa. (...) Nós já tivemos aqui uma criança... e isso mexeu muito comigo. Quando se trata de crianças mexe com todos. E mexeu com a equipa toda. Foi a primeira e a única vez</i></p>

			<i>que tivemos cá uma criança. E fortaleceu a equipa porque foi o lidar com uma situação diferente do habitual.”</i>
	Competências de participação, empowerment e advocacia	E₁: “Capacitação...”	E₁: “é ter em consideração as necessidades deles, respeitar as emoções tanto do doente como da família. Ajudar a lidar com situações anteriores mal resolvidas, o pedir desculpa, o não deixar nada por dizer. E ajudar na preparação da morte e no luto, é fundamental.”

Assistente social 2

Categorias	Sub-categorias	Unidade de registo	Unidade de contexto
Competências profissionais	Competências teórico-ideológicas	E₂ : “ (...) o conhecimento sustenta, de certa forma, aquilo que fazemos.”	E₂ : “É óbvio, que a realidade é diferente mas o conhecimento sustenta, de certa forma, aquilo que fazemos. Há certos conhecimentos que acabamos por não utilizar mas depois, temos que ir reciclando e relembrando. Penso que no início damos mais valor aos conhecimentos teóricos; tínhamos mais essa bengala. Agora, actualmente e após a nossa construção enquanto profissionais acaba por ser automática e espontânea; já faz parte de nós, do nosso dia-a-dia.”
		E₂ : “ Os cinco anos de formação (...)”	E₂ : “(...) foram, sem dúvida, muito importantes. Foram o ponto de partida para a minha construção enquanto profissional (...) penso que grande parte daquilo que somos enquanto profissionais se deve à formação.”
		E₂ : “ (...) Tem que se ter perfil (...)”	E₂ : “É uma área muito sensível (...). E tem que se saber lidar com este tipo de situações, com este tipo de doentes e com este tipo de famílias. Lá está... é uma área muito específica e muitas vezes temos que ter uma sensibilidade especial. Tentamos sempre ter outro tipo de abordagem mais cuidada... diferente. (...) Portanto, já bem basta a família e o doente já estarem a viver esta

			<p><i>situação. (...) Em paliativos temos que estar presentes e dar resposta na altura certa. Não podemos descurar de forma nenhuma.(...) Tem que se saber agir, tem que se saber qual é que é o nosso objectivo e o percurso que se tem que fazer. Tem que se ter uma formação mínima e acima de tudo eu acho que é perfil humano. (...) o conhecimento em Serviço Social é utilizado de uma forma específica em paliativos.”</i></p>
		<p>E₂: <i>“As competências adquiridas na licenciatura (...) as competências adquiridas na acção.”</i></p>	<p>E₂: <i>“o percurso que nós fazemos com o doente nomeadamente o acolhimento, a avaliação psicossocial (...) ganhámos um pouco na nossa formação académica. Agora, a nossa forma de estar, a nossa forma de gerir a situação, a nossa forma de encarar a situação, eu penso que nasceu mais no dia-a-dia. Lá está, há certos passos que nós damos e que sabemos que têm que ser dados dessa forma, e que aprendemos, mas depois o mais importante é, ao fim e ao cabo, a forma como nós nos relacionamos com o doente, a forma como falamos, a forma como escutamos. E isto, vem depois do curso.”</i></p>
		<p>E₂: <i>“(...) com a prática vem tudo (...)”</i></p>	<p>E₂: <i>“(...) os profissionais neste tipo de áreas, são pessoas que conseguem ter uma bagagem não só ao nível prático mas também ao nível teórico.”</i></p>

	<p>Competências científico-metodológicas</p>	<p>E₂: “Temos várias fases metodológicas.”</p>	<p>E₂: “(...) sempre que entrava um doente novo fazemos o acolhimento, onde classificávamos cada tipo de situação, se assim podemos dizer, muito com base naquilo que era a avaliação médica. Depois uma reunião onde se discutia em conjunto a situação do doente e da família. Mediante o diagnóstico que fazíamos da situação dávamos a resposta mais adequada. A partir daí é dado todo o acompanhamento quer no Hospital de Dia quer no internamento em Medicina e em casos mais delicados em Cirurgia. (...) esse acompanhamento era feito essencialmente ao doente mas muitas vezes nem se falava com o doente. Era a família quem vinha porque o doente descompensava em casa e era prestado o apoio necessário em termos médicos e em enfermagem e nós, ao fim e ao cabo, fazíamos o acompanhamento da situação.”</p>
		<p>E₂: “(...) temos que ter o apoio de alguém que nos saiba ouvir e que nos saiba também dar apoio.”</p>	<p>E₂: “Aliás, eu articulava muito com a psicóloga e até funcionávamos muito bem. E havia até... quando não era eu a pedir-lhe apoio era ela a pedir a mim... Para apoiar os doentes mas também para me apoiar a mim... Funcionávamos muito bem. E não era nos corredores... nas reuniões, mais formais ou informais. Ainda hoje tive a falar com ela e realmente era...”</p>

		<p>E₂: “(...) momento de reflectir (...)”</p>	<p>E₂: “Eu acho que cada vez que reuníamos, cada um de nós repensávamos um pouco. Não só em termos sociais mas um repensar geral da situação. (...) tínhamos esse momento de reflectir sobre o que estava a ser feito em todas as áreas. Muitas vezes a situação evolui não da forma como nós pensamos. Evolui de outra forma e aí é necessário repensar e ver o que é mais adequado ao nível da resposta.”</p>
		<p>E₂: “(...) o meu cantinho na equipa (...)”</p>	<p>E₂: “Desde o início sempre houve um bom relacionamento entre os vários elementos da equipa. Havia realmente delimitação de tarefas, nós sabíamos até onde podíamos chegar, qual é que era a nossa função e até onde é que podíamos ir. Apesar de lá está... muitas vezes, o Serviço Social entrar na Psicologia e a Psicologia entrar muitas vezes no Serviço Social. Sempre notei isso. Mas pronto, como havia um bom relacionamento entre nós, nunca houve problema. Sempre funcionámos muito bem porque sempre que não detectava alguma coisa era detectada pela psicóloga ou até mesmo pelos enfermeiros. Sempre houve uma boa articulação e continua a haver, apesar de alguns elementos serem diferentes mas continua a haver uma boa articulação na equipa. E é assim, há sempre uma</p>

			<p><i>resposta muito rápida por parte dos elementos. E penso que o bom funcionamento da equipa de deve ao bom relacionamento entre os seus elementos. (...) Se não fosse respeitado, se eu não tivesse, ao fim e ao cabo, o meu cantinho na equipa não era requisitada. Sinto que sempre que necessitam sou chamada a colaborar com eles e a articular com eles, não é? (...) O nosso espaço de opinião é sempre considerado, sempre. (...). Inclusivamente, nos doentes internados, a equipa faz sempre uma avaliação e nessa folha de avaliação há o espaço reservado à minha opinião.”</i></p>
	Competências ético-políticas	E₂ : “Valores...? (...)”	E₂ : “Em primeiro lugar, o sigilo profissional. Em segundo lugar, aceitarmos o outro conforme ele é, sem pormos reticências. Mais?! Em todo o momento zelar pela dignidade dos doentes.”
		E₂ : “Os meus valores vão muito de encontro àquilo que é a deontologia profissional.”	E₂ : “Penso que tenho o perfil adequado para esta profissão. (...) Acho que sei ouvir e escutar as pessoas, tenho muita paciência! Para este tipo de profissão a paciência é fundamental! Temos que saber ouvir, ter força para encaixar as emoções e por isso é que às vezes chegamos ao limite.”

		E₂ : “(...) perfil muito próprio.”	E₂ : “Eu acho que qualquer pessoa que pertença à equipa tem um perfil muito próprio. E penso que houve esse cuidado na nomeação dos profissionais. E lá está... nesta área tem que ser mesmo. Mesmo que mais tarde se perceba que não se consegue... mas de início tem que ser. E todos sabem que estamos todos a remar na mesma direcção.”
Competências psicossociais e relacionais		E₂ : “(...) eu acho que nós tocamos em todos os aspectos psicossociais.”	E₂ : “Tento conhecer o aspecto habitacional, o aspecto económico, social e o aspecto familiar... o relacionamento familiar. Penso que tento conseguir uma avaliação muito geral da situação e depois, muitas vezes, com o complemento dos outros elementos.”
		E₂ : “Confiança (...)”	E₂ : “Confiança. Confiança... essencialmente confiança. Tanto deles para mim como de mim para eles.”
		E₂ : “(...) colocarmo-nos nos pés do outro (...)”	E₂ : “É sabermos muitas vezes estar com o outro, colocarmo-nos nos pés do outro mas acima disso sabermos estar connosco próprios. Penso que temos que estar bem. Saber distinguir o que é nosso do que não é, e que é tão difícil de fazer... nem nós Serviço Social, nem os outros profissionais. E muitas vezes é muito importante fazermos essa distinção porque se começamos a viver como nossos os problemas do outro,

			<i>penso que vamos deixar de ter capacidade de agir correctamente... deixamos de ter capacidade de conseguir trabalhar aquela situação de forma objectiva e concreta.”</i>
		E₂: <i>“(...) era difícil chegarmos até eles.”</i>	E₂: <i>“havia doentes que se fechavam muito e, muitas vezes, era difícil chegarmos até eles. Apesar de normalmente até serem pessoas com quem estabelecíamos uma boa relação. Mas, houve uma ou outra situação em que essa aproximação foi mais complicada. (...) essencialmente é ter uma linguagem muito simples, muito compreensível para que os outros nos possam entender. Uma atitude humilde. Se entrarmos de rompante e com o nariz muito empinado não vamos conseguir chegar até eles. Temos que entrar com uma atitude muito humilde, estarmos muito presentes, ouvirmos muito, estarmos ali para o que der e vier.”</i>
		E₂: <i>“(...) nas situações de urgência.”</i>	E₂: <i>“Que exigem uma resposta rápida no momento, e não há aquele tempo necessário para o acolhimento, para a avaliação, para irmos falando e conhecendo a situação melhor. Temos que agir no momento e muitas vezes a informação que nós temos não é suficiente para uma resposta adequada às necessidades reais.(...) E aí</i>

			<p><i>é completamente diferente que aquelas situações em que o acompanhamento é mais faseado. Permite-nos ter acesso a mais informações uteis para a nossa resposta.”</i></p>
		<p>E₂: <i>“Todos os profissionais precisam de apoio, é fundamental...”</i></p>	<p>E₂: <i>“Olhe, neste momento é o que eu estou a sentir. É uma fase de cansaço, de desgaste emocional... que não consigo ultrapassar mas que hei-de conseguir. Cheguei ao limite e lá está... foi por essa razão que me tentei afastar dos paliativos. Neste momento estou em regime de chamada ao Hospital de Dia. Se for necessário vou... pronto, presto o meu apoio. Agora, não estou como de início, diariamente inserida na equipa. Fazia acolhimento praticamente todos os dias, havia um acompanhamento maior do que há agora. Neste momento é só mesmo em situações de urgência. E, penso que a área da saúde, especialmente, é uma área muito pesada. E chegamos a um ponto em que não conseguimos mais... é assim, pessoas mais sensíveis, como eu que sou uma pessoa mais sensível, não conseguimos depois ultrapassar determinadas situações. Devemos ser um pouco mais frias. Não viver os problemas dos outros... mas às vezes não se consegue.”</i></p>

	<p>Competências de participação, empowerment e advocacia</p>	<p>E₂: “Nós damos a cana e ensinamos a pescar. Não pescamos por eles!”</p>	<p>E₂: “(...) eu penso que a capacitação está sempre presente como objectivo. Acontece muito, nós não tratamos os doentes e a família como incapazes de resolver os seus problemas. Nós tentamos ajudar e apoiar, encaminhando sempre que necessário. Há sempre um impulso meu, seja um contacto inicial da minha parte ao nível das instituições comunitárias ou outra situação. Mas quem acaba por ir tratar das coisas são os doentes se estiverem em condições ou a família. (...) Claro que, quando o doente não tem capacidade de resolver certas situações somos nós que esclarecemos e informamos a família sobre o melhor caminho a seguir. Ou quando a família não tem capacidade, (...) Procurar capacitá-los nessa fase difícil. (...) Sempre que há uma situação de afastamento entre o doente e a família, a equipa reúne, informalmente, para discutir a melhor forma de fazer com que a família participe mais. (...) penso que conseguimos sempre que a família se envolva e que responda a essas situações. Com o apoio e o esclarecimento as famílias conseguem ir resolvendo os problemas.”</p>
--	--	--	---

APÊNDICE 4 – ANÁLISE DOCUMENTAL

Grelha de análise

Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004)

Categorias	Sub-categorias	Conteúdo
Enquadramento da prática paliativa	Objectivos dos Cuidados Paliativos	<i>“(...) constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes na fase final da vida. (...) assegurar a melhor qualidade de vida possível aos doentes e sua família.” (2004:4)</i>
	Princípios e direitos subjacentes à acção paliativa	<i>“No âmbito do presente Programa os cuidados paliativos dão corpo a princípios e a direitos que constituem universalmente a sua base e o seu carácter específico (...)” (2004:5-6).</i>
	Destinatários da prestação de cuidados	<i>“Os cuidados paliativos não se destinam, no âmbito do presente Programa, a doentes em situação clínica aguda, em recuperação ou em convalescença ou com incapacidades de longa duração (...) dirigem-se, prioritariamente, à fase final da vida mas não se destinam, apenas, aos doentes agónicos.” (2004:7-8).</i>

Fundamentos do PNCP.	Formação dos profissionais	A prática paliativa não implica ainda “ <i>uma especialização médica ou de enfermagem individualizadas</i> ”, mas a complexidade das situações leva a que se obtenha tanto “ <i>formação pré-graduada, quer a formação pós-graduada dos profissionais (...), exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência prática efectiva.</i> ” (2004:13)
	Critérios de qualidade	Definidos pelo “ <i>Instituto da Qualidade em Saúde, critérios de qualidade, específicos na área dos cuidados paliativos, a divulgar através de Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde.</i> ” São critérios como: a “ <i>definição do ratio profissional de saúde/doente, terão níveis de exigência ou de aplicação variáveis, conforme o tipo e o nível de diferenciação das unidades.</i> ” (2004:14).
	Suporte financeiro	“(…) é susceptível de co-financiamento, através de fundos estruturais do Programa Operacional da Saúde “Saúde XXI” do 3º Quadro Comunitário de Apoio.” (2004:17)
	Órgãos de acompanhamento e avaliação	“ <i>A execução do presente Programa é acompanhada e avaliada a nível regional pelas Administrações Regionais de Saúde e a nível nacional por uma Comissão a criar e a funcionar na dependência directa do Director-Geral da Saúde.</i> ” (2004:18)

<p>Objectivos do PNCP</p>		<p><i>Objectivos gerais:</i></p> <p><i>“1. Responder, progressivamente, às necessidades da comunidade promovendo o fácil acesso dos doentes aos cuidados paliativos nas várias regiões do País e tão próximo quanto possível da residência do doente.</i></p> <p><i>2. Responder às necessidades e preferências dos doentes, oferecendo uma gama completa de cuidados paliativos diferenciados, quer em internamento, quer no domicílio.</i></p> <p><i>3. Promover a articulação entre cuidados paliativos e outros cuidados de saúde.</i></p> <p><i>4. Garantir a qualidade da organização e prestação de cuidados paliativos, através de programas de avaliação e promoção contínua da qualidade.</i></p> <p><i>5. Criar condições para a formação diferenciada em cuidados paliativos.”</i></p> <p><i>Objectivos específicos:</i></p> <p><i>“1. Criar equipas móveis de cuidados paliativos de Nível I.</i></p> <p><i>2. Criar e desenvolver unidades de cuidados paliativos de Nível II e Nível III, com prioridade para os hospitais universitários e hospitais oncológicos.</i></p> <p><i>3. Criar e desenvolver unidades de cuidados paliativos de Nível III capazes de diferenciar técnicos</i></p>
---------------------------	--	---

		<p>na área dos cuidados paliativos.” (2004:12-13).</p>
Níveis de diferenciação		<p>O PNCP prevê três diferenciações de cuidados:</p> <p><i>“Cuidados Paliativos de Nível I</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. São prestados por equipas com formação diferenciada em cuidados paliativos.2. Estruturam-se através de equipas móveis que não dispõem de estrutura de internamento próprio mas de espaço físico para sediar a sua actividade.3. Podem ser prestados quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário.4. Podem ser limitados à função de aconselhamento diferenciado. <p><i>Cuidados Paliativos de Nível II</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. São prestados em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas diferenciadas que prestam directamente os cuidados paliativos e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas.2. São prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual. <p><i>Cuidados Paliativos de Nível III</i></p>

		<p><i>Reúnem as condições e capacidades próprias dos Cuidados Paliativos de Nível II acrescidas das seguintes características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>a) desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos;</i><i>b) desenvolvem actividade regular de investigação em cuidados paliativos;</i><i>c) possuem equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidades de referência." (2004:11-12).</i>
--	--	--

Grelha de análise

Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI (2006)

Categorias	Conteúdo
Objectivos da RNCCI	<p>“A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, na qual se inscrevem também os cuidados paliativos de acompanhamento e apoio no fim de vida, constitui a resposta socialmente organizada no nosso País para fazer face às necessidades das pessoas com dependência funcional, dos doentes com patologia crónica múltipla e das pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.” (2006:3)</p>
Pressupostos da prestação de cuidados	<p>“(…) a prestação dos cuidados que nela se perfila exigem a interacção e cooperação de profissionais de distintas disciplinas e sectores, devidamente preparados e vocacionados para uma compreensão global do cidadão utente, que lhes permita, em simultâneo: i) um desempenho competente, sob o ponto de vista técnico e de atitude compreensiva e respeitadora das particularidades bio-psico-socio-culturais e espirituais de cada utente, e ii) a construção de uma linguagem comum, uma metalinguagem, facilitadora da comunicação em equipa multidisciplinar e do trabalho interdisciplinar.” (2006:3)</p>
Missão dos assistentes sociais	<p>“(…) enfatizar a relevância e a centralidade dos factores psicossociais, enquanto determinantes ou favorecedores do tratamento, da reabilitação, da readaptação e da reintegração dos doentes/dependentes nos ambientes sociais que mais se lhes adequam e favorecem o desenvolvimento de todas as suas potencialidades.” (2006:3)</p>

<p>Princípios fundamentais da actuação dos assistentes sociais</p>	<p><i>“O exercício da profissão de assistente social promove a mudança social, a resolução de problemas no contexto das relações humanas e a capacidade e empenhamento das pessoas na melhoria do “bem-estar”. Aplicando teorias de comportamento humano e dos sistemas sociais, o trabalho social focaliza a sua intervenção no relacionamento das pessoas com o meio que as rodeia. Os princípios de direitos humanos e justiça social são elementos fundamentais para o trabalho social.” (2006:4)</i></p>
<p>Objectivos da acção dos assistentes sociais</p>	<p><i>“Garantir o adequado acolhimento e integração dos doentes e famílias na RNCCI. (...); Fomentar a prestação integral e integrada dos cuidados, assegurando o acompanhamento e o cumprimento do plano individual de cuidados flexível, contínuo e articulado. (...); Promover a manutenção, o reforço ou o restabelecimento das relações interpessoais do doente com a equipa, a família e as redes de sociabilidades. (...); Assegurar o apoio material e o suporte emocional à família.(...); Potenciar a reinserção social do doente no seu meio habitual de vida, com qualidade e suporte adequados. (...); Contribuir para a efectividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SNS. (...) Motivar ou incentivar doentes, ex-doentes, familiares ou outros para a organização de acções de auto-ajuda e/ou voluntariado. (...); Potenciar a consciencialização dos cidadãos sobre as necessidades e as responsabilidades na saúde e na doença e fomentar a sua capacitação para uma participação activa na melhoria dos serviços e dos cuidados.” (2006:6)</i></p>
<p>Dimensões nucleares do desempenho dos assistentes sociais na</p>	<p><i>“Valorização da dimensão psicossocial (...); Informação e advocacia (...); Gestão de recursos (...); Planeamento da continuidade dos cuidados (...);</i></p>

RNCCI	<i>Intervenção psicossocial (...); Intervenção na crise (...); Educação (...); Colaboração multidisciplinar (...); Trabalho de Grupo (...); Organização comunitária (...).” (2006:7)</i>
Desempenho dos assistentes sociais nas Unidades de Internamento	<i>“(...) visa a humanização e a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e famílias, e ainda a rentabilização dos recursos de saúde e sociais próprios (...).O desempenho destes profissionais desenvolve-se tanto ao nível do apoio psicossocial ao doente e família, como ao da articulação dos serviços, internos e externos ao hospital, assegurando a ligação à rede de suporte ao doente e família (...).O acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados são os quatro momentos metodológicos identificados na intervenção do Assistente Social (...).” (2006:9).</i>
Desempenho dos assistentes sociais nas Equipas Hospitalares	<i>“(...) visa o aconselhamento diferenciado a profissionais e utentes e a prestação de cuidados directos a doentes em fim de vida. (...).O desempenho dos assistentes sociais nas equipas de suporte em cuidados paliativos, verifica-se a três níveis: prestação de cuidados; apoio interprofissional e acções de extensão à Comunidade.” (2006:20-21)</i>

ANEXOS

ANEXO 1 – PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

**ANEXO 2 - MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA OS ASSISTENTES SOCIAIS
DA SAÚDE NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
(RNCCI)**