



Assunto: Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Nº: 29/DSPCS
DATA: 07/07/06

Para: Assistentes Sociais da Saúde que exerçam actividade no âmbito dos Cuidados Continuados

Contacto na DGS: Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde e Divisão da Qualidade

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, pressupõe a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, que faça face às necessidades das pessoas com dependência funcional, dos doentes com patologia crónica múltipla e das pessoas em fase final de vida.

A organização dos serviços e a prestação dos cuidados, que nela se perfilam exigem a interacção e cooperação de profissionais de distintas disciplinas e sectores e aos assistentes sociais da saúde é, também, exigido que se vocacionem especificamente para o atendimento das populações utilizadoras dos serviços da Rede e se capacitem para o fazer no enquadramento organizacional e institucional que a mesma proporciona.

É visando instituir a maior qualidade no desempenho destes profissionais, que se divulga o *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, elaborado nesta Direcção-Geral.

O Director-Geral da Saúde

Francisco George

Anexo: Documento.

Manual de Boas Práticas para
os Assistentes Sociais da Saúde
na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

ÍNDICE

Introdução	3
1. Serviço Social da Saúde..	5
2. Finalidades do Trabalho do Assistente Social da Saúde na RNCCI.	6
3. Dimensões Nucleares do Desempenho do Assistente Social da Saúde na RNCCI .7	
4. Desempenho nas Unidades de Internamento.	9
4. 1 – Acolhimento	10
4. 2 - Plano Individual de Cuidados	11
4. 3 - Acompanhamento psicossocial	12
4. 4 – Preparação da Continuidade dos Cuidados	14
5. Desempenho nas Unidades de Ambulatório.	16
5. 1 – Acolhimento	16
5. 2 - Plano Individual de Cuidados	17
5. 3 - Acompanhamento psicossocial	18
5. 4 – Preparação da Continuidade dos Cuidados.	19
6. Desempenho nas Equipas Hospitalares.	20
6. 1 - Equipa de Gestão de Altas	20
6. 2 - Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.	21
7. Desempenho nas Equipas Domiciliárias	24
7. 1 – Atendimento Individualizado	24
7. 2 – Gestão Institucional	27
7. 3 - Trabalho de Grupo	27
7. 4 - Organização Comunitária	28
Bibliografia	30

***Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI***

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar das populações das sociedades ocidentais, nomeadamente da portuguesa, determinam a criação de respostas adaptadas às actuais necessidades dos respectivos perfis clínicos, sociais e culturais.

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.

A organização dos serviços e 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.

Aos assistentes sociais da saúde, um dos grupos profissionais que desde o início do século XX integra as equipas dos serviços de saúde, é agora também exigido que 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.

A missão essencial destes profissionais no modelo de cuidados integrais e integrados dos serviços e instituições da RNCCI será a de 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.

O seu perfil é, pois, orientado para a prestação de cuidados e a gestão personalizada da situa-

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

ção e necessidades globais do cidadão-doente, bem como para o trabalho de organização e educação de pessoas com interesses afins em matérias de saúde e doença, distinguindo-se do perfil e desempenho profissional dos assistentes sociais que intervêm neste processo a partir dos Centros Distritais de Segurança Social (CDSS). Embora em todos os campos de intervenção o Assistente Social actue ao nível da interacção das pessoas com os seus ambientes, os que trabalham no âmbito dos CDSS centram a sua acção, principalmente, na alocação de recursos requeridos para a efectivação dos cuidados em contexto não hospitalar, providenciando o acesso a prestações sociais, a colocação em equipamentos sociais de apoio ou na disponibilização de serviços a doentes e famílias.

Tal como nos demais sectores de actividade, também a intervenção dos Assistentes Sociais da Saúde se desenvolve por referência ao Código de Ética adoptado pela Federação Internacional dos Assistentes Sociais, o qual estabelece os direitos humanos e a justiça social como princípios fundamentais da actuação destes profissionais.

“The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being. Utilising theories of human behaviour and social systems, social work intervenes at the points where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work.”(IFSW, 2002).”

É neste enquadramento que surgem as presentes *Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI*, as quais se espera venham a constituir um útil instrumento de trabalho para os profissionais do Serviço Social da Saúde.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

1. SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE

O desempenho dos assistentes sociais no campo da saúde apresenta configurações distintas em função da sua inserção no sistema de saúde. Genericamente e independentemente dos diferentes contextos de intervenção, o assistente social da saúde actua aos seguintes níveis:

- Na avaliação dos factores psicossociais interferentes na saúde de pessoas, grupos e comunidades com especial atenção a grupos e situações identificadas como de risco e vulnerabilidade;
- Na avaliação dos factores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação;
- Na intervenção psicossocial a nível individual, familiar e grupal;
- No aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos médicos e/ou sociais;
- Na promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no doente e baseados em parcerias com o doente, a família e cuidadores informais;
- Na advocacia social em favor do doente e família;
- Na avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades locais de referência;
- Na definição e realização de programas de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária;
- Na educação e informação em saúde;
- Na mobilização, organização e coordenação das entidades e actores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais.

Importa referir que a dimensão psicossocial é entendida como reportando-se aos factores de ordem económica, social, cultural e espiritual (por vezes formulados em termos sintéticos e abrangentes como factores de ordem social) e aos aspectos de ordem psicológica que influenciam a situação de saúde e/ou interferem na doença e no processo de cura, reabilitação, readaptação e reintegração sócio-familiar e profissional ou escolar do doente.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

2. FINALIDADES DA ACÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL DA SAÚDE NA RNCCI:

Garantir o adequado acolhimento e integração dos doentes e famílias na RNCCI.

- *O assistente social como facilitador da integração dos utentes nos serviços de saúde.*

Fomentar a prestação integral e integrada dos cuidados, assegurando o acompanhamento e o cumprimento do plano individual de cuidados flexível, contínuo e articulado.

- *O assistente social como gestor de caso e monitor da continuidade, integralidade e qualidade dos cuidados.*

Promover a manutenção, o reforço ou o restabelecimento das relações interpessoais do doente com a equipa, a família e as redes de sociabilidades.

- *O assistente social como mediador e fomentador das redes de suporte social e sua efectividade.*

Assegurar o apoio material e o suporte emocional à família.

- *O assistente social como provedor e conselheiro da família.*

Potenciar a reinserção social do doente no seu meio habitual de vida, com qualidade e suporte adequados.

- *O assistente social como mediador da prestação de bens e serviços ao doente e família.*

Contribuir para a efectividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SNS;

- *O assistente social como promotor da qualidade e humanização dos cuidados e serviços.*

Motivar ou incentivar doentes, ex-doentes, familiares ou outros para a organização de acções de auto-ajuda e/ou voluntariado;

- *O assistente social como dinamizador de indivíduos e organizador de grupos.*

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.

- *O assistente social como capacitador de populações e organizador de comunidades.*

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

3. DIMENSÕES NUCLEARES DO DESEMPENHO DO ASSISTENTE SOCIAL DA SAÚDE NA RNCCI

Valorização da dimensão psicossocial - na recolha de informação sobre a situação; no planeamento, na execução e na avaliação da intervenção.

Informação e advocacia - sobre direitos e sobre recursos sociais, bem como na promoção e concretização da articulação interinstitucional e intersectorial.

Gestão de recursos - na coordenação casuística de recursos; no aconselhamento sobre custos ou taxas; no desenvolvimento e na criação de recursos comunitários.

Planeamento da continuidade dos cuidados - na admissão em instituições; no planeamento de altas; nas transições de níveis de prestação de cuidados na RNCCI.

Intervenção psicossocial - no aconselhamento; na adaptação à doença/perda; favorecendo ou apoiando grupos de suporte ou de auto ajuda; nos apoios em fim de vida.

Intervenção na crise - em episódios agudos ou de agudização de doença; em episódios de violência, negligência ou trauma; em alterações de vida decorrentes da tomada de conhecimento de diagnósticos ou de mortes.

Educação – em programas dirigidos ao doente/família e/ou cuidadores; em formação multidisciplinar; em programas interdisciplinares e de educação comunitária.

Colaboração multidisciplinar - em defesa/advocacia de doentes ou grupos de doentes; em trabalho de equipa; na ligação aos órgãos ou direcções de instituições da Rede.

Trabalho de Grupo - em função das necessidades e motivações de grupos de utentes/doentes dos serviços de saúde; acções vocacionadas para a criação de trabalho voluntário ou de suporte ao já existente.

Organização Comunitária - para a satisfação de necessidades dos cidadãos em prestação de cuidados ou serviços. Uso de metodologias de intervenção que visam o reforço ou o desenvolvimento do poder organizativo das populações na satisfação das suas necessidades e prevêem a articulação e/ou cooperação entre recursos (públicos; privados lucrativos ou não lucrativos; formais ou informais), tendo em vista a prestação dos cuidados e dos serviços de proximidade necessários ao maior bem estar, autonomia e inserção social ou sócio-profissional dos doentes/dependentes.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

LEMBRE-SE QUE

As Relações Interpessoais são interacções sociais e emocionais recíprocas entre o doente e as outras pessoas das equipas de saúde e do seu meio envolvente. Há áreas relativamente às quais, frequentemente, ocorrem conflitos, mesmo que não manifestos, nomeadamente: tratamento; vida conjugal e familiar; religião e emprego.

Neste plano deve sublinhar-se a relevância a conceder não apenas às dimensões objectivas da situação dos indivíduos (condição sócio-económica, redes sociais de suporte, ...) mas igualmente às vertentes subjectivas (fragilidade emocional decorrente da situação de doença, modos de viver a doença, alterações psicológicas associadas à doença e/ou ao tratamento).

Os problemas psicossociais têm configurações distintas consoante os doentes:

1. Estão a receber tratamento activo, tendo a cura como meta;
2. Estão a receber cuidados paliativos, tendo como objectivo o controlo da doença ou conforto;
3. Completaram tratamento activo e se consideram sobreviventes à doença;
4. Estão assintomáticos. Sendo indivíduos saudáveis tomaram conhecimento de que têm alto risco de contrair doença grave.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

4. DESEMPENHO NAS UNIDADES DE INTERNAMENTO

UNIDADE DE CONVALESCENÇA

UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO

UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

NOTA INTRODUTÓRIA

A intervenção dos assistentes sociais nos serviços de internamento, pela centralidade que coloca na dimensão psicossocial do adoecer e do estar doente, 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 de cada Unidade de Internamento.

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, onde se inscreve o planeamento da alta. Este é o processo realizado com o doente e/ou familiar cuidador para verificar e decidir o que é necessário para uma transferência segura e serena do doente de um nível de cuidados para outro nível de cuidados.

Dada a complexidade que a alta hospitalar muito frequentemente reveste, a sua preparação deve começar o mais cedo possível. Quanto menor for a demora média de internamento prevista para os doentes das distintas Unidades de Internamento, tanto mais cedo deve começar a preparação da alta, pois uma alta mal planeada, baseado em falsas suposições ou incompletas informações, não resultará eficaz e levantará posteriormente dificuldades que terão consequências negativas na evolução clínica do doente e na sobrecarga dos serviços de saúde.

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 e a seguir descritos, sendo que as especificidades da sua acção em cada tipo de Unidade dependem da natureza da doença e estadió da sua evolução, bem como da vocação da instituição, dos tipos de cuidados e serviços que esta presta e dos tempos de internamento que tem previstos.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

4.1 - ACOLHIMENTO

Junto ao Doente e/ou Família

- **Suporte emocional** face à identificação e interpretação do doente e/ou família de perdas sofridas, facilitando a aceitação e capacitação para a superação das mesmas;
- **Apoio à integração** do doente e/ou família nas unidades de internamento, prestando informações, nomeadamente sobre direitos e deveres;
- **Gestão de expectativas** quanto ao tempo de internamento; aos benefícios disponíveis; às condições de vida após o internamento tendo em vista a preparação da alta: graus de autonomia física, mental, económico-financeira e sócio-profissional ou escolar;
- **Apoio à adaptação à situação** de doença e/ou dependência do doente, disponibilizando informação sobre direitos sociais, tais como: subsídios na doença; isenções; acompanhamentos; transportes; alimentação; serviços voluntários; vida profissional/escolar;
- **Recolha de informação** pertinente à preparação da alta e continuidade dos cuidados, nomeadamente: nacionalidade e situação no País; língua, etnia, religião, especificidades culturais, escolaridade, profissão, situação profissional, local de residência, vizinhança, habitação, acesso à habitação, condições de habitabilidade, núcleo familiar, conviventes com ou sem possibilidade de serem identificados como familiar-cuidador.

No Gabinete de Trabalho

- **Análise preliminar** da situação, incluindo, designadamente, a identificação de factores de risco;
- **Recolha de referências** junto de todos os outros elementos da equipa ou da rede de apoio.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

4.2 – PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS

Preparação Com a Equipa

- Partilha de informação de âmbito clínico e psicossocial;
- Consideração das especificidades psicossociais, espirituais e religiosas do doente e família na elaboração e gestão do plano de cuidados.

Elaboração Com o Doente e/ou Familiar Cuidador

- Confirmação com o doente e/ou família dos cuidados e tratamentos que têm previstos;
- Esclarecimento de dúvidas e reforço de informação sobre direitos e deveres de doentes e familiares, bem como acesso a serviços ou bens;
- Elaboração de esquema de plano de cuidados, com tempos previstos e metas a atingir.

LEMBRE-SE QUE

Cuidador é a pessoa que ajuda alguém doente, deficiente ou idoso. Tanto pode ser uma pessoa com a qual há laços de consanguinidade ou afinidade legal, como alguém amigo com o qual é estabelecida uma relação de responsabilidade de ajuda e de cuidado. A ajuda tanto pode ser a prestação de serviços, tais como o auxílio na lida ou governo da casa, suporte financeiro, gestão de outros serviços; como pode ser a prestação de cuidados directos, por ex. suporte emocional, apoio na toma de medicação, alimentação ou outros.

Na escolha do cuidador deve atender-se ao empenho do candidato em fazer tudo o que de melhor se possa fazer ao doente, mas também à sua lucidez em ser capaz de avaliar as suas capacidades e todas as suas outras obrigações ou responsabilidades:

- a) o tempo que pode retirar ao emprego sem o perder ou o modo como gerir a conciliação entre trabalho e prestação de cuidados;
- b) os cuidados que é capaz de prestar, tanto devido às suas próprias capacidades físicas, de saúde e de relacionamento (questões de pudor ou outras), como dos seus conhecimentos face à situação específica do doente;
- c) os limites impostos à sua disponibilidade devido à hierarquização global das suas responsabilidades;
- d) as modalidades e possibilidades de articulação entre cuidados formais e informais.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

4.3 - ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL

Junto ao Doente e/ou Família

Atenção e Acompanhamento no processo de tratamento, reabilitação, readaptação e reintegração social, prestando:

- Suporte emocional ao doente e/ou família permitindo ou facilitando a expressão dos sentimentos e receios suscitados pela doença, pelo tratamento e suas consequências ou pela previsão da morte;
- Suporte ao doente e/ou família, ajudando-o(s) a enfrentar as mudanças provocadas pela doença e/ou tratamento, nomeadamente ao nível físico, emocional, comportamental, familiar, profissional, nas relações sociais, hábitos e estilos de vida;
- Suporte ao doente e/ou família no desenvolvimento da coesão familiar, na gestão de conflitos, na redistribuição de papéis, na 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;

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

- 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.

Em Gabinete

Avaliação da situação na perspectiva da alta e da continuidade dos cuidados

- Identificação de necessidades, dificuldades ou constrangimentos, bem como de recursos e potencialidades (socio-económicas, culturais, de vizinhança ou outras) para a prestação dos cuidados necessários ao doente, tendo em conta a sua situação específica de doença, dependência, reabilitação e/ou reinserção possíveis;
- Avaliação da existência ou não de familiar ou outra pessoa com competências para ser cuidador: condições físicas, emocionais, de relacionamento e intimidade com o doente.

NOTE QUE

A participação e a co-responsabilização dos cuidadores informais no planeamento, execução e avaliação dos cuidados, **para se efectivar e ter sucesso**, necessita que esteja assegurada a sua formação, podendo, para o efeito, serem utilizadas metodologias de trabalho de grupo.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

4. 4 - PREPARAÇÃO DA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

A - PLANEAMENTO DA ALTA E DA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

Com a Equipa, o Doente e/ou Familiar Cuidador

- a) **Identificação** em equipa e com o doente e/ou família, das necessidades de ordem médica, de enfermagem, de nutrição, de reabilitação, de realização de EAD, de transportes e/ou outras, bem como das dimensões psicossociais individuais e familiares em presença (económicas, emocionais, culturais/religiosas, profissionais e/ou ocupacionais, habitacionais ou outras) decorrentes da situação de doença e/ou dependência e da necessidade da continuidade dos cuidados;
- b) **Negociação** com o doente e familiar cuidador para a elaboração do plano individual de cuidados e organização da prestação dos mesmos: definição de metas; identificação dos actores profissionais e institucionais da prestação dos cuidados ou serviços;
- c) **Identificação** do elemento da equipa que será referenciado como o elemento de ligação entre o doente/familiar cuidador e a equipa terapêutica, se necessário.

Com o Doente e/ou com o Familiar Cuidador

- a) **Verificar** a existência de todo o equipamento necessário à transferência segura do doente e a correspondente aquisição de instrução ou treino para o seu uso;
- b) **Verificar** o entendimento feito pelo doente e/ou familiar do plano de cuidados, principalmente se estiverem presentes serviços médicos prestados por distintas especialidades médicas ou instituições;
- c) **Facilitar** ao doente e/ou ao familiar cuidador a elaboração de notas escritas sobre o plano, nomeadamente sobre os vários profissionais, equipas, instituições ou materiais que vai ter de ir contactando ou procurando durante o percurso da prestação dos cuidados de tratamento, reabilitação, readaptação ou reinserção;
- d) **Lembrar** o doente e/ou o familiar cuidador que o plano não é rígido, mas flexível e que mudará com o evoluir das condições do doente e do funcionamento dos serviços, tendo de ir sendo actualizado;

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

- e) **Lembrar**, também, que pode sempre pedir esclarecimentos ou outro apoio.

B - RELATÓRIO SOCIAL

Elaboração do relatório social que constará do processo de saída do doente.

LEMBRE-SE QUE

A entrega personalizada do caso ao Assistente Social da equipa que continuará a prestação dos cuidados ao doente/família é o procedimento que melhor potencia o trabalho já realizado e que garante:

- a) A melhor integração do doente e família na instituição que vai receber o doente, assim como a melhor utilização de todos os recursos que a mesma lhes disponibilizará;
- b) No caso de o doente retornar ao seu domicílio, garante a melhor continuidade do apoio ao doente/família para o seu regresso, facilitando a continuação do desenvolvimento de competências pessoais e sociais de gestão da situação de doença, incluindo o auto-cuidado e a prestação de cuidados por familiares, a reorganização familiar, habitacional, económica, profissional/ocupacional e escolar;
- c) A melhor articulação com os restantes níveis de cuidados.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

5. DESEMPENHO NAS UNIDADE DE AMBULATÓRIO

UNIDADE DE DIA E DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA

NOTA INTRODUTÓRIA

Tal como nas unidades de internamento, também nas unidades de ambulatório o desempenho dos assistentes sociais incide sobre o apoio psicossocial ao doente e família, promovendo a autonomia e a capacitação dos utentes para uma vida socialmente activa, e na articulação e cooperação dos serviços da rede de suporte ao doente/dependente.

As especificidades do desempenho profissional são as que resultam do respeito pelas características da população utente, da missão da Unidade de prestação dos cuidados e da área geo-demográfica onde esta se situa, identificando-se igualmente quatro momentos no processo metodológico da intervenção: o acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados, sempre que necessário.

5.1 - ACOLHIMENTO

Junto ao Doente e Família

- **Apoio à integração** do doente/dependente e familiares na instituição;
- **Informação sobre o funcionamento da Unidade**, nomeadamente sobre as actividades e serviços que esta disponibiliza; os cuidados que presta; as condições de participação e integração dos familiares; os meios de transporte que assegura, seus horários e condições de utilização;
- **Gestão de expectativas** quanto aos graus de recuperação, autonomia, reabilitação e reinserção sócio-familiar a obter;
- **Recolha de informação** pertinente ao processo de reinserção sócio-familiar e/ou profissional/escolar do doente/dependente;

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

- **Incentivo à participação** da família nas actividades institucionais, sempre que aconselhável e possível.

No Gabinete de Trabalho

- **Análise preliminar** da situação, incluindo, designadamente, a identificação de factores de risco;
- **Recolha de referências** junto de todos os outros elementos da equipa;
- **Identificação da rede** de integração e suporte ao doente e família: recursos familiares e de vizinhança; instituições e serviços comunitários.

5.2 - PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS

Preparação Junto ao Doente e Familiar Cuidador

- Actualização e adequação do plano individual de cuidados;
- Consideração das particularidades psicossociais do doente/família na elaboração e gestão do plano de cuidados.

Elaboração Com a Equipa, o Doente e/ou Familiar Cuidador

- Partilha multidisciplinar e intersectorial de informação de âmbito clínico e psicossocial;
- Discussão em equipa e com o doente/família dos cuidados a prestar e da evolução previsível dos mesmos;
- Consideração da articulação e cooperação dos serviços do SNS com os da Segurança Social; Acção Social das Autarquias e/ou outros para a satisfação das necessidades dos doentes e/ou dependentes da instituição.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

5.3 - ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL

Junto ao Doente e Familiar Cuidador

Manutenção da Relação de Ajuda que permite ao doente e à família exprimirem as suas emoções, expectativas e necessidades:

- Apoio ao doente e família na adaptação às alterações provocadas pela doença/dependência, ao nível físico, emocional, familiar, profissional ou escolar, nas relações sociais, hábitos e estilos de vida;
- Estímulo ao desenvolvimento de novas competências, valorizando sempre as que se mantiveram, no sentido de que o doente continue com uma participação familiar e social activas;
- Reforço da informação ao doente e família, em articulação com os restantes profissionais da equipa;
- Avaliação do grau de satisfação do doente/família relativamente aos serviços e cuidados prestados;
- Preparação para a morte e apoio no luto, se adequado.

Em Gabinete

Avaliação da situação na perspectiva da continuidade do doente na instituição, ou da sua passagem ao domicílio, ou a outro nível de cuidados.

- Identificação de necessidades, dificuldades ou constrangimentos, bem como de recursos e potencialidades (socio-económicas, culturais, de vizinhança ou outras) para a prestação dos cuidados necessários ao doente noutra nível de cuidados;
- Se necessário, avaliação da existência ou não de familiar ou outra pessoa com competências para ser cuidador: disponibilidade, condições físicas, emocionais, de relacionamento e intimidade com o doente.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

5. 4 - PREPARAÇÃO DA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

A – PLANEAMENTO DA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

Com a Equipa, o Doente e/ou Familiar Cuidador

- **Identificação** em equipa e com o doente e família, das necessidades de âmbito clínico e psicossocial decorrentes da situação de doença e/ou dependência e da continuidade ou não de cuidados em instituição de outro nível ou no domicílio;
- **Garantir a articulação** e efectivação das actividades referentes à educação do doente e cuidador;

Com o Doente e/ou Familiar Cuidador

- **Sensibilização**, motivação e consciencialização do doente para o auto-cuidado e dos seus familiares para a prestação dos cuidados;
- **Mobilização** e promoção da articulação dos serviços da comunidade de modo a accionar os recursos necessários às situações específicas de cada doente e/ou dependente e família;
- **Articulação** com os restantes níveis de cuidados;
- **Informação e articulação** com os locais de trabalho ou escolares, tendo em vista a plena e adequada inserção sócio-profissional ou escolar do utente.

B - RELATÓRIO SOCIAL

Elaboração do relatório social que constará do processo de saída do doente.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

6. DESEMPENHO NAS EQUIPAS HOSPITALARES

EQUIPA DE GESTÃO DE ALTAS

EQUIPA INTRAHOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

NOTA INTRODUTÓRIA

Diferentemente das orientações dadas para o desempenho dos assistentes sociais nas anteriores Unidades da Rede – Unidades de Internamento e Unidades de Ambulatório -, face às Equipas Hospitalares é necessária uma referência particular a cada um dos dois tipos de equipas, considerando-os separadamente, já que se trata de entidades com finalidades distintas, onde em cada uma delas é valorizada uma das dimensões do desempenho do assistente social hospitalar.

Enquanto que a Equipa de Gestão de Altas visa a articulação de serviços, tendo em vista assegurar a melhor qualidade das transferências dos doentes/dependentes para outros níveis de cuidados, a Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos visa o aconselhamento diferenciado a profissionais e utentes e a prestação de cuidados directos a doentes em fim de vida.

A primeira potencia a dimensão de articulação dos serviços dentro e fora do hospital de agudos, dimensão contida no desempenho dos assistentes sociais a fim de assegurarem o funcionamento das redes de suporte aos doentes no pós-alta. Na segunda a centralidade da acção profissional é colocada na dimensão do apoio psicossocial ao doente/família, no suporte interprofissional e ainda em acções de extensão à Comunidade.

As orientações vertidas neste Manual, particularmente no que se refere ao desempenho nas Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos, embora como em todas as restantes tenham suporte em descrições da literatura, resultam prioritariamente da experiência dos profissionais no Instituto Português de Oncologia.

6.1 - EQUIPA DE GESTÃO DE ALTAS

A participação do assistente social nas equipas de gestão de altas visa:

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

- Assegurar a articulação da equipa funcional de prestação de cuidados ao doente com a equipa da instituição da rede que o continuará a seguir, a fim de garantir uma passagem personalizada, segura, serena e completa de um nível de cuidados para outro nível de cuidados;
- Assegurar a realização de processos de *follow-up*, particularmente quando em presença de casos de doenças infecto-contagiosas que exijam o cumprimento rigoroso das tomas medicamentosas e de comportamentos sociais preventivos;
- Assegurar a avaliação do processo de Planeamento de Altas e de Continuidade dos Cuidados e a implementação de medidas correctivas;
- Propor critérios de uniformização da organização dos processos e dos indicadores de recolha da informação de âmbito psicossocial;
- Sistematizar a informação de âmbito psicossocial e avaliar a efectividade dos processos de intervenção;
- Actualizar o banco de recursos de saúde e sociais para enquadramento e suporte à continuidade dos cuidados, monitorizando as necessidades;
- Organizar acções ou procedimentos de assessoria aos profissionais dos serviços;
- Assegurar a articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais, bem como com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde.

6.2 - EQUIPA INTRAHOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

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.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

A - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Avaliação de:

- Necessidades práticas e emocionais, nomeadamente de reacção às perdas; expectativas e mecanismos de adaptação; comportamento da família: comunicação, organização familiar, expressão dos sentimentos; rede social pessoal e potencialidades para apoio;
- Identificação de pessoas vulneráveis: relacionamentos dependentes ou ambivalentes; lutos frequentes; doenças do foro psíquico, nomeadamente depressão, baixa auto-estima;
- Factores associados à dificuldade de realização do luto:

no momento da morte - morte de jovem; mortes estigmatizadas (SIDA, suicídio); morte súbita ou inesperada; culpabilidade pela morte; morte de um elemento de casal idoso, principalmente se for da esposa; não aceitação da morte; ter sido cuidador do falecido durante muito tempo (meses); inabilidade ou dificuldade de aceitação dos rituais fúnebres.

depois da morte - nível de suporte social percebido; falta de oportunidades para novos interesses e relacionamentos; *stress* de outras crises de vida.

Intervenção:

- 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 confrangedores 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.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

B - APOIO INTERPROFISSIONAL NA EQUIPA

A participação do assistente social no apoio interprofissional, processa-se:

- Na discussão de casos;
- Na formação em cuidados paliativos;
- No suporte emocional aos profissionais.

C - ACÇÕES DE EXTENSÃO À COMUNIDADE

A participação do assistente social nas acções de extensão à comunidade, processa-se:

- No desenvolvimento de parcerias;
- Na participação na formação de profissionais;
- No acompanhamento e avaliação de projectos.

LEMBRE-SE QUE

Para intervir em ambientes de prestação de **cuidados paliativos deve capacitar-se** para o uso de uma linguagem sensitiva e da comunicação não verbal (toque, expressão, atenção, olhar).

Para os profissionais em cuidados paliativos, poucas são as mortes súbitas ou inesperadas, contudo é importante ter presente que para os familiares ou amigos pode não ser assim. Eles podem ver (sentir) a realidade de outro modo e considerarem a morte súbita ou inesperada, mesmo quando o doente está em fase terminal.

Este trabalho pode ser realizado individualmente e/ou com a família e/ou rede e tem vantagem em ser realizado em pares: médico(a) e assistente social; assistente social e enfermeiro(a), etc.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

7. DESEMPENHO NAS EQUIPAS DOMICILIÁRIAS

EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

NOTA INTRODUTÓRIA

O desempenho dos assistentes sociais da saúde nas Equipas Domiciliárias de prestação de cuidados integrados e de suporte em cuidados paliativos, opera-se a partir da sua inserção nos Centros de Saúde, e tal como em todas as instâncias da Rede anteriormente referidas, desenvolve-se ao nível da interacção do doente/dependente/família com o seu meio envolvente.

Enquanto que na intervenção em ambientes institucionais, particularmente nos internamentos, o foco da acção profissional está posto na organização e capacitação do indivíduo e da sua rede de suporte para que estes façam face à doença/dependência e suas consequências, nas equipas domiciliárias o foco da atenção profissional está colocado no meio envolvente, através da conscientização e capacitação de grupos de indivíduos e de comunidades para se organizarem e responderem às necessidades especiais de todos os seus concidadãos.

O **atendimento** individualizado; a **gestão** institucional, o **trabalho de grupo**; e a **organização comunitária**, são os quatro níveis da intervenção do assistente social no âmbito do funcionamento das Equipas Domiciliárias e a seguir enunciados, apesar das especificidades da sua acção em cada tipo de equipa, particularmente ao nível do atendimento individualizado.

7.1 - ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO

A - PREPARAÇÃO DA PRIMEIRA VISITA DOMICILIÁRIA

- Análise prévia do caso em equipa multidisciplinar e intersectorial, prevendo necessidades, nomeadamente:
 - i) de ensino para o auto cuidado, para a prestação de cuidados pelo cuidador-familiar e/ou para a prestação de cuidados por cuidadores externos, profissionais ou voluntários;
 - ii) de fornecimentos de serviços de âmbito médico e social;

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

- iii) de suporte económico-financeiro;
- iv) de gestão da vida familiar ou profissional;

- Identificação familiar e demográfica completas.

B - PRIMEIRA VISITA DOMICILIÁRIA

- Criação de uma relação empática, favorecedora de suporte emocional e de sentimentos de segurança;
- Escuta do doente e cuidador, se necessário, separadamente, sobre as necessidades bio-psicossociais que identificaram (médicas, de enfermagem, de reabilitação, de gestão familiar, económicas, habitacionais, profissionais, religiosas ou outras), bem como das preferências que têm quanto às modalidades da prestação dos cuidados e da disponibilização dos serviços;
- Identificação, com o doente e cuidador, dos serviços e cuidados efectivamente necessários ao tratamento e à promoção da autonomia do doente no domicílio;
- Avaliação da frequência e tempo gasto em cada tipo de serviços e cuidados necessários;
- Avaliação da predisposição dos utentes para o uso de tratamentos alternativos;
- Informação sobre a rede de instituições e profissionais que constituem recursos potenciais na satisfação das necessidades identificadas;
- Elaboração, com o doente e cuidador, de um plano de cuidados, ficando claramente identificados os prestadores dos serviços e/ou cuidados, bem como os seus contactos e horários;
- Elaboração, se necessário, de notas escritas sobre os procedimentos referidos no plano de cuidados e contactos disponibilizados.

C - REUNIÕES DE EQUIPA MULTIDISCIPLINAR E INTERSECTORIAL

- Partilha de informação de âmbito clínico e psicossocial;
- Avaliação da evolução do doente e da adaptação da família;

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

- Análise do cumprimento do plano de cuidados e avaliação da necessidades ou não da sua correcção e aperfeiçoamento;
- Promoção da articulação e cooperação de instituições, profissionais e voluntários que contribua para o apoio ao doente e família.

D - ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL

- Promoção do auto-reconhecimento das capacidades de reabilitação e recuperação da saúde, junto do doente e da família;
- Estímulo ao desenvolvimento de novas competências, valorizando sempre as que se mantiveram, no sentido de que o doente continue com uma participação familiar e social activas;
- Incentivo à adesão à terapêutica, à educação e à reabilitação;
- Promoção da manutenção ou reforço das relações de sociabilidade do doente e da família;
- Aconselhamento ao doente e família na tomada de decisões relativas à reorganização e gestão da vida familiar, profissional/ocupacional ou escolar;
- Avaliação do grau de satisfação do doente/família relativamente aos serviços e cuidados prestados e processos de prestação;
- Mobilização e promoção da articulação com os Serviços da comunidade de modo a accionar os recursos necessários para responder a problemas decorrentes da situação de doença/dependência;
- Articulação das actividades referentes à educação do doente e cuidador;
- Articulação com os restantes níveis de cuidados;
- Preparação para a morte e apoio no luto, se adequado¹.

¹ Ver as referências das equipas intrahospitalares de cuidados paliativos.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

7.2 - GESTÃO INSTITUCIONAL

- Uniformizar os critérios de organização dos processos e dos indicadores de recolha da informação de âmbito psicossocial na Rede;
- Avaliar e gerir sistemas de informação;
- Sistematizar a informação de âmbito psicossocial e avaliar a efectividade dos processos de intervenção;
- Realizar estudos sobre indicadores de risco e necessidades de intervenção social, desenvolvendo dispositivos pró-activos de identificação de pessoas e grupos de atenção prioritária;
- Identificar medidas de melhoria de articulação entre os serviços de saúde e os de apoio social;
- Promover o contacto regular entre serviços da comunidade e/ou outros que assegurem cuidados aos doentes, monitorizando a continuidade e articulação das acções dos planos de cuidados;
- Avaliar a qualidade das respostas e a satisfação dos doentes/famílias.

7.3 - TRABALHO DE GRUPO

- Identificar indivíduos com afinidades em situações de saúde/doença;
- Criar grupos de auto-ajuda, respondendo às motivações, interesses e necessidades identificadas;
- Organizar grupos de famílias para a sua capacitação na prestação de cuidados a doentes com patologias específicas;
- Incentivar a organização e supervisionar grupos de voluntários que desenvolvam acções de apoio aos doentes e suas famílias;
- Incentivar o desenvolvimento de formas de organização;
- Apoiar iniciativas de grupos ou organizações.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

7.4 - ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA

O desempenho do assistente social processa-se pelo uso de metodologias que prevêm a conscientização, organização e capacitação de grupos de populações, que podem ou não incluir os doentes/dependentes e suas famílias, e a articulação e/ou cooperação de recursos (públicos; privados lucrativos ou não lucrativos; formais ou informais), tendo em vista a satisfação das necessidades identificadas em serviços e cuidados que proporcionem aos doentes/dependentes o maior bem estar, autonomia e inserção social.

Pressupõe-se que a participação comunitária é um direito e um dever de cidadania e entende-se que aquela constitui *“o processo social em virtude do qual grupos específicos da população que têm em comum alguma necessidade, problema ou centro de interesse e vivem numa mesma comunidade, tratam activamente de identificar essas necessidades, problemas ou centros de interesse, tomam decisões e estabelecem mecanismos para resolvê-los.”* (Idañez, 2001:31)

Trata-se, portanto, da organização de comunidades identitárias, onde a acção profissional tem por finalidade mudanças de atitudes e a promoção ou criação de serviços para um grupo social determinado, sendo o papel do profissional o de organizador, facilitador, provedor de grupos de populações.

O processo de intervenção passa por três etapas: a identificação do meio de intervenção e da problemática e a planificação da acção (Comeau, 2005).

A - IDENTIFICAÇÃO DO MEIO DE INTERVENÇÃO

- Análise da comunidade local – elementos históricos; dados económicos, demográficos e sociais. Os dados são descritivos, evolutivos e comparativos;
- Consideração da entidade empregadora – políticas e planos de acção institucionais; filosofias, modelos e regras de funcionamento.

B - IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Construção, de modo coerente e rigoroso, da análise sistemática de uma situação. A problemática deve permitir examinar um problema social sob os seus diferentes aspectos e numa ordem que demonstre o ponto de vista defendido, o rigor e o domínio do pensamento

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

sobre o que é argumentado.

- Inventário dos problemas sociais que possam ter consequências nefastas na saúde de grupos de pessoas, considerando-se a necessidade de uma mudança para o seu próprio bem-estar;
- Escolha de um problema e respectiva justificação;
- Análise social do problema: Descrição, definição e medição do problema; Causas do problema e factores agravantes - esforços feitos no passado e localmente para resolver o problema;
- Identificação da necessidade. A necessidade deve ser bem concreta e estará bem identificada quando conduzir a uma formulação do projecto de acção. Resume-se a situação actual, indica-se o que será a situação ideal, evoca-se o que permitirá produzir a mudança de uma situação para a outra;
- Análise das oportunidades: Aliados potenciais; Opositores potenciais; Abertura ao projecto de acção (conjuntura; factos; acontecimentos; leis, etc, que podem afectar positivamente ou negativamente o projecto);
- Identificação dos interesses em jogo: Interesses relativos ao poder, ou próprios a uma pessoa numa dada situação; Interesses relativos ao ponto de vista sobre a situação. Um ponto de vista pode ser mais ou menos dominante, ou mais ou menos dominado e os actores têm interesse em fazer valer o seu ponto de vista.

C - PLANIFICAÇÃO DA ACCÇÃO

- A finalidade, objectivo geral e objectivos específicos;
- As estratégias;
- Os meios e as actividades;
- O processo de avaliação.

**Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI**

BIBLIOGRAFIA

Brumley R. D., Hillary K. The TriCentral Palliative Care Program Toolkit. 1st ed. Brumley/Hillary: Kaiser Permanente; 2002.

Comeau Yves Méthode d'intervention en service social – Modèles et méthodologie de l'intervention en organisation communautaire, policopiado. Lisboa: UCP - Faculdade de Ciências Humanas; 2005.

Dhooper Surjit Singh Social Work in Health Care in the 21st Century. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 1997.

Idáñez M J Aguilar La Participación Comunitaria en Salud: Mito o Realidad? Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A.; 2001.

International Federation of Social Workers (IFSW). Ethics in Social Work Statement of Principles. IFSW General Meeting; 2002 July 10-12; Geneva, Switzerland.

National Association of Social Workers (NASW) Certified Advanced Social Work Case. Baltimore: NASW Specialty Certifications; 2005.

National Association of Social Workers (NASW) Certified Social Worker in Health Care (C-SWHC). Baltimore: NASW Specialty Certifications; 2005

National Consensus Project For Quality Palliative Care Clinical practice guidelines for quality palliative care. Pittsburgh: National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2004.

National Stroke Foundation. National Clinical Guidelines for Acute Stroke; 2003.

Northen Helen Serviço Social Clínico: um Modelo de Prática. Tradução de Helena Salgado e Maria Luísa Viegas; revisão Helena Farah Perez. Rio de Janeiro: Agir, 1984.

Santé et Services sociaux Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Laval: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux; 2004.

Sites: www.msss.gouv.qc.ca; www.hes-so.ch; www.ulb.ac.be; www.eesp.ch; www.travail-social.com; www.travailsocial.uqam.ca;

***Manual de Boas Práticas para os Assistentes
Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados - RNCCI***

Documento elaborado na Direcção-Geral da Saúde por

Francisco Branco

Henrique Joaquim

Maria Aurora Matias

Maria Eduarda Oliveira

Maria do Rosário Miranda

Consultor

Paulo Kuteev-Moreira

Coordenadora Técnica

Beatriz Couto

Coordenação Executiva

Anabela Candeias

Alexandre Diniz

Divisão da Qualidade

Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde

