

LILIANA MARINA PLÁCIDO RODRIGUES

**AS INTENCIONALIDADES NO AGIR PROFISSIONAL DA
ASSISTENTE SOCIAL**

A EXPERIÊNCIA NO ACES VI LOURES

Relatório da Atividade Profissional

Orientadora: Prof.^a Doutora Marília de Carvalho Seixas Andrade

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração

Lisboa

2013

LILIANA MARINA PLÁCIDO RODRIGUES

**AS INTENCIONALIDADES NO AGIR PROFISSIONAL DA
ASSISTENTE SOCIAL**

A EXPERIÊNCIA NO ACES VI LOURES

Relatório da Atividade Profissional apresentado para a obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social no Mestrado de Serviço Social e Política Social conferido pela Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Prof.^a Doutora Marília de Carvalho Seixas Andrade

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração

Lisboa

2013

Dedicatória

Este trabalho é inteiramente dedicado a ti, mano pela força que sempre me transmitiste, a tua alegria e o teu sorriso que me acompanharão sempre.

**Obrigada por ao longo da tua curta estadia entre nós, me teres influenciado sobre princípios que considero basilares para o meu quotidiano pessoal e profissional.
Obrigada pelo orgulho que sentias por mim.**

Estarás sempre no meu coração

Agradecimentos

À Professora Doutora Marília Andrade orientadora, pelo rigor, exigência que me fez evoluir, pelos momentos em que não me fez desanimar, principalmente nos mais difíceis porque passei.

Às minhas colegas e companheiras da equipa de serviço social do ACES VI Loures.

À minha família

Aos meus filhos pela tolerância e compreensão apesar de pequeninos.

Ao meu marido, grande companheiro, amigo que me substituiu na atividades junto dos nossos filhos, para que eu tivesse possibilidade de concretizar este sonho.

Aos meus pais pelos valores éticos com que me educaram e motivação para continuar e lutar pelo meu sonho.

Resumo

Focalizado no sentido ético-político do agir da assistente social, o presente relatório expõe a reflexão problematizada da prática profissional vivenciada no Agrupamento de Centros de Saúde Sacavém/Loures (ACES VI Loures). A reflexão acontece mediada por referenciais teóricos e empíricos que lhe conferem sustentação.

Perceciona-se a intervenção da assistente social no Centro de Saúde como muito diversificada e complexa, atendendo à sua participação em várias unidades funcionais, programa e projetos, no âmbito das medidas de política social e ao trabalho quotidiano, com a população do Concelho de Loures.

Considera-se que a intervenção da assistente social emerge e termina na comunidade e que os serviços de proximidade têm o privilégio de conhecer melhor as populações derivando daqui a possibilidade de adaptarem programas e estratégias de atuação, de forma coerente e ajustada às características e necessidades locais.

Afirma-se que o desenvolvimento de uma intervenção com qualidade, junto da comunidade, só se torna possível se a assistente social puder realmente intervir de forma interdisciplinar e interpretar os fenómenos sociais numa visão holística.

Demonstra-se que o agir profissional da assistente social possui uma intencionalidade que tem subjacente uma dualidade de compromissos: o ético-político e o normativo-institucional. O primeiro é orientado por procedimentos teórico-metodológicos e por princípios éticos e deontológicos, que norteiam a relação com a população destinatária. O segundo é condicionado pelas orientações normativas emanadas da instituição sendo a maioria decorrente de decisões mais amplas tomadas pelo poder político.

A par dos princípios éticos, o agir do assistente social possui uma tradição política e autonómica mas, no quotidiano institucional, verifica-se frequentemente uma redução acentuada da autonomia profissional. Efetivamente, no caso em análise, a função da assistente social, no ACES VI Loures é associada a uma prática funcionalista de gestão de assuntos burocráticos e de questões pecuniárias.

Prevalece o normativo institucional em prejuízo de uma intervenção direta e competente junto das famílias, das pessoas e da comunidade, a partir da integração nas equipas de saúde.

Decorrentes deste estado de coisas surgem dilemas e inquietações no agir da assistente social. No contexto de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) cada vez mais fragilizado pela não assunção de direitos outorgados pelo Estado de Direito ficam em causa a participação cidadã, a justiça social, a equidade e o bem-estar dos intervenientes e das populações.

Palavras-chave: intencionalidade, agir profissional compromisso ético-político, compromisso normativo-institucional, trabalho em equipa.

Abstract

The preparation of this professional activity report is based in the practice at the Cluster of General Practice Health Centers in Sacavém/Loures. The discussion takes into account theoretical and empirical frameworks, which provide theoretical support.

The intervention of a social worker at the health center is very diverse, given its participation in the various functional units, programs and projects in the context of social policy measures, in favor of the community of the council of Loures.

Considering that the intervention emerges and ends in the community, it is thought that local proximity services have the privilege of knowing the people better and hence the possibility to adapt the programs and action strategies in a more consistent and adjusted manner.

It is stated that the development of a quality intervention in the community setting is only possible if the social worker is involved in an interdisciplinary way and is able to interpret the social phenomena in a holistic manner.

It is demonstrated that the professional practice has an intentionality that is based on a duality of commitments: the ethical-political and regulatory and / or institutional. The first is guided by a code of ethical and deontological principles that guides the relationship with the target population. The second is conditioned by normative institutional guidance emanated daily, most of them resulting from decisions taken by the political power.

Alongside ethical principles, the social worker action possesses a political and autonomical tradition, but in institutional daily reality, one sees an important reduction of the professional autonomy frequently. In fact, in the discussed case, the social worker function at the Cluster of General Practice Health Centers in Loures is associated with a functionalist practice in solving of bureaucratic affairs and pecuniary matters.

Due to the current status, dilemmas and restlessness arise in the worker practice. In the context of an increasingly fragile National Health Service (NHS) assumption of vested rights in the rule of law, the citizenship participation, social justice, equity and the well-being of the professionals and populations are jeopardized.

Keywords: intentionality, professional ethical-political action, legal and institutional commitment, teamwork.

Lista de Abreviaturas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVTJ IP – Administração Regional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público

CATUS – Centro de Atendimento e Tratamento a Utentes em Situação Aguda

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

IPSS – instituição particular de solidariedade social

MAC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

NLI - Núcleo Local de Intervenção

NACJR – Núcleo de Acompanhamento de Crianças e Jovens em Risco

PNPSO – Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral

PSP – Polícia de Segurança Pública

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI - Rendimento Social de Inserção

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCF - Unidade Coordenadora Funcional

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

UCSP – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

Introdução	10
Capítulo I – O Serviço Nacional de Saúde, os Cuidados de Saúde Primários o ACES de Loures e o Serviço Social	14
1. Algumas considerações sobre os cuidados de saúde primários em Portugal	15
2. Breve caracterização do ACES VI Loures	21
3. Contextualização do serviço social no ACES VI Loures	23
Capítulo II - Intencionalidades do Agir da Assistente Social: Referenciais Teórico-Analíticos	30
1. As intencionalidades no agir profissional	31
2. O agir da assistente social visando a intervenção interdisciplinar	36
Capítulo III - Problematização do Agir da Assistente Social: as Ligações entre a Teoria e a Empiria	40
1. O agir profissional na dimensão comunidade	41
2. Um olhar crítico sobre o lugar do serviço social e da população destinatária	87
Conclusão	98
Bibliografia	109
Anexos	117
Apêndices	140

Introdução

O presente relatório da atividade profissional insere-se no Mestrado de Serviço Social e Política Social, de acordo com a Ordem de Serviço n.º 54/2011 e no Regulamento para a obtenção do grau de mestre pelos Licenciados Pré-Bolonha da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT) homologado em 23 de outubro de 2012, no Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março e demais legislação aplicável.

A elaboração deste relatório tem como base metodológica a utilização da norma da American Psychological Association (APA) adotada por esta Instituição Universitária.

A realização deste trabalho é o resultado da reflexão e problematização do meu agir profissional, com base em questões teóricas-conceituais, pesquisadas em fontes bibliográficas e nas questões empíricas, resultantes do quotidiano, no ACES VI Loures. Como suporte, foram utilizadas fontes documentais resultantes dos instrumentos de registo profissional e dos documentos normativos.

A motivação que influenciou a escolha deste tema foi o facto de ser assistente social, nos cuidados de saúde primários (CSP) e a possibilidade de refletir sobre um conjunto de práticas ao nível da intervenção interdisciplinar, analisando de que forma estas experiências contribuem para a promoção da cidadania da população destinatária.

O desenvolvimento da cidadania e a concretização dos direitos sociais, nomeadamente o direito à saúde não é um processo linear, tem avanços e recuos, por isso, os direitos alcançados têm que ser defendidos e exercidos continuamente. Neste decurso, o trabalho da assistente social tem tido um papel decisivo.

Ao longo de três anos a intervir, como assistente social nos CSP, tenho percebido que há um compromisso profissional com a comunidade, de maneira a ir ao encontro das necessidades de cada família, para que, o acesso à saúde, seja uma expressão de cidadania e não uma luta diária na conquista de direitos.

A reflexão e a sistematização da prática no quotidiano exigem a utilização de procedimentos teórico-metodológicos, princípios éticos e deontológicos e uma preocupação em promover a interdisciplinaridade, face aos problemas apresentados pela população destinatária.

A problematização, a investigação e as análises críticas, sobre o agir profissional são condições imprescindíveis para a rutura com práticas desatualizadas e, para a construção e reconstrução de conhecimentos, que suportam outras formas de atuação. O desafio é articular a intervenção com a produção de conhecimentos, sem descurar a ação prática-interventiva.

A reflexão sobre a intencionalidade, do próprio agir, é um trabalho que exige uma enorme vigilância epistemológica, porque toca e expõe a identidade pessoal e profissional e as representações sociais.

No âmbito da reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a 29 de novembro de 2012, a Portaria n.º 394-B/2012 veio proceder a alterações ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, tendo sido introduzidas as mudanças na organização dos ACES.

O ACES VI Loures passou a designar-se por ACES Loures-Odivelas, decorrente da junção com as extensões de saúde de Odivelas. Todavia, esta problematização que agora se apresenta assenta na intervenção desenvolvida no ACES VI Loures de abril de 2009 a dezembro de 2012, não contemplando as alterações introduzidas nos textos legislativos referenciados no parágrafo anterior.

Este trabalho visa refletir e problematizar as intencionalidades do agir profissional e tem como **objeto de estudo** o agir profissional da assistente social no ACES VI Loures na relação com as práticas das equipas de saúde, médicos e enfermeiros e no relacionamento com os destinatários da ação através das situações apresentadas.

O **objetivo geral** é perceber e revelar o sentido ético-político do agir da assistente social, no ACES VI Loures, no contexto socioeconómico, político e cultural atual.

Os **objetivos específicos** são:

- Analisar o quotidiano do agir profissional da assistente social, na relação com a comunidade e com a instituição no contexto do SNS, no âmbito de uma prática interdisciplinar;
- Refletir e problematizar a intencionalidade do agir da assistente social, na interação com as práticas das equipas de saúde e particularmente com os destinatários das ações.

A metodologia adotada, na realização deste trabalho, é de natureza qualitativa e consistiu na pesquisa de fontes bibliográficas e documentais, na investigação teórica e na reflexão problematizada da experiência empírica, decorrente da minha atividade profissional no ACES VI Loures, junto dos destinatários da ação e na relação com as práticas das equipas de saúde.

Do ponto de vista metodológico foram analisados e interpretados os instrumentos e ferramentas de trabalho utilizados no quotidiano profissional, na relação com a população destinatária, nas interações com as equipas de saúde, bem como, a documentação sobre as orientações normativas do funcionamento e dinâmica do ACES.

A estrutura deste relatório encontra-se organizada por capítulos.

No capítulo I é apresentada uma breve contextualização do SNS, dos CSP em Portugal, do ACES de Loures e do serviço social, salientando a intervenção junto da população destinatária, dado que a dimensão da comunidade será privilegiada nesta reflexão problematizada.

No capítulo II expõe-se as intencionalidades no agir da assistente social utilizando os referenciais teóricos e analíticos. Nele é descrito o conceito de intencionalidade, relacionando-o com a prática da assistente social. São abordados os conceitos que condicionam o agir profissional e consubstanciam a problematização do objeto de estudo, como sejam, a capacitação, a equidade e a justiça social.

O último capítulo é reservado à problematização do agir profissional, na dimensão da comunidade. Nesta reflexão, baseada na realidade empírica e referenciais teóricos, são identificados os principais dilemas que ocorrem na vivência profissional quotidiana.

Na reflexão produzida considera-se a atual situação económica, social e política portuguesa; as alterações no SNS e particularmente nos CSP com consequências restritivas no serviço social, na sua dimensão interventiva e autonomia profissional, junto dos destinatários da ação.

Segue-se a conclusão, na qual são reveladas as principais contribuições da reflexão problematizada. Serão destacados os principais aspetos e ilações que foram desenvolvidos no decurso do trabalho, avaliando de forma crítica, reflexiva e fundamentada o modo como os

objetivos inicialmente estabelecidos foram, ou não, alcançados. Para além de destacar os aspetos mais marcantes do trabalho, identificam-se novas áreas de análise suscitadas pela atividade de pesquisa.

O presente relatório termina com as referências bibliográficas trabalhadas e, por último, os anexos, apêndices e o suporte digital que se entendem como apoios à compreensão do texto.

Capítulo I

O Serviço Nacional de Saúde, os Cuidados de Saúde Primários, o ACES de Loures e o Serviço Social

Este capítulo consagra uma breve alusão à evolução do SNS nos CSP. No meu quotidiano, surgem diversos dilemas e interrogações, que considero terem reflexos no comprometimento nos direitos legitimados no Estado de Direito. De forma muito sucinta, é explicitada a organização do ACES VI Loures, instituição onde desenvolvo a minha atividade profissional.

Ainda neste capítulo é feita a contextualização do serviço social decorrente das alterações do CSP com consequências no agir profissional e nas intercessões com os diferentes profissionais.

1. Algumas Considerações Sobre os Cuidados de Saúde Primários em Portugal

“A Lei de Bases Saúde (Lei 48/90, com alterações introduzidas pela Lei 27/2002) confere especial relevância à adequação dos meios e à atuação do sistema de saúde, orientadas para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças. Tal fato implica uma conceção integral da saúde e impõe o desafio, aos serviços prestadores de cuidados de saúde, de agregarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam a prestação de cuidados curativos, reabilitadores ou de cuidados paliativos.” (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016).

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016, são destacados quatro eixos estratégicos: a cidadania em saúde, a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde, a qualidade em saúde e as políticas saudáveis.

No mesmo documento são referidos quatro objetivos: o primeiro é obter mais valor em saúde, nele é reforçada a ideia de que o desenvolvimento do sistema de saúde deve refletir-se na obtenção de ganhos em saúde das populações e subgrupos, através da identificação de prioridades e disposição de recursos aos vários níveis, considerando as intervenções custo-efetivas com maior impacto.

O segundo objetivo é promover contextos saudáveis ao longo do ciclo de vida. Para isso, é necessário a promoção, a proteção e manutenção da saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença, utilizando uma visão integrada das necessidades e oportunidades de

intervenção de modo contínuo e específico em cada contexto, mas também sobrepondo visões de articulação e de integração de esforços entre contextos.

O terceiro objetivo é reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença, para isso, é essencial a clarificação do papel dos vários agentes do sistema, o reforço dos mecanismos próprios e a sustentabilidade do próprio sistema de saúde.

O quarto objetivo passa por reforçar a participação de Portugal na saúde global, uma vez que, os sistemas de saúde devem ser sistemas abertos, interdependentes, do desenvolvimento rápido e capazes de resposta rápida a novas ameaças, o sistema de saúde português deve partilhar a inovação, articular-se internacionalmente, contribuir para o reforço e o desenvolvimento solidário de outros sistemas e incorporar os avanços internacionais.

Através deste plano, é distinguida a visão presente e futura do sistema de saúde.

De acordo com Mariana Silva (2012), na análise do Estado Providência Contemporâneo é basilar problematizar as Políticas de Saúde, porque representam uma das principais parcelas das despesas sociais, a par das pensões, porque têm implicações universais ao longo do ciclo de vida. Sobre os sistemas de saúde existem grandes pressões, tal como, em outras áreas sociais, sobretudo pelo aumento continuado da despesa, pelas questões demográficas, pela falta de crescimento económico e pelos constrangimentos fiscais.

A mesma autora refere que a saúde apresenta especificidades importantes, tais como: a complexidade económico-financeira que decorre, em grande parte, da inovação tecnológica e terapêutica e da centralidade do poder dos profissionais de saúde. Assim, identifica seis grandes fases do Serviço Nacional de Saúde português recorrendo à proposta do Observatório Português dos Sistemas de Saúde:

- “1970 a 1982, um período de criação e expansão do Serviço Nacional de Saúde;
- 1982 a 1995, em que a agenda predominante é a mudança da fronteira entre público e privado;
- 1995 a 2002, em que a agenda predominante é a do aumento dos serviços existentes e em que é visível o recuo na narrativa da privatização do Serviço Nacional de Saúde, desenvolvendo, todavia, as políticas de criação de um mercado interno;
- 2002 a 2005, em que foi visível uma combinação de estratégias centradas na eficiência entre público e privado e de substituição do Serviço Nacional de Saúde por um Sistema Nacional de Saúde;

- 2005 a 2009, com políticas que acentuam a manutenção da referência ideológica do Serviço Nacional de Saúde e alargamento e modernização de serviços, ao mesmo tempo que se mantêm e acentuam as estratégias que visam os ganhos de eficiência;
- Desde 2010, com a aplicação de medidas de austeridade impostas pelas revisões do Programa de Estabilidade e Crescimento e pelas obrigações do Estado Português, no âmbito do Plano de Assistência Financeira.” (Silva, 2012, p.122-123).

Na perspetiva de Lurdes Teixeira (2012), o Decreto-Lei n.º413/1971, de 27 de setembro, que cria os centros de saúde reconhecendo o direito à saúde, de modo a assegurar a efetiva promoção da saúde e prevenção da doença e, dando ênfase ao desenvolvimento social e económico da nação.

Em 1979 surgiu o SNS, através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, consignando os princípios da gratuidade, universalidade e generalidade. Embora o hospital continue a ter uma grande centralidade na estrutura dos cuidados de saúde, sendo responsável pelo cumprimento dos princípios constitucionais da gratuidade, generalidade e universalidade.

De acordo com Correia de Campos & J. Simões (2011) a implementação do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, permitiu atribuir personalidade jurídica, autonomia administrativa, técnica e financeira, aos centros de saúde, de maiores dimensões e, a organização, por equipas, em unidades tecnicamente autónomas, mas interligadas. O objetivo era permitir que pequenos grupos de profissionais criassem novos modelos de trabalho com formas de redistribuição mais justas, ligadas ao desempenho e à complexidade das situações cobertas e com a responsabilidade de responder de uma forma personalizada aos utentes do SNS.

Os mesmos autores referem que, em 2003, a criação de uma rede de cuidados de saúde primários introduziu um diferente entendimento do centro de saúde, comportando as seguintes unidades: cuidados médicos; apoio à comunidade e de enfermagem; saúde pública e gestão administrativa. A gestão do centro de saúde podia caber a uma entidade privada mediante contrato de gestão. (Campos & Simões, 2011).

A grande mudança na estrutura dos centros de saúde, só se verifica em 2008, com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro que cria os agrupamentos de centros de saúde do SNS, designados por ACES.

Segundo Jorge Simões, (org.) (2010) a reforma dos cuidados de saúde primários e concretamente a criação das unidades de saúde familiar, permitiu um acesso mais fácil dos cidadãos aos seus médicos de família e a criação da rede de cuidados continuados. O mesmo autor identifica um elenco das decisões políticas tomadas em Portugal nos últimos anos, com possível influência positiva ao nível das respostas da saúde. Ao nível do ambulatório é de destacar:

- “A reforma dos cuidados de saúde primários, a criação das unidades de saúde familiares;
- O encerramento de serviços de atendimento permanente;
- O lançamento da rede de cuidados continuados integrados.” Simões (Org.), (2010, p.35)

O mesmo autor apresentou, igualmente, os desafios que se colocam ao sistema de saúde português:

- “Contexto demográfico, social e económico;
- Ganhos em saúde;
- Equidade e acesso;
- Eficiência; sustentabilidade financeira;
- Aumento de profissionais, não apenas de médicos, mas de outras profissões ligadas à saúde.” Simões (Org.), (2010, p.31)

Tendo por base o Relatório da Primavera de 2012, intitulado “Crise & Saúde” são apresentadas algumas recomendações destinadas à atuação nos cuidados de saúde primários, que têm naturalmente consequências sobre a população destinatária.

De acordo com o mesmo relatório, é necessário reforçar os serviços de cuidados de saúde primários, reduzindo as visitas desnecessárias quer às urgências, quer às consultas. O progressivo envelhecimento e a crescente prevalência das doenças crónicas justificam claramente um forte investimento nas unidades de cuidados na comunidade.

Para isso, a estratégia é o aumento das Unidades de Saúde Familiar (USF) com consultas de especialidade.

Em dezembro de 2011, os representantes do Fundo Monetário Internacional, em Portugal, recomendaram a necessidade da transferência de recursos humanos dos serviços hospitalares para os cuidados de saúde primários e a reconsideração do papel dos enfermeiros e de outras especialidades na prestação de cuidados.

Outra recomendação, destes analistas, foi o aumento em, pelo menos, 20% do número máximo de utentes, por médico de família, nos centros de saúde e, em 10%, nas USF.

Em março de 2012, alarga-se o leque da avaliação do desempenho a outras unidades dos cuidados de saúde primários como as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). No mesmo documento, é referida a necessidade de investimento nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

O aprofundamento sobre a importância da vigilância epidemiológica e o observatório local da saúde têm merecido pouca atenção, por parte dos poderes públicos.

Ao nível da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), há carências de assistentes sociais, para além de outros profissionais que integram esta unidade funcional.

De acordo com Teixeira (2012), analisando os documentos e trabalhos produzidos por organismos nacionais e internacionais, é possível afirmar que, os cuidados de saúde primários não têm ocupado lugar de centralidade que as políticas lhes atribuem, surgindo o centro de saúde, numa posição pouco reconhecida e pouco valorizada nos serviços de saúde, a principal organização produtora de CSP, no plano da definição das políticas, nas preferências dos profissionais e ainda nas representações do cidadão comum.

Conforme afirma Graça Carapinheiro¹ “(...) a solução encontrada foi a de comprometer os princípios, prejudicar os direitos e adiar a otimização dos recursos públicos de saúde, fazendo reformas que, paradoxalmente desinvestem nos cuidados primários e dão prioridade aos recursos técnicos, materiais e humanos do hospital.” (Teixeira, 2012, p.10).

“Porém, na prática, a Rede de Cuidados de Saúde Primários nunca virá a ser implementada.” (Teixeira, 2012, p.15).

Os CSP têm marcado presença nos discursos políticos, onde são sempre recordados como a base do sistema e a prioridade política. Contudo, segundo os autores Branco e Ramos² (...) “os números evidenciam tendências contrárias, pois no que diz respeito aos recursos humanos, crescem muito mais no Hospital do que nos CSP, e quanto a afetação de

¹ Carapinheiro, G. (1998), Ed. Afrontamento, Porto: in Teixeira, L. (2012). A Reforma do Centro de Saúde. Percursos e Discursos. Editora Mundos Sociais, Lisboa. P.10.

² Branco, A. e Ramos, V. (2001), Revista de Saúde Pública: in Teixeira, L. (2012). A Reforma do Centro de Saúde. Percursos e Discursos. Editora Mundos Sociais, Lisboa. P.21.

recursos financeiros, este é inferior ao investimento que é destinado para o Hospital.” (Teixeira, 2012, p.21).

Silva identifica alguns instrumentos de reforma em Portugal:

“A separação entre financiamento e prestação dos cuidados, recorrendo à contratualização entre o estado e hospitais públicos; a criação de um mercado interno regulado pelo estado, garantindo competição entre prestadores públicos e privados; alterações do sistema remuneratório dos médicos, afastando-os do regime de funcionários públicos e aproximando-os de profissionais liberais, ou a valorização dos cuidados de saúde privados ou concessionados, nomeadamente para responder às listas de espera.” (Silva, 2012, p.123)

A mesma autora avalia o sistema de saúde em Portugal de acordo com três objetivos:

Sustentabilidade do sistema – Dado o crescimento da despesa, é necessário garantir a sustentabilidade. O primeiro fator é o que se prende com a maior procura de cuidados de saúde, dos recursos humanos e da crescente especialização das profissões médicas e paramédicas. O segundo é o que se prende com a crescente tecnologia em saúde e o alargamento substancial das suas utilizações. A pressão económica que resulta da proximidade entre o setor farmacêutico e o setor financeiro. O terceiro prende-se com uma composição da despesa mais exigente ligada à cada vez maior relevância das despesas associadas à evolução demográfica e ao acentuado aumento da esperança de vida.

Universalidade e equidade no acesso – A equidade no contexto do sistema nacional de saúde tem duas dimensões: a universalidade do sistema, que abrange todas as pessoas e a igualdade, perante o tratamento, independentemente da condição económica, social, política, cultural.

Qualidade dos cuidados e o estado de saúde das populações – A qualidade dos cuidados funciona como polo agregador deste triplo objetivo que, na verdade forma um triângulo: o sistema só tem qualidade se tiver garantido a sustentabilidade e a equidade; só pode ser equitativo se for sustentável e tiver a mesma qualidade para todos; e só pode ser sustentável se tiver qualidade distribuída de forma equitativa. É a combinação destes três fatores que tem limitado as alterações estruturais e tem garantido a legitimidade política e social do Sistema Nacional de Saúde.” (Silva, 2012, p.125).

2. Breve Caraterização do ACES VI Loures

Em termos geográficos, o ACES VI Loures fica situado num concelho com uma grande diversidade em termos sociais, culturais, políticos e paisagísticos, com uma área geográfica muito abrangente composta por dezoito freguesias.

O Anexo n.º I consagra uma breve caraterização do concelho.

O ACES é entendido como uma organização moderna e complexa, incorporando, progressivamente a noção moderna de serviço público e constituindo-se como campo fundamental da medicina moderna, mas também onde tem lugar o serviço social.

O ACES VI Loures é constituído por 19 unidades funcionais: oito Unidades de Saúde Familiar (USF) oito Unidades de Cuidados de Saúde Partilhados (UCSP), uma Unidade de Cuidados Continuados (UCC), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), onde se inclui, entre outras profissões o serviço social. O ACES dispõe, também, de um centro de atendimento e tratamentos a utentes em situação aguda (CATUS).

No Anexo n.º II é apresentado o Organograma do ACES VI Loures.

O ACES é um serviço de saúde com autonomia administrativa, constituído por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público (ARSLVTJ, IP) integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio. Prossegue atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo ministro. O Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio define as orientações relativas às Administrações Regionais de Saúde.

Os centros de saúde componentes do ACES intervêm nos seguintes âmbitos: comunitário e de base populacional; personalizado, com base na livre escolha do médico de família e utentes; no exercício de funções de autoridade de saúde; para fins de saúde comunitária e de apoio domiciliário. Por cada centro de saúde, são abrangidos os residentes da respetiva área geográfica, ainda que aí residam, temporariamente. (Decreto-Lei n.º 28/2008, artigo 4.º).

O ACES tem por missão, garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população, da sua área geográfica.

Para cumprir a sua missão, o ACES tem como atribuições: a promoção e a proteção da saúde; a prevenção da doença e a prestação de cuidados na doença, constituindo a primeira linha de atuação do SNS e garantido a continuidade dos cuidados, sempre que existam necessidades de recursos a cuidados especializados ou outros serviços.

Toda a sua estrutura orgânica e funcional rege-se na sua administração e gestão, pelos valores da responsabilidade, acesso, satisfação, qualidade, criatividade/ inovação e competência. (Decreto-Lei n.º 28/2008, artigo 3.º).

O ACES desenvolve também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo, monitorização e avaliação dos resultados das intervenções efetuadas e participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada e contínua. (Relatório de Atividades de 2011 – ACES VI Loures).

O ACES dirige a sua ação, quer ao nível individual e familiar, quer ao nível da saúde a grupos populacionais específicos e da comunidade, através dos cuidados que sejam apropriados prestar, tendo por base, as práticas recomendadas pelas orientações técnicas em vigor no Plano Nacional de Saúde, Direção Geral da Saúde e Administração Regional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Os centros de saúde devem assegurar aos utentes a máxima acessibilidade possível, nomeadamente através do princípio de atendimento no próprio dia e marcação de consultas para a hora determinada. (Decreto-Lei n.º 28/2008, artigo 6.º). A pretensão deste diploma é a prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações, tendo como prioridade, a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poderem alcançar mais ganhos em saúde.

De acordo com números fornecidos pela Direção do ACES, em dezembro de 2012, estavam inscritos 225.494 utentes. Dividindo-se este número em 194.194 utentes, com médico de família atribuído, 29.156 utentes, sem médico de família e 2.144 utentes, sem médico de família, por opção. Como se verifica, o número de pessoas inscritas é muito superior ao número de habitantes no concelho. Esta situação deve-se ao crescente número de famílias que optam por viverem na zona da periferia de Lisboa, em virtude da oferta de

mercado de compra e arrendamento, com o número crescente de pessoas em situação de irregularidade no país, em especial provenientes de países africanos de expressão de língua portuguesa, bem como, o elevado número de utentes que mantêm o seu médico de família no ACES VI Loures, apesar de residirem noutra concelho, dada a dificuldade que o SNS tem em garantir o acompanhamento médico, a cada cidadão.

O acesso dos cidadãos a um médico de família constitui uma das prioridades da Direção do ACES VI Loures, porque, como se verificam nos números apresentados anteriormente, ainda há um número considerável de pessoas sem médico de família.

3. Contextualização do Serviço Social no ACES VI Loures

Segundo Maria Lúcia Martinelli (2003) a relação do serviço social com a área da saúde remonta às origens da profissão, em que o trinómio higiene, educação e saúde e a ligação intensa histórica entre as duas, foram determinantes na construção da identidade profissional.

Sobre a importância histórica e os contributos do serviço social no sistema de saúde português, Sónia Guadalupe (2011) refere que, a profissão é marcada por uma carreira já com longo percurso de mais de um século, a nível internacional e de mais de meio século em Portugal. A mesma autora relata a utilidade, na concetualização das questões da saúde e da doença, que condicionou as práticas na saúde, ultrapassando a visão biomédica, caracterizada como redutora e mecanicista para a implementação de uma visão biopsicossocial e holística da saúde.³

No Apêndice n.º I são referidas as principais orientações legislativas e normativas a partir de 1968 até à atualidade, que influenciaram o papel do serviço social na saúde, nas relações com as equipas de saúde e com os seus destinatários da ação.

Para Martinelli (2003) os assistentes sociais têm um reconhecido e legitimado protagonismo na luta pela garantia do direito à saúde, trabalhando de forma articulada com a

³ Esta nova visão da saúde e da doença fez emergir novas dinâmicas de intervenção em equipa multidisciplinar, onde ganham espaço outras profissões que não apenas as mais centradas no tratamento da dimensão fisiológica. A visão holística, da pessoa como um todo e das questões da saúde na sua complexidade, defende também novos papéis, tanto para o doente e a sua família, como para os profissionais. (Guadalupe, 2011).

população destinatária, na perspetiva de construir novas subjetividades e adotar comportamentos políticos inovadores.

A diversidade dos pedidos que se colocam aos profissionais da área da saúde é tão amplo, que se torna imperioso reconhecer que a profissão de assistente social, na contemporaneidade, transita pelos meandros do público, do privado e do íntimo. Há um sofrimento psíquico, que acompanha o processo de adoecer e esse reconhecimento é fundamental na relação que se estabelece com os sujeitos, como é, na mesma medida, a luta pela garantia dos seus direitos de cidadania.

O serviço social nos CSP está integrado na URAP desde a criação dos ACES em 2008, em conjunto com outras profissões. O assistente social tem uma atuação transversal a todas as unidades funcionais que compõem este agrupamento, daí que se entende que a prática é muito diversificada e de grande complexidade. Da equipa fazem parte quatro assistentes sociais, mas uma das profissionais, está apenas três dias por semana no serviço social, integrando o Gabinete do Cidadão, os restantes dois dias, por decisão da Diretora Executiva. O gabinete de serviço social não dispõe de apoio administrativo, o que traz maior sobrecarga de trabalho, sobretudo na realização de tarefas burocráticas.

A missão do serviço social no ACES VI Loures é de prestar serviços assistenciais, serviços de acessória e serviços promotores do desenvolvimento das potencialidades humanas e, do bem-estar na vida dos indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo, para o maior e melhor acesso à saúde, como um direito.

A população destinatária do serviço social são as pessoas residentes no Concelho de Loures e, prioritariamente, as que estão em situação de vulnerabilidade social, inscritas no ACES VI.

O gabinete de serviço social no ACES VI Loures é composto quatro assistentes sociais. Existe apenas um gabinete de atendimento, o que implica que se faça a gestão dos atendimentos.

De referir que, o espaço para o gabinete de serviço social, com estado de dignidade em Sacavém, remonta apenas ao ano de 2010, após a insistência, para que, o exercício da profissão se fizesse com a garantia de condições, em termos de privacidade, de espaço e de

conforto para acolher e atender a população destinatária. Esta alteração é encarada como uma mais-valia do serviço social neste ACES.

O horário do gabinete do serviço social é das 8:30/16:30, com uma hora para almoço. A organização do tempo é dividida entre o registo, leitura e reflexão de pedidos de intervenção, sinalizados por diferentes entidades: equipa clínica do ACES, familiares dos utentes, saúde pública, assistentes sociais do Atendimento Integrado, do Núcleo Local de Inserção (NLI), emergência social, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), dos diferentes hospitais e da segurança social. Há também pedidos de intervenção, feitos diretamente, pelos próprios utentes.

Estes pedidos de intervenção, podem ser colocados, presencialmente, em reuniões com os parceiros, por telefone, por correio eletrónico, por carta, ou por fax. O recurso mais utilizado entre profissionais é feito através de correio eletrónico. Quanto à população utente, o recurso mais utilizado é o contacto presencial e telefónico. Estes pedidos de intervenção são depois distribuídos pelas quatro colegas, que compõem a equipa, de acordo com as freguesias e os projetos em que estão a participar.

No gabinete de serviço social, toda a documentação está organizada em pastas de arquivo cabendo-me também, a sua atualização, em termos de legislação e circulares internas. Os registos que decorrem da intervenção direta são: fichas dos atendimentos programados e não programados, que são utilizados no primeiro atendimento com o destinatário. O processo social é utilizado sempre que se procede a uma situação de acompanhamento.

Na ficha e/ou processo social dos destinatários estão incluídos outros documentos considerados pertinentes como, informações clínicas, de enfermagem, informações sociais de outros profissionais, informações sociais que são elaboradas e enviadas para as diferentes instituições e pareceres técnicos.

No Anexo n.º III podem ser visualizados os instrumentos de registo mais utilizados na atividade profissional.

Os documentos de referência mais utilizados são: Relatório da Primavera, Plano Nacional de Saúde, que permite refletir sobre a situação atual do SNS em Portugal e

especificamente nos Cuidados de Saúde Primários. Outras referências documentais utilizadas são, os Manuais da Segurança Social e Ação Social, onde estão definidas todas as prestações sociais e medidas de apoio às populações, em situação de carência económica e vulnerabilidade social; Manuais sobre Infância, violência doméstica, crianças e jovens em risco e perigo; Manual sobre Saúde Pública, Cuidados Continuados, Rede Social, Diagnóstico Social do Concelho de Loures; Saúde Mental, Envelhecimento e Circulares Normativas. Para além, destes documentos, é consultada bibliografia, tanto na área da saúde, como no serviço social.

Principais atividades desenvolvidas:

- Efetuar o atendimento e acompanhamento à população utente do Concelho de Loures, integrada nos projetos ou no âmbito do atendimento geral;
- Realizar visitas domiciliárias à população utente, sempre que justifique;
- Avaliação social de doentes para integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Elaboração de registos, numa base de dados, criada pela equipa de serviço social. Nessa base de dados, estão os dados biográficos dos utentes, a sinalização do pedido/problema, a caracterização do pedido e identificação do critério de risco do pedido, a intervenção e o encaminhamento;
- Assessoria às equipas de saúde;
- Orientadora de estágios académicos e profissional;
- Participação nas atividades no âmbito da Rede Social, como representante da Saúde do Concelho de Loures;
- Participação nas reuniões do Núcleo Local de Inserção Social, como parceiro da saúde;
- Representação do serviço social nas Unidades Coordenadoras Funcionais dos Hospitais de referência do ACES VI Loures;
- Participação nas reuniões do Atendimento Integrado, na Segurança Social, enquanto parceira da Saúde.

No atendimento social existe o programado e o não programado. O atendimento programado é o contacto direto com o utente, no gabinete do serviço social, resultante de uma marcação prévia, efetuada pelo profissional. Este procedimento é registado em

documento próprio. No ano de 2012, foram realizados, pela equipa de serviço social, 578 atendimentos programados.

O atendimento não programado é aquele que é feito sem marcação prévia sendo concretizado sempre que se justifique. Como exemplos, em circunstâncias que possam constituir risco e/ou perigo; ou em situações de descompensação psicológica e social. No ano de 2012, foram realizados, pela equipa de serviço social, 498 atendimentos não programados. O total de processos, em acompanhamento, pelo serviço social, de acordo com o último relatório de atividades, foi de 1362 atendimentos.

Por vezes, é feito atendimento telefónico sempre que os utilizadores do SNS contactam o gabinete, no sentido de solicitarem informações, esclarecimentos de dúvidas e encaminhamentos, que dispensa a presença do utente.

A elaboração do processo social é precedida de atendimento e/ou visita domiciliária ao utente e/ou família e, normalmente, implica o contacto com parceiros internos e externos, realização de informações sociais, pareceres, acompanhamento social, reuniões e outras ações. O genograma é também um suporte utilizado, naturalmente com a autorização do utente e/ou família, pois permite, rapidamente, aceder à informação da dinâmica familiar e trocar elementos, a nível da equipa de saúde.

A visita domiciliária é um outro instrumento de trabalho utilizado no quotidiano profissional. Esta visita é realizada, sempre que se pretenda aprofundar o conhecimento sobre a população atendida. Este instrumento tem em conta, o projeto ético-político da profissão, que estabelece princípios como: a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; a defesa do aprofundamento da democracia, promoção da equidade e da justiça social e o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito pela diversidade. (Forti & Guerra, 2011).

A visita domiciliária poderá ser feita a pedido do utente, da família, do médico de família, da enfermagem, da saúde pública, da psicologia, dos profissionais do atendimento integrado, dos profissionais da segurança social e das instituições locais, sempre que se considere necessária para a operacionalização da intervenção. As visitas são sempre programadas, com outros profissionais e combinadas, previamente, com os destinatários.

Na maioria das visitas domiciliárias (algumas delas realizadas com outros profissionais, da equipa de saúde, ou do atendimento integrado, segurança social, entre outros), os destinatários têm dificuldade na mobilidade, daí a necessidade de deslocação ao domicílio. Com este tipo de visitas, observa-se a dinâmica familiar em torno da situação de saúde/doença; analisam-se as competências, as principais dificuldades, identificando-se a existência de problemas e/ou problemática (s) do doente, dos cuidadores principais, de outros familiares, da rede familiar de suporte, da rede de vizinhança e das redes formais de apoio. Avaliam-se as respostas de apoio e as redes formais de suporte que possam ajudar a família.

As visitas domiciliárias são mais enriquecedoras sempre que são feitas pelos diferentes profissionais do ACES (médico, enfermeiro, assistente social), numa abordagem interdisciplinar. No ano de 2012 foram realizadas pela equipa de serviço social, 255 visitas domiciliárias, de acordo com o relatório de atividades de 2012.

O trabalho na saúde exige uma intervenção interdisciplinar e a assistente social adota esta postura, junto dos outros profissionais, de forma a promover a qualidade de vida dos seus destinatários e a resolução dos seus problemas de forma célere, impulsionando a aproximação dos serviços de saúde, à cidadania e à advocacia social.

Presentemente existe um protocolo de cooperação com várias instituições no âmbito da Rede Social, denominado Atendimento Integrado.⁴

No atendimento social, os pedidos com maior incidência são os relacionados com a vivência na doença do utente/família, na informação, orientação, aconselhamento e encaminhamento à população destinatária, em vários domínios enquadradas nas diferentes especialidades, como a saúde materna, em que o serviço social faz um acompanhamento às utentes grávidas que foram sinalizadas, procedendo à articulação com as equipas de saúde, com o serviço social das entidades hospitalares, onde as utentes são seguidas, sendo a sua maioria na Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Este acompanhamento é mantido após a alta hospitalar, até porque, na maior parte das situações, é necessário a articulação com os serviços existentes na comunidade, como o atendimento integrado e IPSS, para assegurar o

⁴ O atendimento integrado consiste numa resposta do Instituto da Solidariedade Social e Segurança, em colaboração com a Câmara Municipal de Loures, disponibilizando profissionais de serviço social que realizam atendimento à população do concelho, nas juntas de freguesia. A articulação com a saúde é feita sempre que o pedido/problema implique uma atuação do profissional da saúde e nesta medida, há um trabalho de articulação e parceria no acompanhamento das situações.

apoio às utentes. Na saúde infantil, à semelhança da especialidade anterior, são acompanhadas as situações previamente sinalizadas, por diferentes atores, conforme já foi explicado na organização da dinâmica de funcionamento do serviço social. Há um constante envolvimento dos profissionais, não apenas do ACES, mas da comunidade no acompanhamento das situações. O mesmo procedimento de intervenção aplica-se à saúde dos adolescentes e à saúde de adultos. De salientar que, nesta especialidade, a grande incidência de pedidos é a problemática dos mais velhos, em situação de dependência nas suas atividades da vida diária e acamados, prestadores informais, na sua maioria, familiares com grandes dificuldades na disponibilidade e capacidade para cuidar, processos de conflito, saturação e mesmo de exaustão familiar, em que a integração temporária na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados pode ser uma alternativa, sobretudo para um descanso do principal prestador de cuidados. A grande incidência de pedidos, de acordo com os relatórios do serviço social, nomeadamente o último de 2012, são famílias que procuram informação, orientação e aconselhamento sobre respostas sociais que desconhecem face a situações de dependência, nas suas atividades da vida diária, que condicionam o acesso aos cuidados e serviços de saúde.

Capítulo II

Intencionalidades do Agir da Assistente Social:

Referenciais Teórico-Analíticos

No presente capítulo, começo por abordar o conceito de intencionalidade, tendo por base, várias conceções teóricas e várias áreas do conhecimento. As reflexões que apresento decorrem da vivência diária junto da população destinatária, tomada neste trabalho como empiria.

Entendo que, o Estado Social está fragilizado e a Democracia em risco de colapso, o que põe em causa a conquista de direitos e deveres e a justiça social.

A crise que tanto se fala não é apenas económica, mas também de pessoas que fazem dos valores tábua rasa.

Conforme Resweber⁵ afirma: “Na era dos homens vazios e preocupados apenas com as suas vidas privadas (e com as de outros considerados de figuras públicas), «não são os valores que faltam no nosso mundo, mas são os sujeitos a que faltam aos valores»” (Serafim, 2004, p.47).

1. As Intencionalidades no Agir Profissional

A noção de intencionalidade, no pensamento do filósofo alemão Edmund Husserl, é analisada à luz de um conceito filosófico fenomenológico. A palavra intencionalidade significa a característica geral da consciência, de ser consciência de alguma coisa, de implicar, na qualidade de objeto, o seu objeto.

A fenomenologia tem, como ponto essencial, a intencionalidade da consciência entendida como a direção da consciência para compreender o mundo. À luz do conceito de intencionalidade, todos os atos, os gestos, os hábitos e qualquer ação humana tem um significado (Souza, 2011).

Na perspetiva de Alípio Vidal (1999), a intencionalidade, na intervenção social é definitivamente moral quando tem uma clara intenção de ajudar o outro e de incrementar a justiça social. O autor refere que a intencionalidade junto do outro, da equipa profissional, ou

⁵ Resweber, J-P. (2002), Livraria Almedina. Coimbra: in Serafim, R. (2004). O reconhecimento da condição ética dos cidadãos – um imperativo para o serviço social, *Revista Intervenção Social*, n.º 29, 2004. ISSS – Instituto Superior de Serviço Social. Lisboa. P.47.

da instituição onde se intervêm tem uma intenção subjetiva, uma intenção deliberada. Como intencional que é, um ato moral tem sempre uma direção, um destinatário, que é o outro, sendo necessário determinar a identidade do outro, a existência de um problema concreto e a definição do estado de necessidades das pessoas, avaliadas através das técnicas científicas.

Na avaliação que se faz da ética profissional é de considerar não apenas as boas intenções, ajudar os outros a incrementar a justiça social, como ponderar as possíveis distorções e excessos, como o paternalismo, que as intenções altruístas podem introduzir na intervenção social.

A consciência moral, o consenso social não pode substituir o debate moral, pelo que se deve reconhecer que, um grupo debatendo temas morais comuns funciona como «consciência moral coletiva», que elabora critérios morais (baseados em códigos deontológicos), orientadores da ação dos interventores singulares.

Esta situação é real numa equipa multidisciplinar, que funciona como uma unidade interventiva e se reúne para discutir questões técnicas e éticas do seu trabalho. O interventor forma o seu critério moral final combinando a consciência pessoal e profissional e necessita de orientações éticas profissionais que derivam da experiência (da reflexão subsequente) e do grupo profissional onde está inserido.

Este autor refere que a ética deve ser utilizada de uma forma equilibrada e consciente. O fim da ética é realizar o bem, distinguindo o mal e o dever moral sobre as ações humanas, concretamente, sobre os princípios e valores morais, como a justiça, a liberdade, a honestidade ou a verdade.

A intervenção social deve conter saber científico-técnico, mas também valores e ética. Sobre os valores no trabalho social profissional, invoco Ernesto Fernandes que apresenta um quadro de referência, contemplando as seguintes dimensões: vida, liberdade e autonomia, igualdade e não discriminação, justiça, solidariedade, responsabilidade social, evolução, paz, não-violência, relações entre o homem e a natureza.

- “Os valores/deveres para com os públicos, objeto-sujeito da intervenção, respeitando a sua dignidade. A singularidade das situações individuais, sociofamiliares e comunitárias e a multiculturalidade devem ser cuidadosamente analisadas;
- O valor dever de cuidar da participação do sujeito-objeto da intervenção;

- O valor/dever de defender, educar, promover a indivisibilidade dos direitos, obrigando o profissional à advocacia social;
- O valor/dever do respeito mútuo;
- O valor/dever da confidencialidade e do sigilo profissional como respeito pela relação de confiança com o utente;
- O valor/dever da confidencialidade e do sigilo profissional como respeito pela relação de confiança com os utentes;
- Os valores/deveres para com os colegas e outros profissionais;
- Os valores/deveres para com as organizações – instituições e a sociedade;
- Os valores/deveres para consigo próprio. ” (Fernandes, 2004, p.143-149).

O que pretendo transmitir neste relatório, é que existe uma intenção consciente, determinada no agir que tem subjacente um compromisso ético político, mas que está condicionada, por um lado, pelos processos normativos e institucionais e, por outro, pelos aspetos ético-políticos que norteiam a relação com os destinatários da intervenção.

Tendo por base, os objetivos específicos da pesquisa, desenvolvo esta reflexão, que assenta em dois eixos: o primeiro, de caráter teórico-concetual, em relação à problematização do meu objeto relacionando-o com o objetivo geral e específicos. O segundo, a reflexividade e a descrição analítica e crítica que decorre da experiência empírica, incorporando os referenciais teóricos, de forma a gerar conteúdos de suporte a novas perspetivas de pensar o agir profissional.

As transformações sociais contemporâneas ocorridas pelos processos de globalização estão a reestruturar a nossa forma de viver e trazem novos desafios ao conjunto de cidadãos, “homens e mulheres que vivem da venda de sua força de trabalho” (Montano, 2006, p.141).

Para Carlos Montano a profissão de assistente social surgiu e desenvolveu-se vinculada ao surgimento e à expansão das políticas sociais estatais. Estas constituem a base da sustentação funcional-ocupacional da profissão. O mesmo autor afirma que, o assistente social surge como implementador das políticas sociais e todas as alterações que possam ocorrer nestas afeta a prática deste profissional e que, “o facto do assistente social estar no contexto das contradições e dos conflitos entre classes (o que não significa que possua um papel «mediador» entre elas) faz deste profissional, particularmente, um ator essencialmente político. Político (não partidário) no sentido de participante desta relação conflituosa entre as classes.” (Montano, 2006, p.144).

De acordo com Odária Battini “ (...) a compreensão do espaço no qual desenvolve sua prática decisória é fundamental. (...) O conhecimento institucional quanto à sua finalidade, à

sua área de atuação, ao seu setor, à sua função, aos seus objetivos e ainda, à política global e específica, possibilita a visualização desse espaço e garante a viabilização de uma ação transformadora.” (Battini, 1982, p.27).

Segundo a autora e, tendo por base que o objetivo da profissão é a transformação do real e considerando que a atuação do profissional se dá nas contradições entre os valores pessoais, profissionais e de realidade, o seu desempenho deve pautar-se na procura de transformações da instituição.

O profissional deve criar estratégias que implementem modificações, abandonando o conformismo decorrente das imposições dos dirigentes institucionais. A prática profissional aparece dotada de uma ação consciente, reflexiva e crítica.

Este posicionamento tem tido influência no meu agir que tem subjacente uma intencionalidade ético-política. A intencionalidade ético-política é fundada em princípios e valores, tais como a liberdade, concebida historicamente como a possibilidade de escolher entre alternativas concretas, o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, a democracia e a cidadania e a sua expressão, ampliando os direitos humanos, civis, políticos e sociais e a justiça social.

A promoção dos direitos passa por protegê-los, não apenas proclamá-los. A conquista de direitos pressupõe que exista um respeito mútuo entre o Estados e os cidadãos, na concessão desses direitos. A cidadania realça os direitos individuais e a igualdade de tratamento. (Bobbio, 2004).

De acordo com Manuel Menezes (2002), a reflexão sobre a prática profissional, interligada com a promoção da cidadania pode comportar algumas dimensões, que considero importantes no desenvolvimento deste trabalho, como sejam, o exercício do poder e da forma como o mesmo se encontra distribuído, aferindo-se as possibilidades que a população com que trabalhamos tem de exercer a cidadania ativa.

Para Croft e Beresford⁶ a capacitação, procura ajudar os “clientes” a conquistar poder de decisão e ação sobre as suas vidas através de redução de bloqueios sociais ou pessoais, ao exercício do poder existente, aumentando a capacidade de adquirir autoconfiança para utilizar

⁶ Croft, S. e Beresford, P. (1994), Routledge. London: in Payne, M. (2002). Teoria do Trabalho Social Moderno. Quarteto. Coimbra. P.373

o poder e transferi-lo para os seus destinatários. O objetivo principal da capacitação é a justiça social. A visão de uma prática participativa comporta quatro elementos:

- “A capacitação envolve desafiar a opressão e fazer com que seja possível para as pessoas tomarem conta de assuntos que as afetam;
- O controlo na definição das suas próprias necessidades e tendo uma palavra a dizer na tomada de decisões e planeamento;
- Equipar pessoas com recursos pessoais para, através do desenvolvimento da sua confiança, autoestima, segurança, expectativas, conhecimento e aptidões;
- Organizar a instituição para estar aberta à participação.” (Payne, 2002, p. 373)

Segundo Malcom Payne (2002), a advocacia é em parte um vetor da capacitação, na medida em que, pode ser utilizada para defender recursos, ou mudar a interpretação que os mais poderosos têm dos mais vulneráveis. Assim, afirma que a advocacia social é:

“ (...) patenteada no sentido de interpretar ou demonstrar o valor dos clientes para grupos poderosos na sociedade. Assim, a advocacia pode significar 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 importantes junto de grupos poderosos.” (Payne, 2002, p.369).

A advocacia social tem uma longa história enquanto vetor do serviço social ao nível dos direitos sociais e tem um imenso valor no quadro das atividades dos destinatários, sempre em prol destes, não só no âmbito das suas próprias instituições, como também, na sua defesa e noutras fundações.

De acordo com Isabel Fazenda⁷:

“O assistente social procura desenvolver os laços de interdependência entre os membros da rede primária (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho) que podem contribuir para diminuir o isolamento das pessoas com perturbações mentais, melhorar as suas competências sociais e prestar-lhes apoio em situação de risco. Este apoio das redes sociais substitui, muitas vezes com vantagem, a ajuda prestada pelos serviços formais, ou redes secundárias, sendo que o assistente social não substitui as pessoas na procura de soluções. “O assistente social é mais um fornecedor de poder para que as pessoas encontrem soluções dentro da sua rede, do que um fornecedor de serviços.” “ (...) O assistente social é mais um parceiro que pode facilitar o acesso a recursos, fazer advocacia em favor das pessoas que têm menos poder e abrir caminhos para uma cidadania ativa. Ele não está fora do sistema, é um dos seus elementos, apenas com uma diferenciação profissional que pode ser catalisadora dos processos de mudança.” (Carvalho 2012, p.234).

⁷ Fazenda, I. (2008), Climepsi Editores, Lisboa: in Carvalho, M. I. (2012). Serviço Social na Saúde. Factor. Lisboa. P.234.

As alterações profundas na vida das populações em consequência da grave crise económica, social, cultural e política originou a implementação de medidas de política, assim como, orientações normativas, algumas das quais colidem com direitos adquiridos e, que interferem no acesso dos cidadãos à saúde.

Tal facto tem possibilitado um longo questionamento do meu posicionamento enquanto profissional e da responsabilidade que tenho junto da comunidade e também, na articulação com outros profissionais face às respostas sociais que começam a escassear, dado o número crescente de solicitações na resolução das necessidades básicas de sobrevivência e subsistência, e do limite na resposta formal, dados os poucos apoios dos organismos estatais às instituições. Estas questões serão retomadas no capítulo III.

2. O Agir da Assistente Social Visando a Intervenção Interdisciplinar

A inserção social foi sempre um objetivo da intervenção, como afirma Josefina McDonough (2001), os valores da autodeterminação e justiça social nem sempre foram respeitados, na medida em que, as estratégias utilizadas, por vezes, colocam os serviços como formas de controlo dos destinatários. Perante este contexto, os assistentes sociais sentem-se impotentes face às estruturas que reforçam a exclusão dos sujeitos.

A mesma autora propõe que, o trabalho comunitário ofereça uma oportunidade para estes profissionais contribuírem para uma sociedade mais justa, porque é mais fácil atuar em grupos organizados, para a promoção da cidadania e do *empowerment*.

As intencionalidades para uma prática interdisciplinar no meu quotidiano profissional, emergem naturalmente com a conceção que, o serviço social tem vindo a afirmar na instituição, da primazia do modelo holístico em detrimento de modelos de saúde e de doença arcaicos e que não se coadunam com a atual filosofia de funcionamento das instituições no âmbito de uma rede social.

No modelo holístico, a intervenção profissional dá ênfase à promoção da autonomia, o indivíduo tem um papel ativo e é concebido como um todo imbuído no seu ambiente total. (Reis, 1998). A Saúde é definida de acordo com parâmetros subjetivos, experiências e

idiossincrasias. Saúde não é ausência de doença, mas um estado de bem-estar subjetivo que permite à pessoa alcançar os seus objetivos pessoais no âmbito de um determinado contexto sociocultural. O cidadão participa no processo de cura e para o efeito todos os seus recursos e aptidões são mobilizados e estimulados.

Esta conceção integra a articulação e o trabalho em equipa, possibilitando a prática interdisciplinar, fundamental para a construção de um projeto consistente que permite extrapolar esta ideia e trabalhar em rede. No meu quotidiano profissional, constato que as práticas dos outros profissionais estão a mudar e a abordagem interdisciplinar começa a ser aceite. Todavia, considero que há um longo trabalho a fazer e uma responsabilidade profissional que me cabe, junto dos outros profissionais, na implementação de uma intervenção integrada, em torno da população destinatária.

Apesar da existência de alguma expressão do trabalho interdisciplinar, há fortes condicionantes que impedem que o trabalho seja feito com uma melhor e maior expressão: a dimensão da instituição; a distância entre as extensões de saúde; a cultura das profissões muito centrada sobre si própria e o número reduzido de assistentes sociais.

Sobre a importância da prática da interdisciplinaridade, alguns autores têm refletido e sistematizado a sua preocupação, conforme apresento de seguida.

Rodrigues (1995) refere que a interdisciplinaridade é entendida como “postura profissional” e “princípio constituinte da diferença e da criação”. Compreender-se-á que o serviço social, uma vez que articula diferentes conhecimentos de modo próprio, num movimento crítico entre prática-teoria e teoria-prática é uma profissão interdisciplinar por excelência. Assim, para o serviço social, a interação com outras áreas é particularmente primordial, seria fatal manter-se isolado ou fazer-se cativo. Desta forma, a interdisciplinaridade enriquece-o e flexiona-o no sentido de romper com a univocidade de discurso, com dogmatismos, muitas vezes cultivados no interior da profissão. Compreender a interdisciplinaridade como “princípio constituinte da diferença e da criação” e também como “postura profissional” não parece simples. Há na verdade, dificuldade em conviver com as diferenças, com o múltiplo. Uma postura interdisciplinar implica rever a condição ética da própria profissão, procurando um amadurecimento profissional que se reverta num novo saber ético e social.

O tema da interdisciplinaridade vem integrando a agenda de discussões no campo da saúde. De acordo com Vera Nogueira (1998) quando se aborda a importância da equipa interdisciplinar, no tratamento de qualidade na saúde, encontram-se implícitas, nesta prática, algumas considerações que devem ser explicitadas para maior clareza e compreensão da exposição.

Em primeiro lugar, reconhecer que o espaço da instituição, onde se desenvolve a ação, é fundamental para direcionar a prática profissional, privilegiando a pesquisa ou a assistência à saúde. A produção de conhecimentos e a intervenção direcionam a reflexão, a interdisciplinaridade e esta deve ser analisada nas duas vertentes.

Em segundo lugar, a conceção ético-política que traduz a noção de sujeito, com direitos a serem reconhecidos, sendo o primeiro, o direito a um tratamento de qualidade, traduzidos em aspetos que vão desde o direito à informação sobre o seu estado de saúde, ao cuidado com a dignidade, em questões da vida diária. Esta conceção amplia a equipa, integrando os profissionais que detêm um saber científico com os outros agentes, com práticas e papéis específicos e que também estão em relação direta com a população destinatária e os seus familiares.

Para Nogueira (1998), a interdisciplinaridade apresenta hoje duas dimensões bem demarcadas, embora interligadas e interdependentes, com determinações e procedimentos diferenciados: a dimensão relativa à construção do conhecimento e a que se refere à ação interventiva.

Os debates sobre a interdisciplinaridade na pesquisa têm como origem e fundamento a busca do saber unificado para preservar a integridade do pensamento e evitar o aprofundamento de uma conceção fragmentária do ser humano e do mundo. Parte-se do pressuposto que a realidade contém em si o todo e a parte, o uno e o múltiplo.

Conforme Vasconcelos⁸ afirma, a interdisciplinaridade situa-se num nível avançado de cooperação e coordenação, para que todo o conhecimento seja valorizado com relações de intersubjetividade. Nesta interação e articulação é necessário existir respeito à autonomia e à criatividade inerentes a cada uma destas áreas, para que não sejam influenciadas ou excluídas

⁸ Vasconcelos, (1997). Cortez. São Paulo: in Ely, F. (2003). Serviço Social e Interdisciplinaridade, Revista Katálysis. Florianópolis. P.114

deste processo. De acordo com esta autora, a interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites, mas acima de tudo, o princípio da diversidade e da criatividade, preservando a integridade dos seus métodos e os seus conceitos (Ely, 2003, p.114).

Como a interação interdisciplinar prevê uma troca recíproca de conhecimento entre as áreas do saber, com a partilha de objetivos comuns para a ação, é compreensível o estabelecimento de relações conflituosas, oriundas de atitudes dominadoras assumidas por determinados profissionais que comprometem a interação, inibindo contribuições de outras áreas.

Para Maria Irene de Carvalho (2012), a interdisciplinaridade ultrapassa a pluridisciplinaridade/multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade, porque pretende ir mais longe na análise e confrontação de conclusões, procurando operar uma síntese entre os métodos utilizados e revelar o modo como a identidade do objeto se complexifica, através dos métodos das várias disciplinas. A interdisciplinaridade insere-se no domínio da construção e da transmissão do conhecimento.

Capítulo III

Problematização do Agir da Assistente Social: as Ligações entre a Teoria e a Empiria

1. O Agir Profissional na Dimensão Comunidade

Na descrição e análise do quotidiano profissional foi privilegiado uma das dimensões, a comunidade, onde se insere também a população destinatária. De salientar que, a instituição e as equipas de saúde exercem uma influência bastante considerável na minha prática, surgindo alguns dilemas, decorrentes da interação que é estabelecida diariamente. O agir profissional está entre o normativo, ou seja, o que é instituído e a relação com as situações de vida dos destinatários da intervenção e a interferência dos outros elementos da equipa e com os outros profissionais das instituições do Concelho de Loures.

Começo por abordar a dimensão da comunidade, descrevendo a prática empírica junto da população destinatária baseados em excertos de diálogos transcritos de processos sociais acompanhados, existentes nos arquivos do gabinete de serviço social. Nos quadros das páginas seguintes são identificadas situações e etapas de intervenção, na relação com os destinatários, tendo subjacente as intencionalidades no agir visando a garantia no acesso ao SNS e os princípios da equidade, cidadania e justiça social.

Quadro I - Descrição da Intervenção - Situação A

Situação A	Tipo de contato	Atendimento	Encaminhado por	Indicadores de risco	Instrumentos	Excertos dos diálogos (transcritos do processo social)
Utente de género masculino	Presencial e telefónico	Programado e não programado	Assistente social de outro ACES	Situação de dependência física e exaustão da cuidadora	Entrevistas Visitas domiciliárias Encaminhamento Reuniões com a equipa de saúde, com esta e com a família. Elaboração de registos e relatórios	<p>Entrevista com a família - Utente: "necessito de apoio para o meu pai, porque está acamado, tem muitos problemas de saúde, como pode ver pelos relatórios. O problema é que não está inscrito neste ACES. A sua colega aconselhou-me a falar consigo, o que pode fazer para me ajudar?"</p> <p>AS - "Deve solicitar de imediato uma inscrição esporádica neste ACES, na USF respetiva e pedir uma transferência do processo do seu pai. Vou falar com a responsável por esta unidade funcional para solicitar a integração do seu pai o mais rapidamente possível, para se agendar uma visita domiciliária com o médico, equipa de cuidados continuados de enfermagem, uma vez que o doente necessita desta prestação de cuidados. Nesse dia, eu estarei presente para conhecer a principal cuidadora que é a esposa e identificar algumas necessidades que possam complementar a prestação de cuidados."</p> <p>AS - "Tem apoio domiciliário, ao nível da higiene pessoal ao doente?"</p> <p>Utente - "Não. Mas de facto, faz-me sentido! Como posso fazer?"</p> <p>AS - "Existem duas instituições na sua freguesia que o podem fazer, quer levar os contatos e fazer o pedido diretamente?"</p> <p>Utente - "Parece-me bem e assim vou adiantado já o apoio."</p> <p>AS - "Sr. Dr. Dr. atendi a filha de um doente que vai ser necessário a nossa intervenção e solicito a sua autorização para inscrição na USF, porque vem de outro ACES."</p> <p>Médico - "Tem alguma informação escrita que seja pertinente?"</p> <p>AS - "O utente está acamado, com vários problemas de saúde, uma família que solicita o mais breve possível a nossa intervenção e acompanhamento."</p> <p>Médico - "Vamos tratar da parte burocrática e agendar um domicílio e podemo ir todos (médico, enfermeira e a assistente social)"</p> <p>AS - "De acordo. Já orientei a filha para os recursos na comunidade, em termos de apoio domiciliário".</p>

Fonte: Processo social da situação A. Elaborado para este relatório

Quadro II - Descrição da Intervenção - Situação A (continuação)

<u>Etapas da Intervenção direta</u>	Excertos dos diálogos (transcritos do processo social)
<u>Pedido/Apresentação do problema</u>	<p>Utente: “necessito de apoio para o meu pai, porque está acamado, tem muitos problemas de saúde, como pode ver pelos relatórios. O problema é que não está inscrito neste ACES.”</p>
<u>Recolha de informação</u>	<p>AS- “necessito de lhe fazer algumas perguntas sobre o seu pai e o agregado familiar, pode ser?” Utente – “Claro.” AS – “a idade do seu pai?” Utente – “o meu pai tem 87 anos.” AS – “quem vive com o seu pai?” Utente – “a minha mãe que tem 76 anos.” AS – “Os seus pais são reformados?” Utente – “São os dois.” AS – “Que tipo de apoios têm? Família? Vizinhos? Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)?” Utente – “Os meus pais têm todo o nosso apoio até porque somos três irmãos, mas neste momento não têm mais ninguém. Os vizinhos não podem ajudar a cuidar do meu pai! Sobre a instituição preciso mesmo da sua ajuda... e também de um médico e da enfermagem ao domicílio para que possam ajudar-nos. Sabe, a minha mãe está muito cansada ... precisava de descansar por uns tempos ...”</p>
<u>Avaliação</u>	<p>Situação de dependência física e exaustão da cuidadora. Definidos os indicadores de risco, nesta fase.</p>
<u>Informação, clarificação e apoio</u>	<p>AS- “Deve solicitar de imediato uma inscrição esporádica neste ACES, na USF respetiva e pedir uma transferência do processo do seu pai. Vou falar com a responsável por esta unidade funcional para solicitar a integração do pai o mais rapidamente possível, para se agendar uma visita domiciliária com o médico, equipa de cuidados continuados de enfermagem, uma vez que o doente necessita desta prestação de cuidados.”</p>

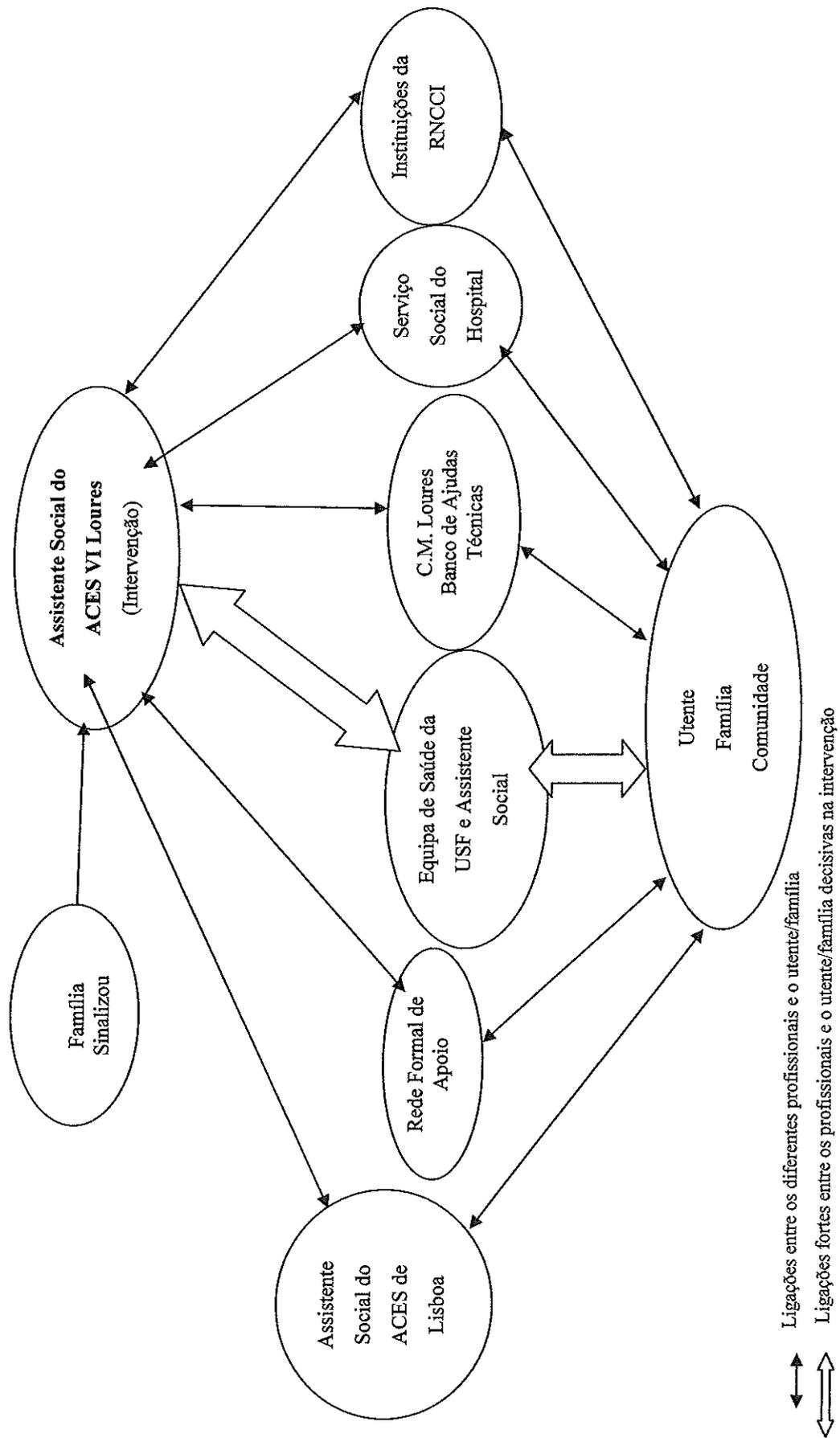
Fonte: Processo social da situação A. Elaborado para este relatório

Quadro III - Descrição da Intervenção - Situação A (continuação)

<u>Etapas da Intervenção direta</u>	Excertos dos diálogos (transcritos do processo social)
<u>Capacitação e facilitação ao recurso a estruturas formais de apoio no âmbito das respostas sociais.</u>	AS- "Existem duas instituições na sua freguesia que o podem fazer, quer levar os contatos e fazer o pedido diretamente? Utente - "Parece-me bem e assim vou adiantado já o apoio."
<u>Controlo – exercer uma autoridade</u>	"Sr Dr. atendi a filha de um doente que vai ser necessário a nossa intervenção e solicito a sua autorização para inscrição na USF, porque vem de outro ACES."
<u>Elaboração de um projeto de intervenção interdisciplinar e com a participação do destinatário da ação</u>	Médico- "Vamos tratar da parte burocrática e agendar um domicílio e podemos ir todos (médico, enfermeira e ass social)" Na deslocação ao domicílio do utente, ficou acordado com a família, que o doente teria apoio de enfermagem em dias alternados, para tratamento de úlceras de pressão, vigilância médica com periodicidade semanal, da minha parte, providenciar junto do banco de ajudas técnicas, um empréstimo de colchão anti escaras, com cama articulada. Este empréstimo é apenas de 6 meses, podendo ser renovável, até a família se organizar em termos de gestão do seu orçamento, que acarreta muitas despesas com o aparecimento da doença. Informei da possibilidade da cuidadora requer o complemento por dependência. Ficando definido que em conjunto com o médico iríamos orientar a família sobre os procedimentos burocráticos que iriam fazer. O apoio domiciliário estava já assegurado, dada a rapidez com que a filha do doente se envolveu.
<u>Avaliação dos resultados da intervenção interdisciplinar</u>	O doente melhorou muito do ponto de vista físico e psíquico, mas passados dois meses, a equipa depara-se com a existência de um outro indicador de risco, a debilidade física e psicológica da principal cuidadora, a esposa, (que pode pôr em causa a prestação de cuidados informais ao doente), que nos solicita um tempo para descansar e a possibilidade da integração do marido numa instituição.
<u>Reformulação do projeto de intervenção interdisciplinar</u>	Atendendo que o utente teria critério para integrar uma unidade, no âmbito da rede nacional de cuidados continuados, propôs-se a referência para uma longa duração e manutenção, por exaustão da cuidadora, durante três meses. O doente foi admitido.

Fonte: Processo social da situação A. Elaborado para este relatório

Diagrama da Intervenção – Situação A



Quadro IV - Descrição da Intervenção - Situação B

Situação B	Tipo de contato	Atendimento	Encaminhado por	Indicadores de risco	Instrumentos	Excertos dos diálogos (baseados nos processos sociais)
Utente de género masculino	Presencial e telefónico	Programado e não programado	Enfermeira da equipa de cuidados continuados do ACES VI Loures	Vulnerabilidade psicossocial, por situação de dependência física	Entrevistas Visitas domiciliárias Encaminhamento Reuniões com a equipa de saúde e também com a família. Elaboração de registos e relatórios	<p>Entrevista com a família – Utente: “Necessito da vossa intervenção porque o meu marido esteve internado numa unidade de reabilitação, na rede de cuidados continuados e nada fizeram (...) continua dependente e está sempre com muitas dores. Ele passa horas sozinho, porque tenho de trabalhar”.</p> <p>AS – “Pelo que estou a ler nos relatórios que a senhora enfermeira me enviou, o seu marido não colaborou muito bem nos tratamentos de fisioterapia, o que me tem a dizer sobre isto?”</p> <p>Utente – “Isso não é verdade! Foram eles que não o ajudaram, porque o meu marido continua com muitas dores e veio para casa cheio de feridas que não tinha”</p> <p>AS – “Neste momento, o que considera como prioritário para o seu marido?”</p> <p>Utente – “Uma visita do médico (...) mas também gostaria que fosse para ver as minhas condições ...”</p> <p>AS – “ O que pretende é que eu vá para que possamos, em conjunto, identificar as necessidades e definir um plano de apoio de forma a melhorar o cuidado ao seu marido, de forma integrada!”</p> <p>Utente – “É isso que acabou de dizer. E quando o vão fazer? Vão demorar, não é? Já sei como são os serviços!”</p> <p>AS – “Entre hoje e amanhã, falarei com a equipa clínica para providenciarmos uma visita domiciliária e depois ligo-lhe a combinar o dia e a hora, está bem assim?”</p> <p>Utente – “Agora estou de baixa, por depressão, mas daqui a 15 dias, volto a trabalhar.”</p> <p>AS – “Não se preocupe, que será contactada nos próximos dias.”</p> <p>Utente – “Fico a aguardar ...”</p> <p>AS – Sra. Dra. temos uma visita domiciliária para fazer.</p>

Fonte: Fonte: Processo social da situação B elaborado pela autora do relatório

Quadro V - Descrição da Intervenção - Situação B (continuação)

<u>Etapas da Intervenção direta</u>	Excertos dos diálogos (baseados nos processos sociais)
<u>Pedido/Apresentação do problema</u>	<p>Utente: “necessito da vossa intervenção porque o meu marido (...) continua com muitas dores (...) uma visita do médico (...) mas também gostaria que fosse para ver as minhas condições ...”</p>
<u>Recolha de informação</u>	<p>AS- “Necessito de lhe fazer algumas perguntas sobre o seu pai e o agregado familiar, pode ser?” Utente – “Claro.” AS – “A idade do seu marido?” Utente – “O meu marido tem 59 anos.” AS – “Tem mais familiares?” Utente – “Tenho um filho que vive connosco, mas já é adulto, independente de nós, não nos pode ajudar muito porque trabalha.” AS – “Como subsistem?” Utente – “O meu marido está reformado. Tem uma reforma muito pequena e eu trabalho e ganho o salário mínimo.” AS – “Que tipo de apoios têm? Família? Amigos? Vizinhos? Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)?” Utente – “Não temos ajudas, por isso recorri aos vossos serviços porque preciso de orientação e apoio...”</p>
<u>Avaliação</u>	<p>Foi definido o indicador de risco - Vulnerabilidade psicossocial, por situação de dependência física</p>
<u>Informação, clarificação e apoio</u>	<p>AS – “ O que pretende é que eu vá para que possamos em conjunto identificar as necessidades e definir um plano de apoio de forma a melhorar o cuidado ao seu marido, de forma integrada!”</p>
<u>Controlo – exercer uma autoridade</u>	<p>AS – Sra. Dra. temos uma visita domiciliária para fazer.</p>

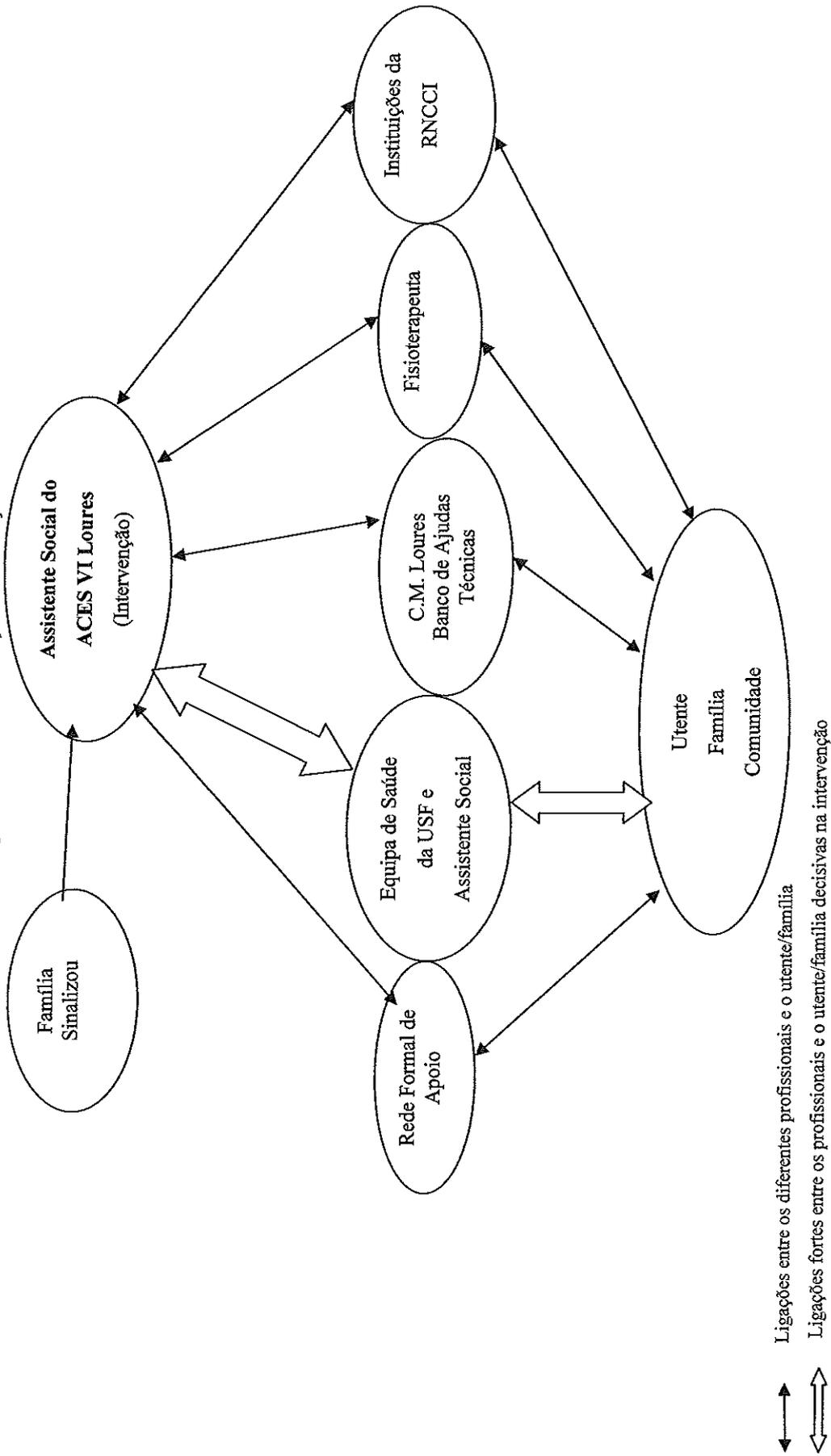
Fonte: Processo social da situação B. Elaborado para este relatório.

Quadro VI - Descrição da Intervenção - Situação B (continuação)

<u>Etapas da Intervenção direta</u>	Excertos dos diálogos (baseados nos processos sociais)
<u>Avaliação da situação biopsicossocial em contexto de visita domiciliaria</u>	<p>Durante a visita domiciliária, verificou-se que, o doente apresentava um quadro muito depressivo, evidenciando dores na zona abdominal e que de facto tinha algumas feridas, mas que não eram muito graves. A família vive numa habitação sem grandes condições de privacidade, porque no mesmo fogo, coabitam mais agregados familiares. O espaço privado do casal é apenas um quarto, com condições razoáveis. O casal tem serventia da casa de banho e da cozinha. Neste momento, não têm alternativas de alojamento porque as rendas são muito elevadas e a família não tem capacidade económica. O casal tem apoio de um filho que vive perto e sempre que pode visita os pais e apoia a mãe nos cuidados ao utente.</p>
<u>Elaboração de um projeto de intervenção interdisciplinar</u>	<p>Foi sugerido ao casal, o apoio domiciliário, ao nível da higiene pessoal e alimentação, apoio que aceitaram. Fiquei de diligenciar. Foi sugerido pela médica, com acordo da família, o apoio de uma cadeira de rodas, assim que o doente estivesse mais estabilizado, para evitar estar sempre deitado. Como a família, não tem condições financeiras para adquirir este produto de apoio, fiquei de solicitar um empréstimo ao banco de ajudas técnicas. Nesta visita domiciliária foram clarificadas algumas dúvidas, assim como, fornecidas todas as informações necessárias nesta etapa de intervenção com a família, que culminou na elaboração de um projeto de intervenção, que implicou uma negociação e um contrato com a família.</p>
<u>Avaliação dos resultados da intervenção interdisciplinar</u>	<p>Esta família continua a ser acompanhada, o doente melhorou bastante, após exames realizados e tratamentos adequados. Foi referenciado para uma unidade de reabilitação, porque neste momento tem critérios para ser integrado. Está menos deprimido. A família recuperou a confiança que perdeu no serviço nacional de saúde.</p>
<u>Capacitação e facilitação ao recurso a estruturas formais de apoio</u>	<p>A família sugeriu-nos que o utente integra-se numa unidade de reabilitação, para tratamentos intensivos, demonstrando desta forma uma atitude de capacitação e proatividade, em relação às respostas integradas no domínio da saúde.</p>
<u>Reformulação do projeto de intervenção interdisciplinar</u>	<p>Atendendo que o utente já possui critério para integrar uma unidade, no âmbito da rede nacional de cuidados continuados, propôs-se a referenciação para uma unidade de média duração e reabilitação onde pode permanecer até seis meses.</p>

Fonte: Processo social da situação B. Elaborado para este relatório.

Diagrama da Intervenção – Situação B



Fonte: **Processo social da situação B. Elaborado para este relatório.**

Quadro VII - Descrição da Intervenção - Situação C

Situação C	Tipo de contato	Atendimento	Encaminhado por	Indicadores de risco	Instrumentos	Excertos dos diálogos (baseados nos processos sociais)
Utente de género feminino	Presencial	Programado e não programado	Enfermeira da equipa de cuidados continuados do ACES VI	Idosa em perigo	Entrevistas Visitas domiciliárias Encaminhamento Reuniões com a equipa de saúde Elaboração de registos, pareceres e relatórios para a Saúde Pública e Ministério Público	<p>Enf – “Dra. Liliana hoje voltei a casa da senhora e a situação de saúde está francamente pior. A higiene da casa e do quarto piorou e existe bicharada pela cama que se infiltra na úlcera de pressão, a doente pode contrair uma septicemia e morrer. Preciso da sua ajuda, para poder retirar a senhora de casa, porque não me sinto segura com a postura do filho da doente.”</p> <p>AS – “Temos que atuar rapidamente, mas com muita prudência, porque não sabemos que tipo de coação este filho exerce sobre a mãe. A doente tem que ir para o hospital, mas como está na posse das suas faculdades mentais têm que dar autorização para os serviços atuarem. Vou solicitar a colaboração da segurança social e da saúde pública e vou convosco fazer a visita domiciliária para falar com a senhora.”</p> <p>Enf – “Dra. como pode ver, há bichos pela cama. O filho está sempre a observar-nos.”</p> <p>AS – “O senhor já viu que a sua mãe não está nada bem! O que lhe parece se chamarmos a ambulância, porque no domicílio não existem condições para tratar a doente.”</p> <p>Filho da utente – “eu sei tratar da minha mãe! Daqui não a levam!”</p> <p>Utente – “Debitada, com uma expressão não verbal apelativa e de quem pedia auxílio. Sra. Dra. só quero ficar bem, porque tenho muitas dores.”</p> <p>AS – “Quer ir ao hospital?”</p> <p>Utente – “Não sei (...) se o meu filho diz ...”</p> <p>Filho – “Lá estão elas a querer dar a volta à velha!</p> <p>AS – “Se a sua mãe não for ao hospital, pode vir a falecer sem cuidados de saúde, entende a gravidade da situação?!”</p> <p>Filho – “Eu sei tratar da minha mãe ...”</p> <p>Polícia – “Vamos até lá fora para poder arejar as ideias e deixar as senhoras a falar com a sua mãe.”</p>

Fonte: Processo social da situação C. Elaborado para este relatório.

Quadro VIII - Descrição da Intervenção - Situação C (continuação)

<u>Etapas da Intervenção direta</u>	Excertos dos diálogos (baseados nos processos sociais)
<u>Análise do pedido/problema</u>	"Dra. Líliliana hoje voltei a casa da senhora e a situação de saúde está francamente pior. A higiene da casa e do quarto piorou e existe bicharada pela cama que se infiltra na úlcera de pressão, a doente pode contrair uma septicemia e morrer." (sinalização da enfermeira)
<u>Recolha de informação</u>	A recolha de informação foi feita com base nas informações recolhidas junto da assistente social do Hospital Júlio de Matos que conhecia o agregado familiar, mas desconhecia a degradação em que a doente se encontrava. O pedido de intervenção ao serviço social do ACES surgiu apenas nesta fase.
<u>Avaliação</u>	Idosa em perigo.
<u>Elaboração de um projeto de intervenção interdisciplinar</u>	AS - "Temos que atuar rapidamente, mas com muita prudência, porque não sabemos que tipo de coação este filho exerce sobre a mãe. A doente tem que ir para o hospital, mas como está na posse das suas faculdades mentais têm que dar autorização para os serviços atuarem. Vou solicitar a colaboração da segurança social e da saúde pública e vou convosco fazer a visita domiciliária para falar com a senhora."
<u>Persuasão e influência</u>	O senhor já viu que a sua mãe não está nada bem! O que lhe parece se chamarmos a ambulância, porque no domicílio não existem condições para tratar a doente."
<u>Controlo - exercer uma autoridade</u>	"Se a sua mãe não for ao hospital, pode vir a falecer sem cuidados de saúde, entende a gravidade da situação?!"

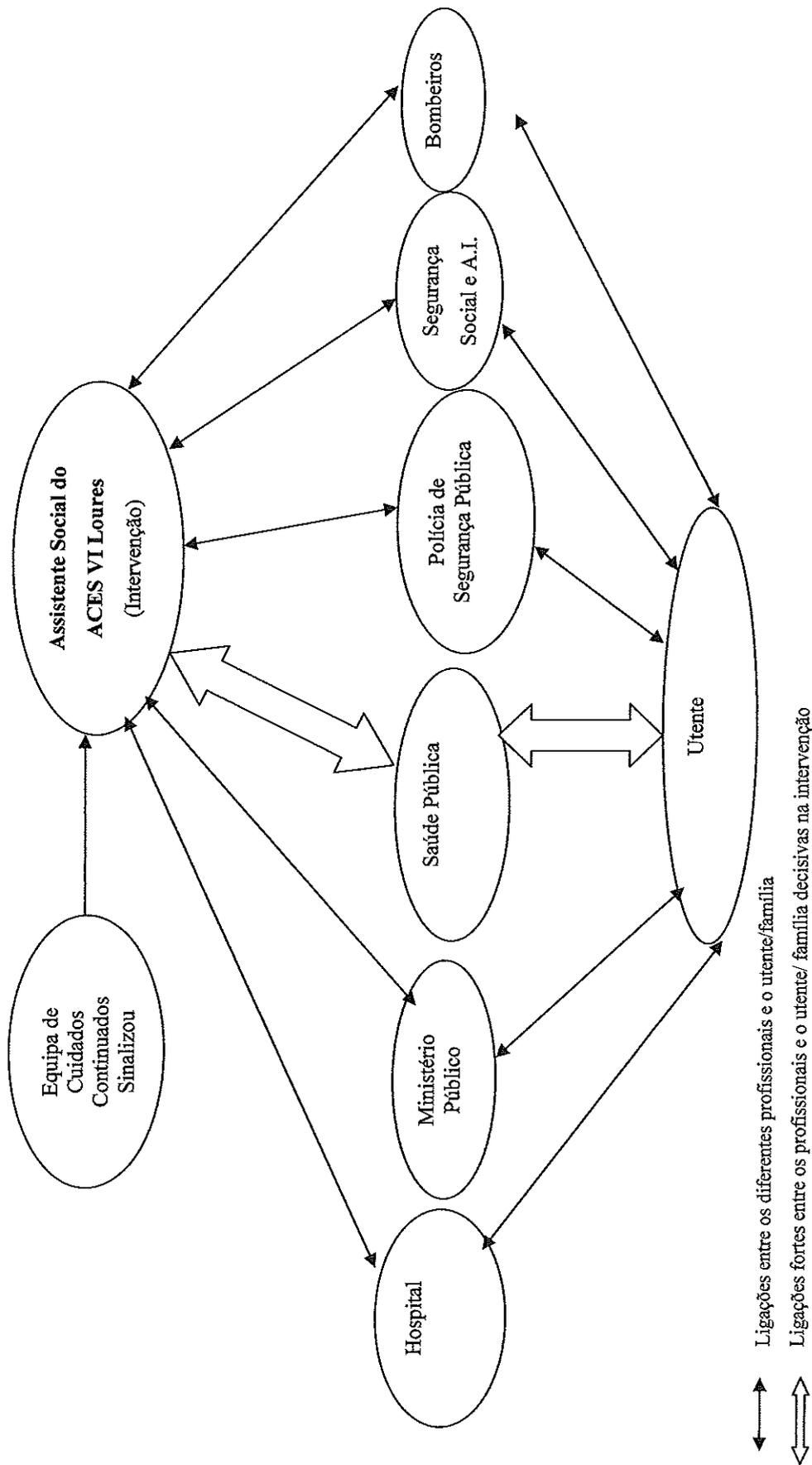
Fonte: Processo social da situação C. Elaborado para este relatório.

Quadro IX - Descrição da Intervenção - Situação C (continuação)

<u>Etapas da Intervenção direta</u>	Excertos dos diálogos (baseados nos processos sociais)
<u>Informação, clarificação e apoio</u>	<p>AS e Enf – “Agora podemos falar mais à vontade. A senhora está em perigo e precisa de cuidados. Aceita ir para o hospital.”</p> <p>Utente – “Sim ...</p> <p>“Já falei com a colega que está na urgência hospitalar para ser informada, quando a senhora der entrada no Hospital.”</p>
<u>Elaboração de um projeto de vida</u>	<p>Relativamente à utente, foi transportada pelos bombeiros para a urgência do Hospital Curry Cabral, tendo sido feito o contato com a colega que estava no serviço de urgência, informando-a do contexto familiar e social e sobretudo de perigo e da necessidade de um projeto de intervenção, após a estabilização que passe por uma alternativa ao domicílio.</p> <p>Após a estabilização da doente, foi definido um projeto que consistiu no internamento num lar, para que a utente pudesse beneficiar de condições de alojamento, de apoio e de cuidados que no seu domicílio, jamais poderia. Com o apoio das colegas da segurança social e concordância da utente, este projeto foi possível.</p> <p>Em relação à reforma da utente, este filho foi impedido de usufruir da reforma da sua mãe.</p> <p>Neste processo, a minha intervenção direta possibilitou o trabalho em rede traduzido na articulação e mobilização de recursos de outras instituições e a mobilização dentro destas para fora, tendo como finalidade, a reabilitação da utente.</p>

Fonte: Processo social da situação C. Elaborado para este relatório.

Diagrama da Intervenção – Situação C



Fonte: Processo social da situação C. Elaborado para este relatório.

Quadro X - Descrição da Intervenção - Situação D

Situação D	Tipo de contato	Atendimento	Encaminhado por	Indicadores de risco	Instrumentos	Excertos dos diálogos (baseados nos processos sociais)
Utente de género masculino	Presencial	Programado e não programado	Médico de medicina geral e familiar	Situação de dependência física	Entrevistas Visita domiciliária Elaboração de registos, informação social relatório	<p>Entrevista com a família – Utente: “Sra. Dra., falei com o meu médico de família, que também é do meu pai e o Sr. Dr. Encaminhou-me para si para que se pudesse tratar da integração temporária numa unidade de reabilitação.”</p> <p>AS – “O que ficou combinado com o seu médico, quanto à referência para essa unidade?”</p> <p>Utente – “O Dr. Ficou de fazer o relatório, mas pediu-me para que a Dra. lhe falasse.”</p> <p>AS – “De acordo. Depois combinou, uma visita domiciliária para elaborar o meu relatório, caso seja essa a decisão tomada.”</p> <p>AS – “Sr. Dr. falei hoje com o filho do seu doente, como pretende fazer a avaliação.”</p> <p>Médico – “Basta-me falar com o filho e baseou-me nessa informação para referenciar o doente. Porque pergunta?”</p> <p>AS – “O Sr. Dr. vai avaliar o doente e referenciá-lo sem fazer um domicílio, atendendo que o doente tem muita dificuldade em se deslocar?”</p> <p>Médico – “Eu não faço domicílios. Nunca fiz e não é agora com este tempo de serviço que os farei.”</p> <p>AS – “Mas o Sr. Dr. tem conhecimento que tem duas horas no seu horário, por semana para os fazer!”</p> <p>Médico – “Não faço domicílios!”.</p> <p>As – “Bom dia, conforme combinado venho fazer a visita domiciliária Como se sente Sr. Diogo (nome fictício)?”</p> <p>Sr. Diogo – “Vou muito mal com dores, depois da queda!”</p> <p>AS – “A senhora é quem cuida do seu marido, como se sente nessa tarefa? Já pensou no outro tipo de ajuda de algum serviço que a pudesse auxiliar?”</p> <p>Esposa – “Agradeço muito minha senhora, mas o meu filho, que foi falar consigo, como está desempregado e à espera da reforma vai-nos apoiado muito. Por agora não preciso. Só quero que o meu marido vá para essa instituição para ver se recupera.”</p>

Fonte: Processo social da situação D. Elaborado para este relatório.

Quadro XI - Descrição da Intervenção - Situação D (continuação)

<u>Etapas da Intervenção direta</u>	Excertos dos diálogos (baseados nos processos sociais)
<u>Pedido/Apresentação do problema</u>	<p>Utente – “Sra Dra., falei com o meu médico de família, que também é do meu pai e o Sr Dr. Encaminhou-me para si para que se pudesse tratar da integração temporária numa unidade de reabilitação.”</p>
<u>Recolha de informação</u>	<p>AS – “Necessito de lhe fazer algumas perguntas sobre o seu pai e o agregado familiar, pode ser?” Utente – “Claro.” AS – “A idade do seu pai?” Utente – “O meu pai tem 92 anos.” AS – “Quem vive com o seu pai?” Utente – “A minha mãe que tem 89 anos.” AS – “Os seus pais são reformados?” Utente – “São os dois.” AS – “Que tipo de apoios têm? Família? Amigos? Vizinhos? Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)?” Utente – “Os meus pais têm todo o nosso apoio, sou filho único e tenho prestado todo o cuidado até agora, penso que neste momento não precisam de mais nada a não ser a reabilitação do meu pai”.</p>
<u>Avaliação</u>	<p>Situação de dependência física, com necessidade de intervenção para referência para a RNCCI.</p>
<u>Informação, clarificação e apoio</u>	<p>AS – “O que ficou combinado com o seu médico, quanto à referência para essa unidade?” Utente – O Dr. Ficou de fazer o relatório, mas pediu-me para que a Dra. lhe falasse. AS – De acordo. Depois combinou, uma visita domiciliária para elaborar o meu relatório, caso seja essa a decisão tomada. AS – Sr. Dr. falei hoje com o filho do seu doente, como pretende fazer a avaliação.</p>

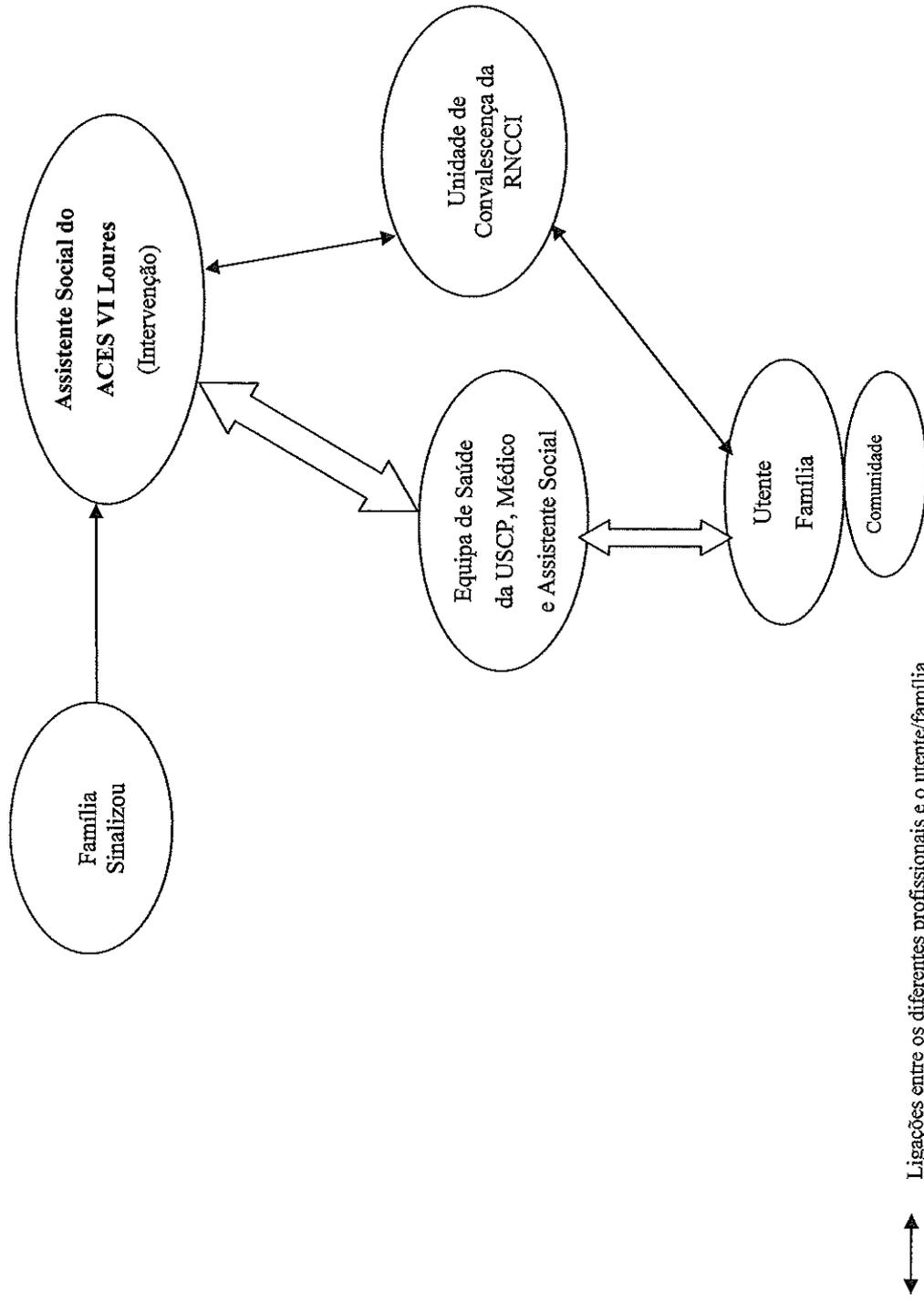
Fonte: Processo social da situação D elaborado pela autora do relatório

Quadro XII - Descrição da Intervenção – Situação D (continuação)

<u>Etapas da Intervenção direta</u>	Excertos dos diálogos (baseados nos processos sociais)
<u>Controlo – exercer uma autoridade</u>	<p>Sr. Dr. falei hoje com o filho do seu doente, como pretende fazer a avaliação. Médico – “Basta-me falar com o filho e baseou-me nessa informação para referenciar o doente. Porque pergunta?” AS – O Sr. Dr. vai avaliar o doente e referenciá-lo sem fazer um domicílio, atendendo que o doente tem muita dificuldade em se deslocar? “Mas o Sr Dr tem conhecimento que tem duas horas no seu horário, por semana para os fazer!”</p>
<u>Informação no âmbito das respostas sociais.</u>	<p>AS – “A senhora é quem cuida do seu marido, como se sente nessa tarefa? Já pensou no outro tipo de ajuda de algum serviço que a pudesse auxiliar? Por agora não preciso. Só quero que o meu marido vá para essa instituição para ver se recupera.”</p>
<u>Elaboração de um projeto de intervenção</u>	<p>Foram realizados os relatórios (médico, enfermagem e assistente social). Não existiu uma intervenção interdisciplinar, embora o processo de referenciação para a RNCCI, tenha sido bem sucedida. O papel da família foi fundamental</p>
<u>Avaliação dos resultados da intervenção interdisciplinar</u>	<p>O doente melhorou muito do ponto de vista físico e psíquico.</p>

Fonte: Processo social da situação D. Elaborado para este relatório.

Diagrama da Intervenção – Situação D



Análise da intervenção nas situações apresentadas

Relativamente à situação A, no quadro I, são descritos os principais excertos com base no processo social. O problema foi apresentado ao serviço social pela filha do utente que solicitou o pedido de intervenção. O utente encontra-se em situação de dependência física⁹ e acamado. A prestação de cuidados informais é assegurada pela esposa, que na altura, apresentava uma situação de grande cansaço físico e emocional. Após a análise do pedido de apoio, orientação e encaminhamento, na vivência da doença, foi sugerida à família proceder à transferência do processo administrativo do ACES de Lisboa, para a equipa do ACES VI, para que esta pudesse intervir, uma vez que, a freguesia de residência da família está integrada no Concelho de Loures.

Para que este procedimento fosse mais célere foi contactada a assistente social do ACES de Lisboa e, em conjunto, procedeu-se à transferência administrativa do processo, solucionando-se este aspeto burocrático. Foi proposto o agendamento de uma visita domiciliária, em conjunto com a equipa de saúde da USF e, também, a resposta social de serviço de apoio domiciliário (SAD), através da contratualização com uma instituição local, assim como, o encaminhamento para o Banco de Ajudas Técnicas da Câmara Municipal de Loures, para empréstimo de uma cama articulada e de um colchão de pressões alternadas, de forma a garantir o máximo de conforto, adaptados à dependência física do doente e a melhores condições para a prestação de cuidados por parte da principal cuidadora e profissionais.

A visita domiciliária foi um instrumento de trabalho determinante para corroborar a avaliação do pedido, que possibilitou a obtenção de informações mais concretas e reais da dinâmica familiar, para a elaboração do projeto de intervenção, mais ajustado às necessidades do doente e da sua família, no acesso aos serviços de saúde e às estruturas de apoio formais.

O doente passou a beneficiar da intervenção da equipa de enfermagem no domicílio e da vigilância médica. Os profissionais do ACES, da qual faz parte a assistente social propuseram à família o internamento temporário do utente, numa unidade da Rede Nacional

⁹ Dependência: “É a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.” (Decreto-Lei n.º 101, de 6 de junho, 2006).

de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na tipologia de longa duração e manutenção, para descanso da principal cuidadora (esposa), atendendo à situação de fragilidade física e emocional, enquanto prestadora informal.^{10 11}

O doente teve vários internamentos no hospital da área de residência, por descompensação da sua doença. Nestas ocorrências, a assistente social estabeleceu sempre a articulação com o serviço social hospitalar, mantendo a equipa de saúde da USF informada sobre o estado de saúde do doente e apoiando a família. Na preparação das altas, houve sempre a preocupação que o doente regressasse ao seu domicílio, com a manutenção dos apoios de que beneficiava anteriormente, SAD, apoio da equipa da USF e da assistente social. Ao longo desses episódios manteve-se sempre uma articulação estreita com a família e com a equipa de saúde da USF, que ainda hoje segue o doente.

Nesta primeira situação apresentada, considero que a intervenção enquanto assistente social foi determinante ao nível da articulação com os diferentes atores, principalmente, junto da equipa de saúde, conforme é apresentado no Diagrama da Intervenção (vide p.45). A equipa de saúde disponibilizou-se, de imediato, em participar em todo o processo de intervenção, apoiando todas as propostas e diligências efetuadas pela assistente social, com os outros intervenientes na comunidade. Ao longo do decurso da intervenção, a família teve um papel decisivo no apoio ao doente, adotando uma atitude de participação, de capacitação e de facilitação, nas propostas de apoio apresentadas, no âmbito da prestação de cuidados de saúde de forma integrada.

O projeto de intervenção interdisciplinar foi concretizado e, presentemente, o doente está integrado no seio da família e continuam a ser assegurados os apoios, inclusive dos profissionais da USF e da assistente social.

Na situação B, a sinalização do pedido foi feito ao serviço pela esposa do doente. O utente revelava sinais de descontrolo da sua dor e da sua parte emocional. A avaliação em

¹⁰ “ (...) os cuidados informais dizem respeito às atividades e experiências desenvolvidas no sentido da prestação de ajuda e assistência a parentes ou amigos incapazes de os concretizar por eles próprios (...) ” O cuidador sente-se frequentemente confrontado com alterações no estado de saúde do seu familiar, sentindo-se incapaz e sem meios para contestar a degradação e a evolução da doença da pessoa com quem conviveu durante muito tempo. Para além desta situação, surgem usualmente conflitos, que conduzem a sobrecarga, que se manifesta em três domínios: físico, emocional e social (Martins *et al. citado in* Rodrigues 2011).

¹¹ “As unidades de longa duração e manutenção podem ainda proporcionar o internamento a doentes com dificuldades de apoio familiar ou cujo principal cuidador tem necessidade de descanso, podendo a duração do respetivo ser de duração inferior a 90 dias.” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, Diretiva Técnica N.º 1/UMCCI/2008 de 7/01/2008).

contexto de atendimento com a familiar apontou para uma situação de vulnerabilidade psicossocial por situação de dependência física e descontrolo dos sintomas. Dado o grau de ansiedade em que se encontrava, a esposa do doente e principal prestadora informal, empenhou-se, junto da equipa médica, para a realização de uma visita domiciliária, que ocorreu com a maior prontidão.

Como é descrito no quadro IV, o doente revelava um grande sofrimento físico e a esposa não sabia como lidar com este problema. Durante a visita domiciliária foram constatadas também as dificuldades em que o casal habita, numa casa onde coabitam com outras famílias.

Através dos tratamentos e medicação administrados no domicílio, o controlo da dor foi atenuando, tendo sido possível ainda, ao doente, fazer o levante para uma cadeira de rodas, diligenciada através do Banco de Ajudas Técnicas, da Câmara Municipal de Loures.

Sugeriu-se, à família, a possibilidade do SAD, contratualizado pela família, através de uma instituição local, tendo a esposa tratado deste apoio. A equipa de saúde solicitou a intervenção de um fisioterapeuta do ACES, no domicílio, que foi decisivo na reabilitação do doente.

Passados alguns meses, a família contactou o serviço social para solicitar a possibilidade de integração do utente, numa unidade de reabilitação.¹² O pedido da família foi analisado em equipa (médica, enfermeira e assistente social), tendo-se concluído que o utente teria critério para uma unidade de média duração e reabilitação na RNCCI, onde poderia usufruir de tratamentos diários de fisioterapia e, também, com a intervenção de uma equipa multidisciplinar.

A situação B revela a importância do papel da assistente social junto da equipa de saúde que foi decisiva, a mais-valia da intervenção interdisciplinar, a riqueza da articulação, do trabalho em rede e, acima de tudo, a evolução ao nível da capacitação da família, na prestação de cuidados informais ao doente e no recurso a estruturas formais de apoio. A

¹² “Os cuidados a prestar nas unidades de média duração e reabilitação são destinados a doentes com perda de autonomia potencialmente recuperável que requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, duração, ou ausência de apoio social, por parte dos cuidadores e/ou de equipas de cuidados continuados integrados não podem ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos:” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, Diretiva Técnica N.º 1/UMCCI/2008 de 7/01/2008).

família continua a ser acompanhada pela USF e pelo serviço social, o doente permanece em contexto familiar, mais estabilizado.

Na situação C, a sinalização do pedido foi feita ao serviço social, pela equipa de cuidados continuados do ACES, que constatou a situação de grande vulnerabilidade e risco, em que a utente se encontrava. Após avaliação da situação familiar e social, conclui-se que a utente se encontrava em situação de perigo e que atendendo à oposição dos dois elementos da família, em rejeitarem qualquer intervenção com a idosa, assim como, suspeita de maus tratos físicos e psicológicos, foi necessária a intervenção junto das autoridades competentes, para que, a saída da utente não tivesse consequências drásticas, para todos os envolvidos.

A saída da idosa do seu domicílio foi antecedida de alguns procedimentos técnico-operativos por parte da assistente social: informação social e parecer técnico sobre a situação de perigo em que se encontrava, apresentando uma situação de saúde extremamente grave e exposta a familiares que tudo indicava não serem competentes para a prestação de cuidados, para além da elevada insalubridade do espaço habitacional. Estas informações foram dirigidas à Saúde Pública e ao Ministério Público. Foi feita articulação com o serviço social do hospital, para onde a doente seria transportada, para receber cuidados de saúde.

Estes serviços deram indicações à Polícia de Segurança Pública de como deveriam proceder para que a utente saísse do seu domicílio e fosse transportada pelos Bombeiros locais, para o hospital, em condições de segurança.

A utente foi então transportada pelos Bombeiros, para o hospital da área de residência, onde foi sujeita a vários exames e onde foram prestados todos os cuidados de saúde. Passados alguns dias, a idosa já estabilizada foi integrada numa instituição em regime de internamento, por sua livre vontade.

Como se pode verificar nos quadros VII, VIII e IX e, no diagrama da intervenção, da situação C, a interferência da assistente social foi feita numa fase extremamente tardia, nesta família, em que os papéis dos diferentes profissionais “quase se confundiram”, porque o objetivo foi a retirada imediata da idosa, que corria perigo de vida. Em relação a esta situação, não houve uma intervenção prévia com a família, porque tal como muitas das sinalizações, esta chegou tarde demais e com contornos muito graves.

Na verdade, todos os intervenientes atuaram de forma célere, respondendo de imediato às diligências que foram sendo realizadas. Quanto à idosa permanece internada em instituição da segurança social, encontrando-se bem. Os filhos não aceitam qualquer intervenção dos serviços e, por vezes, são interpelados pela Polícia de Segurança Pública por atos menos próprios.

Face à situação apresentada, considera-se que seria importante que todos os serviços e profissionais da comunidade, entre os quais o ACES, sinalizassem, atempadamente, todas as situações, para que se pudessem esgotar todas as possibilidades de intervenção, com as famílias e o recurso a entidades como a Saúde Pública e Ministério Público fossem a última etapa de recurso.

Na situação D, a sinalização do problema foi feita ao serviço social, pelo filho do doente. A família pretendia que o utente fosse referenciado para uma unidade de convalescença¹³, beneficiando de uma fisioterapia intensiva. Atendendo que o doente tinha grande dificuldade em se deslocar, o médico de família não realizou uma visita domiciliária para avaliação médica, elaborando o seu relatório, baseando-se nas informações que o familiar lhe concedeu, numa consulta.

Na situação apresentada estamos perante um cuidador informal, que é o filho que acompanhou bem a situação do doente e foi facilitador na transmissão dos principais sintomas e informações mais pertinentes que permitiram ao médico elaborar um relatório. A atitude deste profissional de saúde, no meu entender foi, neste caso criticável. A postura deste profissional, na verdade é comum a muitos que estão ligados às UCSP, porque não existe rigidez no cumprimento dos atos médicos. O prioritário é apenas a realização de consultas. Nas USF, os profissionais têm um maior rigor, no desempenho da sua prática profissional e, as visitas domiciliárias, têm carácter obrigatório.

Em relação ao doente, permaneceu durante um mês, numa unidade de convalescença, melhorou a sua condição física, tendo regressado ao domicílio. A família continua a ser

¹³“Os cuidados a prestar nas unidades de convalescença são destinados a doentes com perda de autonomia transitória que requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento até 30 dias consecutivos.” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, Diretiva Técnica N.º 1/UMCCI/2008 de 7/01/2008).

seguida na UCSP e pela assistente social, consentindo a resposta social da SAD, através da contratualização de uma empresa de apoio domiciliário.

Nas quatro situações apresentadas, constata-se a importância da articulação que foi feita entre as situações e os problemas apresentados pelos destinatários da ação e as redes formais de suporte, existentes na comunidade.

Nos diagramas da intervenção, é possível verificar a intercessão com os outros profissionais e o retorno das respostas, que foram estabelecidas com as extensões de saúde, concretamente, com as equipas de saúde e com as instituições que intervêm na comunidade, com vista a uma intervenção integrada, possibilitando o acesso aos cuidados de saúde, de forma célere.

Através do exemplo destas situações, é possível concluir que, na minha intervenção direta, junto da população destinatária, as intencionalidades no agir profissional podem ser uma realidade e, permitem encorajar-me no quotidiano, perante a condição normativa e de imposição que a instituição exerce sobre o *modus operandi* da assistente social e a relação com os outros profissionais, concretamente, a equipa de saúde (médicos e enfermeiros).

Acerca da importância da interdisciplinaridade, Ely (2003) refere que, o serviço social articula diferentes conhecimentos, de modo próprio, num movimento crítico, entre a prática-teoria e teoria-prática, sendo, por isso, uma profissão interdisciplinar, por excelência. A interação com outras áreas é particularmente primordial, pelo que, seria fatal manter-se isolado ou fazer-se cativo.

A interdisciplinaridade enriquece-o e flexiona-o, no sentido de romper com a univocidade do discurso da teoria e, para se abrir à interlocução diferenciada, com outros. Isto implica deparar com dogmatismos, muitas vezes, cultivados no interior da profissão. O assistente social, ao buscar novas formas de executar o seu trabalho, direciona o seu envolvimento na ação interdisciplinar, compartilhando um espaço de troca mútua entre as especificadas do conhecimento, ultrapassando no atendimento, a complexidade dos seus pedidos e os limites da sua especialidade.

A mesma autora sublinha ainda que, a observação das ações do assistente social, nos diversos campos, permite afirmar que este profissional é uma peça importante no interior das equipas.

Dando continuidade a este capítulo, são identificados os referenciais teóricos que, no meu entender, fazem parte da minha experiência, na intervenção direta, com a população destinatária e, vão de encontro aos conceitos de capacitação, de equidade e de justiça social.

De acordo com Payne (2002), o objetivo da capacitação é justiça social, implementando apoio mútuo e aprendizagem partilhada, no sentido da construção de objetivos mais amplos, uma maior segurança e igualdade política e social.

Conforme Solomon¹⁴ afirma, os objetivos da capacitação são entendidos, como o apoiar a população destinatária a ver:

- “A si próprios como agentes causais na busca de soluções para os seus problemas;
- Os assistentes sociais como tendo conhecimentos e aptidões que os clientes podem utilizar;
- Os assistentes sociais como um par e parceiro na resolução de problemas;
- A estrutura de poder como complexa e parcialmente aberta a influência.” (Payne, 2002, p. 379)

Esta intervenção consiste em:

- “Ultrapassar respostas entre as pessoas que surgem de valorizações negativas de forma a que eles se possam ver a si próprios como capazes de ter algum impacto sobre o seu problema;
- Localizar e remover bloqueios e encontrar e reforçar apoios à resolução eficaz de problemas.” (Payne, 2002, p. 379)

Uma outra perspetiva determinante no processo de capacitação e que este autor igualmente preconiza, é a avaliação da motivação, da capacidade e da oportunidade da população destinatária, dado que o acesso aos serviços de saúde é frequentemente impedido por falta de conhecimento e de articulação das informações, por parte de alguns funcionários e mesmo de profissionais de saúde. Sublinha que, o nosso enfoque, em forma de motivação:

(...) “pode ser inadequado, porque o assistente social valoriza coisas que a cultura do cliente não valoriza. Conhecer adequadamente expectativas e padrões culturais fornece pistas sobre como motivar os clientes. A capacidade pode ser avaliada com maior precisão em ambiente que seja mais seguro e acolhedor para o cliente do que em ambientes formais. A oportunidade necessita de ponderação cuidadosa. Isto acontece porque os clientes podem ser culpabilizados por não aproveitarem oportunidades que na realidade não estiveram disponíveis, devido a vários bloqueios (...).” (Payne, 2002, p. 381)

¹⁴ Solomon, B.B. (1976), Columbia University Press. New York: in Payne, M. (2002). Teoria do Trabalho Social Moderno. Quarteto. Coimbra. P.379

Outra perspetiva teórica presente é a teoria dos sistemas, ligada ao trabalho social. De acordo com Pincus e Minahan¹⁵:

“ (...) as pessoas dependem de sistemas no seu ambiente social imediato para conseguirem uma vida satisfatória; por isso, o trabalho social tem que se concentrar nesses sistemas, que podem ajudar as pessoas:

- Sistemas informais ou naturais (como a família, os amigos, o carteiro, os colegas de trabalho);
- Sistemas formais (como grupos comunitários, sindicatos);
- Sistemas societais (por exemplo, hospitais, escolas).” (Payne, 2002, p.200)

As tarefas do assistente social são: ajudar as pessoas a potencializar as suas capacidades na resolução dos seus problemas; traçar novas ligações entre as pessoas e sistemas de recursos; ajudar ou intervir para modificar interações entre as pessoas e sistemas de recursos; melhorar a interação entre as pessoas dentro dos sistemas de recursos (famílias e redes formais); dar contributos ao nível da política social; atuar como agentes de controlo social. (Payne,2002).

No campo da advocacia, a minha intervenção é feita no sentido de ajudar as pessoas a conquistar poder, no sentido do conhecimento dos seus direitos e deveres como cidadãos e utentes do SNS, para poderem alcançar os seus objetivos. A assistente social define e responde às necessidades, a favor dos destinatários, assegurando-se de que os recursos são utilizados de forma eficaz.

No meu dia-a-dia profissional, lamentavelmente, são muitas as incoerências, ausência de formação, de informação e de desinteresse, de alguns profissionais integrados no ACES VI Loures, com consequências sérias, na questão dos direitos sociais das pessoas.

A advocacia é assumida no meu agir, em relação aos destinatários: “(...) para melhorar o seu acesso aos recursos concebidos para os benefícios. (...) Assegurar que os clientes que beneficiem de certos serviços de assistência tenham o direito a recorrer a outros serviços de assistência.” (Payne, 2002, p. 369)

¹⁵ Pincus, A. e Minahan, A. (1973). Itasca. Peacock: in Payne, M. (2002). Teoria do Trabalho Social Moderno. Quarteto. Coimbra. P.200

Conforme, Kieffer¹⁶:

“argumenta que a capacitação contém elementos que, para além de permitir um melhor conceito de si mesmo e uma maior autoconfiança permite também conquistar uma capacidade mais crítica relativamente ao nosso ambiente e cultivar recursos pessoais e coletivos que são importantes para a ação social e política.” (Payne, 2002, p.368).

A advocacia de casos, segundo Payne, é um elemento importante da prática, porque se relaciona com direitos sociais que permitem aos destinatários beneficiarem de certos serviços de assistência, porque, frequentemente, esses benefícios estão baseados em direitos legais.

“A advocacia é em parte um aspeto da capacitação, uma vez que pode servir para defender recursos ou mudar a interpretação que os grupos fazem dos clientes. (...) os trabalhadores sociais podem agir como advogados formais, seguindo as instruções dos clientes.” (Payne, 2002, p.369-370)

A intervenção psicossocial é uma outra abordagem perceptível na minha intervenção e que é dirigida a uma determinada situação-problema, neste caso em famílias. Segundo, Luísa da Silva, o objetivo da intervenção social, junto desta família “é contribuir para melhorar a relação da(s) pessoa(s) com o seu meio ambiente de forma a que possa(m) atingir a sua plena realização como pessoa(s) (...)” (Silva, 2001, p.25)

Para a mesma autora:

“A intervenção psicossocial é uma atividade da área das relações humanas que lida com os problemas que as pessoas enfrentam no seu funcionamento social e com as dificuldades das pessoas em resolver esses problemas. São problemas de funcionamento social aqueles que afetam a vida da pessoa na relação com a realidade exterior, aos diferentes níveis da sua vida pessoal. (...) Na realidade, o objetivo da intervenção psicossocial não é o problema em si mas a situação de vida que com ele está relacionada e a forma como a pessoa lida com ela. Em certa medida, podemos considerar que os problemas são entidades exteriores às pessoas, (...) os problemas em si mesmos, não são objeto da intervenção psicossocial.” (Silva, 2001, p.19)

A dimensão comunidade integra a população destinatária e os projetos de parceria obrigatória, nos quais a assistente social participa, estabelecendo intercessões com os outros profissionais das várias instituições. A Direção do ACES assinou protocolos de participação na Rede Social do Concelho de Loures e com a Segurança Social no âmbito do Rendimento Social de Inserção.

A partir de setembro de 2012, por nomeação da Diretora Executiva, a assistente social passou a representar o ACES, em todas as Comissões Sociais de Freguesia, no âmbito da

¹⁶ Kieffer, C. H. (1984). Prevention in Human Services: in Payne, M. (2002). Teoria do Trabalho Social Moderno. Quarteto. Coimbra. P.368

Rede Social do Concelho de Loures, assim como, na Comissão Alargada no âmbito da CPCJ de Loures¹⁷.

A participação noutros projetos, de legislação obrigatória, passou a ser uma prioridade após a implementação do Decreto-Lei n.º101/2006, com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em que, a avaliação social constitui uma das condições para os doentes ingressarem nas unidades de saúde que fazem parte desta resposta de apoio.

A rede social assenta no trabalho de parceria alargada, efetiva e dinâmica e visa o planeamento estratégico da intervenção social local, que articula a intervenção dos diferentes agentes locais, para o desenvolvimento social. As comissões sociais de freguesia consistem em: sinalizar as situações mais graves de pobreza e exclusão social, existentes na freguesia e definir propostas de atuação a partir dos recursos, mediante a participação de entidades representadas; promover a articulação progressiva da intervenção social dos agentes da freguesia; promover ações de informação relativa aos problemas identificados no local e promover a participação da população e agentes da freguesia para que se procurem, em conjunto, soluções para os problemas. (Decreto Lei n.º115/2006).¹⁸

¹⁷ São competências da comissão alargada:

"a) Informar a comunidade sobre os direitos da criança e do jovem e sensibilizá-la para os apoiar sempre que estes conheçam especiais dificuldades;

b) Promover ações e colaborar com as entidades competentes tendo em vista a deteção dos factos e situações que, na área da sua competência territorial, afetem os direitos e interesses da criança e do jovem, ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação ou educação ou se mostrem desfavoráveis ao seu desenvolvimento e inserção social;

c) Informar e colaborar com as entidades competentes no levantamento das carências e na identificação e mobilização dos recursos necessários à promoção dos direitos, do bem-estar e do desenvolvimento integral da criança e do jovem;

d) Colaborar com as entidades competentes no estudo e elaboração de projetos inovadores no domínio da prevenção primária dos fatores de risco e no apoio às crianças e jovens em perigo;

e) Colaborar com as entidades competentes na constituição e funcionamento de uma rede de acolhimento de crianças e jovens, bem como na formulação de outras respostas sociais adequadas;

f) Dinamizar e dar parecer sobre programas destinados às crianças e aos jovens em perigo.

g) Analisar a informação semestral relativa aos processos iniciados e ao andamento dos pendentes na comissão restrita;

h) Aprovar o relatório anual de atividades e avaliação elaborado pelo presidente e enviá-lo à Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, à assembleia municipal e ao Ministério Público." Lei n.º 147/99 de 1 de setembro. Lei de proteção de crianças e jovens em perigo.

¹⁸ Neste Decreto-Lei são explicadas as competências, finalidades, objetivos, constituição e órgãos que compõem a Rede Social. Nesta rede estão representadas as instituições e entidades do Concelho de Loures.

No âmbito deste programa, a assistente social participa nas comissões sociais e de freguesia e nas inter-freguesias¹⁹ (mais do que uma freguesia), em que são identificadas as principais problemáticas, com base num diagnóstico social, elaborado em conjunto, com os outros parceiros. Cada freguesia identifica as suas prioridades de ação e constitui grupos de trabalho, que elaboram projetos de intervenção, para irem de encontro aos problemas identificados. Em cada comissão social de freguesia estão representados as diferentes instituições, como as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Agrupamentos de Escolas, PSP, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal de Loures, Instituto da Segurança Social e ACES VI Loures.

Da minha recente experiência, nestes grupos de trabalho, o balanço é positivo, na medida em que, este trabalho permite conhecer, de perto, os agentes sociais, partilhar preocupações e apreensões, relativamente à intervenção direta, com a população destinatária. Por outro lado, facilita um conhecimento privilegiado com o poder local e o fortalecimento da relação profissional, com os parceiros, trabalhando numa perspetiva interdisciplinar, atendendo à diversidade de formações dos profissionais que representam as instituições, com vista ao acesso das populações aos serviços.

O serviço social preconiza uma intervenção articulada, mas sem estar centrada apenas nos projetos do ACES, participando em algumas iniciativas, com outras instituições como, a Segurança Social, a Câmara Municipal de Loures, as IPSS entre outras. O envolvimento nestas iniciativas constituem campos de intervenção, que o serviço social, nos cuidados de saúde primários, visam desenvolver, tendo subjacente o contexto da nova geração de políticas sociais e de uma filosofia de cidadania ativa, demarcando-se de um Estado-Providência paternalista.

Na verdade, há que salientar a importância do Programa da Rede Social²⁰, criado em 1997, pelo fato de incentivar redes de apoio social integrado de âmbito local, através de fórum de articulação e congregação de esforços entre as autarquias, entidades públicas ou privadas, sem fins lucrativas.

¹⁹ No Decreto-Lei n.º 115/2006, é explicada as competências, finalidades, objetivos, constituição e órgãos que compõem a Rede Social. Na rede, estão representadas todas as instituições e entidades do Concelho de Loures.

²⁰ Programa criado sob proposta da Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 de 18 de novembro e regulamentado pelo Despacho Normativo n.º 8/2002 de 12 de fevereiro e institucionalizado através do Decreto-Lei n.º 115/2006, de 14 de junho.

Em maio de 2012, foi assinado um protocolo de parceria, no âmbito do serviço de atendimento e acompanhamento social integrado do concelho de Loures. Este protocolo inclui as instituições que intervêm no concelho, como sendo, a Segurança Social, a Câmara Municipal, as Juntas de Freguesia e o ACES VI Loures e algumas IPSS.

O atendimento, ao nível da ação social, passa a ser feito por assistentes sociais que exerciam as suas funções nas instalações da Câmara Municipal, passando agora, para as juntas de freguesia, estando, por isso, mais próximas da população. A Segurança Social é a responsável pela formação dos profissionais. Às assistentes sociais, profissionais do ACES, cabe-lhes o atendimento, o encaminhamento, a articulação, o trabalho de parceria com os outros profissionais do atendimento integrado, no acompanhamento de algumas situações e a articulação de respostas, junto da população destinatária.

As reuniões do Atendimento Integrado têm uma periodicidade semanal, mas atendendo à carência de profissionais, no serviço social no ACES VI Loures, só é possível a participação uma vez por mês. Nestas reuniões estão presentes, todos os profissionais que realizam atendimento social, nas juntas de freguesia, do concelho de Loures.

Nas reuniões são partilhadas as situações de famílias em acompanhamento, de experiências, de informações e solicitações de intervenções conjuntas com o ACES, tendo em conta, os recursos que os cuidados de saúde primários podem potenciar, junto das populações, ao nível da prevenção e promoção da saúde. Um exemplo muito corrente é a solicitação de parecer em relação à integração para a RNCCI, que uma família pode usufruir. Um outro exemplo é a articulação mais fácil ao acesso à saúde, por parte dos cidadãos, se as várias respostas sociais funcionarem de forma articulada, como se verifica neste concelho.

As reuniões são presididas pelas Coordenadoras do Atendimento Integrado e do Instituto da Segurança Social.

No âmbito do Rendimento Social de Inserção (RSI) participo nas reuniões do Núcleo Local de Inserção, representando o ACES VI Loures, por decisão da Diretora Executiva do ACES.

O RSI constitui uma medida de política social de luta contra a pobreza, tendo como principal objetivo, assegurar aos cidadãos e aos seus agregados familiares recursos que contribuam para a satisfação das suas necessidades mínimas e favorecer a progressiva

inserção social, laboral e comunitária, respeitando os princípios da igualdade, solidariedade, equidade e justiça social²¹.

A participação no NLI concretiza-se em duas reuniões, com uma periodicidade quinzenal, uma nas instalações da segurança social, em Sacavém (NLI oriental) e outra em Loures (NLI norte). A minha participação é apenas em Sacavém. A representação do ACES nas reuniões de NLI em Loures é feita por outra colega da equipa de serviço social.

Nesta reunião estão presentes, a coordenadora do NLI, que é assistente social, os profissionais, que representam as instituições parceiras, Câmara Municipal, Instituto de Emprego e Formação Profissional e ACES VI Loures, onde represento o NLI oriental, assim como os profissionais da Segurança Social e IPSS da comunidade, que acompanham as famílias beneficiárias do RSI.

Os profissionais que acompanham os beneficiários, desta medida de política social, não fazem leituras críticas, ético-políticas, para poderem construir em conjunto com os destinatários, um projeto profissional sólido. A legislação, extremamente redutora, as orientações dos decisores e o elevado número de processos impedem que os profissionais realizem um trabalho, junto das famílias que as possam motivar para as questões da participação cidadã e para a melhoria das suas condições de vida.

A estes profissionais exigisse apenas que tenham uma atitude de controlo social sobre a conduta dos indivíduos, efetuando, com regularidade, visitas domiciliárias, com o intuito de averiguar se a gestão doméstica das pessoas está a ser feita de uma forma correta à luz dos

²¹ Os Núcleos Locais de Inserção (NLI) são os órgãos locais a quem compete a gestão processual continuada dos percursos de inserção dos beneficiários do Rendimento Social de Inserção, conforme o instituído na Lei n.º 13/2003, de 21 de maio e no disposto no artigo 77.º do Decreto-Lei n.º 283/2003, de 08 de novembro na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 42/2006, de 23 de fevereiro. (Regulamento Interno para o funcionamento do NLI, 2011).

Os NLI têm a responsabilidade da elaboração e aprovação de programas de inserção, a organização dos meios inerentes à sua prossecução e ainda o acompanhamento e avaliação da respetiva execução. A operacionalidade dos NLI concentra-se na responsabilidade de acompanhar de perto a elaboração e o acompanhamento dos programas de inserção diretamente através do acompanhamento das famílias ou, indiretamente na designação dos técnicos para este acompanhamento.

O NLI rege-se pelos princípios do valor humano, da cidadania ativa, do primado profissional, da equidade e da proteção da confiança. Na relação estabelecida com os beneficiários, estão inerentes os princípios éticos de autonomia, compromisso recíproco, confiança recíproca e aceitação.

O NLI é composto pelas seguintes entidades: Instituto da Segurança Social de Loures; Instituto do Emprego e Formação Profissional - Centro de Emprego de Moscavide; Ministério da Educação, Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo, que desde o ano passado deixou de ter representante, neste agrupamento; Ministério da Saúde, Agrupamento de Centros de Saúde VI; Câmara Municipal de Loures. Outras entidades privadas que nestas reuniões não estão representadas. A periodicidade destas reuniões é quinzenal. Atendendo à dimensão do concelho de Loures, existem dois NLI, um que funciona na zona norte e o outro na zona oriental.

conceitos e aprendizagens dos profissionais, uns detentores de formação em serviço social, outros em psicologia. Há uma consciência clara da evasão do profissional, nos aspetos mais íntimos dos destinatários e a implementação de conceitos e modos de vida, de forma intencional, ignorando as questões da ética e da moral.

Os profissionais limitam-se a identificar os beneficiários que encaminharam para integrar o RSI e os acordos que assinaram, tendo por base, questões de saúde, que passa pela vigilância e frequência de consultas; ao nível da Câmara Municipal de Loures ter conhecimento se o agregado familiar tem cumprido com pagamento mensal da sua renda. Se a família se encontrar em situação de incumprimento voluntário, o RSI pode ser cessado. Em termos do emprego, aceitar a proposta de formação e/ou de integração que lhe for imposta.

Nestas reuniões, os processos são analisados em conjunto com os técnicos que acompanham os agregados familiares, em que a vigilância na saúde pode aparecer como uma ação de cumprimento obrigatório, no quadro de um programa de inserção. Relativamente a estes programas existem orientações normativas do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social que definiu um conjunto de ações à revelia das especificidades e necessidades de cada família²².

A forma como a medida de política social do RSI se impõe, na vida das populações e, coage os profissionais é de extrema gravidade, porque implica que os destinatários assinem programas de inserção, em troca de uma prestação pecuniária. Não existem condições para se problematizar sobre a funcionalidade das famílias, descorando os aspetos sociais, culturais e religiosos. Esta situação faz-me sentir que estou a ser conivente, perante uma intervenção de forma funcionalista e controladora na vida dos indivíduos e que está posta em causa, também, a representação social, da profissão de assistente social.

²²Estas ações podem implicar os parceiros da saúde, sempre que se refira ao cumprimento da vigilância na saúde e da obrigatoriedade da frequência de consultas, vacinação de crianças e consultas de planeamento familiar. Pode implicar também a regularização do pagamento das rendas tratando-se de habitação social, cabendo ao parceiro da Câmara Municipal, saber e advertir ao responsável do processo de RSI, se a família está a cumprir ou não. No acompanhamento a estas famílias é exigido que estejam inscritas no Instituto de Emprego e Formação Profissional, demonstrando disponibilidade para o emprego e frequência de formação profissional, excetuando situações de doença, que impede para a atividade laboral, devidamente justificadas pelos serviços. Por essa razão, é-me solicitado que articule com a equipa médica, no sentido de averiguar se aquela pessoa terá ou não condições para solicitar uma reforma, ou simplesmente no momento atual não tem condições para o exercício de uma profissão.

A modificação da própria estrutura da identidade pessoal, implica o aparecimento de novas formas de subjetividade e a conversão identitária, que faz passar os indivíduos de sujeitos, atores a membros submissos, embora muito mais expostos e incertos. Os projetos definidos pelos profissionais, impostos pela legislação que regulamenta o RSI, não têm em conta as situações de instabilidade, trajetórias e crises sucessivas, que estas famílias são sujeitas. Os tempos das medidas de política social, dos programas, dos profissionais, não são os das famílias. As famílias mais vulneráveis abandonam com mais frequência os programas de intervenção e, tendencialmente, recusam a oferta de serviços, como é exemplo, a obrigatoriedade dos beneficiários de RSI terem de frequentar ações de informação/sensibilização sobre temáticas decididas pelos profissionais que possibilitaram a assinatura de um programa de inserção. As famílias anseiam a satisfação das suas necessidades de subsistência e desvalorizam as questões burocráticas que a medida do RSI, assim o exige.

Na participação do NLI, constato que existe um risco da especificidade da profissão de assistente social, atendendo à legislação muito redutora, face à análise igualitária dos problemas sociais, económicos e familiares, atuais da sociedade portuguesa, agravados pela crise política. Os objetivos definidos pelas organizações, que intervêm ao nível desta medida de política social e, o desrespeito pelas especificidades dos diferentes profissionais, forçando-os a intervir de forma semelhante em todas as famílias, desvalorizando as diversidades analisadas e a promoção de uma cidadania e autonomia efetiva dos destinatários.

Tal como refere Isabel Passarinho, nestes processos é fundamental a apropriação de uma linguagem própria, como processo de construção do profissional reflexivo e como desafio essencial das relações societárias.

Esta realidade constatada, quase diariamente, leva a questionar-me sobre a gravidade e o risco em que estamos a trabalhar, sob o signo de uma prática imediata, com ausência de reflexão e rigor. A especificação da profissão de assistente social é uma preocupação e uma apreensão diária.

Mais do que perguntar por identidade, devemos perguntar por identidades, por processos de identificação em curso, pois as identidades são, fundamentalmente, condição de ser e possibilidade, são permanências e transformações.

Um desafio importante, nesta perspetiva de análise, é reconhecer que a profissão, como um tipo peculiar de trabalho, como forma de especialização do trabalho coletivo, tem uma dimensão política que lhe é constitutiva e que se expressa até no menor ato da nossa vida quotidiana. As identidades profissionais, nesse sentido, jamais poderão ser processos reiterativos, de reprodução de práticas já produzidas.

Sobre estas preocupações, a autora escreve o seguinte:

“Na atualidade e, em resultado da fragmentação provocada pela transferência de múltiplos serviços do sector público para o privado, da especialização crescente das funções dos assistentes sociais e do avanço para um trabalho em maior proximidade com outros profissionais cabe, cada vez mais, perguntar:

- O que é, afinal ser assistente social?” (Passarinho, 2009, p.37)

A mesma autora refere que a crise cultural do serviço social é encarada como uma condição generalizada numa sociedade em que as palavras perderam o significado e onde a linguagem herdada do serviço social tradicional remete o “cuidar” ou a “ajuda” para um certo efeito ilusório na sociedade. A crise é uma expressão banalizada em serviço social, sendo que, muitos dos assistentes sociais questionam o seu papel e o seu propósito na sociedade atual.

Estamos perante a passagem do comunitário ao societário, como designa M. Weber “a passagem de uma socialização de dominante «comunitária» a uma socialização de dominante «societária»” (Passarinho, 2009, p.382).

De seguida, relato e problematizo a relação do meu agir profissional com a Direção e com a equipa de saúde do ACES VI Loures.

A relação do agir da assistente social com a Direção e com a equipa de saúde do ACES

A Direção do ACES VI Loures está situada no mesmo espaço que o serviço social, na extensão de Sacavém. A relação é muito cordial, há um respeito pela intervenção da assistente social. Todavia, na sua gestão corrente, a Direção limita-se a respeitar escrupulosamente as orientações que vêm da ARSLVTJ, I.P. dando indicações muito precisas a todos os profissionais. Perante este cenário, o meu agir profissional, por vezes, parece estar cercado e totalmente dependente do poder de decisão, sem lugar a apresentação de outras

propostas ou alternativas de intervenção, conforme já tive oportunidade de referir, ao longo deste trabalho.

A atividade do serviço social é secundarizada em relação à da equipa de saúde, já que o fundamental é apresentar indicadores estatísticos do número de consultas médicas e de enfermagem das várias extensões de saúde, para que os resultados sejam legitimados, pelo poder decisório, relativamente ao papel do ACES, junto da população, no acesso aos cuidados de saúde primários.

Na realidade, muitas são as situações cuja intervenção da assistente social é crucial e decisiva, no acesso à saúde, indo mais além, procurando a motivação das equipas, para uma atuação interdisciplinar junto da população destinatária e, em algumas delas, na redução dos efeitos de bloqueios sociais, decorrente do poder existente.

Uma outra constatação, que considero demasiado arrojada, é a existência de muitos “micro poderes”, atendendo à complexidade da organização do ACES, com inúmeras chefias em, torno da Direção. Refiro-me, concretamente, à Unidade de Apoio à Gestão, que tem a seu cargo, a responsabilidade de toda a logística, recursos humanos, património, serviços financeiros e aprovisionamento, com uma influência decisiva, na atuação de todos os profissionais do ACES, nomeadamente do serviço social, decidindo sobre os recursos físicos, humanos e materiais que, este núcleo, deve possuir. O facto é que, a par das instalações precárias, do gabinete de serviço social, subaproveitadas, a inexistência de apoio administrativo, um único gabinete de atendimento e, a recusa de um telemóvel para utilização em serviço externo, são exemplos concretos de que, a intervenção da assistente social é colocada em segundo plano.

No que concerne ao exercício do poder das organizações e, ao agir profissional do assistente social, Marília Andrade refere que: “As organizações institucionais onde trabalham os assistentes sociais são espaços de confronto entre agentes sociais que prosseguem interesses próprios e muitas vezes divergentes. São espaços de controlo, de constrangimento, mas são igualmente espaços de possibilidade de ação” (Andrade, 2001, p.225).

“ (...) é preciso que se diga, que as possibilidades e os constrangimentos que se exercem sobre o agir, variam também com o controle democrático exercido por agentes societários exteriores quer no campo do serviço social, quer no campo da instituição em si. Ou seja, o campo da instituição no qual se inscreve o campo da intervenção do serviço social, inscreve-se por sua vez num contexto societário onde se encontram, quer os grupos

populacionais potencialmente utilizadores da instituição, quer os grupos sociais dominantes (forças políticas e lobbies económicos, por exemplo) que pedirão contas aos mandantes dessa instituição, quer outros grupos sociais, outras forças e movimentos sociais, que eventualmente representam interesses contrários aos dos grupos anteriores.” (Andrade, 2001, p. 227).”

Sobre a influência nas decisões e orientações políticas, Serafim afirma:

“Na verdade, muitas das decisões tomadas no campo da política social estão dependentes, em larga medida, de opções ideológicas, económicas e financeiras que nem sempre correspondem, lamentavelmente, ao respeito pelos ideais de justiça social, democracia, participação e muitos outros. O serviço social, assenta em pilares de natureza ideo-política e teórica-filosófica, cujo conhecimento e aprofundamento se torna hoje, mais do que nunca, uma exigência para o *ethos* profissional.” (Serafim, 2004, p. 45-46).

O questionamento sobre orientações do poder político, no meu entender, é cumprido naturalmente e quase inexistente, mesmo que possa ter reflexo no funcionamento do ACES, com implicações sérias, junto da população destinatária. O que transparece no meu agir é que, a prática funcionalista e silenciosa junto da Direção é a postura mais adequada no momento atual, em que estamos a assistir a mudanças profundas, a maioria delas, com impacto negativo, ao nível dos direitos sociais e justiça social. Desta forma, esta conjuntura tem reflexos contraproducentes, no meu agir quotidiano, porque considero que o serviço social nos CSP está numa postura subserviente e é pouco reconhecido, existindo um risco eminente de cair numa prática rotineira, burocrática, com ausência de problematização.

Tal como afirma Battini (1992), quando o assistente social não se volta para uma análise mais profunda do processo de tomada de decisões, como uma componente importante da sua prática profissional, tende a uma ação imediatista no cumprimento de tarefas. Por não ter em conta o processo decisório, tem poucas condições de influir sobre ele.

Seguidamente descrevo e problematizo a relação do meu agir profissional com a equipa de saúde do ACES (médicos e enfermeiros), na implementação de uma intervenção interdisciplinar junto da comunidade.

Na dimensão interventiva, entendo que, a interdisciplinaridade impõe, necessariamente, o estabelecimento de vínculos de integração no processo de trabalho, ainda que, a realidade que constato é que não há uma articulação efetiva, dada a grandeza do ACES e a distância entre as diferentes unidades funcionais, a falta de tradição desta configuração de trabalho e a precaridade do número de assistentes sociais.

Considero que, a interdisciplinaridade é mais do que a simples intercomunicação podendo ser vislumbrada quando a comunicação ou diálogo sobre e entre saberes e práticas geram uma integração mútua, constituindo novos saberes e novas práticas que busquem a resolução de um problema concreto.

De acordo com Nogueira:

(...) “os obstáculos para a ação interdisciplinar, nas profissões disciplinares, deve-se ao fato dos saberes e práticas estarem fortemente ligados a instituições e organizações corporativas. A forma como algumas profissões se institucionalizaram, como se legitimaram, com estatutos rígidos, com forte reconhecimento social e status privilegiado, os valores, os símbolos e a identidade específica. As categorias com status económico e social fortemente diferenciado são historicamente reconhecidas pela competência estabelecida e têm maior dificuldade num trabalho coletivo.” (Nogueira, 1998, p.45).

No contexto do trabalho num centro de saúde, entendo que, a resistência ao trabalho interdisciplinar é mais notório no grupo profissional dos médicos, dada a influência que o modelo biomédico ainda exerce, em alguns profissionais, que têm alguma apreensão em integrar equipas e alterar as suas práticas e o seu *modus operandi*.

A mesma autora, deixa algumas recomendações para o trabalho interdisciplinar:

- “O reconhecimento da necessidade da ação em equipa, mais do que qualquer norma burocrática ou administrativa é o primeiro passo para a reorganização efetiva do trabalho entre os pares. Além de que é importante rever a legislação específica das profissões e da política de saúde;
- A consolidação da equipa passa pela articulação do trabalho coletivo tanto no que se refere a objetivos comuns como na reflexão de como estes se constituem. Há uma permanente tensão entre a autonomia profissional e os objetivos comuns;
- O cuidado relativo à adoção pela equipa de objetivos institucionais, prévia e hierarquicamente definidos por instâncias quando o grupo profissional torna-se executor de tarefas e atividades indicadas, a clássica dicotomia entre o pensar e o fazer. Neste caso, o princípio básico da conceção do trabalho intelectual, a capacidade de pensar e executar o processo de trabalho é fragilizada tendo em conta a relativa autonomia do intelectual ainda que com ganhos na integração de ações;
- Um projeto com objetivos partilhados estratégias, metodologias e abordagens para a prática quotidiana constitui-se para garantir o cumprimento de responsabilidades;
- O estabelecimento permanente de canais de comunicação entre o grupo de profissionais que trocam saberes e práticas, o espírito de equipa, superando ou administrando divergências axiológicas, teóricas, metodológicas e estratégicas;
- A garantia da ação reflexiva sobre o processo de trabalho a executar e o executado;

- As pessoas são diferentes, têm visões de mundo, expectativas e projetos distintos e a coesão intergrupar nem sempre é imediata;
- Cada profissional deve ter o seu papel bem clarificado, assim como as suas possibilidades e limites, espaço livre com manifestação de opiniões, solidariedade, ética e respeito;
- O tamanho da equipa é determinado pelo tipo de objeto e intencionalidade que se deseja abordar, devendo incluir-se todas as categorias que têm contacto direto com o destinatário;
- A importância de uma supervisão externa para que a equipa pudesse discutir bloqueios e dificuldades.” (Nogueira, 1998, p.46-47).

Ely refere-se a duas abordagens distintas, com objetivos e procedimentos diferenciados. A primeira relaciona-se com a construção do conhecimento, na qual a interdisciplinaridade aparece como um novo princípio organizador do conhecimento, proporcionando a implantação de uma visão holística e a formação de uma postura crítica. A segunda concentra-se na aplicação da interdisciplinaridade como método de trabalho, considerando-o uma ação interventiva, destinando-se a trabalhar com problemas práticos. (Ely, 2003).

Segundo a mesma autora, as equipas são uma condição para a sua existência, sendo constituídas por profissionais com qualificações diversas, que interagem de forma a estabelecerem uma troca intensa, pautada por objetivos comuns, com interdependência, coesão e cooperação. (Ely, 2003).

No quotidiano profissional o contacto direto com as equipas clínicas é frequente e uma prioridade, tendo por base a minha intenção consciente na implementação de uma intervenção interdisciplinar. Estes contactos são operacionalizados através de diálogo direto, através de correio eletrónico, ou contacto telefónico e através de reuniões sobre famílias que estão em acompanhamento, com o intuito de concertar atuações conjuntas. A finalidade é a intervenção integrada, sempre que se justifique. Definir um plano de trabalho, onde sejam claras as diferentes atuações dos profissionais, de acordo com a sua formação e finalidades da intervenção e da definição de um projeto, em conjunto com a família.

Segundo Pinho, existem pontos cruciais que estão na base da formação de qualquer equipa e que são: o desempenho coletivo; a responsabilidade coletiva; a tomada de decisão coletiva; o uso de habilidades e conhecimentos complementares. Na saúde, a autora afirma que, por vezes, existem factos que impedem que esse trabalho de articulação seja feito de uma forma rigorosa, tais como: a dominância de um discurso particular, resultando na

exclusão de outro e a falta de confiança interprofissional resultante das relações de poder entre as profissões. (Pinho, 2006)

Os profissionais de saúde possuem mapas cognitivos das suas disciplinas específicas, que derivam e possuem também uma compreensão dos papéis e mapas de outras pessoas, fatores responsáveis por causar ansiedade, conflitos e ineficácia no trabalho coletivo.

Nem sempre é fácil a articulação com alguns profissionais, no caso dos médicos, alguns demonstram alguma resistência no trabalho com outros profissionais e, por vezes, consideram que o seu campo de intervenção está ameaçado, ou então, não querem sair da rotina do seu quotidiano.

Um exemplo que me surge é a atitude de alguns médicos, sobre os enfermeiros, fazendo, destes, seus subordinados. Trata-se de enquadrar a práxis no modelo biomédico. Aos enfermeiros, muitas vezes, exige-se que desenvolvam não apenas um trabalho técnico, mas de controlo social sobre os doentes, na manutenção da ordem e da disciplina concebida pela autoridade social dos médicos. Esta situação tem impacto no meu agir profissional pelo risco que existe em ter de gerir alguns conflitos entre aquelas duas classes profissionais e colocar em causa uma intervenção interdisciplinar junto dos destinatários da ação.

Seguidamente são elencadas algumas questões e dilemas éticos com implicação no meu agir profissional relativo à dinâmica da unidade de cuidados na comunidade que está sediada em Loures.

Em 1999, através do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, assiste-se à criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, em que, o serviço social aparece inserido na UCC.

A atividade da UCC assenta numa equipa multiprofissional que inclui apenas enfermeiros, a tempo inteiro, quanto aos assistentes sociais e psicólogos estão a tempo parcial. Este diploma legal vem relegar para segundo plano o papel do assistente social na rede dos serviços de saúde, uma vez que, apenas refere no seu artigo 13º, a prestação de apoio psicossocial no contexto da designada “Unidade de Cuidados na Comunidade”, remetendo este apoio psicossocial para um plano complementar.

É ainda de referir que esvazia as atribuições e funções ao serviço social, perdendo este serviço o até então estatuto de autonomia, passando os seus recursos humanos a estarem afetos à referida unidade, sob direção de um enfermeiro.

A UCC constitui uma mais-valia, principalmente, no que se refere a um dos seus projetos, a constituição da equipa de cuidados continuados integrados. (ECCI)

“A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. (cf. Artigo 27.º do DL 101/2006, de 6 de Junho).” (Ministério da Saúde - Missão para os cuidados de saúde primários, cuidados continuados integrados, carteira de serviços, Lisboa, 21 de Maio de 2007).²³

A dinâmica de funcionamento da ECCI, no ACES VI Loures, no meu entender, está aquém do que o documento oficial recomenda, quer pela ausência de uma equipa multidisciplinar permanente quer pela ausência de algumas profissões, como é o caso do médico, fisioterapeuta e terapeuta da fala.

A participação da assistente social é muito reduzida, limitando-se apenas a um dia por semana. Isto significa que a intervenção, na sua maioria, é feita por enfermeiros e sem a presença permanente dos outros profissionais, entre os quais da assistente social. Considero que estamos perante uma atuação amputada, numa equipa, que é, simultaneamente, uma resposta da RNCCI, as chamadas equipas domiciliárias, cuja práxis é crucial, enquanto resposta dos cuidados de saúde primários, para as situações de dependência física e psicológica e de vulnerabilidade social na comunidade.

Um outro aspeto que gostaria de salientar é a falta de conhecimento das unidades funcionais deste ACES, na zona norte de Loures (UCSP e USF), da possibilidade de referenciar os doentes para a ECCI, sempre que as mesmas unidades já não tenham

²³ A RNCCI presta os seguintes cuidados: Cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos profissionais ser programadas, regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa; Cuidados de fisioterapia; Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; Apoio na satisfação das necessidades básicas; Apoio no desempenho das atividades da vida diária; Apoio nas atividades instrumentais da vida diária; Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.” (Ministério da Saúde - Missão para os cuidados de saúde primários, cuidados continuados integrados, carteira de serviços, Lisboa, 21 de maio de 2007).

capacidade de o fazer, dada a complexidade da situação biopsicossocial do doente. As USF, muitas vezes, não o fazem porque como refiro: são como “mini empresas, no seio do SNS”, necessitando de indicadores para contabilizar a sua atividade mensal e elevar os seus índices de produtividade. A transferência implica sempre uma perda de contabilização de doentes.

Enquanto esta visão economicista se verifica, sem que o cidadão comum se aperceba, os utentes vão tendo alta dos hospitais e, sempre que são referenciados para a RNCCI, alguns deles aguardam, silenciosamente, pela vaga no domicílio, quando poderiam beneficiar deste apoio da ECCI, no seu lar. São também poucos os profissionais que potenciam este recurso, extremamente benéfico.

A UCC de Loures comporta vários projetos que foram concebidos pelas profissionais, que são enfermeiras, estando a ser operacionalizados na comunidade, junto à população destinatária, do ACES VI Loures, estabelecendo articulações com as diferentes instituições, sem a menor avaliação da sua qualidade e creditação. Estas profissionais acreditam que intervêm no risco social e que deveriam ter uma assistente social que colaborasse e aceitasse que, na área social, todos podem trabalhar de forma igualitária. Perante este facto que considero um grande dilema, já fiz valer a minha indignação, junto das detentoras destes projetos e da Direção do ACES, que ficou de analisar, cada projeto em pormenor. Segundo me tenho dado conta, esta realidade em Loures é semelhante ao que se passa noutros ACES, nomeadamente com a enfermagem comunitária.

Acerca do campo profissional, Inês Amaro refere que:

“de facto, o serviço social é hoje um campo profissional acossado, com uma jurisdição crescentemente disputada, não só por novas profissões, mas também por velhas profissões que desenvolvem novos ramos de atuação/empregabilidade, como é o caso da psicologia comunitária, da sociologia da ação ou da enfermagem comunitária, (...) o que torna cada vez mais premente a necessidade do serviço social demonstrar o que é, para que serve e em que domínios não pode ser substituível por outras profissões.” (Amaro, 2012, p. 135).

Considero que a intervenção da assistente social é fundamental na informação, formação, sensibilização e encaminhamento das alternativas de apoio ao doente e à família, numa época em que parece que tudo escasseia. Entendo que há pouca sensibilidade por parte dos superiores hierárquicos sobre estas questões.

Conforme referi, anteriormente, as USF²⁴ são como que micro empresas criadas no seio dos centros de saúde, com objetivos muito precisos, obter o máximo de resultados em termos do cumprimento de um número de consultas de medicina familiar, algumas de especialidade, como a diabetes e as que se prendem com a saúde da criança, do adolescente e saúde da mulher. Os bons resultados destas unidades de saúde são avaliados em termos quantitativos, em detrimento de uma avaliação qualitativa, do trabalho realizado.

A visita domiciliária é fundamental para as USF, do ponto de vista do número de domicílios realizados, quer pela enfermagem quer pelos médicos de medicina geral e familiar. Assim, médicos e enfermeiros realizam uma parte dos domicílios, porque devem cumprir os objetivos quantitativos que são definidos e que, as próprias administrações regionais de saúde, assim determinam.

Nas USF, há uma clara presença do modelo biomédico, em que os índices biológicos constituem o único critério para a definição da doença. A relação médico/paciente é baseada na autoridade do saber médico.

A legislação que regulamenta as USF, não contempla a participação do assistente social, todavia, como este profissional, à semelhança de outros, já referidos anteriormente, na URAP, tem uma contratualização que o afeta a intervir em todas as áreas funcionais dos ACES.

As USF estão muito mais munidas de profissionais, em relação às outras unidades funcionais e, têm melhores condições em termos de espaço físico e recursos materiais, para o atendimento/acompanhamento dos seus destinatários.

As USF criaram os seus ficheiros próprios onde constam um número limite de utentes para cada médico. Nestas unidades, também não há lugar para cidadãos que procuram os serviços de saúde, mas que se encontrem em situação irregular no País, porque estão apenas em situação transitória e/ou ainda não têm a sua situação de autorização de residência regularizada. Sempre que um utente e família pretendam aceder a uma USF porque se fixou

²⁴ O Decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de agosto estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e a todos os elementos que a constituem. Produção e tratamento de informação por forma a garantir a organização de indicadores de avaliação. ” (Ministério da Saúde - Missão para os cuidados de saúde primários, cuidados continuados integrados, carteira de serviços, Lisboa, 21 de maio de 2007).

naquela localidade, terá de se inscrever numa lista onde constam os utentes que não têm médico de família.

O utente sem médico de família que marca consulta, passa a ser consultado por diferentes médicos, impedindo a possibilidade de um atendimento personalizado e a ligação médico utente, originando alguma insegurança e afastamento da população à intervenção e grau de responsabilidade que os cuidados de saúde primários têm junto da comunidade local. No meu entender, o SNS torna-se assim, mais burocrático e menos humanizado.

As UCSP são os centros de saúde que atendem toda a população inscrita e não inscrita, inclusive os utentes que deixaram de constar nos ficheiros das USF, porque se verificou que há muito tempo não faziam consultas nos CSP. As UCSP, não têm objetivos tão rigorosos e incentivos financeiros. As equipas são compostas, por um número de profissionais inferiores aos da USF, até porque neste ACES é comum, profissionais das UCSP, principalmente enfermeiros, transitarem para as USF, em virtude dos encorajamentos profissionais.

Em algumas extensões, verifica-se uma precaridade ao nível dos recursos humanos e a dificuldade da população, em conseguir uma consulta médica. Dependendo das extensões de saúde, a assistente social tem uma boa relação com os outros profissionais. Em algumas UCSP, há médicos e enfermeiros que verbalizam que, existe uma discriminação muito grande e uma injustiça, pelo fato de terem de atender todos os utentes, que as USF não querem aceitar e, alguns destes, apresentam situações de saúde complexas, que exigem um acompanhamento muito regular de consultas e vigilância na saúde.

Para os doentes que necessitam de vigilância médica no domicílio e não possuem médico de família, o ACES dispõe apenas de um médico que realiza domicílios com uma disponibilidade limitada, conhecida pela Direção. Perante este cenário, o número de deslocações aos hospitais, certamente não diminui e os CSP não estão a cumprir as orientações do Ministério da Saúde, em matéria de prevenção e promoção da saúde e reduzir as deslocações aos cuidados de saúde diferenciados.

Nas UCSP, o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar é difícil porque os profissionais não têm disponibilidade de tempo e motivação para realizar um trabalho de seguimento como nas USF.

Um outro exemplo, que assumo como um dilema profissional prende-se com o funcionamento dos Núcleos de Acompanhamento de Crianças e Jovens em Risco (NACJR). A sua existência decorre de um Despacho n.º 31291/2008, do Ministério da Saúde, nesta legislação, são referidas as definições de risco e perigo que implicam intervenções distintas.²⁵²⁶

O NACJR no ACES VI Loures comporta duas equipas distintas, para as duas zonas do concelho. A de Loures atua para as freguesias da zona norte do concelho, está integrado na UCC. O NACJR de Loures é composto por uma enfermeira, que é a coordenadora, uma médica, uma assistente social e uma psicóloga. A outra equipa atua nas freguesias da zona oriental do concelho e está integrado no Centro de Saúde de Sacavém, este NACJR é composto por uma médica, que também coordenada este serviço e duas enfermeiras. A equipa não comporta assistente social, há cerca de três anos.

Estes núcleos têm como objetivos, atender a todas as sinalizações de crianças e jovens, em situação de risco, que são detetadas pelos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, psicólogos e pelos assistentes sociais, nas extensões de saúde do ACES, para que procedam a um acompanhamento e avaliação das famílias, pelos profissionais que fazem parte do NACJR. Esta equipa faz acessória aos outros profissionais do ACES, em matéria do risco a crianças e jovens que são atendidos nas extensões de saúde.

²⁵ “O conceito de risco de ocorrência de maus tratos em crianças e jovens é mais amplo e abrangente do que o de situações de perigo definidas na lei, podendo ser difícil a demarcação entre ambos. As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento da criança ou jovem, conforme o artigo 3.º da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro.” (Despacho n.º 31292/2008).

²⁶ As situações de perigo para a criança ou jovem encontram-se tipificadas no n.º 2 do artigo 3.º da Lei 147/99:

- “Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- Ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assumir comportamentos ou entregar-se a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.” (Despacho n.º 31292/2008).

Em situações de perigo, o encaminhamento das situações deverá ser feito para as instâncias superiores que são as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco e para o Tribunal de Loures.

De salientar que, a coordenadora do NACJR de Sacavém, assume ainda a representação da Saúde na CPCJ, na Comissão Restrita e participa na Comissão Alargada, por decisão da Presidente da Comissão. Considero que, a esta intervenção, acrescem questões éticas, em dois planos diferentes, com objetivos, âmbitos de atuação e finalidades distintas. Se o primeiro atua numa perspetiva da prevenção do risco, apoio às equipas dos cuidados de saúde primários, o segundo intervém no perigo e numa perspetiva de saúde secundária.

A composição dos dois NACJR do ACES VI Loures suscita questões basilares, quanto à intervenção, no campo do risco de menores, atendendo à formação dos elementos que constituem o núcleo de Sacavém, em que há uma clara predominância do modelo biomédico e uma amputação da vertente social, com a ausência de um assistente social.

Outra área de intervenção, no ACES VI Loures, é o apoio à Unidade de Saúde Pública (USP), nas situações que justifiquem a intervenção social, procurando proceder ao acompanhamento de doentes e familiares com problemas de saúde mental, em que a saúde pública tem de intervir para garantir a segurança do doente e familiares. De forma que, o utente, possa ser protegido através da toma da medicação ou, em situação limite, providenciar-se o internamento compulsivo.

A minha intervenção tem-se deparado com dificuldades, dada a visão biomédica, que marca a atuação dos profissionais de saúde pública. Como me relatou a Delegada de Saúde em reunião: “não estávamos habituados a trabalhar com as assistentes sociais, como profissionais que conhecessem bem e fizessem acompanhamento às famílias. O serviço social estava apenas ligado aos processos de utentes que realizavam tratamentos de hemodiálise e à gestão de reclamações e pedidos no Gabinete do Cidadão.” (reunião realizada em dezembro de 2012). É um facto que, na saúde, a atuação profissional é extremamente diversificada sendo necessário conhecimentos e competências diferenciadas.

Recorro à autora M. Irene Carvalho, quando esta refere o potencial de competências dos assistentes sociais: “ (...) dominam questões de proteção pública, seja na área da saúde, social, justiça, habitação, adição, proteção de vítimas ou outras.” (Carvalho, 2012, p.92).

Partindo do pressuposto do trabalho em equipa, Banks, refere a importância de todos os profissionais trabalharem em equipa, com o objetivo de melhorar os serviços, tomarem decisões sustentadas e retirem sobreposições ou falhas nos serviços. A mesma autora, menciona, também, a importância dos valores que estão contidos nos códigos profissionais dos diferentes países, incluindo o da Federação Internacional de Trabalhos Sociais. (Banks, 2008).

O serviço social, como uma das formas institucionalizadas de atuação, nas relações entre os homens, no quotidiano da vida social tem como recurso básico de trabalho a linguagem. O assistente social é chamado a se constituir como um dos agentes intelectuais da “linha de frente”, nas relações entre instituição e população, entre os serviços prestados e a solicitação desses mesmos serviços, pelos interessados.

O meu quotidiano profissional apresenta-se como um campo de expressões concretas das desigualdades, onde os direitos sociais são constantemente ameaçados, em que o acesso à saúde é primordial. A veiculação das informações passa a ser um elemento determinante numa prática que prioriza os pedidos e os problemas da população destinatária e sobre este tema, o assistente social tem um compromisso ético-político.

A ética profissional, tal como é definida por McDonough (2001), exige que os assistentes sociais respeitem a liberdade de decisão dos utentes e que, no desenvolvimento das suas atividades, contribuam para uma maior justiça social.

A prática profissional dos assistentes sociais é determinada por um jogo de forças e relações sociais, das quais não se pode dissociar, identificando, numa leitura ecossistémica, um conjunto de determinantes políticas e organizacionais que se refletem, na sua prática e, no seu enquadramento institucional. Dá-se numa “realidade social concreta inserida num quadro geral que é o contexto sócio histórico e cultural”. Segundo afirma, a mesma autora, Myrian Veras Baptista:

“A prática profissional concreta, quotidiana, exprime não apenas a capacidade técnico-operativa de quem a realiza, mas também, e principalmente, a sua posição existencial, política e ideológica face às relações da sociedade em que vive. (...) A prática profissional dos assistentes sociais é uma prática que lida fundamentalmente com as políticas sociais: esta é a sua ‘matéria-prima’, sendo este profissional um “agente político por excelência” (Baptista, 2001, p. 17-18).

Mas as políticas sociais, para a saúde, nem sempre dispõem de medidas e recursos que viabilizam o atendimento das necessidades e direitos das pessoas.

Dando continuidade à minha reflexão descrevo a minha participação nas Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) da Saúde Materna e Neonatal.

As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) da Saúde Materna e Neonatal²⁷ foram criadas pelo despacho n.º 61/91, de 28 de maio e reestruturadas pelo despacho n.º 12917/98 de 27 de Junho, da Ministra da Saúde que alargou o seu âmbito e competências à criança e ao adolescente²⁸.

O ACES VI Loures participa em duas reuniões, com uma periodicidade mensal, da UCF com dois hospitais, Maternidade Doutor Alfredo da Costa (MAC) (que recebe todas as utentes que residem nas sete freguesias da zona oriental de Loures) e o Hospital Doutora Beatriz Ângelo (que recebe todos os utentes das onze freguesias da zona norte de Loures e abrange também outros concelhos, como Odivelas, Mafra e Sobral de Monte Agraço), tendo em conta as temáticas da saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente. Estas reuniões realizam-se mensalmente.

²⁷As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) da saúde materna e neonatal foram criadas pelo Despacho n.º 61/91, de 28 de maio, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, e reestruturadas pelo Despacho n.º 12917/98, de 27 de junho, da Ministra da Saúde, que alargou o seu âmbito e competências à criança e ao adolescente. Estes grupos de trabalho são compostos por profissionais com formação em medicina, enfermagem e serviço social.

²⁸ São funções da UCF:

- “Promover o acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde;
- Fazer o levantamento regular das necessidades não satisfeitas;
- Promover a cooperação regular entre os profissionais e a articulação e complementaridade entre os vários serviços do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente através da realização de reuniões de trabalho ao nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares e fomentar a celebração e implementação de protocolos;
- Impulsionar a monitorização, recolha e análise de indicadores epidemiológicos, estatísticos e de qualidade que permitam a avaliação e planeamento das ações a desenvolver;
- Colaborar com os vários níveis da administração na resolução dos problemas identificados na respetiva área da saúde, em função das necessidades;
- Promover a atualização do conhecimento, a utilização de novas técnicas, revisão e a mudança de atitudes e práticas que facilitem a circulação da informação, clínica e outra entre os diversos tipos de cuidados de saúde primários e hospitalares, apoiando ações de desenvolvimento profissional contínuo, divulgando normas e protocolos atualizados e contribuindo para a implementação de programas regionais ou nacionais nestas áreas;
- Fomentar a utilização e o preenchimento sistemáticos do boletim de saúde da grávida e do boletim de saúde infantil e juvenil;
- Dinamizar todas e quaisquer ações de sensibilização que possam contribuir para a promoção do bem-estar e da saúde da mulher, da criança e do adolescente, numa perspetiva multidisciplinar.” (Despacho n.º 9872/2010)

Os assuntos relativos à prática clínica e procedimentos médicos dominam as agendas das reuniões, mas também a necessidade do reforço da articulação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados e, a elaboração de alguns trabalhos em conjunto, reforçando a ligação entre os profissionais. Saliento a ligação positiva da assistente social com os outros profissionais possibilitando a participação na discussão sobre práticas de funcionamento dos serviços e o acesso da população de acordo com a lei em vigor e o regulamento das UCF.

2. Um Olhar Crítico sobre o lugar do Serviço Social e da População Destinatária

Os CSP são o pilar central do SNS e os centros de saúde são a base institucional daqueles cuidados. Para que esta visão se concretize é necessário alterar o atual quadro de prestação de cuidados tornando-o mais acessível e eficiente às necessidades da população.

Segundo Campos (2011) os CSP são entendidos, como a base do sistema de saúde e o primeiro nível de contacto dos indivíduos e das famílias com os serviços de saúde e incluem atividades que se classificam em duas grandes vertentes: medicina geral e familiar que prestam cuidados personalizados, primários e continuados a um conjunto de indivíduos e famílias no seu próprio ambiente e comunidade.

O mesmo autor fala da importância da articulação dos diversos níveis de cuidados primários e dos cuidados hospitalares, com o objetivo de se atingir uma melhor orientação, dos utentes dos cuidados primários, para o ambiente hospitalar, assim como, uma melhor resposta dos cuidados hospitalares e o retorno para os cuidados primários.

Relativamente ao papel dos CSP junto da população destinatária, ao nível das ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, prestação de cuidados reabilitadores e paliativos, definidos no Plano Nacional de Saúde (2012-2016) identifiquei as potencialidades e as fragilidades que, no meu entender, têm influência ao nível do acesso, equidade, cidadania e justiça social, junto da população destinatária.

A cidadania em saúde emerge, em 1978, da Declaração de Alma-Ata como “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, p.3).

O Plano de Saúde 2012-2016 aponta para uma abordagem pelo ciclo de vida²⁹ que visa a promoção de uma organização e intervenção integrada e continuada que inclui os cuidados primários, hospitalares e continuados integrados sobre os fatores de risco, assim como, os determinantes biológicos, comportamentais, sociais, entre outros, desde o planeamento familiar, nascimento até à morte. O mesmo documento, apela para a necessidade de reforçar a responsabilidade da sociedade, na promoção da saúde.

Este documento dá ênfase às questões da cidadania ativa das pessoas e organizações pressupondo que:

“ (...) pessoas e organizações (famílias, comunidades, associações, empresas) assumam a responsabilidade de desenvolver a sociedade, através de ações como a participação pública e política, o associativismo, o voluntariado e a filantropia. É responsabilidade das organizações o seu impacto global e equitativo, o desempenho, a capacidade de resposta às necessidades e expectativas, a promoção do envolvimento do cidadão e da sociedade civil, o seu desenvolvimento contínuo e criação do seu valor social (serviços, produtos, padrões de qualidade e de segurança).” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016,p.2).

O mesmo documento faz referência, também, à equidade em saúde como “ (...) a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde.” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, p.2)

A participação da assistente social, na Rede Social no Concelho de Loures, representando o ACES, por decisão da Diretora Executiva a partir do ano de 2012, constituiu um grande desafio e oportunidade para incrementar ações concretas de envolvimento dos diferentes intervenientes do espaço institucional e das diferentes instituições sediadas no concelho, implicando a população destinatária, promovendo assim, uma cidadania ativa.

A par da existência desta parceria, o ACES desenvolve outros programas, dada a extrema importância que assumem no domínio de intervenção dos CSP, para além de no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 ser recomendado, são orientações da ARSLVT. IP. Trata-se do Programa Nacional de Saúde Escolar decorrente do Despacho n.º 12045/2006, que prevê a atuação nas áreas da vigilância e proteção da saúde, aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde; destinados a jardins-de-infância, escolas do ensino básico e secundário e instituições com intervenção na população escolar. A

²⁹ Etapas do ciclo de vida segundo ao Plano Nacional de Saúde 2012-2016: “Nascer com saúde, gravidez e período neonatal; crescer com segurança, pós-neonatal até 9 anos; juventude à procura de um futuro saudável, dos 10 aos 24 anos; uma vida adulta produtiva, dos 25 aos 64 anos; um envelhecimento ativo, acima dos 65 anos; morrer com dignidade.”

intervenção que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) desenvolvem na zona oriental de Loures consiste em fazerem algumas sessões de esclarecimento, junto dos professores de algumas escolas do ensino secundário. Nesta dinâmica de trabalho, o serviço social nunca esteve envolvido.

Na zona norte de Loures, no âmbito da saúde escolar, a atuação até ao momento é desenvolvida por enfermeiras, que fazem parte da UCC e consiste na realização de reuniões sistemáticas com os professores nas escolas, nas quais são sinalizadas “potenciais situações de maior vulnerabilidade” e posterior “acompanhamento e articulação com a comunidade”. A minha participação nestes programas é inexistente, além de que, no meu entender, esta metodologia de trabalho, entre a escola e os enfermeiros, não se coaduna com o que se pretende que seja a saúde escolar. A Direção do ACES e os responsáveis pelo programa de saúde escolar não consideraram, até ao momento, a pertinência da participação do serviço social, nestas ações.

O programa de saúde escolar implica o desenvolvimento de projetos que visam essencialmente a formação, a informação e a sensibilização junto das escolas, de diferentes assuntos, desde a alimentação, a questões da cidadania, a equidade social, o respeito pela diferença, a justiça social, as questões da sexualidade e das doenças sexualmente transmissíveis, a prevenção de outras doenças, como a obesidade, a diabetes, a importância de uma alimentação equilibrada e saudável, a prática do exercício físico e os estilos de vida saudáveis, entre outros.

No reforço da promoção da cidadania na saúde, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 faz referência às oportunidades para o cidadão, profissional de saúde, instituição de saúde e decisor político. Estas orientações serão analisadas, no contexto profissional do meu agir profissional.

Oportunidades decorrentes da promoção de cidadania em saúde para o cidadão, referidas no Plano Nacional de Saúde:

“Maior consciência da sua capacidade e poder para a concretização do seu potencial de saúde; maior participação na decisão clínica, na gestão da doença e na governação das instituições de saúde; maior e mais adequada exigência sobre o Sistema de Saúde, as suas instituições e profissionais; crescente atenção e interesse, por parte do cidadão, pelas questões da saúde e bem-estar individual e social; reforço dos contextos saudáveis, de promoção

de escolhas saudáveis e de apoio na doença.” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, p.6).

No meu quotidiano, constato que o cidadão tem um conhecimento muito elementar sobre os seus direitos e deveres na saúde. Estes, por vezes, desconhecem a importância e a legitimidade nas decisões clínicas que são tomadas, na gestão da sua doença e na dos seus familiares. Esta situação que é real e muito frequente é intencionalmente encarada, por alguns profissionais de saúde e dirigentes, sem grande apreensão. Cabe, muitas vezes, ao serviço social, informar, orientar, sensibilizar cidadãos e profissionais, para a promoção da cidadania e de uma vivência na doença de maneira adequada e exigente.

Oportunidades decorrentes da promoção de cidadania em saúde para o profissional de saúde, referidas no Plano Nacional de Saúde:

“Promoção da adesão, aliança terapêutica e efetividade da sua prática; maior reconhecimento da qualidade e do valor da sua atividade”. (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, p.6).

Na minha vivência institucional, continuo a constatar que, alguns dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) mantêm uma distância intencional com os cidadãos, limitando-se a serem “simples prescritores de receituário” e ou “administradores de injeções” em lugar de exercerem de forma plena a sua atividade nos cuidados de saúde primários, para os quais estão vocacionados. Este posicionamento profissional é, por vezes, um entrave à promoção da cidadania da população destinatária e ao entendimento da intervenção do assistente social com os outros e para os outros e da necessidade da sua inclusão, enquanto profissionais integrados numa equipa.

Oportunidades decorrentes da promoção de cidadania para a instituição de saúde, referidas no Plano Nacional de Saúde:

“Maior suporte à sua missão, através do voluntariado, cuidadores informais, participação no desenvolvimento e filantropia; melhor utilização dos seus serviços e comunicação com os utilizadores; maior reconhecimento social do seu valor. (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, p.6).

Apesar da existência de protocolos com a Rede Social como já foi referido e explicado, ao longo deste trabalho, existem grandes lacunas, ao nível da promoção da cidadania, para a instituição de saúde e que passam por uma melhor utilização, dos seus profissionais e recursos materiais, bem como, espaços destinados ao desenvolvimento de determinadas ações, em detrimento somente de uma ou duas classes profissionais, cujos

médicos e enfermeiros são os que dominam neste ACES. O serviço social é, mais uma vez, secundarizado.

Oportunidades decorrentes da promoção de cidadania para o decisor político, referidas no Plano Nacional de Saúde:

“Afirmção da saúde como valor social transversal e definidor do bem comum; incremento do diálogo, coesão e resposta social aos desafios ao Sistema de Saúde; centralidade do Sistema de Saúde nas necessidades e expectativas do cidadão como objetivo promotor da integração e articulação dos esforços dos seus agentes. (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, p.6).

Em cada extensão de saúde do ACES VI Loures, existem orientações precisas da ARSLVTJ, IP tendo por base as recomendações da DGS, para os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) executarem consultas ao nível da saúde infantil, saúde materna, que inclui o planeamento familiar, o acompanhamento de grávidas e puérperas, os cuidados na saúde adulta, na vigilância de algumas patologias, como a consulta da diabetes e a hipertensão arterial.

De salientar o empenhamento dos profissionais na necessidade de vigilância da população e no caso das USF a necessidade de contacto com todos, principalmente com os utentes que faltam às consultas programadas e os que não fazem vigilância na saúde, até porque, quanto maior é o número de pessoas inscritas, maiores e melhores resultados terão as USF.

No caso das UCSP, a filosofia difere, porque nestas estão incluídas todas as pessoas que têm ou não médico de família, as pessoas que estão em situação irregular no país, que pela sua situação não são aceites nas USF. Como a saúde é um direito, todos os estrangeiros que procuram o SNS são inscritos, de forma esporádica, tendo que custear as consultas e os exames.

No ACES VI Loures, constata-se um elevado número de pessoas nesta situação, principalmente grávidas oriundas de países africanos que são canalizadas para a MAC, para que possam fazer a sua vigilância na gravidez sem terem que suportar custos.

A relação que estabeleço com a população destinatária é feita, principalmente, através do atendimento e, sempre que se justifica, através da realização de visita domiciliária, em função dos pedidos que chegam diariamente, de forma isolada, pelos próprios destinatários, redes formais ou informais, profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), que

identificam situações que surgem no seu quotidiano profissional e pelos outros profissionais, de instituições e organizações que intervêm no concelho de Loures, assim como, dos hospitais de referência.

O sentimento que tenho é que, o meu agir, enquanto assistente social, é tardio em relação ao que seria intervir precocemente junto da comunidade, prevenindo situações desfavoráveis, que entram em confronto com princípios, como a participação, a democracia, a cidadania e a justiça social, dificultando o acesso à saúde.

A ausência de participação, em programas deve-se, também, ao facto do serviço social, tradicionalmente nos CSP, estar associado a uma atividade burocrática, de gabinete, representado na sua maioria associado à receção, tratamento de reclamações e pedidos, no contexto do gabinete do cidadão. Por outro lado, o papel da assistente social está ainda muito associado à resposta pecuniária e imediatista e a aspetos burocráticos.

Penso que, a Direção do ACES, tem uma grande reforma para implementar, no sentido de organizar equipas integradas, proporcionando parcerias efetivas com profissionais das instituições e organizações, que atuam no concelho de Loures. De salientar que, a existência de protocolos, com a Câmara Municipal de Loures, no âmbito da Rede Social e Atendimento Integrado, referidos no capítulo anterior, focalizado apenas na intervenção direta, com a população, ao nível do atendimento e acompanhamento conjunto, a meu ver, constituiria uma oportunidade para o ACES desenvolver projetos de maior proximidade com a comunidade.

Relativamente à tipologia de pedidos e problemas, que os destinatários, da minha ação apresentam, há uma grande diversidade e, crescem, cada vez mais, as dificuldades e carências de subsistência (por exemplo, leite para bebé, produtos alimentares e vestuário) e precariedade económica para a aquisição de medicamentos. O encaminhamento das situações-problema para as instituições da comunidade, sobretudo IPSS, na sua maioria é bem-sucedida, dada a metodologia de trabalho de equipa que existe e o facto de o ACES estar integrado na dinâmica da Rede Social do Concelho de Loures.

No âmbito do NLI, alguns programas de inserção definidos pelos profissionais que acompanham população que beneficia de RSI, definem como medida importante, no setor da saúde, o desenvolvimento de ações. Como o ACES raramente dá resposta a estas questões

que, no meu ponto de vista são cruciais, são os próprios técnicos que acompanham as famílias, que abordam determinadas temáticas, organizando sessões de informação e sensibilização.

Sobre esta realidade, considero que estamos perante um cenário de total desrespeito pelas práticas profissionais e a subalternizar o foco de intervenção que é a população destinatária.

Esta conjectura de concepções da dimensão institucional tem implicações no meu agir, porque julgo que a minha intervenção parece “amputada” e que os objetivos da intervenção nos CSP, ao nível da prevenção e promoção não é concretizada e, que a mesma, só tem expressão numa fase tardia, em que o problema já está perfeitamente instalado na família. As situações que são sinalizadas chegam já numa fase avançada, o que impossibilita que desenvolva, em conjunto com os meus destinatários, um projeto de intervenção. Ao invés disso atuo, simplesmente, no foco do problema que me é apresentado.

A qualidade da prevenção e promoção da saúde junto da comunidade está subalternizada aos indicadores relativos ao número de consultas, visitas domiciliárias, número de utentes atendidos e contabilização de custos, com a população, ao nível dos tratamentos, exames e medicação prescrita, tudo isto, com uma gestão racionalizada.

Face ao que foi referido, penso que a reformulação das práticas é urgente, no sentido dos profissionais no ACES se organizarem e tomarem a comunidade como base real de intervenção, preterindo os indicadores quantitativos, em favor de uma avaliação qualitativa que privilegie a informação, formação, prevenção e promoção da saúde.

O Plano de Saúde 2012-2016 aponta para algumas ameaças à promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida:

- “Falta de perceção quanto às limitações que decorrem das ações não articuladas e coerentes entre os setores;
- Orientação da sociedade em direção à criação de riqueza económica, em contexto de elevada competitividade, que desvalorize a saúde, qualidade de vida e o bem-estar como finalidade social pelo menos igualmente importante;
- Apesar da existência de protocolos ainda não existe uma verdadeira cultura de parceria que priorize a criação de projetos e uma intervenção ao nível da saúde global, que estimule a discussão multidisciplinar e intersectorial;

- A nível da decisão política, a falta de capacitação e/ou *empowerment* das instituições para a concretização de estratégias locais de saúde, o baixo investimento em ações individualizadas e integradas, nos contextos de vivência, instabilidade na disponibilidade e capacidade dos profissionais e alterações não articuladas nas políticas e prioridades;
- A nível institucional, resistência em assumir a partilha de responsabilidades em contextos de outros setores, dificuldade em medir o impacto a médio/longo prazo das ações multisetoriais no estado de saúde da população, falta de incentivo à partilha de recursos, mecanismos de gestão, informação e conhecimento entre instituições, políticas tímidas de investimento na promoção da saúde e prevenção da doença, setorializadas e não integradas;
- A nível do profissional de saúde, dificuldade em partilhar linguagens e perspetivas de outros setores e de compreender o potencial impacto na saúde da ação de outros setores;
- Falta de formação e de competências para o trabalho intersectorial e multidisciplinar, dificuldade em integrar a relação intersectorial e multidisciplinar na gestão de caso e na gestão de risco, por falta de condições para a resposta adequada às necessidades do cidadão/família.” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, p.10).

Os decisores políticos não atribuem importância à intervenção interdisciplinar junto da comunidade, trabalhando os aspetos preventivos, a cidadania enquanto palavra-chave. É necessário criar grupos de trabalho no ACES, em que todos participem, comuniquem de forma articulada e tomem uma decisão com o objetivo de satisfazer as necessidades de atenção à saúde da população alvo.

Esta proposta implica a concretização de objetivos comuns, visando a centralidade do utente e um compromisso compartilhado para encontrar estes objetivos, a compreensão pelos membros da equipa sobre os papéis de cada um. Em muitas situações, deve haver uma igual participação e responsabilidade e, a liderança na equipa deve ser determinada pela natureza do problema.

De acordo com Pinho (2006), as alterações nas sociedades em resultado da globalização condicionaram novas formas de pensar as relações sociais, gerando sistemas abstratos de representação, tais como a noções de tempo/espço, distância como meio de estabilizar as relações e promover adaptações num cenário ameaçador regido pela imprevisibilidade e pela constante eminência de fatores de risco.

No plano individual, assiste-se a uma maior exigência de competências e habilidades, de forma a tornar o profissional mais responsável e apto para superar desafios e romper com uma visão de trabalho linear e previsível. Esta conceção da sociedade capacita o profissional

a ter uma percepção mais abrangente, dinâmica, complementar, integrada e estabelecer relações interpessoais, com base na cooperação, num envolvimento e interiorização dos objetivos e missão da organização. Estas mudanças constituem um grande desafio à convivência social.

“A contemporaneidade exige cada vez mais profissionais qualificados, dotados de conhecimentos especializados e atualizados, flexibilidade intelectual no encaminhamento de diferentes situações e capacidade de análise para decodificar a realidade social.” (Oliveira & Souza, 2007, p.2).

Para além do que já se referiu, na análise do lugar da população destinatária, no acesso aos cuidados de saúde há dois aspetos a considerar: a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre estado e cidadão. Por vezes, os laços sociais possibilitam às pessoas conseguirem alguma resposta à resolução dos seus problemas, ao contrário do que acontece através do vínculo da cidadania.

O Estado Providência surge como forma de remediar as contradições entre os princípios democráticos e os princípios económicos do mercado. As nações passam a valorizar tanto o desenvolvimento económico como a justiça social, mas as decisões políticas demonstram uma hierarquia favorecendo o desenvolvimento económico.

As deficiências da provisão dos cuidados públicos são colmatadas, muitas vezes, pelas relações informais. Neste sentido, assiste-se à existência de uma sociedade providência forte para um Estado Providência fraco.

A provisão estatal de bem-estar, fundada sobre o princípio da universalidade e da igualdade, pretende reduzir estas desigualdades. Quando não cumpre o seu papel e abre o caminho à ação das redes sociais, o Estado está, ele próprio, a gerar desigualdades.

Segundo o Relatório da Primavera de 2012, observa-se que, face à atual crise económica, emerge uma pobreza escondida e envergonhada que sofre em silêncio, sem recursos ou possibilidade de acesso às terapêuticas, atingindo todas as classes, sobretudo a população mais vulnerável, como sejam, os mais idosos com problemas de saúde, os doentes crónicos e as crianças.

A intensificação dos efeitos da crise e consequente pressão para a contenção nos gastos, produz nos serviços de saúde, um clima que pode levar, esses mesmos serviços, a não oferecerem aos doentes, aquilo que melhor convém à sua condição de saúde, sem que isso resulte, necessariamente, dessa orientação explícita para o efeito, a que neste relatório se designa por “racionamento implícito”. (Relatório da Primavera, 2012).

Racionamento implícito é aquele que não decorre de instruções ou de decisões explícitas para limitar a prestação de cuidados de saúde necessários, mas que resulta de comportamentos restritivos, como consequência de um clima de intensa contenção de gastos, por parte de decisores pressionados para limitar despesas e avaliados em função disso.

O lugar da população destinatária, neste contexto de mudança de paradigma na modernidade³⁰, exige a construção de uma democracia participativa, que para além dos direitos clássicos, novos direitos que Boaventura de Sousa Santos designa de terceira geração, direitos culturais (a paz, o anti-racismo, o ambiente, o património), estes são direitos mais expressivos e simbólicos que se materializam numa nova qualidade de vida. (Carvalho, 1996, p.273).

Ao analisar a atuação do Estado Providência, no domínio dos direitos sociais, Pedro Hespanha (1997), afirma que o Estado deve responder diretamente às necessidades sociais das populações, o que implica que, os cidadãos sejam considerados cidadãos ativos e não apenas assistidos e que passe a existir um envolvimento recíproco entre indivíduos e a sociedade.

Segundo este autor, para haver cidadania social é necessário que as pessoas sintam que são implicadas e que participem na condução do seu destino. Assim, a gestão das políticas tem de ser descentralizada e as iniciativas da comunidade têm de ser integradas com uma componente maior da resolução dos problemas sociais.

“Todo o potencial emancipador e criativo da cidadania social foi convertida numa solidariedade sem rosto e altamente regulada, desagregando e atomizando a população em indivíduos isolados objeto da ação providencial avulsa do Estado.” (Hespanha, 1997, p.122).

³⁰De acordo com o autor Boaventura de Sousa Santos a modernidade, enquanto projeto sociocultural, caracterizado pelo desequilíbrio entre duas dimensões deste conceito: um excesso de regulação e um deficit de emancipação, citado in Carvalho, M.I. (1996), p.273.

Atualmente em que a economia protagoniza e orienta as condutas dos decisores, considero que, a intervenção junto das populações é a posição favorável e determinante, de uma atuação promotora da cidadania, procurando refletir e implementar outras práticas, que incluam outros saberes que impulsionem a construção de redes sociais, consubstanciadas nos deveres éticos e que legitimem a intervenção social.

Conclusão

Em termos conclusivos são reveladas as principais contribuições da minha reflexão problematizada. São destacados os principais aspetos e ilações que foram desenvolvidos no decurso do trabalho, avaliando de forma crítica, reflexiva e fundamentada o modo como os objetivos inicialmente estabelecidos foram, ou não, alcançados. Para além de destacar os aspetos mais marcantes do trabalho e identificar novas áreas de análise suscitadas pela atividade de pesquisa.

No âmbito do mestrado de Serviço Social e Política Social foi-me permitida a possibilidade de elaborar este relatório da atividade profissional. O presente trabalho focalizado no sentido ético-político do agir da assistente social expôs a reflexão problematizada da prática profissional vivenciada no ACES VI Loures. A propósito da importância da articulação da intervenção com a produção de conhecimentos José Paulo Netto refere que um dos traços constitutivos da profissão é a dimensão prática-operativa. Não há serviço social sem uma intervenção prática-empírica.

“O papel do assistente social não se pode esgotar na intervenção, sob pena de se tornar residual face às outras Ciências Sociais. O desafio é articular a intervenção com a produção de conhecimentos, sem descurar a ação prática-interventiva. O profissional deve ser capaz de elaborar teoricamente os seus objetos e problemáticas, podendo investir na pesquisa e na investigação” (Netto, 1993, p.56).³¹

Tendo por base o objetivo geral, perceber e revelar o sentido ético-político do agir da assistente social no ACES, no contexto socioeconómico, político e cultural atual, analisou-se a evolução do SNS nos CSP e o serviço social.

A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro regulamentou o SNS consignando os princípios da gratuidade, universalidade e generalidade das populações no acesso aos cuidados de saúde.

As alterações nos CSP são uma realidade a partir da implementação do Decreto-Lei 157/99 que confere personalidade jurídica, autonomia financeira, administrativa e técnica aos centros de saúde, criando equipas de profissionais tecnicamente preparadas de forma a responderem de uma maneira personalizada aos utentes do SNS.

³¹ Comunicação apresentada na cerimónia de Abertura Solene das Atividades Académicas do Ano Letivo 1991/1992 e entrega de Diplomas aos recém-Licenciados, realizada no ISSSL em fevereiro de 1992, compilada na Revista Intervenção Social n.º 7, 1993.

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, com as alterações introduzidas pela Lei 27/2002) confere uma conceção integral da saúde, consagrando a prestação de cuidados curativos, reabilitadoras e paliativas. Desta forma, impõem-se um desafio e exigência aos serviços prestadores de cuidados de saúde, num quadro de melhoria contínua, prevenção e promoção da saúde.

O ano de 2003 amplia um novo olhar sobre a intervenção dos centros de saúde junto das populações, comportando as seguintes unidades: cuidados médicos, apoio à comunidade e enfermagem; saúde pública e gestão administrativa. Todavia, a gestão do centro de saúde podia caber a uma entidade privada.

Em 2008, verificou-se a grande mudança na estrutura dos centros de saúde designados por ACES. Em 2010, surgiram as USF. Estas unidades são compostas por pequenas equipas multiprofissionais (médicos, enfermeiros e administrativos), com autonomia funcional e técnica que assentam na contratualização de uma carteira básica de serviços, têm um sistema retributivo que premeia a produtividade, a acessibilidade e a qualidade. A legislação que regulamenta as USF não contempla o assistente social.

As alterações verificadas nos CSP vêm relegar, para segundo plano, o papel do assistente social nos serviços de saúde, perdendo este serviço o estatuto de autonomia, passando a estar incluindo na URAP, em conjunto com outras profissões, como a psicologia, a saúde oral, a estomatologia, a terapia da fala e a fisioterapia e, em concreto no ACES VI Loures sob a direção de uma higienista oral.

A perceção que tenho, por parte da Direção do ACES, é da desvalorização da importância da profissão de assistente social, na intervenção direta junto da população e integrada nas equipas de saúde.

Ao longo destes três anos, verificou-se um aumento do número de problemas de saúde, associados a problemas sociais extremamente complexos que justificariam o aumento do número de assistentes sociais, de forma a garantirem um atendimento e acompanhamento mais próximo das populações, nas diferentes freguesias do Concelho de Loures. Nas circunstâncias atuais, a intervenção social é feita apenas por sinalização das redes de apoio formais, informais e dos próprios destinatários da ação. No meu entender há uma percentagem considerável da população que, certamente, beneficiaria com uma intervenção

mais precoce. O silêncio que paira sobre algumas freguesias e extensões de saúde do Concelho de Loures, poderá ser um alerta para os profissionais onde os problemas estão camuflados e que, os próprios cidadãos, desconhecem a quem recorrer, não identificando o assistente social que intervém na saúde, até porque a própria extensão de saúde o desvaloriza e desconhece os conceitos de cidadania, equidade e justiça social e o *modus operandi* daquele profissional.

Para concretizar melhor o meu pensamento recorro a Sónia Guadalupe, quando afirma que:

“ Tendo em conta as alterações da estrutura demográfica, os problemas de saúde associados problemas sociais, as problemáticas sociais associadas à doença, as ditas doenças sociais, ou a aposta discursiva na prevenção primária, entre outras tantas razões, seria de esperar que os serviços fossem progressivamente dotados com maior número de assistentes sociais, respondendo a uma cobertura desejável das populações, garantindo a equidade, porém não é isso que se constata.” (Guadalupe, 2009, p.155)

O entendimento que tenho sobre alguma desconsideração pela profissão de assistente social não me fez resignar, mas antes, persistir na organização de um serviço com condições de dignidade e privacidade, em Sacavém, para acolher e atender a população destinatária, tendo por base os princípios da equidade, cidadania e justiça social. A população destinatária que é atendida e alvo da intervenção da assistente social é encaminhada por várias unidades e profissionais no seio do ACES, mas também da comunidade, por instituições e organizações.

A rotina da assistente social na saúde é transversal a todas as outras áreas, segurança social, justiça, emprego, habitação, entre outras. Daí que se possa afirmar que, a atuação profissional é colateral e a sua prática muito diversificada e de grande complexidade.

À luz do conceito de intencionalidade na intervenção social há uma clara intenção de ajudar o outro e de incrementar a justiça social. A intencionalidade no agir profissional é feita junto da população destinatária, mas também da equipa de saúde (médicos e enfermeiros), numa perspetiva da interdisciplinaridade, contendo saber científico-técnico e valores básicos do trabalho social e profissional.

A intencionalidade ético-política é fundada em valores como a liberdade, a democracia e a cidadania, ampliando os direitos humanos, civis, políticos e sociais e a justiça social, tal como, Ernesto Fernandes desenvolveu e que foram referidos no capítulo II.

No agir da assistente social a promoção da capacitação é basilar no acesso da população destinatária aos cuidados de saúde. Todavia, no quotidiano profissional a diversidade de problemas apresentados são de tal forma complexos que, o exercício da capacitação serve, igualmente, para que as pessoas consigam consciencializar-se das suas necessidades, definirem as suas decisões, informá-las e prepará-las face aos recursos pessoais e sociais existentes, para fazer face aos problemas.

Dai a importância da advocacia social enquanto um vetor da capacitação, de acordo com Payne. A advocacia social é, sempre que possível, exercida quer junto da população destinatária, quer da instituição.

O grave problema são os condicionalismos de cariz orçamental e prioridades de atuação do ACES, em termos dos resultados quantitativos relativo ao número de consultas médicas e de enfermagem nos diferentes programas ao nível da: saúde infantil (saúde do recém-nascido, saúde da criança e do adolescente); saúde materna (planeamento familiar, saúde na grávida); saúde do adulto e do idoso; número de consultas efetuadas pela equipa de cuidados continuados nos domicílios; número de doentes que necessitam de cuidados prolongados em situação de doença crónica e patologia múltipla.

Como se pode constatar ao longo desta reflexão problematizada, a intervenção da assistente social neste ACES não está ligada a estes programas definidos pelo Plano Nacional de Saúde e pela Direção Geral da Saúde nos CSP.

Considero que a presença assídua junto das equipas, participando nos diferentes programas de uma maneira formal, daria contributos positivos, na medida em que realçava a mais-valia da profissão junto dos outros profissionais, desenvolvendo uma prática interdisciplinar com maior rigor, intervindo junto da população destinatária de uma maneira mais precoce, permitindo identificar situações, trabalhá-las em conjunto com todos os intervenientes, incluindo as instituições da comunidade, porque tudo começa e termina onde está a população e os CSP têm um compromisso claro de intervir na prevenção e promoção e não apenas na reabilitação e palição como se está a constatar neste momento.

Entendo que a importância da intervenção dos assistentes sociais nos CSP é de tal forma basilar junto das equipas de saúde e na participação nos diferentes programas desenvolvidos nas extensões de saúde, em prol da população destinatária que seria necessária

uma “verdadeira reforma do serviço social na saúde”. Todavia, a situação em que o país vive atualmente não é propiciadora de grandes mudanças a este nível já que prevalece o racionamento implícito, com uma intensa contenção de gastos, por parte dos decisores, conforme é apontado no Relatório da Primavera de 2012, ficando o serviço social numa posição de subalternidade na saúde.

Verifica-se uma visão de mercado no setor da saúde, sendo de destacar: o descrédito do sector público em detrimento do privado; a presença do modelo biomédico sem a devida atenção à promoção da saúde; a existência de grandes assimetrias regionais na distribuição de recursos e nos níveis de cobertura; a falta de articulação entre os vários níveis de cuidados; o domínio de grandes interesses privados.

Apesar do avanço nas perspetivas da saúde e da doença e a primazia do modelo holístico sobre o biomédico, em que o cidadão tem um papel ativo, existe um longo caminho na implementação da abordagem interdisciplinar. É, na verdade, corrente a assistente social ir ao encontro dos outros profissionais e sensibilizar para a necessidade e importância desta dinâmica de trabalho, na resolução dos problemas dos utentes.

Para complementar a visão da intervenção da assistente social no ACES VI Loures recorro a Sónia Guadalupe:

“Os Centros de Saúde, pelos Serviços que disponibilizam, deveria ser um local de primazia para a intervenção dos Assistentes Sociais. Centrando-nos num plano microsocial, podemos evocar as intervenções precoces, no período pré-natal, ao acompanhamento da saúde infantil, o acompanhamento de doentes crónicos, com polipatologias, de idosos dependentes, de hiperfrequentadores, o acompanhamento domiciliário, a intervenção familiar de proximidade, a sinalização e intervenção em situações de negligência, maus tratos e violência na família, a articulação entre cuidados diferenciados e primários ou comunitários, a participação na continuidade de cuidados, a dinamização dos Gabinetes do Utente, a participação em programas de prevenção e em programas comunitários diversos que atravessam objetivos de intervenção junto de populações vulneráveis, entre outras áreas de intervenção. O Assistente Social, pela sua formação é o elo de ligação e o interlocutor de eleição entre a equipa de saúde, o indivíduo, a família e a comunidade. Deveria ser mesmo criado, à semelhança da figura do “Médico de Família” o “Assistente Social de Família” no contexto dos CSP, ficando responsável por uma carteira de utentes numa dada comunidade, para além da sua responsabilidade noutros planos.” (Guadalupe, 2009, p.156).

Dando continuidade à minha reflexão, a problematização do agir da assistente social focalizou-se na exposição e análise do quotidiano profissional privilegiando a dimensão da

comunidade, onde se insere também a população destinatária. Nesta dimensão é descrita a prática empírica, baseados em diálogos transcritos de processos sociais acompanhados, existentes nos arquivos do gabinete de serviço social.

A descrição apresentada permitiu tecer considerações que vão ao encontro dos objetivos específicos nesta reflexão problematizada:

Nas quatro situações sociais expostas todas elas foram sinalizadas; três delas por profissionais e uma por um familiar. Na apresentação dos Diagramas de Intervenção verificou-se a complexidade dos problemas apresentados, a maioria vão mais além dos problemas de doença. A assistente social intervém em situações de vida diferentes e complexas em que a sua liberdade é condicionada pelo contexto social, político, cultural, institucional e das alternativas de ação que dispõe na realidade.

A par das situações de doença e dependência dos utentes, reconheceu-se o papel da assistente social, enquanto agente de mudança, com uma intencionalidade ético-política utilizando os princípios e procedimentos teórico-metodológicos face à vulnerabilidade psicossocial, ao desconhecimento das famílias das respostas sociais existentes na comunidade e do SNS, na mobilização e facilitação no acesso aos recursos, fomentando o apoio psicossocial, promovendo a equidade, cidadania ativa e justiça social. Complemento esta reflexão citando Maria Irene de Carvalho:

“Neste processo orientado para a advocacy, o profissional assume o papel de conselheiro, de consultor e de terapeuta, mas também de gestor de caso, responsável pela mobilização de recursos ao nível da saúde, reabilitação, entre outros, e de agentes que implementa um conjunto de legislação decorrente do problema em questão (...). A sua função é proteger os clientes, providenciar necessidades básicas, apoio psicossocial e promover o bem-estar dentro do quadro de referências das políticas públicas.” (Carvalho, 2012, p. 94).

O serviço social na saúde tem como *campus* de intervenção a dimensão “psicossocial”, tendo em conta uma abordagem holística. O serviço social acompanha a pessoa na vivência da doença/saúde. “É no âmbito de uma relação com o médico ou outro profissional que participa no diagnóstico inicial que surge a eventual necessidade de apoio social” (Carvalho, 2003, p. 30).

De acordo com a Direção Geral da Saúde³², a abordagem psicossocial reporta-se:

“a fatores de ordem económica, social, cultural e espiritual (por vezes formulados em termos sintéticos e abrangentes como fatores de ordem social) e aos aspetos de ordem psicológica que influenciam a situação de saúde e/ou interferem na doença e no processo de cura, reabilitação, readaptação e reintegração sociofamiliar e profissional ou escolar do doente.” (Carvalho, 2012, p. 95).

No encaminhamento das quatro situações sociais apresentadas foi decisiva também a resposta no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em que o SNS assume grande relevo, na possibilidade de internamento temporário dos utentes, permitindo assim a sua reabilitação, proteção e alívio das famílias na prestação de cuidados.

De referir também o empenhamento da equipa de cuidados continuados, na sinalização de uma situação de risco. O envolvimento de todos os profissionais do ACES, inclusive da saúde pública e o trabalho de articulação com os cuidados de saúde diferenciados e segurança social, promovendo a mobilização de recursos de forma a garantir a proteção e os cuidados necessários aos utentes.

Nas quatro situações sociais expostas, verificou-se sempre a intervenção interdisciplinar. Mais uma vez se prova a eficiência desta dinâmica de trabalho, os ganhos em saúde particularmente para os destinatários da ação.

Apesar da existência de alguma expressão interdisciplinar, ainda há fortes condicionantes para que esta tarefa seja feita com uma melhor e maior expressão.

A relação profissional que estabeleço com a equipa de saúde (médicos e enfermeiros) seguindo uma metodologia que perspetiva a conceção holística, com vista à interdisciplinaridade é um caminho diário, nem sempre bem-sucedido. Há profissionais que percecionam a saúde e os indivíduos como um todo, outros porém, não entendem estas conceções que são inovadoras e preferem continuar a exercer a sua atividade de uma forma individualista e ter uma visão reducionista da realidade. Para maior sustentação teórica recorro ao pensamento de Maria Lúcia Martinelli que refere:

“Assim, é nosso dever lutar para que a ética impregne cada uma de nossas ações profissionais, e nossa prática profissional por inteiro, fazendo que nos tornemos mais humanos e nossa prática mais humanizada, reconhecendo nos usuários os sujeitos de direitos que são na busca da saúde, em um contexto

³² Direção Geral da Saúde (2006), Ministério da Saúde, Lisboa: in Carvalho, M.I. (2012). Serviço Social na Saúde. Pactor. Lisboa. P.95.

de cidadania e de democracia. Este é o compromisso que nos cabe assumir e que somente pode ser alcançado através de práticas interdisciplinares, pautadas em um horizonte ético de humanização e qualidade de vida. Isto exige um contínuo processo de construção de conhecimentos, pela via da pesquisa e da intervenção profissional competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política Nacional de Saúde e no Projeto ético-político do Serviço Social.” (Martinelli, 2007, p. 24).

O espaço institucional é marcado por uma cultura normativa-institucional condicionado pelas orientações e decisões mais amplas tomadas pelo poder político em prejuízo de uma intervenção direta e competente junto das famílias e da comunidade a partir da integração nas equipas de saúde, verificando-se uma redução acentuada da autonomia profissional.

Nos CSP, há uma forte tradição em conceber o serviço social somente ligado às questões mais burocráticas do SNS, como a gestão das reclamações, pedidos e alguns agradecimentos que diariamente chegam aos gabinetes do cidadão nos ACES.

Das alterações no mundo contemporâneo, com consequências na vida das populações, a nível social, político e económico, emergem outros problemas no contexto da intervenção direta da assistente social que implicam a articulação com outros profissionais que atuam na comunidade. A natureza dos pedidos que chegam atualmente à saúde, em nada difere daqueles que chegam aos serviços de ação social. Hoje, existe a conceção, por parte dos profissionais e população destinatária, que a saúde cruza com todos os setores e da possibilidade de articulação com os outros e para os outros.

Tal como afirma Inês Amaro:

“Hoje, os problemas colocados ao serviço social são outros e prendem-se, em larga medida, com a compreensão de como é que a «burocracia técnica» em que se tornou o serviço social pode responder aos novos problemas sociais e às novas exigências profissionais colocados por uma civilização tecnológica ultraindividualista e ultrainstrumental.” (Amaro, 2012, p. 70).

No meu quotidiano profissional tento não me deixar enfraquecer por esta “burocracia técnica”, mas ter uma forte influência na relação que estabeleço com os destinatários. Para consubstanciar melhor o meu pensamento recorro a alguns exemplos: No encaminhamento dos destinatários para respostas sociais ao nível da sua subsistência, há um conjunto de procedimentos, desde a marcação de atendimentos nas instituições na comunidade, preenchimento de documentos, sucessivas avaliações sociais, abertura de processos. Esta burocracia é de tal maneira desmesurada que a resposta, quando surge, é demasiado tardia e

desencorajadora para profissionais e destinatários. As organizações estão fragilizadas em relação às soluções, face ao número crescente de pedidos.

No âmbito da participação na Rede Social, por nomeação da Diretora Executiva, a assistente social passou a representar o ACES, após a saída de uma médica de saúde pública e, aí constata-se potencialidades e fragilidades: ao nível das potencialidades, considero esta escolha como um reconhecimento e adequação profissional às responsabilidades que estas tarefas exigem. Em relação às fragilidades é de referir a fraca influência na aprovação de projetos, no âmbito da ação social que, na sua maioria, são emanadas pelo poder político para serem implementadas nas instituições e organizações do Concelho.

Um outro constrangimento é o que concerne à participação nos NLI que considero muito redutora, dado que a própria legislação, limita a atuação dos profissionais e impede-os de elaborar, em conjunto com os destinatários, um programa de inserção de forma a irem ao encontro das suas necessidades e expectativas. A assistente social sente-se profissionalmente menosprezada no seu papel de agente de mudança, em prol de uma função meramente burocrata.

Sobre o posicionamento profissional reforço as minhas considerações citando Inês Amaro:

“Considera-se o assistente social como agente de mudança, não só das sociedades, mas também das vidas dos indivíduos, das famílias e das comunidades, construindo para isso um sistema integrado de valores, teoria e práticas. Em termos de valores, são as ideias de justiça social, democracia e dignidade humana que continuam a constituir o referencial axiológico de base para a profissão e que apontam para um serviço social que não se limite a responder às necessidades das pessoas, mas que também prime pelo desenvolvimento das suas capacidades.” (Amaro, 2012, p.69).

Tal como refere Maria Lúcia Martinelli:

“Se assim agirmos, firmemente apoiados nos princípios ético-políticos que regem a profissão, bem como nas diretrizes políticas que norteiam o serviço social na área da saúde, estaremos praticando uma ética militante no campo dos direitos humanos, com vista à consolidação dos direitos de cidadania dos usuários do hospital, de seus familiares e dos próprios trabalhadores da saúde.” (Martinelli, 2007, p.28)

Tendo por base os constrangimentos que encontro no meu quotidiano profissional, enquanto assistente social, cito Beatriz Couto numa frase com a qual me identifico. “ (...) Então é, com certeza, este o momento de nos interrogarmos e debatermos sobre a direção a

seguir e vias a abrir no âmbito da intervenção social do assistente social da saúde.” (Couto, 1994, p.35-46).

Torna-se indispensável estar atento que o trabalho na saúde cria a possibilidade do serviço social expandir o seu campo de atuação para as áreas ainda desconhecidas ou pouco exploradas pela profissão. Nesta relação, o serviço social tem a capacidade de socializar com as outras áreas do conhecimento, as suas reais especificidades e habilidades e, dependendo da competência profissional, romper com o preconceito que estas áreas historicamente atribuem à formação de assistente social.

O serviço social necessita de uma ordem que dignifique a profissão, principalmente no mundo de hoje em que assistimos a mudanças pouco positivas na legitimação dos direitos, que limita a cidadania, a um descrédito das atuações das instituições e das práticas, em que alguns princípios éticos, como o respeito pela igualdade, valor e dignidade humana estão a ser colocados em causa por alguns profissionais junto da população destinatária.

“Diante da globalização, das divisões no campo social, cultural, financeiro, político, científico, etc., em particular da fragmentação na maneira de perceber e compreender o ser humano e suas relações, a interdisciplinaridade emerge como prática de articulação destas partes. Podemos afirmar que, mais que uma proposta simplista, a interdisciplinaridade pode apresentar-se como uma resposta de intercâmbio e integração, uma maneira de transpor fronteiras e diferenças existentes entre as profissões, a fim de alcançar uma comunicação mais efetiva.” (Oliveira & Souza, 2007, p.5)

Na realidade, constato que o meu *modus operandi* no ACES VI ainda não está bem interiorizado, por parte dos outros profissionais, médicos e enfermeiros. Há, deste modo, um longo caminho que tenho que percorrer na conquista da afirmação da profissão. O agir profissional, tem uma intencionalidade e é definitivamente moral, tem subjacentes os aspetos ético-políticos, estará entre o normativo institucional e a relação com a população destinatária e com as práticas das equipas de saúde com quem estabeleço uma intercessão.

A dimensão técnica-operativa é pensada, a partir da instrumentalidade definida pelo profissional, mas é norteadada pelos aspetos ético-políticos e teórico-metodológicos e que ao associarem-se dão sentido ao agir profissional.

Concluo, reforçando a influência que as intencionalidades têm no agir profissional no quotidiano a favor de uma comunidade e com sentido de responsabilidade no reforço junto dos outros que colaboram em prol dos cidadãos do SNS nos CSP e no ACES VI Loures. É

com base nos princípios de equidade, cidadania, e justiça social que a minha intervenção se desenvolve quotidianamente.

Defendendo estes princípios, continuarei a caminhada na instituição, na qual devoto, igualmente, um compromisso de trabalhar com a comunidade e com os outros profissionais, de forma articulada e motivada para a implementação de uma prática interdisciplinar.

Bibliografia

- Amaro, Inês (2012). Urgências e Emergências do Serviço Social. Fundamentos da Profissão na Contemporaneidade. Universidade Católica Editora. Lisboa. ISBN: 978-972-54-0342-6.
- Andrade, Marília (2001). “Campo de Intervenção do Serviço Social: autonomias e heteronomias do agir”, Revista de Intervenção Social, n.º 23/24:217-232. ISSS – Instituto Superior de Serviço Social coop. Lisboa. ISSN:0874-1611.
- Banks, Sarah (2001). Ética em Fragmentos, in 100 anos de Serviço Social, Mouro & Simões Quarteto Editora. Coimbra. ISBN: 972-8535-65-1.
- Banks, Sarah (2008). Ética Prática para as profissões do Trabalho Social. Coleção Educação e Trabalho Social, Porto Editora. Porto. ISBN: 87-989486-0-1.
- Baptista, Myrian Veras (2009). A Prática do Profissional do Assistente Social. Teoria, Ação, Construção do Conhecimento. Volume I. ISBN: 978-85-87064-36-3. Veras Editora.
- Baptista, Myrian Veras (2001) A Investigação em Serviço Social. Lisboa: CPIHTS, Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social, 2001. ISBN 9729749833, 9789729749834.
- Battini, Odária (1982). O Assistente Social e o Processo Decisório. Cortez Editora. São Paulo.
- Bobbio, Norberto (2004). A Era dos Direitos. Editora Campus, 2004. Rio de Janeiro. ISBN: 85.7001-710-3.
- Branco, António & Ramos, Vítor (1991). Cuidados de saúde primários em Portugal, Revista de Saúde Pública, volume temático: 2, 2001. Disponível em: <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt>.
- Câmara Municipal de Loures [CML] (2011). Atualização do Diagnóstico Social Concelho 2011, Rede Social, Loures.
- Câmara Municipal de Loures [CML] (2012). Protocolo de Parceria no âmbito do Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social Integrado do Concelho de Loures 2012, Rede Social, Loures.
- Campos, A. Simões J. (2011). O Percorso da Saúde: Portugal na Europa. Grupo Almedina, 2011. Coimbra. ISBN: 978-972-40-4709-6.
- Caparrós, M. (1992). Manual de Trabajo Social (Modelos de Práctica profesional), Editorial AGUACLARA. Valência. ISBN: 84-8018-015-3.

- Carapinheiro, Graça (1998). Saberes e Poderes no Hospital, Edições Afrontamento, Centro de Estudos Sociais, uma sociologia dos serviços hospitalares, 3.^a edição. Porto. ISBN: 972-36-0306-3
- Carvalho, M. Irene (1996). Atuação do assistente social promotora de cidadania, na transição pós-moderna, Revista de Intervenção Social, n.º 13/14:271-300. ISSS – Instituto Superior de Serviço Social, C.R.L. Lisboa.
- Carvalho, M. Irene (2003). Reflexões sobre a profissão do serviço social em contexto hospitalar, Revista de Intervenção Social n.º 28, 2003:29-55. ISSS – Instituto Superior de Serviço Social, C.R.L. Lisboa. ISSN: 0874-1611.
- Carvalho, M. Irene (2012). Serviço Social na Saúde. PACTOR. Lisboa. ISBN: 978-989-693-022-6.
- Couto, Beatriz (1994). Doentes crónicos e espaço profissional do assistente social. Revista de Intervenção Social n.º 9, 1994, pp. 35-46. ISSS – Instituto Superior de Serviço Social, C.R.L. Lisboa.
- Ely, Fabiana (2003). Serviço Social e Interdisciplinaridade, Revista Katálisis pp.113-117. Disponível em: www.periodicos.ufsc.br > Capa > v. 6, n. 1 jan./jun. 2003 > Florianópolis. ISSN: 1982-0259.
- Faleiros, Vicente de Paula (1987). Saber Profissional e Poder Institucional, 2.^a edição Cortez Editora. São Paulo. ISBN: 85-249-0049-0.
- Fazenda, Isabel (2005). Empowerment e participação, uma estratégia de mudança, Centro Português de Investigação e História e Trabalho Social. Cpihts. Disponível em: www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf
- Fazenda, Isabel (2012). Serviço Social na Área da Saúde Mental: Princípios, Modelos e Práticas in I. Carvalho 2012 Serviço Social na Saúde PACTOR. Lisboa. ISBN: 978-989-693-022-6.
- Félix, António B. (2012). Indigência moral. Jornal Público, Junho de 2012.
- Fernandes, Ernesto (2004). “Por uma carta ética da intervenção social” Revista de Intervenção Social, n.º 29:139-152. ISSS – Instituto Superior de Serviço Social, C.R.L. Lisboa. ISSN: 0874-1611.
- Forti, V. & Y. Guerra (2011). Serviço Social: temas, textos e contextos, Coletânea Nova de Serviço Social, 2.^a edição, Editora Lumen Juris. Rio de Janeiro. ISBN: 978-85-375-1034-6. Disponível em: www.lumenjuris.com.br/.

- Granja, Gabriela et al (2010). Equidade no Sistema de Saúde Brasileiro: Uma teoria fundamentada de dados, Revista Baiana de Saúde Pública, V. 34, n.º 1, p. 72-86, 2010.
- Grilo, Patricia et al (2007). Famílias Pobres: Desafios à Intervenção Social. Coleção Sistemas, Famílias e Terapias. CLIMEPSI Editores, Lisboa. ISBN: 978-972-796-267-9.
- Guadalupe, S., Gonçalves, A. M. (2009). Os números do serviço social nos cuidados de saúde primários: o caso da região centro de Portugal. Revista Serviço Social. Unicamp, Campinas V. VII-VIII, n.º 7-8 Dez de 2009. Disponível em: www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=50186.
- Guadalupe, Sónia (2011). Anotações Cronológica sobre a trajetória do serviço social no sistema de saúde em Portugal. Revista Serviço Social & Saúde. Unicamp Campinas, V.X, n.º12. Dezembro. Disponível em: www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/.
- Gueiros, Dalva & A, Santos, T. F. Matricialidade sociofamiliar: compromisso da política de assistência social e direito da família. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, dezembro. Disponível em www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=50185.
- Henriquez, Alfredo (Org.) et al (2001). Serviço Social, Ética, Deontologia & Projetos Profissionais, Cpihts – Veras – icsa. Lisboa. ISBN: 972-97498-4-1.
- Hespanha, Pedro (1997). Novas Perspetivas sobre os Direitos Sociais, Revista Intervenção Social n.º 15/16, Dezembro de 1997. ISSS – Instituto Superior de Serviço Social – Departamento Editorial. Lisboa. ISSSN: 0874-1611.
- Houaiss (2011). Dicionário do Português Atual, Circulo de Leitores e Sociedade Houaiss-Edições Culturais Lda. Lisboa. ISBN: 978-972-42-4723-6.
- Iamamoto, Marilda (1992). Renovação e Conservadorismo no Serviço Social. Cortez Editora. São Paulo. ISBN: 85-249-0330-9.
- Lopes, Ricardo (2010). Análise do conceito de intencionalidade da obra ideias relativas a uma fenomenologia pura e uma filosofia fenomenológica de Edmund Husserl. VEREDAS FAVIP – Revista Eletrónica de Ciências – V3, n.1 – Janeiro a Junho de 2010.
- Martinelli, M. Lúcia (2003). Serviço Social na Área da Saúde: uma relação histórica Revista Intervenção Social, n.º 28:9-18. ISSS – Instituto Superior de Serviço Social – C.R.L. Lisboa. ISSN: 0874-1611.

- Martinelli, M. Lúcia (2007). O Exercício Profissional do Assistente Social na área da Saúde: Algumas reflexões éticas, Serviço Social & Saúde Campinas v.6 n.º 6 p. 1-144
Maio 2007.
- Martinelli, M. Lúcia (2011). O Serviço Social e a Consolidação de Direitos: desafios contemporâneos. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez 2011.
- McDonough, Josefina (2001). Comunidade e Potencialidades da Intervenção Revista de Intervenção Social, n.º 23/24:351-358. ISSS – Instituto Superior de Serviço Social coop. Lisboa. ISSN:0874-1611.
- McDonough, Josefina et al (2008). Serviço Social, Profissão & Identidade que trajetória? Edição dos Autores, Cadernos do Futuro, Veras Editora.
- Menezes, Manuel (2002). Serviço Social Autárquico e Cidadania: A experiência da Região Centro, Quarteto. Coimbra. ISBN:9728535473.
- Ministério da Administração Interna e da Saúde [MAI] e [MS]. (2012). Portaria n.º 142-A/2012 de 15 de maio.
- Ministério da Saúde [MS].(2007).Cuidados continuados integrados nos cuidados de saúde primários. Carteira de serviços. Missão para os cuidados de saúde primários. Lisboa, maio de 2007
- Ministério da Saúde [MS]. ACES VI Loures (2011). Relatório de Atividades. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde [MS]. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016.
- Ministério da Solidariedade e Segurança Social [MSSS] (2010). Regulamento Interno para o Funcionamento do NLI.
- Ministério da Solidariedade e Segurança Social. [MSSS] (2012). Instituto da Segurança Social. Guia Prático do Rendimento Social de Inserção. Fevereiro 2012.
- Montano, Carlos (2006). Um Projeto para o Serviço Social Crítico, Revista Katálisis v.9, n.º 2, jul./dez. CEP: 22290-140 Rio de Janeiro.
- Netto, J. Paulo (1993). O Serviço Social Hoje, Revista de Intervenção Social n.º7:53-57 ISSS – Instituto Superior de Serviço Social, C.R.L. Lisboa.
- Nogueira, Vera M. (1998). A Importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde, Revista Katálisis., Nº. 3, 1998 , págs. 40-48. ISSN-e 1982-0259.

- Nogueira, Vera M. (2002). O Direito à Saúde – Polêmicas Atuais, Revista Intervenção Social n.º 25/26, Novembro, ISSSL Lisboa/Beja.
- Nogueira, Vera M. (2011). Determinantes sociais de saúde e ação dos assistentes sociais – um debate necessário. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. Disponível em: www.bibliotecadigital.unicamp.br.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). Crise & Saúde – Um país em sofrimento. Relatório da Primavera 2012.
- Oliveira, Souza (2007). Formação profissional do assistente social na contemporaneidade: aspetos da interdisciplinaridade. Disponível em seer.fclar.unesp.br > Capa > v. 2, n. 1 (2007) > Oliveira.
- Passarinho, Isabel (2009). “A importância dos percursos profissionais na formação contínua e nas construções identitárias dos Assistentes Sociais”, Revista Intervenção Social n.º 35:367-388, Instituto Superior de Serviço Social, Universidade Lusíada. Lisboa. ISSN: 0874-1611.
- Payne, Malcolm (2002). Teoria do Trabalho Social Moderno. Quarteto. Coimbra. ISBN: 972-8717-46-6.
- Pinho, Márcia C. (2006). Trabalho em Equipe de Saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz, Ciências e Cognição, 2006, vol 08, 68-87. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org>.
- Reis, Joaquim da C. (1998). O Sorriso de Hipócrates – a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença, Veja. Lisboa. ISBN: 972-699-613-9.
- Reis, Marcelo B. M. (2009). Notas sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social, Brasil. Disponível em: locuss.org/joomlalocuss/index.php?option=com_docman...
- Robertis, Cristina. (2003). Fundamentos del Trabajo Social, Ética y Metodología. Publicaciones Digitales, S.A. Sevilha. ISBN: 84-370-5832-5.
- Rodrigues, Liliana. (2013). Relatório de Atividades do Serviço Social. ACES VI Loures.
- Rodrigues, M. L. (1995). O Serviço Social e a Perspetiva Interdisciplinar, in: O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. São Paulo: Cortez, p. 152-158.
- Santos, Boaventura S. (1992). O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988), Biblioteca das Ciências do Homem, Edições Afrontamento, 1992. Porto. ISBN: 972-36-0241-5.
- Santos, Boaventura S. (1995). Pela Mão de Alice, o social e o político na pós-modernidade Biblioteca das Ciências do Homem, Edições Afrontamento, 1995. Porto. ISBN: 972-36-0330-6.

- Schwartz, Yves (2011). Intervenção, Experiência e Produção de Saberes. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011. Disponível em: www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=50183.
- Serafim, M. Rosário (2004). O reconhecimento da condição ética dos cidadãos – um imperativo para o serviço social, Revista Intervenção Social, n.º 29, 2004 pp.25-52. ISSS – Instituto Superior de Serviço Social – CESDET. ISSN: 0874-1611.
- Silva, Luísa. (2001). Intervenção Psico-Social, Universidade Aberta.G. Lisboa. ISBN: 972-674-343-5.
- Silva, M. Lourdes (2009). A Intencionalidade da Consciência em Husserl. Revista de Filosofia. Disponível em: www.filosofia.ufc.br/argumentos/pdfs/edicao_1/lourdes_husserl.pdf
- Silva, Mariana (2012). Políticas Públicas de Saúde – tendências recentes. Revista Sociologia, problemas e práticas, n.º 69, 2012, pp. 121-128. Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), CIES-IUL, Lisboa, Portugal. Disponível em: www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873...script=sci
- Simões, Jorge (org.) (2010). Reformar os Sistemas de Saúde, no contexto da reestruturação do Estado providência, Fundação Friedrich Ebert, Medicina Tropical. Lisboa.
- Souza, C. A. Allan, S. (2007). Intencionalidade em Tomasello, Searle, Dennett e em abordagens comportamentais da cognição humana. Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa Abr-Jun 2011, Vol. 27 n. 2, pp. 241-248. Universidade Federal do Pará. Disponível em: www.revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/download/149/151
- Teixeira, Lurdes (2012). A Reforma do Centro de Saúde. Percursos e Discursos. Editora Mundos Sociais, Lisboa. ISBN: 978-989-8536-10-5.
- Vidal, Alípio (1999). Ética de la Intervención Social, PAIDÓS, TRABAJO SOCIAL. Barcelona. ISBN: 84-493-0771-6.

Legislação Utilizada:

- DECRETO-LEI n.º 101/2006. “D.R. I. Série”. 109 (2006-06-06) – Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 3862.
- DECRETO-LEI n.º 28/2008. “D.R. I.Série”. 38 (2008-02-28) 6832 - (5) (11)1182
- DECRETO-LEI n.º 298/2007. “D. R. I. Série”.161 (2007-8-22) 5587
- DECRETO-LEI n.º 222/2007. “D. R. I.Série”. 103 (2007-05-29)

- DESPACHO Conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade [MS] [MSTS] n.º 407/98. “DR II Série” (1998-06-18).
- DESPACHO n.º 10142/2009. “DR II Série”. 74 Cria o Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. (2009-04-16) 15438.
- DESPACHO n.º 31291/2008. “DR II Série”. 236 (2008-12-05). Criação dos Núcleos de Crianças e Jovens em Risco. 236.
- DESPACHO Normativo 97/83. “DR I Série” (1998). 93, 1993.1439
- DESPACHO n.º 12 917/98. “DR II Série” (1998-07-27). 171.
- DESPACHO 9870/2010. “DR II Série” (2010-06-11). Ministério da Saúde [MS] 112. 32123.
- DIRETIVA TÉCNICA N.º 1/UMCCI/2008. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados de 07/01/2008.
- LEI n.º 36/98. “DR I Série” (1998-06-24). Lei da Saúde Mental. 169. 3544
- LEI n.º 13/2003. “DR I Série” (2003-05-21). 117. 3147.
- PORTARIA n.º 1368/2007. “D R I Série” 201, (2007-10-18).
- PORTARIA n.º 394-B/2012 de 29 de Novembro, “D R, I Série” (2012-11-29). 231.
- RESOLUÇÃO do Conselho de Ministros n.º 157/2005. “D R I Série B”. 196 (2005-10-12). Missão para os Cuidados de Saúde Primários. 5981.
- RESOLUÇÃO do Conselho de Ministros n.º 157/2005. “DR I Série B” (2006-10-12). 196. 5981

Teses de Mestrado consultadas:

- Cardoso, Maria Inês (2009). O Serviço Social e o agir profissional: O caso dos centros de saúde, Dissertação defendida em 2009. Universidade Católica Portuguesa.
- Carvalho, Andreia (2010). Serviço Social: Teorias, modelos e reflexividade do agir profissional, Dissertação defendida em 2010. Universidade Católica Portuguesa.
- Farçadas, Maria (2009). O Lado Social da Saúde: Serviço Social em Cuidados de Saúde Primários – Um estudo de caso – Dissertação defendida em 2009. Universidade Católica Portuguesa.

Rodrigues, Marta (2011). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – versão reduzida. Dissertação de Mestrado. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Silva, Ana Isabel (2011). O Trabalho em equipa multi-profissional como mediação de uma abordagem compreensiva e multidimensional dos problemas humanos e sociais: o caso dos cuidados continuados. Dissertação defendida na Universidade Católica Portuguesa.

Tese de Doutoramento consultada:

Moura, Maria Helena (2006). Serviço Social e Modelos de Intervenção: da sociedade industrial à sociedade do risco. Dissertação de doutoramento em Ciências do Serviço Social. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

ANEXOS

ANEXO N.º I

Caracterização do Concelho de Loures

O Município de Loures tem uma população de 199 050 mil habitantes, tendo por base o Diagnóstico social de 2011. De acordo com o último censo de 2011, verificou-se um aumento para 205.577, com uma variação de 3,27%. Este concelho tem uma área de cerca de 170 Km² é composto por dezoito freguesias, 7 vilas e 2 cidades: Loures e Sacavém. Trata-se de um concelho muito marcado pela diversidade paisagística, social, cultural e económica e política.

Das freguesias com maior dimensão, destacam-se Bucelas com cerca de 34 Km², Loures com 32,8Km² e Lousa com 16,54 Km², Moscavide e Portela, ambas com cerca de 1Km², são as freguesias mais pequenas do Concelho.

A **zona norte** é composta pelas freguesias de Bucelas, Fanhões, Frielas, Loures, Lousa, São Julião do Tojal, Santo Antão do Tojal e Santo António dos Cavaleiros e a **Zona Oriental**, essencialmente urbana com as freguesias da Apelação, Bobadela, Camarate, Moscavide, Portela, Prior Velho, Sacavém Santa Iria de Azóia, São João da Talha e Unhos.

Relativamente à **zona norte** do concelho, é marcada por vivências e costumes rurais em que a prática agrícola faz parte do *habitus* daquela população. A paisagem rural com extensos campos é propiciadora do cultivo da terra, servindo de subsistência para algumas famílias.

A acessibilidade aos centros urbanos e aos serviços de saúde constitui um constrangimento, dada a reduzida rede de transportes. As relações de vizinhanças assumem um papel importante, sobretudo junto das pessoas mais vulneráveis, idosos sós e que apresentam situações de dependência. A rede formal de apoio à população, que são as instituições particulares de solidariedade social, que prestam apoio nas vertentes do apoio domiciliário, serviços de saúde, juntas de freguesias e associações locais, assumem um papel preponderante no apoio à população, porque nestas freguesias conseguem de uma forma mais atempada, ir ao encontro das necessidades das populações, dado o número de habitantes ser mais reduzido e a forma de vivência diária ser mais comunitária, o que não se verifica nas zonas urbanas, excetuando alguns bairros em que a vivência comunitária ainda se verifica. Muitas vezes, é a própria

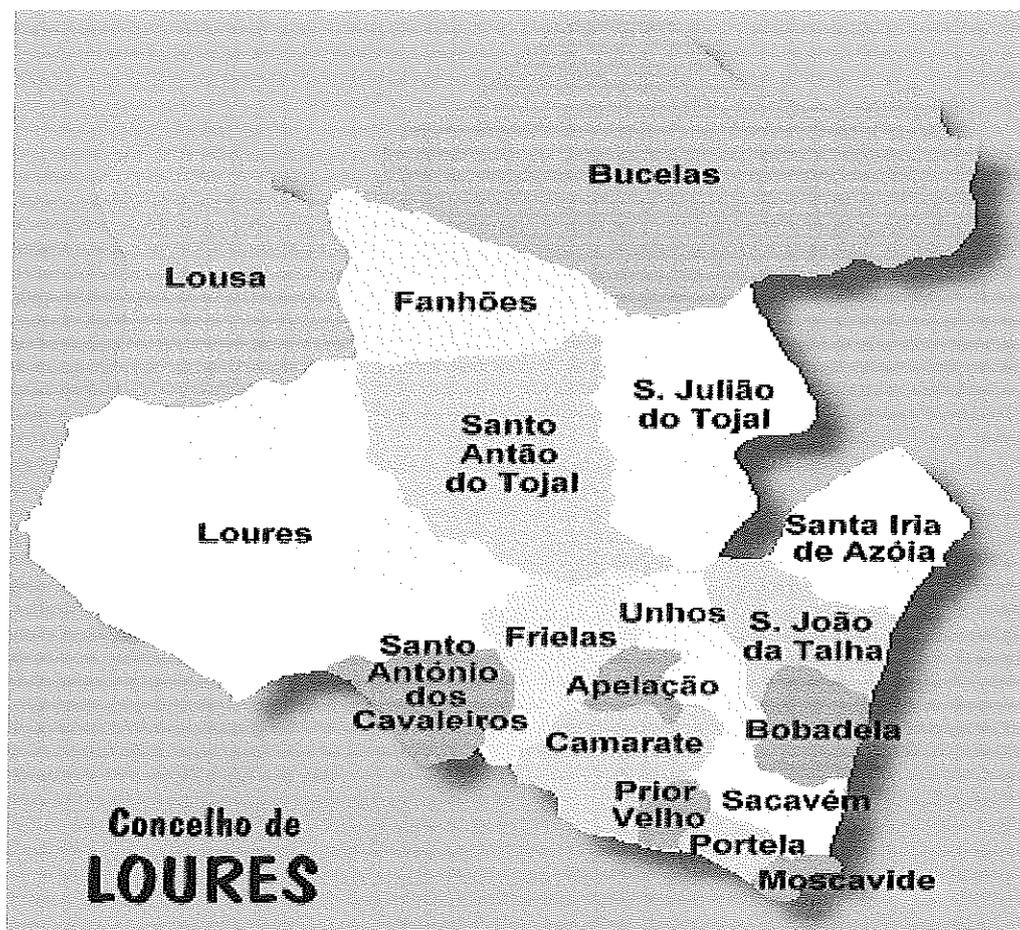
vizinhança que sinaliza junto das instituições locais (IPSS) e extensões de saúde, preocupações ou fragilidades em que algumas pessoas vivem.

A **zona oriental**, é mais urbana, tem freguesias muito problemáticas, em que a população apresenta problemas de desemprego, falta de qualificação profissional, cuja resposta social é a integração na medida de política social do rendimento social de inserção, que no momento atual nem sempre mantêm a subsistência de uma família, sendo necessário recorrer a outras soluções, no âmbito da ação social, como o apoio do banco alimentar contra a fome e apoios pontuais para aquisição de medicamentos, que são apenas respostas residuais. Um outro problema desta população beneficiária do RSI é a dificuldade no cumprimento do programa de inserção, por ausência de competências pessoais e profissionais adequadas às respostas existentes no mercado de trabalho, o que se verifica é que as pessoas continuam apenas a receber um apoio pecuniário e o trabalho de competências pessoais é colocado em segundo plano.

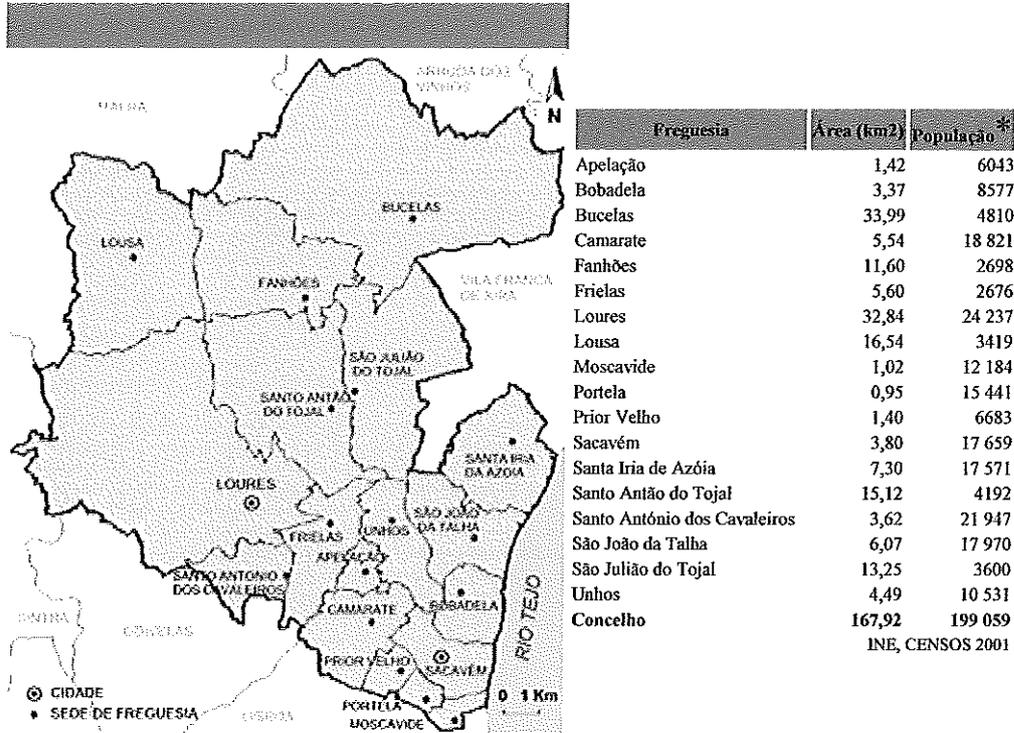
As situações de absentismo e abandono escolar são marcantes neste concelho, assim como a problemática de crianças e jovens em situação de risco e perigo, daí a existência de dois Núcleos de Acompanhamento de Crianças e Jovens em Risco, no Agrupamento de Centros de Saúde de Sacavém/Loures.

A existência de uma população envelhecida, com problemas de saúde e de dependência exige uma intervenção das instituições da comunidade, onde se inclui o centro de saúde, desenvolvendo um trabalho de articulação com as instituições locais, de forma a obter uma intervenção integrada, junto de cada destinatário e sua família.

O ACES VI Loures, possui uma área geográfica muito dispersa, com cerca de 170 Km² e presta cuidados de saúde a 18 freguesias: O Concelho de Loures é bastante heterogéneo, em relação aos problemas que se identificam nas famílias que vivem nas dezoito freguesias.



Concelho de Loures



Evolução do concelho de Loures



Nos anos 80 foram criadas as freguesias da Pontinha, Portela, Bobadela, Famões, Olival de Basto, Prior Velho, Santo António dos Cavaleiros e Ramada, passando o concelho de Loures a ser constituído por 25 freguesias.

INÍCIO ANOS 80

Em 1997, foi alterado o limite entre as freguesias de Stº Ant. Cavaleiros e da Póvoa de Santo Adrião e, em 1998, decorrente da criação do Município de Odivelas, o concelho de Loures passa a ser constituído pelas atuais 18 freguesias.

Evolução do Concelho ao longo dos anos

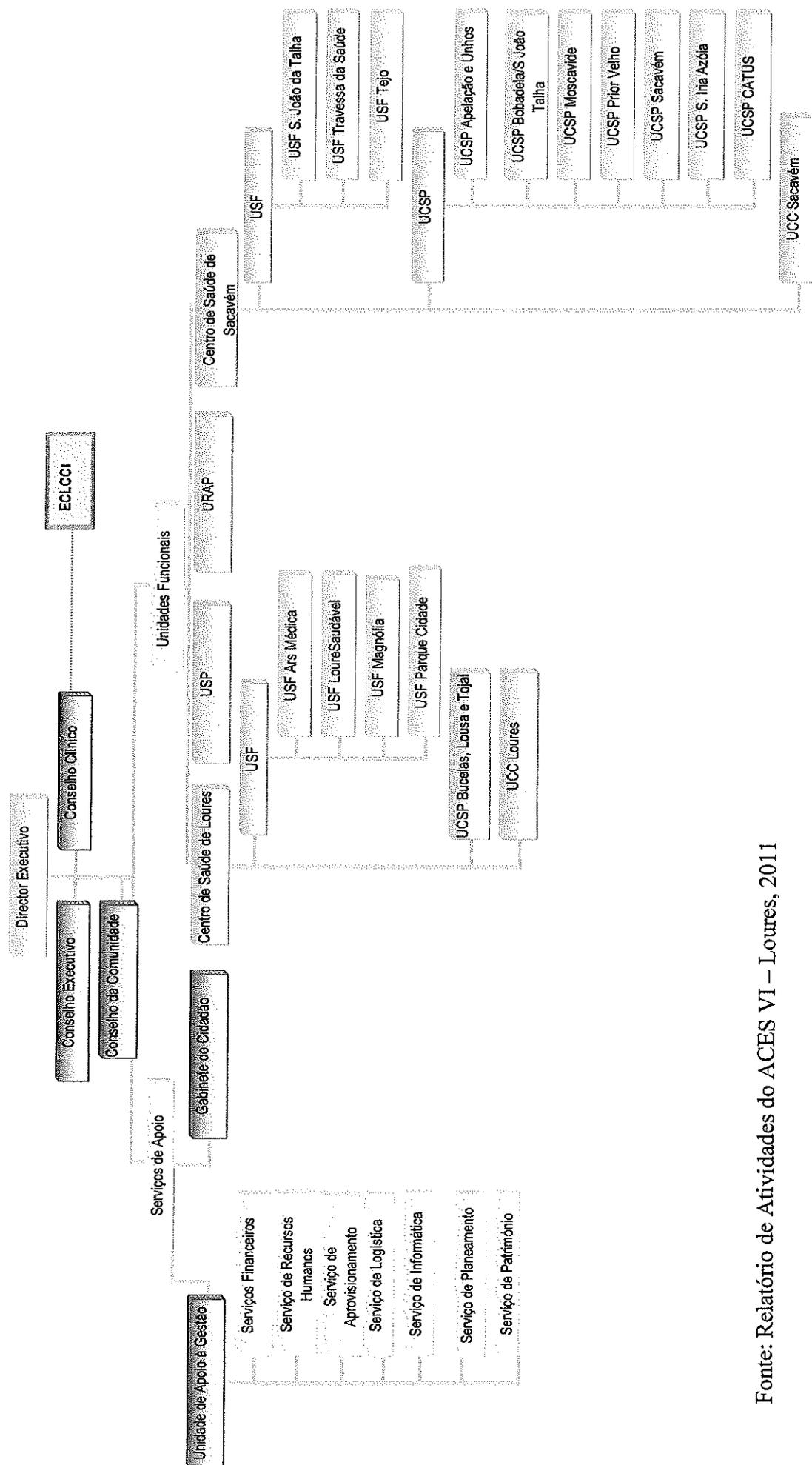
Fonte: Diagnóstico Social do Concelho de Loures, 2011, Rede Social

ANEXO N.º II

Organograma do

ACES VI - Loures

Organograma do ACES VI – Loures

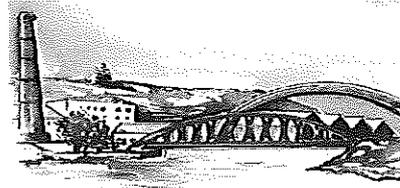


Fonte: Relatório de Atividades do ACES VI – Loures, 2011

ANEXO N.º III

Instrumentos de Registo da Atividade Profissional

SERVIÇO SOCIAL
FICHA DE ATENDIMENTO



NOME:

MORADA:

C. TELEFÓNICO:

PRESENCIAL:

TELEFONE:

DATA DE NASCIMENTO:

C. SAÚDE:

MÉDICO DE FAMÍLIA:

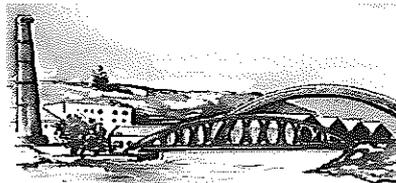
PEDIDO/PROBLEMA:

INTERVENÇÃO:

DATA:

A ASSISTENTE SOCIAL

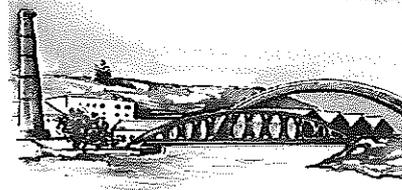
SERVIÇO SOCIAL
FICHA DE ATENDIMENTO (CONTINUAÇÃO)



DATA:

A ASSISTENTE SOCIAL

SERVIÇO SOCIAL
REGISTO DE REUNIÕES



DATA:

A ASSISTENTE SOCIAL



Serviço Social

Ficha de Atendimento

N.º. Processo Social

Data do Primeiro Atendimento:

Programado:

Nome

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Nacionalidade:

Morada:

Escolaridade:

Centro Saúde

Médico Família

Isento Taxas Moderadoras

(S/N)

Atestado Multiuso

(S/N)

Grau Incapacidade

%

Nº Utente:

NISS:

NIF:

Telefone:

Telemóvel:

Correio Eletrónico:

Encaminhado Por:

Unidade Hospitalar	<input type="checkbox"/>	Médico Família	Atendimento Integrado	<input type="checkbox"/>
Iniciativa Própria	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Pedido/Problema:

Intervenção:

Assistente Social



ACES VI Loures
SERVIÇO SOCIAL

Estatística Mensal 2012

Assistente Social –

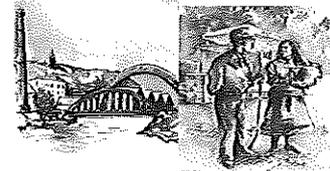
Mês –

Quadro 1 – Utentes Atendidos 2012

Utentes 1º vez			Utentes 2º vez		
Idade	Sexo		Idade	Sexo	
	Feminino	Masculino		Feminino	Masculino
> 12 meses			> 12 meses		
12-23 meses			12-23 meses		
2-13 anos			2-13 anos		
14-18 anos			14-18 anos		
19-44 anos			19- 44 anos		
45-64 anos			45- 64 anos		
65-84 anos			65-84 anos		
> 85 anos			> 85 anos		
Sub-Total			Total		
Sub-Totais			Totais		
Total					

Quadro 2 – Tipo de Atendimentos 2012

	Atendimentos Presenciais	Atendimentos Presenciais Não Programados	Atendimentos Não Presenciais Não Programados
	Programados		
Masculino			
Feminino			
Total			



**ACES VI Loures
SERVIÇO SOCIAL**

Quadro 3 – Estado Civil

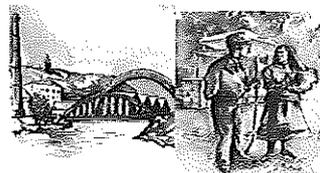
Casado	
Solteiro	
Divorciado	
Viúvo	
Em branco	
Total	

Quadro 4 – Situação Profissional

Activo	
Baixa	
Desempregado	
Estudante	
Reformado	
RSI	
Em branco	
Total	

Quadro 5 – Unidade Funcional

UCSP Moscavide	
UCSP Sacavém	
UCSP Unhos	
UCSP Apelação	
UCSP SIA	
UCSP Bobadela	
UCSP SJT	
USF SJT	
USF Tejo	
USF Travessa da Saúde	
UCSP Mealhada	
USF Loures Saudável	



**ACES VI Loures
SERVIÇO SOCIAL**

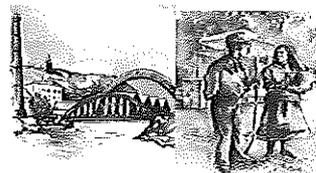
USF Parque Cidade	
USF ARS Médica	
USF Magnólia	
UCSP Lousa	
UCSP Tojal	
UCSP Bucelas	
Total	

Quadro 6 – Entidade Sinalizadora

Tipologia dos Pedidos	Quantificação
Utente	
Familiar	
Vizinho/ Amigo	
MF	
Enf.	
TSSS	
Psic.	
FT	
Outro	
Hospital	
Comunidade	
Total	

Quadro 7 – Encaminhamento

Tipologia dos Pedidos	Quantificação
Seg. Soc.	
Linha de Emergência	
CML	
NACJR	
RNCCI	
Hospital	
UCSP	
MF	
AMI	
Médicos do Mundo	
Serv. Psicologia	
MAC	
AI	
Linha de Emergência	
BACF	
Outros	
Total	



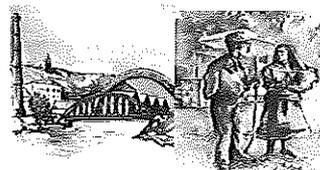
**ACES VI Loures
SERVIÇO SOCIAL**

Quadro 8 – Tipologia de Pedidos

Tipologia dos Pedidos	Quantificação
Informação sobre Políticas e Medidas de Protecção Social	
Orientação e Aconselhamento	
Apoio e Integração Profissional	
Apoio Económico	
Apoio Domiciliário	
Produtos de Apoio	
Habitação	
Integração de Crianças em Equipamentos de Infância	
GID	
Lar	
Centro de dia	
Negligência / Violência Doméstica	
Tratamento e Reabilitação de Toxicodependentes	
Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos	
Saúde Escolar	
Saúde Mental	
Saúde Pública	
Acessibilidade no ACES	
Outros Pedidos	
Total	

Quadro 9 – Intervenção Social

Intervenção Social	Quantificação
Entrevista Psicossocial	
Entrevista Diagnóstico	
Articulação Institucional / Encaminhamentos	
Discussão de Casos com Profissionais do Centro de Saúde	
Reuniões com Instituições da Comunidade	
Reuniões Internas	
Contactos Funcionais com Utente e Famílias	
Informações Sociais	
Relatórios Sociais / Pareceres Técnicos	
Comunicação Escrita	
Outras Intervenções	
Total	



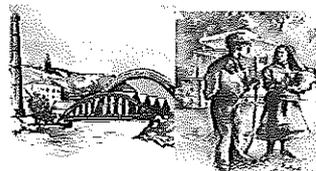
**ACES VI Loures
SERVIÇO SOCIAL**

Quadro 10 – Indicadores de Risco

Intervenção Social	Quantificação
Patologias Psiquiátricas	
Utentes em Situação de Dependência	
Vulnerabilidade Psico-social	
Carência Sócio - económica	
Isolamento Social	
Idosos em Risco	
Idosos em Perigo	
Violência Familiar	
Violência Doméstica	
Crianças em Risco	
Crianças em Perigo	
Abandono Escolar	
Gravidez na Adolescência	
Pessoas em situação irregular no país	
Exaustão do Cuidador	
Consumos Aditivos	
Total	

Quadro 11 – Programas

Intervenção Social	Quantificação
S. Materna/ Planeamento Familiar	
S. Infantil	
S. Escolar	
Medicina Familiar	
S. Pública	
CC	
GC	
IRC	
CPCJ	



**ACES VI Loures
SERVIÇO SOCIAL**

UCC	
ECCI	
S. Juvenil	
NACJR	
RSI	
Int. Precoce	
Total	

Quadro 12 – Visitas domiciliárias por área de intervenção

Área de Intervenção	Quantificação
Apoio à Consulta Clínica Geral e Medicina Familiar	
Intervenção Precoce	
Saúde Infantil	
Saúde Materna	
Saúde Escolar	
Cuidados Continuados Integrados	
Saúde Pública	
Saúde Mental	
Rendimento Social de Inserção	
Comissão de Protecção de Crianças e Jovens	
Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	
Pedopsiquiatria	
Outras Quais?	
Total	

Quadro 13 – Formação

Acções de Formação	Quantificação
Total	

ARSLVTAdministração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

SERVIÇO SOCIAL

FICHA DE ATENDIMENTO

C. Saúde _____

Ext. _____

N.º Pr. Fam. _____

Méd. Fam. _____

Nome _____

Morada _____

N.º Benef.º _____

Data nasc. _____

Estado Civil _____

Telef. _____

Nac. _____

Suporte / Social (Família, Outros, Instituições)

Profissão / Ocupação

Escolaridade

Habitação (condições de habitabilidade)

Problemas Saúde

Informações Complementares

Pedido / Problema

Encaminhado por

Apresentado por

Diagnóstico Social

Intervenção

Data ____/____/____

A. Assistente Social

FOLHA DE SEGUIMENTO

Data	Pedido Problema	Intervenção Social
OBSERVAÇÕES: _____		

APÊNDICE

APÊNDICE N.º I -
O Serviço Social
na Saúde

Em 1968, o Estatuto Hospitalar (Decreto-lei 48357/68) define a natureza da ação dos Estabelecimentos Hospitalares como simultaneamente médica e social. Da mesma forma que descreve como princípios orientadores da ação social o estabelecimento das “relações entre as necessidades pessoais ou familiares e os casos de doença”, a envolver na intervenção para o “regresso ao meio social”, e a promoção de contactos dos doentes e familiares com serviços da comunidade.

Em 1971 é reconhecida a necessidade do serviço social nos centros de saúde (Decreto-Lei 413/71) no contexto da reforma sob a égide de Gonçalves Ferreira (1989; 1990), que coloca no eixo central do sistema os cuidados de primeira linha ou essenciais, promovendo a integração funcional de serviços dispersos, e reconhecendo o direito à saúde a toda a população, o que abre caminho à universalização dos cuidados.

Em 1979 é aprovado por despacho de 4 de dezembro, do Secretário de Estado da Saúde, Correia de Campos, e divulgado o documento de trabalho “O Serviço Social no Sector da Saúde” do Gabinete de Estudos e Planeamento da Secretaria de Estado da Saúde (PORTUGAL-GEPS, 1979).

Em 1983 o Regulamento dos Centros de Saúde (Despacho Normativo 97/83 de 22 de abril) define o centro de saúde como uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se, globalmente a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade. No artigo 70.º estabelece que “o serviço social do centro de saúde é constituído por técnicos de serviço social, em princípio, na base de 1 técnico por 30 mil habitantes”. As suas atribuições são definidas no artigo 71.º.

Em 1998 divulga-se o documento “Serviço Social da Saúde” do Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde. O documento teve origem na necessidade de enquadramento orgânico e definição funcional da carreira técnica superior, tendo por base a iniciativa da coordenação do Serviço Social do Subgrupo Hospitalar Santo António dos Capuchos/Desterro/Arroios, tendo sido constituído um grupo de trabalho.

O Despacho Conjunto n.º 407/98 de 18 de junho, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, relativo à intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, trouxe fortes desafios aos assistentes sociais, tendo por objetivos: a intervenção articulada da saúde e da ação social; o aproveitamento e racionalização dos recursos existentes; a promoção da autonomia das pessoas em situação de dependência; o reforço das capacidades e competências das famílias; as prioridades à prestação de cuidados no domicílio.

Em 2002 é divulgada a Circular Normativa do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde (Circular n.º 8 de 16/05/02). Esta Circular estabelece as dez funções que passam a vigorar nos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério, e aconselha a que os assistentes sociais se reportem ao respetivo órgão dirigente máximo do estabelecimento de prestação de cuidados que integram.¹

¹ “A DGS considera que, em termos gerais, o serviço social na Saúde atua: na avaliação dos fatores psicossociais que interferem na saúde das pessoas, grupos e comunidades com especial atenção para situações identificadas como de risco e vulnerabilidade; na avaliação dos fatores 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 atores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais.” (DGS, 2005, p.5 citado in Carvalho, 2012, p. 95).