

A Prática Profissional do Assistente Social em contexto de cuidados de saúde primários infantojuvenis

Marta Filipa de Jesus Ferreira dos Santos

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Intervenção Social na Infância e Juventude em Risco de Exclusão Social, pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto, sob orientação da Professora Doutora Idalina Machado

ISSSP, dezembro de 2017

**A Prática Profissional do Assistente social
em contexto de cuidados de saúde primários
infantojuvenis**

Marta Filipa de Jesus Ferreira dos Santos

ISSSP, dezembro de 2017

Agradecimentos

Após o término de mais uma etapa académica, é impreterível agradecer a todas as pessoas que apoiaram e facilitaram a realização da mesma.

Começo por agradecer à minha Orientadora, Professora Doutora Idalina Machado, pela ajuda essencial na elaboração da investigação, pela partilha de conhecimentos e pelas palavras de incentivo.

Agradeço à Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., assim como aos órgãos decisivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde envolvidos na investigação, pelas autorizações concebidas para a implementação do estudo. Sem esquecer os elementos privilegiados da investigação, não posso deixar de agradecer aos assistentes sociais que participaram no estudo e que permitiram o seu desenvolvimento.

À minha mãe, que foi o pilar mais importante ao longo de todo o processo de formação, a pessoa mais motivadora e promotora desta etapa.

À minha irmã que me acompanha, desde sempre, com quem partilho conhecimentos e perspetivas, que permitiram enriquecer os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos.

A todas as colegas que integram o curso e que possibilitaram aulas mais dinâmicas e promotoras do pensamento crítico.

Resumo

O presente estudo foi desenvolvido em ACeS do Grande Porto, com o objetivo de estudar as práticas profissionais dos assistentes sociais que trabalham com crianças e jovens em risco, em contexto de cuidados de saúde primários. O primeiro patamar do Sistema Nacional de Saúde constitui-se como um nível privilegiado no contacto com as populações, sendo que a deteção e prevenção de situações de risco em crianças e jovens torna-se um trabalho da responsabilidade dos profissionais dos cuidados de saúde em referência. Os assistentes sociais dos cuidados de saúde primários são significativamente minoritários em relação a outras categorias profissionais, como os médicos e enfermeiros, importando, por isso, refletir sobre o papel daqueles profissionais no contexto em análise, particularmente no que diz respeito à remoção ou atenuação do risco vivido pelos menores. Este estudo constitui, por isso, uma tentativa de exploração do campo de intervenção do Serviço Social.

Para cumprir os objetivos do estudo, privilegiaram-se instrumentos de recolha de informação qualitativos como a entrevista semiestruturada. Para além disso, recorreu-se igualmente à análise/pesquisa documental, tendo todos os materiais sido analisados com recurso à análise de conteúdo. As entrevistas foram aplicadas a quinze assistentes sociais, de sete ACeS, que trabalham direta e indiretamente com crianças e jovens em risco.

Os resultados obtidos permitem perceber as principais funções, valores, princípios e indicadores sustentadores da prática, assim como os principais saberes que devem compor o currículo dos assistentes sociais que trabalham com o grupo etário infantojuvenil e o papel dos mesmos nos cuidados de saúde primários. Os resultados obtidos expõem uma convergência significativa nas práticas profissionais dos diferentes entrevistados, com ligeiras divergências em alguns pontos. No entanto, ficou patente do discurso dos entrevistados que, embora o Serviço Social tenha vindo a assumir um papel de maior relevo na intervenção na saúde, esta posição não é ainda consistente, havendo, assim, necessidade de sensibilizar os profissionais sobre os campos de intervenção do Serviço Social.

Palavras-chave: Serviço Social; práticas profissionais; cuidados de saúde primários; crianças e jovens em risco.

Abstract

The present study was carried out in some ACeS of the Great Oporto, with the goal of studying the professional practices of social workers who work with children and young people at risk, in the context of primary health care. The first level of the National Health System has established itself as a privileged level of contact with people, and the detection and prevention of situations of risk in children and youth becomes a responsibility of health care professionals in reference. Social workers in primary health care are significantly less when compared to other professionals' categories like doctors and nurses. Therefore, it is important to reflect on the role of social workers in the context under discussion, particularly as regards the removal or mitigation of risk experienced by minors. This study is therefore an attempt to explore Social Work field of intervention.

To fulfill the objectives of the study, we use as privileged instruments for collecting qualitative information the semistructured interview. In addition, it also was used the document analysis. The materials were analyzed through content analysis. The interviews were applied to 15 social workers of seven ACeS, who work directly or indirectly with children and young people at risk.

The results obtained allows us to realize the main roles, values, principles and indicators supporters of the practice, as well as the main knowledge which must compose the curriculum of social workers who work with the age group of children and youth and the role of the same in primary care. The results expose a significant convergence in the professional practices of the various respondents, with slight differences in some points. However, it clears by the speech of the respondents that, although Social Work is becoming more relevant in health intervention, this position is not yet very consistent, and there is thus a need to sensitize professionals on the fields of Social Work intervention.

Keywords: Social Work; professional practices; primary health care; children and young people at risk.

Résumé

La présente étude a été réalisée dans quelques ACeS du Grand Porto, a fin d'étudier les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux qui travaillent auprès des enfants et des jeunes à risque, dans le contexte des soins de santé primaires. Le premier niveau du système National de santé s'est imposé comme un niveau privilégié de contact avec les personnes, et la détection et la prévention des situations de risque chez les enfants et la jeunesse devient une responsabilité des professionnels de la santé en référence. Aux soins de santé primaires les travailleurs sociaux ne sont pas autant significatifs que l'autres catégories professionnelles telles que médecins et infirmières. Donc, on doit réfléchir sur le rôle des professionnels dans le cadre des soins primaires, particulièrement en ce qui concerne la suppression ou l'atténuation des risques rencontrés par les mineurs. Cette étude vise donc à explorer le champ d'intervention du Travail Social.

Pour atteindre les objectifs de l'étude, on a privilégié les instruments qualitatives pour la collecte d'informations comme l'entrevue semiestructurée. En outre, il a été également utilisé l'analyse des documents. Toutes les informations ont été analysées à l'aide de l'analyse du contenu. Les entrevues ont été appliquées à 15 travailleurs sociaux des sept ACeS, qui travaillent directement ou indirectement pour des enfants et des jeunes à risque.

Les résultats obtenus permettent de réaliser les principaux rôles, valeurs, principes et indicateurs de la pratique, ainsi que les connaissances de base qui doivent composer le programme des travailleurs sociaux qui travaillent avec l'age group des enfants et des jeunes et le rôle des mêmes en soins de première ligne. Les résultats exposent une convergence significative dans les pratiques professionnelles des divers répondants, avec de légères différences sur certains points. Malgré le Travail Social est venu de prendre une position sur l'intervention en santé, cette position n'est pas consolidée et il est donc nécessaire de sensibiliser les professionnels sur les domaines d'intervention du Travail Social.

Mots-clés: Travail social; pratiques professionnelles; soins de santé primaires; enfants et des jeunes personnes à risque.

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Résumé	v
Índice de tabelas	viii
Índice de figuras	ix
Lista de abreviaturas e siglas	x
Introdução.....	1
Parte I. O Risco e o Perigo na Infância e Juventude e o Papel do Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contribuições teóricas	3
Capítulo 1. A infância e juventude em risco e/ou perigo	4
1.1. Infância e juventude: uma construção social.....	4
1.2. Conceito de risco e perigo.....	7
1.3. Os maus-tratos a menores: negligência e abuso.....	12
1.3.1. Evolução histórica dos maus-tratos	13
1.3.2. Tipologia dos maus-tratos	15
1.4. Fatores de risco e fatores protetores dos maus-tratos.....	17
1.5. O Sistema de Proteção para crianças e jovens em risco em Portugal	20
Capítulo 2. O Serviço Social na Saúde.....	26
2.1. O Serviço Social: origem e institucionalização	26
2.2. A História do Serviço Social na Saúde	34
2.2.1. Cuidados de Saúde Primários: origem, história, reforma, organização e funcionamento	38
2.2.2. A intervenção do Serviço Social em contexto de risco/perigo nos Cuidados de Saúde Primários.....	39
2.3. A Prática, Competências e Saberes Profissionais do Assistente Social nos Cuidados de Saúde Primários.....	42
Parte II. A Prática Profissional do Assistente Social em Contexto de Risco/Perigo nos Cuidados de Saúde Primários InfantoJuvenis: Estudo de Caso no Grande Porto	45
Capítulo 3. Um estudo de caso: estratégia metodológica.....	46
3.1. Objeto de estudo e objetivos	47
3.2. O método de análise	48

3.3. Instrumentos e técnicas de recolha e tratamento da informação	49
3.3.1. A amostra	49
3.3.2. A entrevista semiestruturada	50
3.3.3. A pesquisa documental.....	51
3.3.4. A análise de conteúdo.....	52
3.4. Procedimentos	52
3.5. Condições de aplicação das técnicas de recolha da informação: reflexão	53
Capítulo 4. O assistente social nos cuidados de saúde primários: análise e discussão dos resultados	56
4.1. Identificação e caracterização dos profissionais entrevistados	56
4.2. Caracterização do contexto institucional.....	58
4.3. Problemática da infância e juventude em risco nos cuidados de saúde primários	91
4.4. A prática profissional do assistente social nos cuidados de saúde primários: os saberes profissionais.....	99
Capítulo 5. Conclusão e discussão dos resultados.....	137
Referências bibliográficas	142
Anexos	150
Anexo 1. Guião de entrevista	151
Anexo 2. Modelo de consentimento informado	157

Índice de tabelas

Tabela 1. Sinais e sintomas dos maus-tratos	16
Tabela 2. Principais marcos históricos da proteção à infância e juventude em Portugal no século XX e inícios do século XXI	23
Tabela 3. Total de profissionais entrevistados por ACeS.....	56
Tabela 4. Caracterização demográfica dos entrevistados	57
Tabela 5. Experiência Profissional dos entrevistados	57
Tabela 6. Problemáticas mais expressivas em cada ACeS.....	61
Tabela 7. Principais dificuldades internas do Serviço Social por ACeS.....	64
Tabela 8. Análise SWOT.....	65
Tabela 9. Formas de comunicação entre assistentes sociais e entre estes e profissionais do ACeS.....	69
Tabela 10. Tipo de instituições com as quais os profissionais estabelecem contactos no exercício da sua atividade profissional.....	73
Tabela 11. Formas de comunicação entre assistentes sociais e profissionais externos..	74
Tabela 12. Nº de NACJR com a presença de profissionais por área profissional	81
Tabela 13. Respostas promovidas pelo NACJR.....	82
Tabela 14. Modos de organização do trabalho do NACJR	86
Tabela 15. Casuísticas relatadas pelos entrevistados	92
Tabela 16. Casuísticas relatadas pelos entrevistados- principais tipologias.....	93
Tabela 17. Funções diárias desempenhadas pelos entrevistados.....	102
Tabela 18. Nº de unidades de saúde a que cada profissional presta apoio	104
Tabela 19. Saberes que devem compor o currículo dos Assistentes Sociais (nº de entrevistados).....	109
Tabela 20. Saberes por tipologia	110
Tabela 21. Perceção dos entrevistados quanto ao grau de abertura ou fechamento do campo do Serviço Social na área da Saúde	119
Tabela 22. Formas de solucionar dilemas éticos	125
Tabela 23. Indicadores sustentadores da prática e da avaliação dos casos.....	131

Índice de figuras

Figura A. Tipologia dos maus-tratos	15
Figura B. Fatores de risco.....	18
Figura C. Fatores de proteção.....	19
Figura D. Estrutura do Sistema de Proteção da Infância e Juventude.....	24
Figura E. Principais formas de divulgação do NACJR e das suas atividades.....	89
Figura F. Princípios e valores orientadores da prática	132

Lista de abreviaturas e siglas

ACeS- Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSN, I.P.- Administração Regional de Saúde do Norte

CDP- Centro de Diagnóstico Pneumológico

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CRP- Constituição da República Portuguesa

DGS- Direção-Geral da Saúde

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EGR- Equipa de Gestão de Risco

ELI- Equipa Local de Intervenção

E.M.A.T.- Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais

EPVA- Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

IEFP- Instituto de Emprego e Formação Profissional

I.P.S.S.- Instituição Particular de Solidariedade Social

PIAF- Plano de Intervenção e Apoio à Família

NACJR- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NHACJR- Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco

NLI- Núcleo Local de Intervenção

OTM- Organização Tutelar de Menores

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI- Rendimento Social de Inserção

SASU- Serviço de Atendimento a Situações Urgentes

SIADAP- Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho da Administração Pública

SNS- Serviço Nacional de Saúde

UAG- Unidade de apoio à gestão

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

Introdução

A investigação desenvolvida surgiu do interesse da investigadora em perceber o trabalho desenvolvido pelos profissionais de Serviço Social nos cuidados de saúde primários, junto de um dos grupos etários sujeito a mais riscos e vulnerabilidades: as crianças e jovens. Como fundamento do mesmo, está a pertinência em perceber se os assistentes sociais dos cuidados de saúde primários são dotados de saberes e competências específicas e se a prática profissional destes constitui um fator de proteção e de afastamento do risco. Pela escassez de estudos nesta área em particular, a atual investigação pode constituir um instrumento de apoio, reflexão e expansão para o trabalho dos assistentes sociais.

O Serviço Social surge como uma profissão de relação, tendo um papel de destaque no âmbito da intervenção social. Deste modo, orientam o trabalho desenvolvido e permitem a estruturação da tese as seguintes perguntas orientadoras: *as práticas profissionais dos Assistentes Sociais que trabalham nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) constituem um fator protetor para o grupo etário e permitem afastá-lo do risco/perigo?; Quais os saberes e competências do Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários na intervenção junto de crianças e jovens em risco?*

Considerando que os Cuidados de Saúde Primários constituem a base do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no sentido em que surgem como o primeiro contacto entre a população e o sistema de saúde tendo, por isso, a capacidade de responder aos problemas da comunidade (intervenção mais local), revelou-se pertinente desenvolver a investigação nos ACeS, com o objetivo de entender se a base do sistema é constituída pelos alicerces necessários e adequados para responder aos problemas locais da população infantil e juvenil.

Por conseguinte, a intervenção dos assistentes sociais junto de crianças e jovens em risco torna-se um objeto de estudo pertinente de forma a compreender qual o papel do Serviço Social no afastamento das crianças e dos jovens do risco e do perigo, importando, por isso, analisar o trabalho realizado nos cuidados de saúde primários junto desta população, considerando-o um processo de aprendizagem.

Com o crescente número de casos de crianças e jovens em risco identificados, a elaboração da presente investigação é uma mais-valia para os profissionais do Serviço

Social e para a intervenção junto desta população já que visa a compreensão do trabalho feito e das determinantes envolvidas no processo de recuperação/inclusão social.

A investigação segue, essencialmente, uma abordagem qualitativa pela análise de entrevistas aplicadas aos profissionais de Serviço Social.

A amostra é composta por profissionais de Serviço Social dos cuidados de saúde primários que aceitaram participar no estudo. O instrumento de recolha privilegiado foi a entrevista semiestruturada, cujo guião (ver anexo I) foi organizado em torno de um conjunto de perguntas abertas e fechadas. A intenção seria gravar as mesmas, mas isso implicaria uma autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados, o pagamento de uma determinada quantia e sem qualquer previsão de tempo para a resposta. Desta forma, optou-se por criar o inquérito nos Formulários Google a ser aplicado presencialmente ou, então, entregue aos profissionais. Escolheu-se a primeira possibilidade – aplicação presencial. As respostas foram redigidas pela investigadora e enviadas posteriormente aos profissionais que as validaram. Para além das entrevistas, o estudo suporta-se também na análise de documentos oficiais disponíveis online.

O presente trabalho está estruturado em duas partes, sendo que a primeira remete para o enquadramento teórico e a segunda para as escolhas metodológicas. No enquadramento teórico, dividido em dois capítulos, é analisado o conceito de risco e de perigo, a origem do Serviço Social e a sua história na saúde, bem como o papel do assistente social na saúde, mais especificamente, nos cuidados de saúde primários e as competências e saberes do mesmo. A segunda parte do estudo é composta por dois capítulos: o capítulo três aborda as estratégias metodológicas, contemplado quer a apresentação dos instrumentos de recolha e tratamento de informação, quer os procedimentos adotados na sua aplicação e respetiva reflexão sobre essa aplicação; o capítulo quatro constituiu a parte central do estudo, sendo nele apresentados os principais resultados relativos às diferentes dimensões analisadas.

A tese termina com a discussão das principais conclusões do estudo, bem como a identificação das limitações do mesmo e possíveis pistas de ação para futuro enriquecimento do exercício profissional, em específico na área da saúde.

**Parte I. O Risco e o Perigo na Infância e Juventude e o Papel do Serviço Social nos
Cuidados de Saúde Primários: Contribuições teóricas**

Capítulo 1. A infância e juventude em risco e/ou perigo

Neste capítulo analisamos o conceito de infância, revelando que a sua conceptualização não é clara, pois depende do contexto individual, grupal e comunitário onde o sujeito se encontra. Tratamos, ainda, dos conceitos de risco e perigo que se tornaram fulcrais na sequência das alterações da visão da criança enquanto sujeito de direitos, dando especial destaque à problemática dos maus-tratos. Terminamos com a apresentação do sistema de proteção para crianças/jovens em risco/perigo em Portugal.

1.1. Infância e juventude: uma construção social

Ao longo das últimas décadas, nas sociedades ocidentais muito em particular, o estatuto social da criança sofreu significativas mudanças, tendo esta passado de “...*sujeito ignorado a objeto sacralizado da civilização em diversas partes do mundo*” (Carvalho & Ferreira, 2009, p. 105). Essas transformações consubstanciaram-se na afirmação da criança como sujeito titular de direitos, princípio norteador da Declaração dos Direitos da Criança¹, pelo que, como refere Carvalho e Ferreira (2009), a violação dos direitos consagrados poderá constituir crime.

Mas o reconhecimento e atribuição de direitos às crianças, associada à nova visão da infância, revelou-se um processo longo e sinuoso, uma vez que a consciencialização da sua necessidade foi tardia e, ainda, porque se evidenciaram dificuldades de interpretação e de aplicação dos direitos dos menores enquadrados em contextos sociais, culturais e históricos diferenciados (Soares, 2005). Não esqueçamos que, em séculos passados, como analisado por Martins (2006), a história de vida das crianças desenvolvia-se lado a lado com a dos adultos no trabalho, na família, na mendicidade, na pobreza e nas cadeias. A criança era, assim, um “*adulto em miniatura*” (Martins, 2006, p. 95).

De acordo com o artigo 1º da Convenção sobre os Direitos das Crianças², criança é todo o indivíduo com idade inferior a 18 anos (ONU, 1989), sendo esta fase da vida entendida como “...*um estado transitório, um lugar de passagem, apeadeiro necessário neste percurso de crescer e aparecer.*” (Martins, 2004, p. 7).

¹ Adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 20 de novembro de 1959.

² A Convenção dos Direitos da Criança foi ratificada em 1990 e aprovada em 1991 pela Assembleia Geral das Nações Unidas

O termo infância adquire diversos significados: nomeia uma etapa de desenvolvimento humano que ocorre desde que o sujeito nasce até à sua adolescência, sendo característica de um estado de ingenuidade ou de simplicidade (Pagni, 2012), que não depende do tempo de vida do sujeito, ou seja, da idade cronológica, onde o sujeito ainda não adquiriu as estruturas complexas de pensamento e de linguagem. Trata-se de uma fase da vida humana mais próxima da natureza, que deve ser estudada e cultivada, onde o sujeito cresce, desenvolve-se e forma-se na interação com os outros, onde adquire e apropria-se dos elementos que o rodeiam para entrar no mundo em que vive. O ingresso neste mundo implica um “*assujeitamento ao existente*” (Pagni, 2012, p. 40), isto é, que a criança se submeta às regras e aos elementos existentes no mundo que irá integrar.

A este propósito, importa perceber como o conceito de infância foi percecionado ao longo dos anos, tendo-se, efetivamente, registado evoluções em termos do seu sentido.

Faleiros e Faleiros (2008) explicam que, no Império Romano, rapazes e raparigas cresciam juntos até aos 12 anos. A partir dessa idade, separavam-se, pelo que aos rapazes competia a vida pública, o aprimoramento cultural, militar e mundano e às raparigas o casamento até aos 14 anos, no máximo. Na Idade Média, período do feudalismo, a infância terminava aos 7 anos, a puerilidade aos 14 e a adolescência aos 21.

No século XVI e XVII os filósofos, educadores e moralistas entendiam as crianças como “...*criaturas frágeis de Deus...*” (Pagni, 2012, p. 41) e ambicionavam torná-las em “*homens cristãos e racionais*” (*idem, ibidem*), recorrendo, se necessário, à rigidez. O principal problema levantado por estes, em relação ao grupo etário em menção, era o de saber como “*domesticar*” as crianças, isto é, o de como as socializar segundo os princípios basilares da Igreja Católica e da razão.

Ainda nestes séculos, surgem os primeiros sinais de alguma distinção entre as crianças e os adultos com a exteriorização da “*consciência da particularidade infantil*” (Pagni, 2012, p. 41), ou seja, com a noção de que a infância é uma fase de desenvolvimento humano específica, que deve ser orientada e tratada de forma diferente da fase adulta. Trata-se de uma etapa com emoções, desejos, experiências e necessidades muito próprias e diferentes das dos adultos. Esta especificação conduziu, como exposto em Pagni (2012), a determinados excessos sentimentais e mimos, o que implicava métodos educativos baseados na disciplina e na racionalidade. No século seguinte há, novamente, uma mudança na conceção.³

³ No século XVIII, há uma mudança na forma de entender a infância e a educação, mudança introduzida com o pensamento de Rousseau. Este sustenta a importância do julgamento moral e da formação da

Como aponta Martins (2006), no século XIX, filantropos, médicos, higienistas, juristas, sociólogos, pedagogos e outros encaravam o aumento de filhos ilegítimos, de filhos abandonados e marginalizados como a “ausência de uma moral familiar, a irresponsabilidade no cuidado educativo dos filhos e a desordem na vida quotidiana nas classes populares e operárias” (p. 95), não estando, ainda, efetivamente incorporados os direitos infantojuvenis.

A partir do século XX, há uma alteração na forma como se entende a relação entre os pais e os filhos e a própria infância: por um lado, reconhece-se que os direitos dos pais sobre as crianças são violáveis e que o Estado tem o direito de intervir e de proteger e, por outro lado, há o reconhecimento crescente da possibilidade de existência de situações de abuso das crianças por parte dos pais.

A partir da década de 50, com o desenvolvimento das ciências humanas e das ciências da pedagogia, a criança passa a ser vista como um indivíduo diferente do adulto, com características próprias e que precisa de suporte pelo facto de ainda estar em processo de crescimento e formação (Clemente, 1998). A aprovação da Declaração dos Direitos da Criança, em 1959, é disso sintomática. Contudo, só em 1989, através da Convenção dos Direitos das Crianças⁴, é que a criança é reconhecida juridicamente como um sujeito de direitos.

Por conseguinte, como mencionado por Soares (2005), é consciencializada e verbalizada, pelos académicos, a necessidade de observar a infância como uma etapa construída socialmente, sendo as crianças os principais atores, pelo que, a partir deste momento, começam a surgir, a nível investigativo, outras inquietações relativas à infância e juventude, como, por exemplo, a pobreza infantil, os maus-tratos e a questão dos direitos das crianças.

Relativamente à noção de juventude, é de referir a complexidade na sua definição, pela existência de diversas representações ao longo dos tempos, assim como a presença de determinados fatores históricos e culturais que exercem influências no desenvolvimento humano e na perceção dos mesmos pelos indivíduos. Para Dayrell

consciência, alegando que esta última seria genuína se orientada pelos elementos naturais que são dados ao homem, como a liberdade da vontade. A formação da consciência deveria, também, ocorrer por via da razão e, por conseguinte, a educação adquire um papel importante no seu desenvolvimento. Desta forma, se o sujeito se comportasse de acordo com a sua vontade e com a sua consciência moral não seria necessário submeter-se aos preceitos socialmente determinados (Pagni, 2012). Kant (como citado em Pagni, 2012) considera a infância como um momento de incapacidade, ingenuidade e ignorância que é necessário ser cuidado e regulamentado, para que, posteriormente, as crianças se emancipem e sejam livres.

⁴ Em Portugal, a Convenção dos Direitos das Crianças foi assumida em 1990, o que formalizou a preocupação pelos direitos e necessidades das crianças (Vale, 2006).

(2003), a representação mais enraizada é a de que a juventude é uma condição de transitoriedade para a vida adulta. Por outro lado, a partir dos anos 60, solidifica-se a visão de que juventude é um tempo de liberdade, de prazer e de expressão de comportamentos exóticos. É um tempo de experiências e de erros, marcado pelo hedonismo e irresponsabilidade.

A juventude é, em simultâneo, de acordo com Dayrell (2003), uma condição social e um tipo de representação. Apesar de ser universal que a juventude implica um conjunto de mudanças físicas e psicológicas, para o autor (*idem*), o modo como cada sociedade representa essas mudanças pode variar. Estas variações ocorrem com base nas condições sociais (classes sociais), nas condições culturais (etnias, valores), nas condições de gênero, mediante as regiões geográficas, etc.

A juventude, entendida como “*um momento determinado, mas não se reduz a uma passagem; ela assume uma importância em si mesma. Todo esse processo é influenciado pelo meio social concreto no qual se desenvolve e pela qualidade das trocas que este proporciona*” (Dayrell, 2003, p. 42), inicia-se, portanto, quando o indivíduo passa a ser capaz de procriar, de assumir responsabilidades, de depender menos da proteção familiar, de procurar a independência e de dar provas de autossuficiência.

1.2. Conceito de risco e perigo

Uma vez que o grupo etário infantil e juvenil foi, ao longo da história, conquistando importância e direitos sociais, torna-se pertinente analisar o conceito de risco e de perigo, invadindo este a realidade dos menores.

Ainda que ambos os conceitos sejam, frequentemente, usados para referir uma mesma situação, é imprescindível clarificar cada um deles, com o propósito de perceber se são sinónimos ou se representam uma graduação perante a realidade analisada.

O conceito de risco está relacionado com situações que afetam gravemente a materialização dos direitos da criança e do jovem como, por exemplo, viver a carência económica ou a exclusão social. Remete, assim, para uma situação de vulnerabilidade que caso se prolongue pode conceber situações de perigo no âmbito da segurança, da educação, da saúde e de outros campos. Diz respeito a uma “*qualquer circunstância que atente contra o bem-estar físico, psíquico e social da criança*” (Vale, 2006, p. 256), podendo o risco relacionar-se, como defende Hillesheim e Cruz (Hillesheim & Cruz, 2008), com fatores que ameaçam e causam danos à integridade física, psicológica e moral

da criança e do jovem. Estas situações poderão resultar de ações de agentes ou da ausência destes, isto é, “do efeito ou falta de diferentes agentes, tais como a família, os grupos sociais próximos ou próprio Estado” (*idem*, p. 195).

Relativamente ao conceito de perigo, este aponta para a probabilidade de dano nas mais variadas dimensões da vida da criança ou o jovem como, por exemplo, educação e saúde. Num agregado familiar com baixos níveis de rendimento, uma situação de perigo está representada quando a criança ou o jovem passa fome, não frequenta a escola nem acede a cuidados básicos de saúde. O perigo pode corresponder a uma situação que era de risco e que evoluiu pela inexistência ou insuficiência de fatores protetores, como declarado no guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção sobre os maus-tratos e jovens (Menezes & Prazeres, 2011).

De acordo com o artigo 3º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo- Lei nº 147/99, de 1 de setembro, a criança está em perigo quando: “*está abandonada ou vive entregue a si própria; sofre maus tratos físicos, psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; está aos cuidados de terceiros, durante período de tempo em que se observou o estabelecimento com estes de forte relação de vinculação e em simultâneo com o não exercício pelos pais das suas funções parentais; é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos; está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetam gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; assume comportamentos ou se entrega 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 lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.*”.

É legítima a aplicação da lei em menção quando os pais ou quem tem a guarda de facto coloquem em perigo a saúde, a segurança, a educação, a formação e o desenvolvimento das crianças e jovens.

O conceito de risco é, desta forma, mais amplo que o conceito de perigo. Enquanto o primeiro remete para a vulnerabilidade do menor vir a sofrer de maus-tratos, o segundo, sendo mais restrito, refere-se a prejuízos causados nas vidas das crianças e jovens, isto é, à objetivação do risco (Menezes & Prazeres, 2011). No entanto, nem todas as situações de perigo resultam de situações de risco, pois o perigo pode surgir numa situação de crise aguda (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco & Ministério da Segurança Social, 2011).

Assim, e apesar de serem confundidos, estes dois conceitos estão em níveis diferentes. O conceito de perigo remete para uma “*ameaça à existência de alguém*” e o de risco à “*eminência do perigo efetivo*” (Instituto para o Desenvolvimento Social, 2000, p. 20). Conforme o exposto por Melo e Alarcão (2011), o perigo coloca a criança em situações que ameaçam a sua integridade física e psicológica. O risco acarreta um dano que não é tão imediato e que pode conduzir ao perigo.

As diferenças entre o risco e o perigo determinam os níveis de responsabilidade na intervenção, pelo que, perante situações de perigo, a intervenção passa pela remoção do mesmo, reparação dos danos causados e pela aplicação de uma medida de promoção e proteção. Em casos de risco, a intervenção suporta-se na prevenção e superação do risco (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco & Ministério da Segurança Social, 2011).

De modo a prevenir o surgimento de grupos de risco, como é o caso das crianças e jovens, é importante perceber as necessidades destes, para que sejam alvos de uma intervenção ajustada que garanta a superação do risco ou do perigo. As necessidades humanas vão evoluindo ao longo das diferentes fases de desenvolvimento e, uma vez que a criança se encontra numa fase complexa de construção das estruturas mentais, é imperativo que as necessidades sejam satisfeitas, de modo a garantir o seu pleno desenvolvimento enquanto ser biopsicossocial. Ora, no caso das crianças e jovens em perigo, há uma ou mais necessidades que não são satisfeitas. As necessidades consideradas básicas são todas aquelas às quais a criança e o jovem deve ter acesso para viver com dignidade. Contudo, há crianças e jovens que não têm garantido o acesso a uma alimentação saudável e equilibrada, a uma educação adequada e à proteção na saúde e na doença e estas ausências, conjugadas com outras carências, podem desencadear um processo de risco que os vulnerabiliza e os torna mais suscetíveis a qualquer dor, perda, dificuldade e insucesso.

O modelo ecológico de avaliação e intervenção nas situações de risco e de perigo para a infância, abordado por Canhão (2007), refere uma estratégia ecológica para avaliar e gerir as questões de risco ou de perigo. Ou seja, para facilitar a identificação de uma situação vulnerável ou que provoque dano à criança, é abordada a importância do profissional em utilizar um modelo sistemático de gestão e de avaliação do risco, contrabalançando os fatores de risco e os fatores protetores. Este modelo propõe, ainda, um conjunto de necessidades de desenvolvimento que devem ser garantidas às crianças e que, por via da realização de diagnósticos e planos de intervenção, são alvo de análise por

parte dos agentes executores da intervenção. Para além das necessidades de desenvolvimento das crianças, são abordadas, ainda, as competências parentais das famílias e os fatores familiares e ecológicos que poderão constituir risco/perigo, ou, pelo contrário, proteção. Estes três itens compõem os domínios incluídos no processo de intervenção, dos quais são retiradas dimensões como a saúde e educação, a segurança e afetividade, as condições habitacionais e a situação profissional dos cuidadores da criança e do jovem.

O contexto de socialização da criança influencia o modo como determinadas necessidades são satisfeitas. De qualquer forma, há um conjunto de necessidades, estabelecidas e expostas por Canhão (2007), que devem ser respeitadas no sentido de um desenvolvimento pleno e equilibrado do menor. Na dimensão da saúde, o menor deve ter acesso a cuidados médicos, a alimentação saudável, ao exercício físico, a informações sobre educação sexual e sobre substâncias aditivas, de modo a salvaguardar a sua saúde física e mental. Na educação, aborda-se a questão do desenvolvimento cognitivo da criança desde o seu nascimento, que deve ser estimulado no seio familiar e no seio escolar, de modo a prevenir défices que afetem gravemente o seu discernimento. Também a oportunidade de brincar e de interagir com outras crianças, de aceder a livros, ao sucesso escolar e ao desenvolvimento de habilidades e interesses são referidas no âmbito educacional. No que toca ao desenvolvimento emocional e comportamental, deve ser garantida uma vinculação afetiva de qualidade, em que se expressam sentimentos e pretensões, mas também de preparação do menor para adaptação à mudança, às frustrações e ao stress e, igualmente, ao desenvolvimento do autocontrolo. A nível identitário, a criança deve desenvolver uma autoimagem como um ser individual e valorizado pelos outros e por si próprio, uma autoestima positiva e sentimento de estar integrada num grupo e na sociedade. No seu relacionamento familiar e social é essencial o desenvolvimento da empatia, o estabelecimento de relações de confiança, afetivas e estáveis com os outros significativos, para que se sinta protegida e consciente de que, perante qualquer adversidade, há alguém em quem podem confiar, que a pode ajudar. Por último, fala-se da necessidade de existência da capacidade de autonomia da criança, por via da aquisição de competências físicas, emocionais e comunicativas. A criança estabelece as suas formas de proceder, pensar e agir sem estar à espera da intervenção do progenitor/educador.

As necessidades enumeradas devem fazer parte do processo de socialização da criança e a intervenção deve ser perspectivada segundo uma lógica de prevenção. Em

muitos casos, dados os constrangimentos diários a que estão sujeitos, os pais, por muito responsáveis que sejam e por mais atenção que queiram dar ao filho, não dispõem do tempo necessário para estas atividades e para a satisfação plena de todas as necessidades. Por conseguinte, as campanhas de informação e de prevenção desempenham um papel fundamental, aliando-se o atendimento e acompanhamento social em caso de dúvidas ou de dificuldades na educação dos filhos.

Para além de definir as necessidades que devem ser salvaguardadas às crianças, Canhão (2007) operacionaliza o conceito de competências parentais, subdividindo-o em dimensões, de modo a simplificar o processo de avaliação do risco. Assim, fala-se dos cuidados básicos, da segurança, da afetividade, da estimulação, do estabelecimento de regras e limites e da estabilidade. Os cuidadores devem prestar os cuidados básicos às crianças, ou seja, garantir a satisfação das necessidades físicas como alimentação, vestuário, higiene, saúde e bem-estar. Devem, também, garantir a segurança das crianças e protegê-las dos perigos, assim como satisfazer as suas necessidades afetivas e emocionais através da promoção de relações seguras, estáveis e afetuosas. O contacto físico apropriado, a estimulação intelectual e cognitiva da criança através da promoção de oportunidades sociais e educacionais e a garantia de um ambiente familiar estável são, também, competências parentais essenciais para o desenvolvimento saudável do menor.

Assim, e uma vez que a satisfação ou insatisfação das necessidades das crianças permitem a identificação de situações de risco e perigo, importa perceber a tipologia das necessidades exposta no guia de orientações para profissionais da ação social na abordagem de situações de maus-tratos ou outras situações de perigo. Fala-se, então, de necessidades físico-biológicas, de necessidades cognitivas e de necessidades socioemocionais (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco & Ministério da Segurança Social, 2011).

As necessidades físico-biológicas remetem para um conjunto de elementos que devem ser assegurados, de forma a garantir a sobrevivência e o desenvolvimento saudável da criança. Destas fazem parte a alimentação, o vestuário, a higiene, a saúde, o sono, a atividade física e a proteção de riscos reais. As necessidades cognitivas reportam à estimulação sensorial, à estimulação física, à socialização e à compreensão da realidade física e social. Sendo a criança um ser curioso e em busca do aprender, é importante que se estimulem certos processos cognitivos como a memória, atenção e capacidades diversas, em particular as linguísticas. Os pais ou responsáveis devem dar respostas adequadas à criança face à fase de desenvolvimento em que esta se encontra e, para isto,

é, igualmente, importante garantir o acesso ao sistema educativo. As necessidades socioemocionais remetem para a segurança emocional, a expressão emocional, a rede de relações sociais, a participação e autonomia, a sexualidade e a interação. Estas necessidades prendem-se com o ser “*amado, protegido, apoiado, aceite e motivado, de estabelecer relações de confiança tanto com os cuidadores principais, como com os seus pares*” (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco & Ministério da Segurança Social, 2011, pp. 23-24) e são fundamentais para que a criança consiga interagir com outros e expressar os seus sentimentos.

1.3. Os maus-tratos a menores: negligência e abuso

Assiste-se, nos últimos anos, a um aumento significativo na valorização dada às crianças e aos jovens e aos riscos e perigos a que os mesmos poderão estar sujeitos. Esta situação conduz, particularmente em relação aos maus-tratos, a uma “*maior atenção prestada ao problema, na rejeição social do mesmo e no estabelecimento de medidas tendentes a contrariá-lo*” (Prazeres, 2007, p. 4).

Como refere Magalhães (2005), esta problemática é transversal a todos os grupos sociais, podendo a sua ocorrência ser mais frequente em grupos socialmente desfavorecidos como consequência dos baixos níveis de rendimentos, da ausência ou dos baixos níveis de instrução, do desemprego e de outras vulnerabilidades.

Os maus-tratos a menores são “*qualquer ação ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima*” (Menezes & Prazeres, 2011). Remetem, por conseguinte, para formas de tratamento físico, psicológico/emocional e sexual inadequadas, infligidas intencionalmente nas crianças e nos jovens, que resultam, para Magalhães (2005), de “*disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder*” (p. 33).

Na medida em que os maus-tratos acarretam consequências negativas para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar da criança e do jovem, estes constituem, em sentido amplo, um problema de saúde pública, como apresentado no documento da Direção-Geral da Saúde (DGS) (Prazeres, 2008), que está presente na Classificação Internacional das Doenças.

Para Magalhães (2005), os maus-tratos, que podem ocorrer em contexto familiar, institucional e social, podem manifestar-se por via de comportamentos ativos como os físicos, psicológicos/emocionais e sexuais e por via de comportamentos passivos que remetem para a negligência ou lacunas na prestação de cuidados e afetos.

1.3.1. Evolução histórica dos maus-tratos

Os maus-tratos infantis são um fenómeno presente desde o início da espécie humana (Martins, 2008) e traduzem uma realidade antiga. Segundo Varela (2007), o infanticídio, encontrado como forma de sacrificar recém-nascidos prematuros e/ou com deformações congénitas, “*constitui uma prática exercida desde a mais remota antiguidade, em todas as culturas orientais e ocidentais que não só foi socialmente aceite, como foi considerada legítima, tendo-se tornado, em muitas situações obrigatória*” (p. 10).

Em Esparta a preocupação era educar os futuros guerreiros a partir dos 7 anos de idade. A educação passava pela realização de exercícios físicos “*até a exaustão, fome e espancamentos*” (Faleiros & Faleiros, 2008, p. 16). Aos 15 anos os jovens começavam a participar na Assembleia, mas só aos 20 anos é que eram integrados como cidadãos, depois de passarem por diversas provas. Neste contexto histórico-geográfico, Varela (2007) explica que os mais velhos tinham o poder de decidir quais os recém-nascidos que podiam viver e os que deviam morrer, de forma a evitar que a população fosse doente.

De acordo com contributos de Magalhães (2005), na Roma Antiga, os pais tinham direitos ilimitados sobre os filhos, sendo que, neste contexto e na Grécia, o abuso sexual a menores era aceite pelas populações. No Egito, eram permitidas “*relações sexuais com as meninas de classes sociais elevadas, até ao aparecimento da menarca.*” (*idem*, p. 26). Na sequência do surgimento do Cristianismo, o Imperador Constantino criou a primeira lei de abolição do infanticídio, reconhecendo os menores como titulares de direitos.

Nos séculos XVII e XVIII, a infância começa a ser percecionada como uma fase da vida com particularidades e necessidades específicas. Neste âmbito, no século XVIII, Rousseau apoiou o término do castigo corporal aos menores, uma vez que as crianças seriam inocentes “*até serem corrompidas pela sociedade*” (Varela, 2007, p. 13), considerando-as seres de direitos.

No século XIX, com o capitalismo industrial, as crianças trabalhavam mais de 16 horas, o que iria ser contrariado, mais tarde, no século XX (Faleiros & Faleiros, 2008),

século marcado pela proteção total aos menores. Ainda no XIX, os maus-tratos começam a ser abordados em algumas revistas científicas, sendo que o primeiro artigo é de foro clínico, data de 1860 e refere autópsias realizadas a crianças com menos de 5 anos que morreram de forma violenta (Varela, 2007). Ainda neste século, pelo aumento significativo de menores mendigos e sem habitação, a intervenção era, essencialmente, intervencionista, pelo que se concretizava, como postula Martins (1998), na retirada das crianças e jovens às famílias que não asseguravam os cuidados básicos e de sobrevivência aos menores.

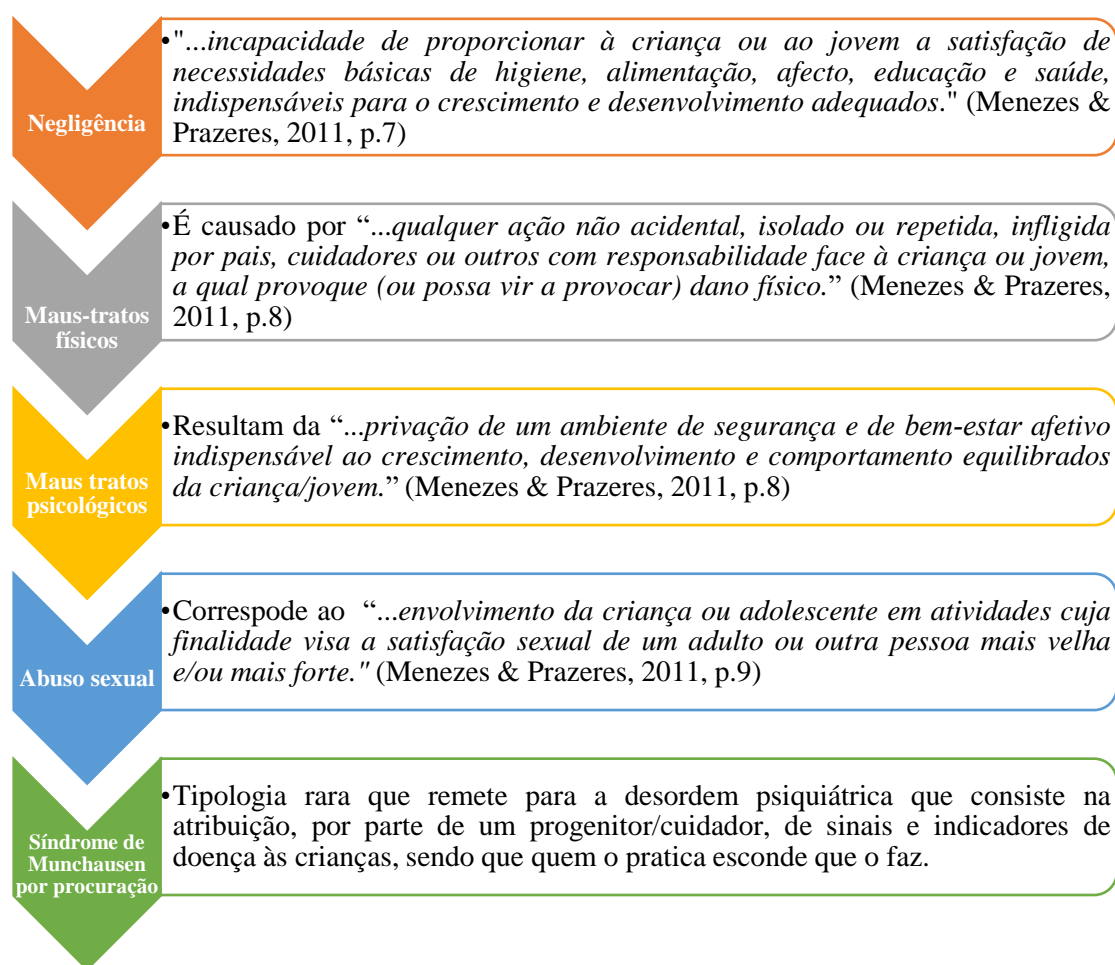
Posteriormente, no século XX, os maus-tratos assumem uma perspetiva médica, sendo que os sistemas social e judicial se tornam secundários na intervenção. Os especialistas procuram perceber os efeitos dos maus-tratos no desenvolvimento das crianças e dos jovens e no surgimento de determinadas doenças. A partir de 1970, os maus-tratos infantis são considerados à luz das atitudes, dos valores, dos contextos sociais e dos limites da família como indícios de outros problemas sociais (Martins, 1998). Por outro lado, na década de 80, como explica a autora (*idem*), é confirmada a pluralidade de fatores no fenómeno dos maus-tratos, passando a ser considerados os aspetos individuais, coletivos e institucionais, ou seja, a perspetiva da criança, da família e de outros agentes.

Em Portugal, os maus-tratos são reconhecidos publicamente em 1980, com a promulgação da Convenção dos Direitos da Criança. Surgem, nesta década, os primeiros Núcleos de Apoio à Criança Maltratada no Hospital Pediátrico de Coimbra e no Hospital de Santa Maria, em Lisboa. Em 1983, é criado o Instituto de Apoio à Criança que cria, em 1988, a linha telefónica SOS Criança (Varela, 2007). Estas ações são prova evidente da crescente preocupação e proteção aos menores.

1.3.2. Tipologia dos maus-tratos

Os maus-tratos infantojuvenis podem assumir variadas formas: negligência, maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos, abuso sexual e síndrome de Munchausen por Procuração (cf. figura A).

Figura A. Tipologia dos maus-tratos



Fonte: Menezes e Prazeres, *Maus-tratos em crianças e jovens-guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*, 2011

Tabela 1. Sinais e sintomas dos maus-tratos⁰

Maus-tratos	Sinais ⁵	Sintomas ⁶
Negligência (física)	Acidentes ocorridos por ausência de supervisão Alimentação desadequada Atraso no crescimento Carência de higiene Inexistência de rotinas Incumprimento do Programa Nacional de Vacinação Vestuário desadequado	Absentismo escolar Agressividade Atraso na linguagem, motricidade e socialização Depressão Não cumprimento sistemático do Programa Nacional de Vacinação Perturbações de apetite e do sono
Negligência (psicológica/emocional)	Alergias Automutilação (arranhões) Doenças cutâneas	Alterações do foro psiquiátrico- Ansiedade, psicoses, comportamentos obsessivo-compulsivo Perturbações de apetite- anorexia Perturbações de sono- terrores noturnos Perturbações cognitivas- dificuldades de aprendizagem Perturbações afetivas- sentimentos de vergonha e culpa, medos concretos ou indeterminados Perturbações do comportamento - fugas de casa, faltas à escola, violência ou passividade
Maus-tratos físicos	Marcas de mordeduras Presença de hematomas, queimaduras, cortes e lesões como costelas fraturadas	Desajuste temporal entre a ocorrência da lesão e a procura pelos cuidados de saúde Explicações inadequadas e com mudanças na versão sobre a origem das lesões
Maus-tratos psicológicos	Automutilação Défices de crescimento não orgânicos - baixa estatura	Desinteresse pela imagem pessoal, constantes fugas de casa Défice na capacidade de brincar Choro incontrolado Sentimentos de tristeza e/ou de ansiedade
Abuso sexual	Hemorragia vaginal ou anal Infeções urinárias consecutivas Presença de esperma, sangue e/ou de lubrificante no menor Gravidez	Dor na região vaginal ou anal <u>Nas crianças</u> Elaboração de desenhos sexuais Interesse por determinadas questões sexuais Masturbação compulsiva Perturbações de apetite <u>Nos jovens</u> Comportamentos sedutores com adultos Delinquência Recusa em tomar banho nos balneários Repulsa relativa à sexualidade
Síndrome de Munchausen por Procuração	Provocar “semi-sufocação” e alegar apneias	

Fonte: Adaptado de Menezes e Prazeres, *Maus tratos em crianças e jovens-guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*, 2011 e Teresa Magalhães, *Maus tratos em Crianças e Jovens. Guia prático para profissionais*, 2005

⁵ Para Magalhães (2005), os sinais apontam para “...alterações orgânicas objetivas e (ou) mensuráveis, pelo exame clínico ou pelos exames complementares de diagnóstico, que podem resultar de lesão no corpo.” (p. 51).

⁶ Os sintomas dizem respeito a “...alterações subjetivas do estado de saúde (queixas ou manifestações espontâneas de mal-estar físico ou psíquico) ...” (Magalhães, 2005, p. 51).

Para melhor perceber os conceitos subjacentes aos maus-tratos, procedeu-se à exposição dos respetivos indicadores, classificados por Magalhães (2005) como indicadores ou sinais de alarme dos maus-tratos, remetendo estes para os sinais e sintomas que podem sugerir a existência de maus-tratos (cf. Tabela 1).

Genericamente, as consequências dos maus-tratos podem assumir dois formatos (Magalhães, 2005): orgânico e psicossocial. A nível orgânico, as crianças e jovens que sofrem de maus-tratos podem deparar-se, entre muitos outros problemas, com défices relativos ao seu crescimento físico, com doenças neurológicas e psiquiátricas e com alterações hormonais. A nível psicossocial, os maus-tratos podem acarretar consequências que se prendem com a dificuldade em relacionar-se com os outros e em aceitar as normas sociais, com a presença de sentimentos de medo e de culpa, com tentativas ou ideações suicidas, com o atraso na linguagem e o baixo rendimento escolar, com o isolamento e com o desenvolvimento de problemas neurológicos como psicoses e depressões.

1.4. Fatores de risco e fatores protetores dos maus-tratos

Sendo os maus-tratos resultado da prevalência de fatores de risco em detrimento dos fatores protetores, torna-se fundamental analisar as duas dimensões presentes. De acordo com Menezes e Prazeres (2011) há um conjunto de fatores que estão na origem do problema social e outros que protegem as crianças e os jovens do mesmo. Assim, as características individuais das crianças, dos pais, do sistema familiar e do contexto sociocultural são, neste contexto, referidas como os fatores.

Os fatores de risco apontam para variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem despoletar situações de risco e pôr em causa o desenvolvimento da criança e do jovem (cf. Figura B.). Pelo contrário, os fatores de proteção são, também, variáveis físicas, psicológicas e sociais, mas que amparam as crianças e jovens no seu desenvolvimento (cf. Figura C).

Figura B. Fatores de risco



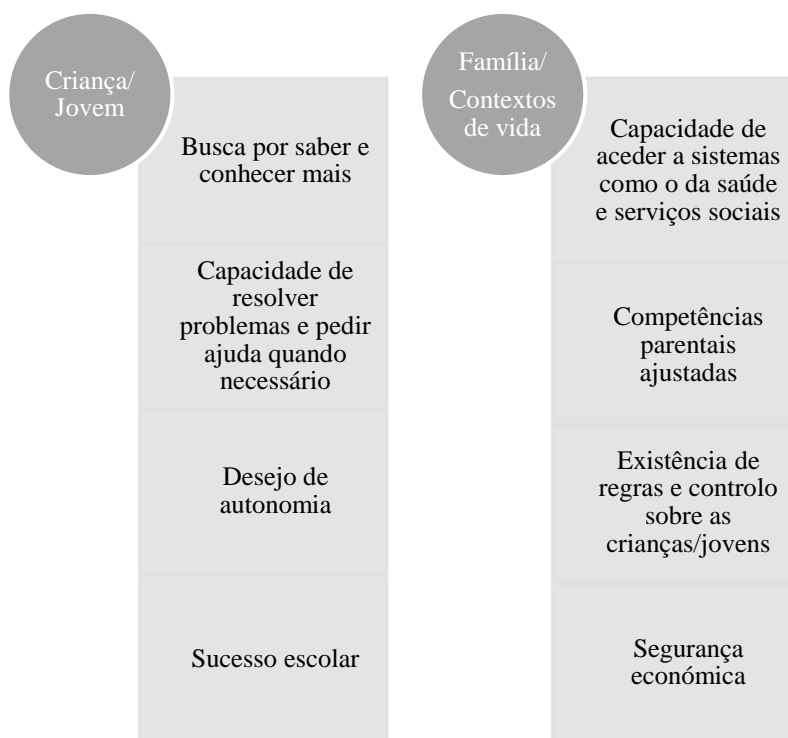
Fonte: Adaptado de Teresa Magalhães, *Maus tratos em Crianças e Jovens. Guia prático para profissionais*, 2005.

Partindo dos contributos de Magalhães (2005), há um conjunto de características próprias dos menores que os podem conduzir ao risco. Comportamentos agressivos, nascimentos prematuros, problemas de saúde mental ou deficiências físicas são exemplos de fatores potenciadores do risco. Por outro lado, os pais ou quem tem a guarda do menor podem, eles mesmos, ser promotores do risco, pela presença de determinadas características que atingem, inevitavelmente, o menor. Fala-se, assim, de problemas de alcoolismo, da dependência de substâncias aditivas, da incapacidade em lidar com situações de stress e de histórias de vida marcadas pela delinquência e, também, pelos maus-tratos. Mas nem só as características individuais constituem fatores potenciadores do risco. Assim sendo, faz-se referência às características socioculturais que apontam para a presença de sentimentos negativos em relação à infância e juventude, para o desemprego e para pobreza e às características do sistema familiar como a ocorrência de conflitos conjugais, a dificuldade em perceber as necessidades do menor e a prevalência de famílias monoparentais ou numerosas.

Para além dos fatores de risco, há, ainda, fatores que agravam a situação de risco, que remetem para novas circunstâncias na vida da criança, do jovem e da família/cuidadores e que modificam a relação entre os fatores de proteção e os fatores de risco, podendo desequilibrar a balança e provocar situações de maus-tratos. Estes podem ser a alteração da situação laboral, a detenção, a institucionalização, a morte, a separação, o divórcio e um desastre natural (Menezes & Prazeres, 2011).

Por sua vez, os fatores de proteção correspondem a variáveis biopsicossociais que promovem o desenvolvimento individual e social dos menores e, desta forma, podem proteger, remover e minorar as consequências dos fatores de risco. Estes fatores podem estar relacionados com a criança e o jovem, com a família/cuidadores e com os contextos de vida.

Figura C. Fatores de proteção



Fonte: Adaptado de Menezes e Prazeres, *Maus tratos em crianças e jovens, Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*, 2011

Perante os fatores enunciados, a intervenção por parte dos profissionais de saúde deverá ter como principais objetivos a prevenção no surgimento dos maus-tratos e a colaboração com os pais/cuidadores no desenvolvimento e manutenção das competências parentais (Menezes & Prazeres, 2011). De modo a atingir estes objetivos, os autores (*idem*) sugerem que os profissionais, que trabalhem sobre casos de risco em menores, mantenham uma atitude ativa na busca de informação, que observem continuamente a situação e que apoiem os pais/cuidadores nas intervenções realizadas. Estas questões operacionalizam-se na realização de visitas domiciliárias, na observação periódica e, também, na articulação entre os profissionais das unidades funcionais e de outras entidades do primeiro nível de intervenção.

Por acréscimo, os mesmos (*idem*) explicam, no guia elaborado, os procedimentos a adotar nos cuidados de saúde primários perante a identificação de sinais e sintomas dos maus-tratos. Após esta deteção, o primeiro passo é perceber se se trata de uma situação urgente, ou seja, se o menor está em perigo atual ou iminente ou se há oposição da intervenção por parte dos pais ou de quem tem a guarda de facto. Nestes casos, o procedimento a adotar passa por acionar o Procedimento de Urgência, que remete para o artigo 91º da Lei nº 147/99, de 1 de setembro. Se a situação não é urgente, os profissionais de saúde que acompanham os casos devem procurar reunir informação, de modo a perceber a existência, ou não, de maus-tratos. Caso se confirme a ocorrência de maus-tratos, segue-se a sinalização da situação ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), com o propósito de posterior elaboração da casuística e, também, para se saber se o menor já tem processo instituído. O sistema de informação para crianças e jovens em risco está em fase de construção, pelo que o guia disponibiliza os suportes físicos (anexo I e II do guia) em que a sinalização pode ser feita e remetida para o NACJR. De acrescentar que, em casos novos, o profissional de saúde, em articulação com o NACJR, procede à elaboração do Plano de Intervenção e Apoio à Família (PIAF). Em casos já com processo aberto, a sinalização por parte do profissional ao NACJR não implica que este deixe de acompanhar a situação. Pelo contrário, este prossegue a intervenção, aguardando o contacto do NACJR. Por último, se se verificar que o menor não sofre maus-tratos, os profissionais devem continuar a acompanhar, observar e intervir sobre os sinais e os sintomas.

1.5. O Sistema de Proteção para crianças e jovens em risco em Portugal

Assim como o reconhecimento tardio da infância, apenas no século XVII, como uma etapa da vida humana própria e dotada de direitos, também, os serviços de proteção surgiram mais tardiamente (Martins, 1998).

Como consequência de uma maior importância e preocupação dada às crianças e aos jovens nas sociedades contemporâneas tem surgido, ao longo dos últimos anos, no âmbito legal, um conjunto de determinações que constituem um manto protetor para os menores. Atualmente, o grupo etário infantojuvenil está protegido com o artigo 69º da Constituição da República Portuguesa (CRP) que determina que “*As crianças têm direito à proteção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral,*

especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições”.

O modelo de proteção de crianças e jovens remete, segundo Faleiros e Faleiros (2008), para “*o conjunto social constituído por atores e organismos governamentais e não governamentais, articulado e construído com o objetivo de garantir os direitos gerais ou específicos de uma parcela da população infantojuvenil*” (p. 79).

Em Portugal, partindo de contributos de Candeias e Henriques (2012), são quatro os momentos significantes no sistema de proteção da infância e juventude: a criação das Comissões de Proteção, em 1911; a promulgação da lei de proteção à infância, em 1911⁷; a publicação da Organização Tutelar de Menores (OTM), em 1962 e a reforma dos Direitos dos Menores, no final da década de 90, que originou a Lei Tutelar Educativa e a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Antes disso, as práticas neste domínio estavam essencialmente voltadas para o assistencialismo. A publicação da lei de proteção à infância foi o motor de arranque para a implementação de um sistema judicial de proteção dos direitos das crianças e jovens, atribuindo como motivos para a criminalidade infantojuvenil a carência afetiva, a necessidade de proteção e a pobreza, desresponsabilizando-os criminalmente (*idem*)⁸.

Assim, em tempos cronológicos anteriores, ao longo dos séculos XV e XVI, foram sendo criadas as misericórdias com base religiosa, adotando práticas de assistência, beneficência e caridade a crianças, idosos, pobres e presos. Mais tarde, expandem-se instituições assistenciais e educacionais como orfanatos, colégios e hospícios para crianças órfãs, abandonadas e pobres. Em 1780, o Estado cria a Real Casa Pia de Lisboa para crianças e jovens “*vadios, delinquentes e marginalizados*” (Martins, 2006, p. 96) e, mais tarde, já no século XIX, a Casa de Detenção e Correção de Lisboa e a Colónia Correccional de Vila Fernando.

No começo do século XX, de acordo com Martins (2006), a proteção às crianças e jovens resumia-se a serviços de assistência pública (assistência e higiene social,

⁷ Esta Lei decretou a criação da Tutoria da Infância e da Federação Nacional dos Amigos e Defensores das Crianças, ambas com o objetivo da formação de homens “*que fossem o bom exemplo, a assiduidade do bem e do trabalho*” (Ministério da Justiça, Lei de Proteção da Infância de 27 de maio de 1911). À Tutoria da Infância, enquanto tribunal coletivo especial, cabia a proteção das crianças em perigo nos domínios da educação e do trabalho, correspondendo ao atual Tribunal de Família e Menores; já a Federação Nacional dos Amigos e Defensores das Crianças tinha essencialmente uma missão preventiva das situações geradoras da degradação das qualidades das crianças.

⁸ Candeias e Henriques (2012) fazem referência à Lei de Proteção à Infância, afirmando que os menores estão em perigo moral quando são abandonados, pobres, maltratados, desamparados (vadios e mendigos), delinquentes, indisciplinados e anormais patológicos.

materno-infantil, pediatria, entre outros), a serviços de instrução como a escola e a serviços de justiça como as Tutorias da Infância. Os dois primeiros eram da responsabilidade exclusiva do Estado e de Misericórdias e de alguns colégios e os segundos apenas do Estado. Portugal foi, assim, como reportado por Candeias e Henriques (2012), um dos primeiros países a concretizar a proteção na infância com a implementação da Lei de Proteção à Infância, que distinguia a criança do adulto e, conseqüentemente, o Direito Penal do Direito dos Menores. É, ainda, naquele ano, criado o primeiro tribunal especial para crianças - Tutoria Geral da Infância - que concretizava a aplicação da lei através do internamento de crianças e jovens em instituições de acolhimento (Clemente, 1998).

Se 1911 marca o processo de proteção da infância e juventude, fomos assistindo, ao longo do século XX, à criação de outras medidas que a reforçam (cf. Tabela 2). Da mesma forma que se assistiu a uma evolução no que respeita ao conceito e valoração da infância e ao reconhecimento contínuo de direitos às crianças, observa-se, em Portugal, desde o princípio do século XX e até ao início do século XXI, uma progressiva construção de elementos legais protetores para a infância e juventude, muito pela influência de iniciativas internacionais tais como a Declaração de Genebra sobre os Direitos das Crianças, adotada em 1924⁹; a Declaração dos Direitos da Criança, de 1959 (ONU, 1959)¹⁰ e a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989.

A nível nacional, tocando nos pontos-chave da tabela 2, a proteção legal inicia-se com a Lei de Proteção à Infância, mas só em 1976, com a redação da CRP, é que foi reconhecido à infância o direito de proteção da sociedade e do Estado. Nos dias de hoje, vigoram a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo e a Lei Tutelar Educativa, resultado de uma reforma da OTM. Até à promulgação destas leis, os menores que adotavam comportamentos desviantes eram considerados, pela lei, como vítimas, não havendo, por isso, a aplicação de punições. Esta separação possibilitou, portanto, a distinção entre os menores em perigo e os menores delinquentes, cuja intervenção requer a aplicação de sanções.

⁹ Reconhece o direito da criança à proteção contra a exploração, ao auxílio em situações de fome, de doença, de incapacitação e de orfandade, ao recurso a meios necessários ao seu desenvolvimento, à prioridade no auxílio em casos de risco e a uma formação voltada para a vida em sociedade (Albuquerque, 2000).

¹⁰ Representa um avanço em questões de proteção na infância, pois reconhece que todas as crianças independentemente do sexo, raça, idioma, religião ou origem social têm direito a um nome, a uma nacionalidade, ao amor, à compreensão, à educação, a beneficiar da segurança social, de tratamentos e de cuidados especiais em casos de deficiências físicas e mentais, à oportunidade de brincar, bem como ser protegida de qualquer forma de risco e/ou perigo, sendo considerada prioritária no momento da prestação de cuidados.

Tabela 2. Principais marcos históricos da proteção à infância e juventude em Portugal no século XX e inícios do século XXI

1911	Promulgação da Lei de Proteção à Infância
1919	Criação da Inspeção Geral de Proteção à Infância
1940	Atribuição do abono de família e apoios materno-infantis a famílias mais carenciadas Criação da Organização Nacional de Defesa da Família Criação do Instituto Maternal para a Infância- serviços médicos, assistenciais, pediatria Criação do Instituto de Assistência aos Menores ¹¹
1962	Publicação da OTM- reconhecimento do Ministério Público como representante das crianças e dos jovens na prossecução dos seus direitos e interesses
1976	Consagração de direitos fundamentais na CRP relativos à infância e juventude
1978	Revisão da OTM- reforça a intervenção de tipo interventivo e papel da família
1990	Ratificada a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças (Resolução da Assembleia da República 20/90, de 12 de setembro de 1990) que reconhece a individualidade e personalidade da criança
1991	Criação das Comissões de Proteção de Menores para evitar que menores entrassem em contacto imediato com os tribunais
1996	Reforma da OTM- criação de duas leis ¹²
1998	Criação da Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR) ¹³
1999	Promulgação da Lei Tutelar Educativa e da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo
2001	Entrada em vigor das duas leis de 1999
2003	Validação dos Protocolos Facultativos adotados em 2000 pelas Nações Unidas ¹⁴

Fonte: construída com base em informação recolhida em Candeias e Henriques (2012) e Martins (2006)

É importante esclarecer que o atual sistema de proteção português direciona a legislação e a ação para as situações de perigo, uma vez que determinadas situações de risco poderão não justificar a intervenção do Estado nem da sociedade na vida dos menores e das suas famílias (Prazeres, 2008). De acordo com Ferreira (2009), baseia-se num modelo de proteção misto, isto é, judicial e administrativo, que conta com as

¹¹ “...entidade que organiza os processos respeitantes aos menores com “domicílio de socorro”, fora da área de Lisboa...” (Martins, 2006, p. 118).

¹² O processo de desdobração em duas leis permitiu, de acordo com contributos de Candeias e Henriques (2012), a passagem de uma perspetiva redutora na deteção e proteção na infância e juventude, considerando os menores maltratados e abandonados e os menores delinquentes segundo os mesmos parâmetros, para uma perspetiva mais concreta para cada caso, separando os menores em perigo dos menores delinquentes.

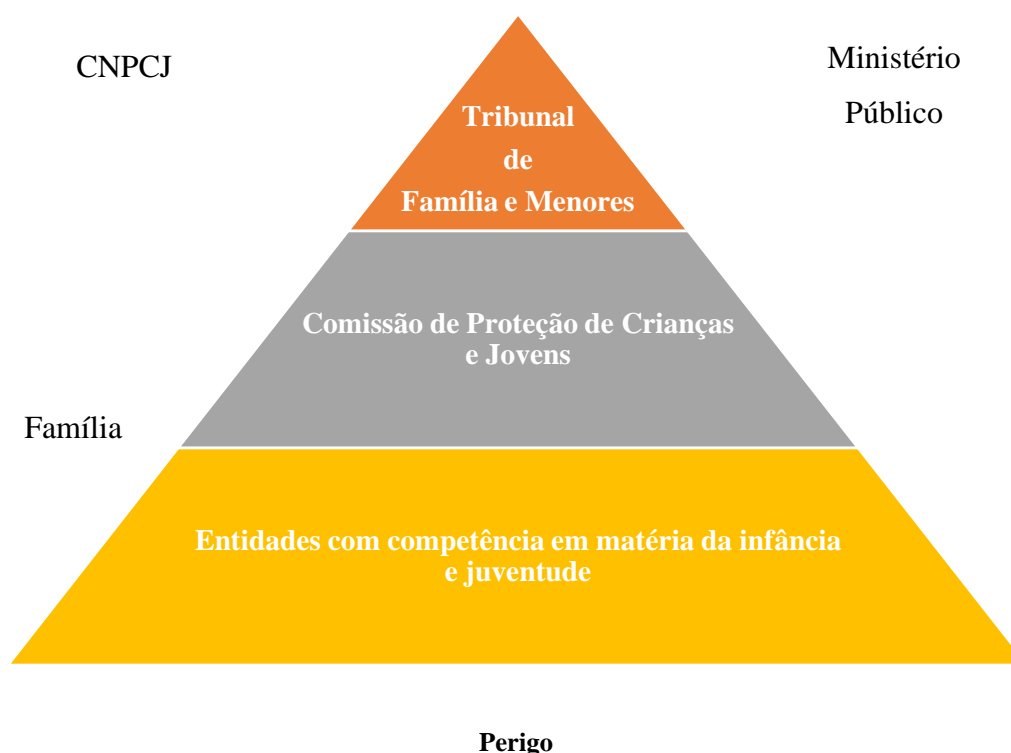
¹³ De acordo com o artigo 1º do Decreto-Lei nº 98/98, de 18 de abril, é da responsabilidade da Comissão “...planificar a intervenção do Estado e a coordenação, acompanhamento e avaliação da ação dos organismos públicos e da comunidade na protecção de crianças e jovens em risco.”

¹⁴ Em 2000, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou dois protocolos: Protocolo Facultativo à Convenção dos Direitos da Criança sobre a venda de crianças, prostituição e pornografia infantil e Protocolo Facultativo à Convenção dos Direitos da Criança sobre o envolvimento de crianças em conflito armado.

Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), com as entidades com competência em matéria de infância e juventude e com os Tribunais de Menores e Família.

Conforme o artigo 6º da Lei nº 147/99, a atual estrutura do Sistema de Proteção de Infância e Juventude em Portugal está organizada, de acordo com a pirâmide de intervenção, em três níveis. A seguinte figura ilustra o modelo de intervenção vigente.

Figura D. Estrutura do Sistema de Proteção da Infância e Juventude



Fonte: construída com a base na informação disponível no *Portal da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens*

Seguindo o guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus-tratos ou outras situações de perigo (Comissão Nacional de Proteção de Crianças & Jovens em Risco e Ministério da Segurança Social, 2011), no atual sistema de proteção todos os atores sociais têm a responsabilidade de detetar e intervir junto do risco e do perigo vivido pelas crianças e pelos jovens. A proteção na infância e juventude é, desta forma, uma área transversal, no sentido em que a sua sinalização e denúncia é da responsabilidade de todos. Isto implica que todos os que tenham competência nesta área forneçam os apoios necessários para prevenir, combater e minorar os fatores de risco e de agravamento.

Em situações de risco e perigo, profissionais da primeira linha da ação social, como são os assistentes sociais, devem avaliar, diagnosticar e intervir, fundamentando-se em práticas que diminuam ou anulem os fatores de risco, que coloquem a criança e o jovem e as suas famílias/cuidadores em situação de fragilidade social. Para além da avaliação, diagnóstico e intervenção, a prevenção das situações de risco e de perigo, assim como o encaminhamento para as CPCJ são, também, tarefas das entidades em menção. No encaminhamento, o profissional deve fornecer todas as informações disponíveis sobre o caso e colaborar com as entidades envolvidas na avaliação e acompanhamento das situações. De forma global, as entidades que integram o primeiro nível de intervenção têm como funções a deteção, intervenção e prevenção em casos de risco, assim como a deteção, diagnóstico e prevenção de situações de perigo. Acresce, ainda, a intervenção precoce e o encaminhamento da situação para o segundo nível de intervenção em casos em que se mostra impossível a progressão da intervenção. Após se comprovar a tipologia da situação, ou seja, se se trata de risco, de perigo ou de uma situação urgente, são adotados procedimentos específicos, analisados mais adiante (Comissão Nacional de Proteção de Crianças & Jovens em Risco e Ministério da Segurança Social, 2011).

No campo da saúde, a reforma ocorrida na década de 70 começou por determinar que todos têm direito à saúde, sendo a premissa concretizada na construção do SNS gratuito. A concretização do Programa de Saúde Infantil e Juvenil, assim como do Projeto “*Ação da saúde para Crianças e Jovens em Risco*”, que deu origem à constituição dos NACJR e dos núcleos hospitalares de crianças e jovens em risco (NHACJR), são provas evidentes de que a proteção às crianças e aos jovens é imperativa e da responsabilidade de todos os indivíduos.

Neste sistema de proteção estão, então, presentes, três figuras essenciais: a família, o Estado e a sociedade. Em casos em que a família ou quem tem a guarda de facto se mostra incapaz ou impossibilitada de assegurar um desenvolvimento pleno e saudável do menor, invoca-se a intervenção do Estado através das entidades de primeira linha de intervenção, das CPCJ e dos Tribunais.

Capítulo 2. O Serviço Social na Saúde

Após a contextualização teórica sobre a infância e a juventude em risco e/ou perigo, é pertinente clarificar a história do Serviço Social, desde a sua origem à sua institucionalização, especificamente na área da saúde, de forma a enquadrar a prática profissional do assistente social na referida área de intervenção: contexto dos cuidados de saúde primários.

2.1. O Serviço Social: origem e institucionalização

O Serviço Social, definido globalmente como *“uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da pessoa”*¹⁵ (APSS, 2015), fundamenta a sua ação nos direitos humanos, na justiça social e no respeito pela diversidade¹⁶.

As alterações registadas no modo de olhar o mundo e o papel do homem na condução do seu destino, decorrentes das revoluções científica e capitalista, teve, de acordo com Martins (1993), implicações no processo profissionalização do Serviço Social. Em Portugal, o Serviço Social surge num contexto em que predominava o setor primário e em que grande parte da população era analfabeta e pobre. Em termos laborais, os operários trabalhavam 10 a 12 horas seguidas, auferiam rendimentos muito baixos e estavam vulneráveis a todos os riscos do trabalho, não beneficiando de um sistema de direitos e de proteção social. A natureza do Serviço Social surge, então, associada ao assistencialismo e à misericórdia, sendo privilegiado o tratamento dos sintomas e não o das causas.

Em termos políticos, a institucionalização do Serviço Social como formação profissional e profissão ocorre na altura do Estado Novo, um estado autoritário e corporativista que se caracterizava pela limitação dos direitos e das liberdades individuais. Num primeiro momento, seguindo a perspetiva de Branco (2009), os profissionais de Serviço Social direcionavam a sua prática para a política de assistência social corporativa, sendo que, após o fim da II Guerra Mundial, houve necessidade de se

¹⁵ Informação retirada do site da APSS: www.apross.pt/profissao/defini%C3%A7%C3%A3o/

¹⁶ Definição aprovada pela Federação Internacional de Assistentes Sociais (FIAS/IFSW) e pela Associação Internacional de Escolas de Serviço Social (IASSW) em 2014.

alargar as áreas de intervenção passando a incluir o contexto hospitalar, os dispensários de saúde e os organismos tutelares educativos e prisionais.

O papel de regulador e empregador do Estado, como refere Ferreira (2008), serviu de incentivo à profissionalização do Serviço Social.

A emergência e institucionalização do Serviço Social, em Portugal, como “*disciplina profissional*” (Branco & Fernandes, 2005, p. 13) surge no contexto antiliberal do Estado Novo, pelo que, a partir de 1928, começam a ser testadas as primeiras escolas de Serviço Social: entre 1930 e 1960 são criadas as três escolas de Serviço Social - Lisboa, Coimbra e Porto.

Em 1939, o Decreto-Lei nº 30135, de 14 de dezembro, reconhece a formação já lecionada em Lisboa desde 1935 e em Coimbra desde 1937, atribuindo às “*obreiras do Serviço Social*” a função de intervirem em fábricas, instituições de assistência, organizações profissionais e junto de famílias socialmente vulneráveis, seguindo finalidades higiénicas, morais e intelectuais. O primeiro plano de estudos tinha a duração de três anos e incluía áreas como a Educação Social, a Medicina Social e o exercício da prática em instituições como asilos, reformatórios, tutorias de menores, hospitais e Santas Casas da Misericórdia (Carvalho, 2010). O curso era, por obrigação legal, dirigido a indivíduos do sexo feminino das classes burguesas cujo perfil deveria fundamentar-se em princípios morais da ideologia do Estado Novo e da Igreja. A formação exigia, como habilitações literárias, o ensino secundário e sustentava-se em duas vertentes, a teórica e a prática (estágios). O plano de estudos era composto por uma dimensão médico-sanitária (Anatomia, Fisiologia, Microbiologia, Doenças Infeciosas, Higiene Geral e Alimentar, Puericultura, Higiene e Urbanismo, Legislação Sanitária), uma dimensão jurídica (Direito Constitucional, Direito Civil, Direito e Legislação do Trabalho e Previdência), uma dimensão filosófica, moral e religiosa (Filosofia, Psicologia Infantil, Pedagogia, Educação, Moral Filosófica, Cultura Religiosa) e uma dimensão do Serviço Social (Formação técnica de contabilidade e datilografia, Ação Social e Corporativismo, Organização Social da Indústria e Higiene Industrial, Organização Social Agrícola- Casas do Povo). Para Branco e Fernandes (2005), a formação surge pela necessidade em formar profissionais para trabalhar a área da medicina social e para responder às imposições católicas e ao controlo da população operária e dos seus problemas. Inicialmente, passou pela formação científica, pedagógica, psicológica e sociológica de indivíduos que trabalhavam na área da justiça de menores e, mais tarde, pela formação de observadores de psicologia juvenil e de observadores sociais.

Mais tarde, com o Decreto-Lei n.º 40678, de 10 de julho de 1956, o plano de estudos é alargado para quatro anos e estipulada a existência de dois tipos de trabalhadores sociais: os assistentes sociais e os monitores e assistentes familiares (Fernandes, 2005). O novo plano de estudos, analisado por Ferreira (2008), introduziu no curso áreas científicas como a Psicologia, a Sociologia, a Economia, os Métodos de Trabalho Social, o Serviço Social de Caso, de Grupo, de Comunidade e o Serviço Social Médico-Social, maximizando a interdisciplinaridade do Serviço Social. Contudo, o assistente social era entendido como um mero executor de políticas sociais.

Entre 1960 e 1974, o Serviço Social assume uma posição crítica relativamente ao corporativismo e começa a aliar-se às ciências sociais (Sociologia, Psicologia Social, Psicopatologia, Política social) e aos direitos humanos. O curso de Serviço Social é reconhecido, em 1961, a nível superior, momento que revalida a consolidação gradual do Serviço Social. Até 1974, vigorava a ideia de que o Serviço Social correspondia a uma ação meramente assistencialista ou de intervenção em grupos sociais mais pobres e excluídos socialmente, sendo que a responsabilidade dos problemas sociais era atribuída aos indivíduos. Como refere Carvalho (2010), tratava-se de uma profissão conservadora que atendia os interesses dos grupos que dominavam os mais pobres. Era associada a um imediatismo nas respostas dadas aos problemas, sem qualquer necessidade de reflexão.

No seio das mudanças ideológicas e políticas ocorridas, surgiu a necessidade de se alterarem as diretrizes da profissão. Os assistentes sociais, integrados em instituições de caridade com caráter religioso e em empresas e serviços estatais, começaram a contestar as práticas profissionais, sendo necessária a transformação e adequação dos novos ideais às formas de intervenção. Nesta conjuntura, Carvalho (2010) aponta o sindicato dos assistentes sociais como um meio fundamental para a melhoria das condições laborais e para a obtenção de reconhecimento profissional.

A partir dos anos 90 assiste-se à consolidação da profissão, em Portugal, pelo reconhecimento do grau de licenciatura aos diplomados em Serviço Social, pela criação da carreira de Técnico Superior de Serviço Social e pela proliferação dos cursos em Serviço Social.

Passando de profissão meramente assistencialista, o Serviço Social assiste a uma alteração na sua conceção, vendo-se como uma “*profissão da mudança social*” (Carvalho, 2010, p. 162), uma vez que procura, por via da identificação das necessidades, a melhoria das condições de vida dos indivíduos, de forma a que estes não encontrem obstáculos no seu processo de integração social e realização pessoal.

Nos dias de hoje, o Serviço Social é concebido, segundo Carvalho (2010), como uma ciência prática que congrega e questiona o conhecimento científico, procurando apreender as teorias, os fatores e as pistas de ação que fundamentem a prática profissional. Por sua vez, Amaro (2009) enfatiza uma das características mais marcadas do Serviço Social, referindo a “*pluralidade identitária*” (p. 29) do profissional por intervir em diversos contextos sociais e institucionais. Para Granja e Pinto (2007), a institucionalização da profissão é o “*resultado do cruzamento de dois processos: um amplo que envolve o Estado, os conflitos sociais e a política social, com um outro mais restrito que envolve os agentes profissionais com a sua capacidade para recriar uma identidade através do alargamento do seu património de conhecimentos, eficácia social do exercício profissional e fundamentalmente pela consagração da reflexividade interna como uma prática de que depende a sua afirmação*” (p. 2).

Em Portugal, os profissionais de Serviço Social são, maioritariamente, do sexo feminino, sendo importante referir que, de acordo com Carvalho (2010), cerca de 10 mil assistentes sociais exercem funções na Administração Central, ou seja, nos Ministérios e Institutos Públicos e na Administração Local como câmaras municipais, juntas de freguesia, organizações com e sem fins lucrativos e empresas. A ação profissional na Administração Central enquadra-se, no âmbito das políticas setoriais, nas áreas da segurança social, da saúde (na área dos cuidados primários e nos hospitais), da justiça, do emprego, da educação e da habitação. Para além de integrarem a Administração Central, exercem funções nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (I.P.S.S.), em empresas na área dos serviços sociais de apoio aos funcionários e em seguradoras. Qualquer que seja o local de trabalho, o assistente social intervém em grupos socialmente desfavorecidos, em risco de marginalização social e as suas funções passam, de forma geral, como refere Carvalho (2010), pela conceção, planeamento, execução e avaliação de ações relacionadas aos problemas sociais dos utentes.

Para Iamamoto (1998), de forma a ajustar o Serviço Social às conjunturas vigentes é indispensável “*romper com uma visão endógena, focalista, uma visão "de dentro" do Serviço Social, prisioneira em seus muros internos*” (p. 19). É fundamental que o profissional de Serviço Social seja crítico, que reivindique e que rompa com as rotinas institucionais, políticas e sociais, procurando perceber as dinâmicas para que consiga agir e inovar as suas práticas. Não deve recorrer a explicações fatalistas sobre a realidade, como se nada pudesse ser feito para alterá-la. Significa não dar a realidade como determinada pela história natural da vida, de forma a não produzir uma prática

burocrática, rotineira e repetitiva. Por outro lado, é imperativo romper com a perspectiva do messianismo profissional, ou seja, de perspetivar o Serviço Social como uma profissão que resolve todos os problemas, como se de uma figura heróica se tratasse.

Com os desafios impostos atualmente, os assistentes sociais devem apostar na sua qualificação e na pesquisa social, para que sejam capazes de assumir posições mais evidentes junto de coordenadores, diretores e outros órgãos organizacionais na procura de melhoria das condições de vida das populações e da transformação de realidades. Como refere Sousa (2015), o Serviço Social “*promove a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas e o reforço da emancipação das pessoas para promoção do bem-estar*” (p. 15). Fundamenta-se no documento “*Ética no Serviço Social: Declaração de Princípios*”, tendo o mesmo sido adotado pela Associação de Profissionais de Serviço Social (APSS) como o Código de Ética e Deontológico dos Assistentes Sociais. É de ressaltar, porém, que não existe um Código de Ética e Deontológico do Serviço Social específico para o caso português, sendo que a elaboração do mesmo, para Branco (2009), constituiu um dos objetivos dos Estatutos da Ordem dos Assistentes Sociais.

Numa outra perspetiva, o Serviço Social é uma profissão agógica, inferida pelas palavras, com ações profissionais metódicas. Trata-se de uma área científica, cuja ação é dirigida a pessoas, grupos e organizações, que mobiliza “*elementos com dimensão científica, dimensão política e uma dimensão técnica*” (Nunes, 2010, p. 78). A sua base de sustentação é a reflexão, o conhecimento da experiência e o conhecimento científico.

Neste fundamento, o Serviço Social procura compreender as condições objetivas e subjetivas das populações, centrando-se não apenas nas estruturas sociais, mas também no efeito das mesmas e da interação com os outros na construção e reconstrução da sociedade.

Todo o conhecimento do Serviço Social é construído na relação com outros, isto é, na relação que este estabelece com os outros profissionais, organizações e parcerias, no sentido de procurar respostas aos problemas e necessidades sociais identificadas. Para que a identidade profissional exista e persista, esta deve evidenciar a sua utilidade social, sendo que possibilita ao profissional reconhecer-se “*como agente profissional, identificar a sua atividade, o seu papel social legitimado e o saber de ação que lhe atribui autoridade e confiança junto das populações e instituições*” (Granja, 2008, p. 118).

No momento em que o Serviço Social surge, as suas ações dirigiam-se às políticas sociais e eram de carácter executivo, ou seja, o profissional não tinha como funções o

planeamento nem a conceção das políticas, mas sim a execução das mesmas no contacto direto com os indivíduos e grupos (Sousa, 2008). Evidencia-se, por conseguinte, uma separação entre o trabalho manual e o trabalho intelectual, entre quem executa e quem pensa as políticas sociais, sendo que ao assistente social cabia o trabalho manual. Esta separação foi criticada pelo Movimento de Reconceptualização do Serviço Social, o que motivou um aprofundamento teórico-metodológico, levando a que o Serviço Social abandonasse o carácter meramente executivo nas políticas sociais e se responsabilizasse por outras funções como a de planeamento. Sousa (2008) atribui como principal foco do Movimento de Reconceptualização do Serviço Social a atribuição de um estatuto científico à profissão pela necessidade de ele próprio produzir conhecimento científico sobre as estruturas sociais.

Para Ferreira (2014), de forma a prevenir a desprofissionalização do Serviço Social, o conhecimento científico deverá fazer parte do plano de estudos e da prática profissional.

De forma a fazer prevalecer o Serviço Social nos mais diversos contextos de intervenção, o grau de autonomia que o profissional vai obtendo no exercício da sua prática profissional revela-se essencial. Como refere Branco (2009), o contexto institucional e as funções atribuídas aos assistentes sociais influenciam a autonomia profissional dos mesmos. No caso da saúde, em que o contexto institucional é partilhado por profissionais de diversas áreas, o nível de autonomia dos assistentes sociais pode manter-se elevado se o profissional entrar em interação com os outros profissionais. Esta ação implica que este reúna as competências necessárias como as de negociação e de conhecimento sobre os grupos profissionais com os quais interage.

O assistente social, na conceção de Sousa (2008), assume uma posição singular no mercado de trabalho, uma vez que intervém diretamente na vida dos grupos sociais mais desfavorecidos. Desta forma, o assistente social deve direcionar a sua intervenção para a produção de mudanças nos contextos de vida dessas populações.

Como afirma Passarinho (2008), a profissão de assistente social é “ *muito permeável (quase camaleónica)* ” (p. 26), pela obrigatoriedade em se adaptar às conjunturas sociais e históricas. Neste seguimento, a qualificação contínua por parte dos profissionais de Serviço Social surge como uma forma de salvaguardar a prevalência da área no mercado de trabalho. A leitura e releitura de livros, a pesquisa e o debate de temas não se devem circunscrever aos “*muros da universidade*” (Sousa, 2008, p. 122), pois é

importante que o assistente social questione as exigências institucionais, que se atualize e que esteja a par das mudanças e das circunstâncias sociais.

O Serviço Social implica, assim, a aquisição e manutenção de competências e saberes em variadas dimensões do saber. O profissional dispõe de relativa autonomia para a realização e condução dos atendimentos a indivíduos e grupos, sendo necessário que se fundamente em princípios e valores presentes no código de ética adaptado. É um trabalhador assalariado que não dispõe dos meios de trabalho, mas apenas da força para o exercício da profissão. Os meios são fornecidos pelos empregadores (Estado ou empresas privadas (Iamamoto, 1998)). Para a autora, o assistente social vende a sua força de trabalho e não serviços ou produtos, sendo assim um profissional que não cria nem organiza o processo de trabalho. Esta tarefa cabe, como referido, ao Estado e às empresas privadas, aos empregadores do Serviço Social. Neste âmbito, o profissional desenvolve a sua atividade num contexto estruturado pelo empregador, com determinadas condições materiais e sociais e com a participação de outros profissionais. No caso da saúde, exemplo demonstrado por Yamamoto (1998), o assistente social trabalha em conjunto com médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais na procura pela concretização dos objetivos propostos.

Uma das questões atuais, que surge em torno do Serviço Social, prende-se com a questão da especialização, vista por Ferreira (1996) como uma “*formação atomizada, inconsequente, altamente redutora e descaracterizante da profissão*” (p. 177). O autor não rejeita a necessidade de formação mais específica para problemas mais específicos, mas apela à importância de haver disciplinas de opção e flexibilidade no que diz respeito ao conteúdo e às atividades desenvolvidas.

Desde a sua institucionalização até há uns anos atrás, a formação em Serviço Social focava-se, essencialmente, na formação de profissionais interventores e não investigadores (Martins, 1995). Esta tendência tem vindo a ser alterada na sequência da alteração dos planos de estudo, que despoletou o reconhecimento da Licenciatura em Serviço Social, nos anos 80 do século XX, e que atribui significativa relevância à qualificação teórica e metodológica.

O assistente social, como refere Ferreira (2014), sustenta a sua intervenção na “*relação de ajuda psicossocial personalizada*” (p. 334), suportando-se em valores humanistas. Eticamente, o profissional deve saber respeitar as diferenças, adotar os princípios da singularidade, liberdade e autodeterminação dos indivíduos, promover e respeitar a autonomia dos outros e reconhecer as capacidades e limitações. Na conjuntura

antiliberal em que se constrói, os profissionais de Serviço Social eram vistos como alguém com vocação para a “*alta missão*” (Granja & Pinto, 2007, p. 5), fundamentada na “*bondade, dedicação, espírito de sacrifício, boa constituição física (não só para fazer face ao cansaço como para resistir aos contágios dos doentes com quem lida) e ponderação*” (*idem, ibidem*) e que se revelava inseparável de uma formação cristã e moral.

Na avaliação dos casos sociais, como aborda Sousa (2008), os profissionais devem ter em conta dois pólos: a singularidade e a universalidade. Apesar das situações parecerem únicas e com elementos próprios, é preciso ter a consciência de que os indivíduos, famílias e comunidades estão inseridos num todo que se chama sociedade, de modo a não “*se perder de vista a dimensão social da vida humana*” (p. 123).

Segundo Yamamoto (1998), um dos maiores desafios que o Assistente Social atravessa nos dias de hoje prende-se com a capacidade em interpretar a realidade e em produzir “*propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos*” (p. 20), ou seja, em ser um profissional mais propositivo e não somente executivo. Como aborda a autora, atualmente o assistente social é chamado para o desenvolvimento de políticas públicas e para a gestão das políticas sociais, sendo imprescindível que, para a execução adequada das mesmas, rompa com atividades burocráticas e rotineiras, que restringem o exercício profissional a um simples emprego, quase se tratando, apenas, do cumprimento do horário e da execução de um conjunto de funções preestabelecidas. Por oposição, o exercício profissional deverá estar associado à execução de uma profissão que corresponde a “*uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais.*” (*idem*, p. 21).

Em conclusão, o Serviço Social, em Portugal e em outros países, aparece com ligações à Igreja Católica, com o objetivo de minorar ou resolver os conflitos sociais, provocados pela industrialização, sendo que só mais tarde os assistentes sociais mobilizam-se para a luta social e para a articulação com as políticas sociais.

2.2. A História do Serviço Social na Saúde

“A relação entre o serviço social e a saúde não é recente, faz parte da própria identidade da profissão de assistente social” (Branco & Farçadas, 2012, p. 23).

A área da saúde é, desde o início da história do Serviço Social, um evidente campo de intervenção para os profissionais, sendo, para Branco e Farçadas (2012), “uma das áreas de fundação do Serviço Social como profissão” (p. 3).

A história do Serviço Social na saúde data de 1905, ano em que o médico Richard Cabot criou o Serviço Social no Massachusetts General Hospital. Martinelli (2003) refere que foi atribuída importância ao Serviço Social por se constituir uma ferramenta importante no diagnóstico e tratamento médico-social dos utentes.

Desta forma, a institucionalização do Serviço Social na saúde, em Portugal e em outros países, está estritamente ligada ao contexto hospitalar. Especificando o caso português, a institucionalização do mesmo ocorreu na década de 40, sendo que o Serviço Social estava “no topo das profissões médico-sociais” (Martins, 1995, p. 32). A implementação do Serviço Social nos dispensários e hospitais ocorre numa conjuntura marcada por um conjunto de transformações socioeconómicas ligadas à questão social e urbana e foi influenciada pela perspectiva de que a prática médica não seria eficaz sem considerar a relação entre as condições sociais do doente e a doença.

Em primeiro lugar, e uma vez já definido o conceito de Serviço Social, importa explicitar o que se entende por saúde, conceito que sofreu alterações ao longo da história. Inicialmente entendido como um conceito estritamente biomédico relacionado com a ausência de doença, passa a designar um “completo estado de bem-estar orientado por determinantes biopsicossociais” (Branco & Farçadas, 2012, p. 23). O modelo biomédico, que contraria a perspectiva holística dos problemas e das necessidades sociais, persiste, ainda, em alguns serviços de saúde.

A evolução do conceito de saúde permitiu, por consequência, a integração de outras áreas científicas no sistema de saúde. A evolução da própria Medicina e da forma de entender a saúde tornou necessário a implementação do Serviço Social na saúde, por não só importar a dimensão biomédica, mas também a dimensão biopsicossocial. A saúde, por outro lado, para além de um estado de bem-estar, constituiu um dos direitos fundamentais da população portuguesa, consagrado no artigo 64º da CRP.

Por conseguinte, abordam-se os determinantes sociais da saúde que podem ser comportamentais, sociais, económicos, políticos e ambientais e constituem,

essencialmente, o objeto de intervenção do assistente social da saúde (Buss & Filho, 2007). Evidencia-se, neste panorama, os determinantes sociais da saúde que respeitam exatamente às condições sociais que caracterizam o contexto em que o indivíduo nasce. Desta forma, o conceito de saúde acarreta uma dimensão societal, no sentido em que o seu estado pode ser influenciado pela conjuntura política, social e ambiental.

O campo em análise revelou-se fundamental para a institucionalização do Serviço Social como profissão, evidenciado com a publicação, em 1913, da obra *Social Work in Hospital: A Contribution to Progressive Medicine*, de Ida Cannon e, em 1917, da obra *Diagnóstico Social*, de Mary Richmond (Branco & Farçadas, 2012, p. 21).

O Serviço Social na Saúde surge, inicialmente, enquadrado no contexto hospitalar, sendo que só na década de 70 é que se estende aos centros de saúde locais e distritais, por se considerar pertinente a sua implementação nos cuidados primários. Mas só na década de 1980, por via do Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de abril, é que se consolida a presença do Serviço Social nos cuidados de saúde primários, sendo determinado um técnico de Serviço Social por cada 30 mil habitantes. A estes profissionais competia a definição, planeamento e avaliação da política de saúde da área geográfica abrangida, a colaboração com outros profissionais e serviços do centro de saúde, a elaboração e/ou participação na elaboração de projetos ligados ao planeamento familiar, alcoolismo, droga e alimentação, assim como a coordenação da equipa de voluntários e a participação na recuperação e acompanhamento dos utentes. No entanto, com o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio de 1999, o Serviço Social deixa de ser uma unidade orgânica e a coordenação da unidade que integra é entregue a enfermeiros com pelo menos 6 anos de carreira.

Ao contrário do que acontece em contexto hospitalar, nos cuidados de saúde primários, como refere Branco e Farçadas (2012), os profissionais de Serviço Social estão sub-representados, sendo que, na maioria parte das vezes, os cuidados primários integram um profissional. Os autores referem, ainda, que os assistentes sociais dos cuidados de saúde primários orientam-se, essencialmente, pelos documentos técnicos do Ministério da Saúde. Por sua vez, de acordo com Branco (2009), os assistentes sociais da saúde trabalham, na sua maioria, em contexto hospitalar. Nos cuidados de saúde primários o número de efetivos é mais reduzido, sendo que as suas funções passam, essencialmente, pela prevenção e educação para a saúde, como também pela “*humanização dos serviços e a função de advocacia social*” (p. 80). A função de advocacia social está relacionada

com a existência do gabinete do cidadão nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares, sendo, ainda, uma função não valorizada na prática profissional.

Na saúde, o Serviço Social funciona como um humanizador dos serviços, abrangendo a abordagem biopsicossocial, incluída na definição de saúde desde os anos 40. Isto significa que o assistente social, para além de considerar os problemas clínicos, compreende a possibilidade de influência de outros fatores, como os psicológicos e os sociais, no estado de saúde dos utentes. Estes últimos fatores, para além de poderem mascarar o problema, podem influenciar e agravar determinadas patologias. Os assistentes sociais devem, por isso, sensibilizar os outros profissionais e grupos de trabalho para a presença e influência de fatores que nada têm a ver com o sistema orgânico e, ainda, procurarem compreender a multiplicidade de fatores causadores da doença e da sua continuidade, para que estejam reunidas as condições necessárias para a recuperação do utente. Além do mais, e uma vez que nem sempre está garantido o acesso ao sistema de saúde, o profissional deve reunir os instrumentos necessários para que as populações consigam aceder, de igual modo, ao sistema em causa.

Direcionando a sua intervenção para os determinantes sociais da saúde, os assistentes sociais devem desenvolver, na relação com o utente, uma prática direta e indireta (Branco & Farçadas, 2012).

Em termos identitários, o assistente social no campo da saúde não assume a mesma posição que os médicos e enfermeiros, especificando-se a sua prática na “*disponibilidade e sensibilidade (...) em relação ao utente*” (Branco & Farçadas, 2012, p. 15) e em ações não imediatas nem visíveis como a ação médica. A principal ideia a reter é a de que o assistente social da saúde intervém junto dos utentes que procuram as unidades de saúde por problemas clínicos, procurando remover ou minimizar os efeitos dos problemas sociais no bem-estar ou recuperação dos utentes.

No que respeita às funções genéricas do Serviço Social, consideradas por Johnson e Côrte-Real (2000), estas prendem-se com o acompanhamento psicossocial, com a articulação qualificada entre os sistemas, agentes e entidades, com a supervisão, com a investigação, com a humanização e com a participação política. Por sua vez, no contexto da saúde, os assistentes sociais intervêm junto de problemas psicossociais que influenciam o estado de saúde dos indivíduos, com a missão de melhorar os serviços de prestação de cuidados de saúde assegurando o acesso de todos os cidadãos ao sistema. Branco e Farçadas (2012) contextualizam a profissão do assistente social na saúde,

referindo que o mesmo trabalha em contextos multiprofissionais, onde predominam saberes de diversas áreas científicas e o modelo biomédico.

No campo da saúde o Serviço Social é responsável pela execução de um conjunto alargado de funções e interage com diversos saberes e competências profissionais. Neste contexto, segundo Branco e Farçadas (2012), este tem evidenciado dificuldades em definir métodos de trabalho precisos e em assumir uma posição no contexto profissional. De mencionar que os mesmos não estão integrados em núcleos profissionais, sendo que a sua organização profissional é frágil. Reúnem-se, assim, obstáculos para a ação e autonomia profissional.

Nos cuidados de saúde primários, pelo facto da profissão de assistente social abarcar um conjunto alargado de funções, como mostrado por Branco e Farçadas (2012), é pertinente que o mesmo planeie e organize o seu trabalho, privilegiando a adoção de prioridades na intervenção e a realização de atendimentos, entendido como “*um espaço promotor da acessibilidade dos utentes ao serviço de saúde*” (p. 13). Os autores apresentam uma síntese das funções desempenhadas pelo assistente social da saúde, sendo que este: elabora e participa na construção dos diagnósticos; informa os utentes sobre os seus direitos e deveres; presta apoio psicossocial aos utentes, no sentido de os orientar perante as indicações médicas e de minimizar os efeitos dos problemas sociais na saúde física dos mesmos; informa os médicos, enfermeiros e outros profissionais das condições sociais dos utentes; possibilita o acesso dos utentes aos cuidados de saúde; promove a articulação entre instituições e serviços para apreender os recursos necessários e presta serviço de aconselhamento e consultoria. Desta forma, o profissional é entendido como um consultor, promotor da advocacia social e mobilizador de recursos e mediador entre o utente e os serviços.

Para Nogueira e Mito (2006), o Serviço Social da saúde é fundamentado em fatores políticos, económicos e sociais que originam condicionamentos no acesso a recursos indispensáveis para a garantia dos direitos humanos. Considerando, por isso, a especificidade dos cuidados de saúde primários e o facto de integrarem o primeiro nível de intervenção, os serviços destes são de considerável importância na deteção de situações de risco e de perigo.

2.2.1. Cuidados de Saúde Primários: origem, história, reforma, organização e funcionamento

Seguindo os pressupostos da Declaração de Alma-Ata, que resulta da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em 1978, os cuidados em menção integram o sistema de saúde português e constituem-se como o primeiro contacto da população com a saúde. Têm, por isso, uma importante função preventiva e formativa e prestam cuidados de saúde primários. Constituem um nível do Sistema Nacional de Saúde, a par dos cuidados hospitalares.

Desde a década de 40 que o sistema de saúde português foi sofrendo alterações. Entre 1945 e 1967, o Estado passou a promover a prestação de cuidados de saúde, assumindo, assim, as suas responsabilidades neste campo. Mais tarde, entre 1968 e 1974, os cuidados de saúde primários são constituídos pela criação dos centros de saúde de primeira geração. Este subsistema de prestação de cuidados de saúde consolida-se após a revolução de 1974. Neste período, cria-se a segunda geração de centros de saúde (Biscaia, 2006) através da criação do SNS que consubstancia o direito à saúde dos cidadãos.

Em 2005, iniciou-se uma reforma nos cuidados de saúde primários, tendo dado origem, alguns anos mais tarde, aos ACeS. O principal objetivo da reforma, como refere Biscaia (2006), passou, em termos práticos, pela transformação dos centros de saúde, existentes desde a década de 80, em unidades de saúde familiar (USF), no sentido de melhorar a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde e a articulação com outras unidades de saúde. A reformulação teve por fundamento a atribuição de médico de família a todos os utentes e a aproximação dos profissionais de saúde aos utentes, por via das visitas domiciliárias. Surge, então, no sentido de criar “*estruturas organizacionais mais achatadas ao nível hierárquico, possibilitando a desburocratização e a comunicação mais eficaz entre a cúpula e as bases e a produção de resultados na saúde mais efetivos*” (Azevedo, 2008, p. 29).

Em 2008, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, criam-se os ACeS¹⁷, sendo que a reestruturação dos cuidados de saúde primários abriu um novo

¹⁷ Os ACES organizam-se em torno das seguintes unidades funcionais: USF; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e outras unidades que venham a ser necessárias (artigo 7º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro). Cada centro de saúde deve ter, pelo menos, uma USF ou uma UCSP, uma UCC ou serviços desta, uma URAP e uma USP.

caminho para a afirmação do Serviço Social na saúde pela proposta de criação do Núcleo Operacional de Serviço Social.

2.2.2. A intervenção do Serviço Social em contexto de risco/perigo nos Cuidados de Saúde Primários

Em Portugal, na área da saúde, a alínea c) do nº1 da Base II da Lei de Bases da Saúde conferiu maior relevância às crianças e aos jovens, considerando-os, a par dos idosos, grávidas, deficientes, toxicodependentes e trabalhadores com profissão de risco, um dos grupos sociais mais vulneráveis ao risco (Prazeres, 2007). Neste âmbito, são indivíduos “*vulneráveis a todo o tipo de violência, exploração e/ou abuso*” (Gonçalves, 2000, p. 17), de modo que os serviços de saúde, neste caso os primários, pelo facto de se constituírem como o primeiro ponto de contacto da população com o SNS e de conhecerem os riscos das populações que assistem têm “*responsabilidade particular na deteção precoce de contextos, fatores de risco e de sinais de alarme, nesta matéria, no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos*” (Prazeres, 2008, p. 19). São, por isso, de acordo com Barros (2013), um dos “*pilares fundamentais dos sistemas de saúde atuais*” (p. 315).

O risco e o perigo a que as crianças e jovens poderão estar sujeitos constituem um objeto de preocupação por parte dos serviços de saúde, preocupação essa que se materializou com a criação dos NACJR nos centros de saúde, através do Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro - “*Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*”. Esta constituiu a resposta mais estruturada para a intervenção junto de crianças e jovens em risco, demonstrando a necessidade de intervenção, também, pelo campo da saúde.

Os NACJR correspondem a equipas pluridisciplinares onde convergem diversos saberes, consequência de o fenómeno dos maus-tratos ser multifatorial. Em cada ACeS deve existir pelo menos um NACJR e este deve ser constituído por um médico, enfermeiro e outros profissionais de saúde com preferência do campo do Serviço Social e da Saúde Mental. O número de profissionais deverá ser adaptado ao número de utentes abrangidos pelo serviço e os elementos que compõem o NACJR devem conhecer a realidade política, económica e social que os abrange, ter formação ou experiência na área da infância e juventude e, ainda, saber manusear os procedimentos institucionais e legais (Prazeres, 2007). Para a promoção e proteção dos direitos das crianças e na intervenção junto de crianças e jovens em risco, torna-se uma mais-valia a presença de profissionais

com vários saberes e qualificações. Como considera Fonseca (1998) “*a complexidade dos problemas da infância e juventude, exige a criação de modelos de intervenção em equipas de médicos, psicólogos, educadores e outros profissionais, que trabalham no terreno com o menor e a família*” (p. 28), pelo que se conclui que a intervenção do assistente social no sistema de saúde está implicitamente conectada à intervenção de outros profissionais.

Algumas das funções deste grupo de trabalho, segundo o documento “*Maus tratos em crianças e jovens-Intervenção da Saúde*” (2007), passam pela divulgação de informação legal e normativa aos diversos serviços e profissionais, pela sensibilização dos mesmos para a problemática em análise, pelo acompanhamento, em casos excepcionais, de situações de risco que não conseguem ser resolvidas pelos profissionais de saúde, pela recolha e organização das casuísticas sobre a problemática, pela promoção da formação dos profissionais, pela cooperação e articulação com os profissionais de saúde, com os profissionais e serviços exteriores e pela consultoria aos profissionais em termos de sinalização e acompanhamento/encaminhamento dos casos.

Os profissionais de saúde devem saber identificar os fatores referidos (risco, proteção e agravamento) quer nos cuidados de saúde primários, local privilegiado para a deteção e acompanhamento mais próximo dos casos, quer nos cuidados hospitalares (Menezes & Prazeres, 2011). O programa-tipo de atuação em Saúde Infantil e Juvenil determina a recolha e registo dos fatores detetados, assim como os efeitos destes nas crianças e jovens, o aumento da observação e vigilância, a avaliação da gravidade da situação, a realização de visitas domiciliárias e a articulação entre os profissionais das diversas unidades funcionais do ACeS, entre o hospital e outras entidades. Os responsáveis por esta intervenção são os médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos (Menezes & Prazeres, 2011). De acordo com o apoio técnico fornecido no guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção nos maus-tratos em crianças e jovens (Menezes & Prazeres, 2011), a intervenção passa por identificar os fatores de risco, os de proteção e os de agravamento sendo que, posteriormente, qualquer que sejam os fatores identificados, a intervenção passa pela observação direta, ativa e continuada da evolução dos fatores e pelo acompanhamento dos progenitores/cuidadores, apostando na promoção das competências parentais. Paralelamente, devem ser feitas observações com alguma regularidade à criança e jovem, bem como o registo dos fatores identificados, da evolução e consequências dos mesmos na história clínica da criança/jovem.

Na intervenção na infância e juventude em risco, o assistente social deve fazer prevalecer os princípios da privacidade e confidencialidade, não culpabilizar os indivíduos e famílias pelos problemas identificados, deve apoiar sem criar dependentes, potencializar as capacidades dos menores e das famílias e promover a participação destes últimos na intervenção. Por outro lado, a observação revela-se um instrumento fundamental na intervenção social por permitir a identificação das necessidades e dos fatores protetores e de risco. O profissional deve ser empático, compreensivo e ouvinte e acreditar na capacidade de mudança e resiliência dos menores.

Por último, importa abordar, também, os sinais de alerta, que dizem respeito a indícios de maior probabilidade de os maus-tratos ocorrerem, o que requer uma *“investigação mais detalhada e consequente intervenção protetora”* (Menezes & Prazeres, 2011, p. 14). O alerta é detetado através de sinais e sintomas que indicam disfuncionalidades no desenvolvimento da criança e jovem. São sinais de alerta aqueles que se revelam persistentes e aqueles que estão associados, ou seja, a existência de mais do que um sinal ou sintoma (Menezes & Prazeres, 2011). Os sinais de alerta em crianças com idade entre os 0 e os 5 anos de idade podem ser perturbações alimentares, de sono, no comportamento e fobias pouco intensas. Em crianças com idades superiores a 5 anos, os sinais podem ser o absentismo escolar, a ansiedade, tristeza, perturbações psicóticas e o abuso de substâncias nos jovens (Menezes & Prazeres, 2011). Perante estes sinais, a intervenção deverá fundamentar-se nos seguintes objetivos: a valorização dos sinais e sintomas identificados, a prevenção do agravamento da situação e a confirmação ou rejeição dos maus-tratos.

No diagnóstico das situações de maus-tratos identificadas os profissionais têm a obrigação de tratar e acompanhar a criança/jovem e famílias e, sempre que se justifique, referenciar o caso às entidades competentes, assim como garantir um ambiente seguro, o esclarecimento e a orientação (Prazeres, 2008).

Como determinado legalmente, a intervenção e a proteção face aos maus-tratos a crianças e jovens é, em primeiro lugar, responsabilidade de todas as entidades (formais e informais, públicas e privadas) que intervêm com esta problemática (Prazeres, 2007). As equipas de trabalho dos cuidados de saúde primários desempenham um conjunto de tarefas diversificadas em várias problemáticas e doenças e em vários grupos etários, tendo, por este motivo, um papel importante como entidade do primeiro nível de intervenção, na deteção e proteção das crianças e dos jovens em risco (Prazeres, 2007).

2.3. A Prática, Competências e Saberes Profissionais do Assistente Social nos Cuidados de Saúde Primários

O conceito de competências, para Parente (2003), resulta da interação entre a vertente cognitiva e a vertente diferenciadora, isto é, da relação entre as práticas profissionais e as capacidades cognitivas dos indivíduos e o reconhecimento dessas mesmas no contexto de trabalho.

A prática profissional pode desenvolver-se, seguindo Ferreira (2014), em dois eixos de ação: prática assistencialista, em que se pretende a correção de “*uma disfuncionalidade através da utilização de recursos sociais e comunitários, aliviar as necessidades, limitações e alterar os fatores promotores de situações problemáticas e de mal-estar social (mundo individual da pessoa)*” (p. 337) e a prática promotora da autonomia por parte dos indivíduos, de forma a que estes respondam às situações problemáticas sem dependerem do apoio profissional.

No âmbito do Serviço Social, o assistente social deve ter formação humana que lhe permita relacionar-se com outros, formação teórica para estruturar um plano de intervenção adequado ao indivíduo e família e formação técnica, recorrendo a metodologias, na procura pelas soluções aos problemas apresentados, que promovam a capacitação das pessoas. Para a sobrevivência da profissão, Ferreira (2014) aborda a necessidade de o profissional conseguir acompanhar as mudanças estruturantes do Estado e da Sociedade.

Entendido como um “*cientista social*” (Ferreira, 2014, p. 338), o assistente social deve, ainda, dotar-se de conhecimento científico sobre as teorias e modelos, como também sobre os métodos e técnicas de investigação. É necessário que consiga moldar os instrumentos de trabalho às necessidades e fenómenos sociais, ser criativo e criar novos métodos de trabalho, de forma a contrariar a burocratização da ação profissional.

Falar da prática profissional leva, necessariamente, a referir o principal instrumento de trabalho para o assistente social: a linguagem, que permite uma interação direta e/ou indireta com outros. Em termos de comunicação direta, Sousa (2008) refere que o assistente social se serve de instrumentos como a observação participante, a entrevista individual e grupal, as reuniões e as visitas domiciliárias, que possibilitam uma comunicação expressa em palavras, olhares e gestos e, por isso, permitem uma maior facilidade na identificação de subjetividades. Indiretamente, para comunicar, o assistente social recorre a instrumentos que, por definição, não implicam uma relação presencial

com o outro. Destes instrumentos fazem parte, por exemplo, as atas de reunião, as notas de campo, os relatórios e os pareceres sociais. Neste campo, surge a necessidade de o profissional ser capaz de escrever textos coerentes e claramente redigidos.

No campo da saúde, sintetizando, o assistente social desempenha funções que passam pela identificação das necessidades dos utentes, pela reunião de informações pertinentes ao caso, pela informação aos utentes sobre os seus direitos e deveres, pelo desenvolvimento das competências sociais dos mesmos como a autonomia e pelo esclarecimento aos utentes sobre os serviços de apoio a que podem recorrer, exteriores ao contexto da saúde.

De forma a estruturar os principais saberes inerentes à prática profissional, recorreremos aos contributos de Granja (2008) que apresenta a seguinte tipologia: saberes processuais metodológicos, saberes teóricos ou de inteligibilidade, saberes ético-políticos, saberes relacionais, comunicacionais, contextuais, intuitivo tácito e, ainda, saber elaborar e organizar a escrita profissional.

Os saberes processuais metodológicos referem-se à capacidade de elaboração de projetos e de definição de estratégias e procedimentos, à capacidade de mediar, negociar e avaliar as necessidades e problemas sociais, de adaptar os espaços institucionais ao trabalho, de preparar informações sociais e documentos para reuniões. A construção e organização da escrita profissional é, igualmente, um saber requerido que implica a capacidade de construção de guiões de recolha de informação, de notas de campo e de síntese dos dados recolhidos. Os saberes teóricos, adquiridos ao longo da formação, relacionam-se com o conhecimento científico sobre os fenómenos e problemas sociais, abarcando diversas áreas científicas como a Psicologia, a Sociologia, a Economia, o Direito, a Antropologia, entre outras. Os saberes relacionais prendem-se com a valorização do próprio trabalho perante os demais profissionais, com a cooperação e estabelecimento de parcerias com outros profissionais e entidades, com a gestão de conflitos e divergências de interesses, com a negociação e com o estabelecimento de acordos. O saber comunicacional implica a capacidade de escuta, de recolha de informação e emissão da mesma, de reformulação do que é dito pelos outros, de argumentação e articulação de lógicas e de participação ativa em reuniões. O saber ético-político diz respeito ao conhecimento do código de ética da profissão, ao reconhecimento dos problemas sociais como socialmente construídos, ao envolvimento na defesa dos direitos humanos e à construção da sensibilidade social. É referido, também, o conhecimento dos contextos institucionais, sociais, políticos, económicos, habitacionais

e culturais, o conhecimento dos recursos disponíveis, do mercado de trabalho e das áreas de intervenção. Por último, o saber intuitivo tácito está relacionado com o conhecimento dos modos de vida dos indivíduos e das comunidades e o conhecimento dos trajetos e histórias de vida.

Quanto às competências, Iamamoto (1998) aborda três tipos: competência teórico-metodológica, competência ético-política e competência técnico-operativa. A competência teórico-metodológica pode abarcar os saberes processuais metodológicos e teóricos ou de inteligibilidade (perspetiva de Granja (2008)) e reporta para o conhecimento da realidade na sua totalidade, para o rigor teórico e metodológico e para a presença de qualificações. A competência ético-política traduz um profissional crítico, ativo, que reivindica os seus direitos e o dos utentes, estando presentes em contextos de relações de poder e de forças sociais. No que respeita à competência técnico-operativa espera-se que o assistente social seja dotado de aptidões técnicas facilitadoras da prática profissional.

Deste modo, ao assistente social são atribuídos dois papéis: “*estar dentro do sistema como interveniente e fora do mesmo como observador*” (Knoch, 2003, p. 24), sendo importante reunir um conjunto de competências que lhes permitam trabalhar em todas as valências e problemáticas. A este propósito, Iamamoto (1998) fala da importância em desenvolver paralelamente as competências ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica como forma de contextualizar e legitimar a ação profissional.

No que respeita às fases da intervenção, o assistente social deve começar, inicialmente, pela identificação e determinação do problema que afeta o utente e/ou a comunidade, partindo, de seguida, para a análise do mesmo por via da recolha de informação sobre a situação, sobre os recursos institucionais e sobre as pistas de ação que podem servir de suporte para o problema e para o utente. A avaliação da situação, de forma a definir as hipóteses de trabalho, o desenvolvimento da ação e a avaliação dos resultados são, também, elementos integrantes da intervenção.

**Parte II. A Prática Profissional do Assistente Social em Contexto de Risco/Perigo
nos Cuidados de Saúde Primários Infantojuvenis: Estudo de Caso no Grande
Porto**

Capítulo 3. Um estudo de caso: estratégia metodológica

Após a exposição do enquadramento teórico é momento de apresentar as escolhas metodológicas organizadas em torno de três aspetos: o tipo de abordagem e de método, o objeto de estudo e os objetivos do trabalho, e, finalmente, os instrumentos de recolha e tratamento da informação e suas condições de aplicação.

Fazendo uma analogia com a investigação nas Ciências Sociais, Quivy e Campenhoudt (1998) referem que “*o sucesso de um programa de pesquisa petrolífera depende do procedimento seguido*” (p. 15), pelo que, para prosseguir com a execução do estudo e responder às questões da investigação, é inevitável o recurso a uma metodologia, isto é, a um conjunto de processos que permitam o desenvolvimento e sucesso do mesmo (Guerra, 2002). Na condução da nossa pesquisa assumimos as etapas de investigação tal como definidas por Quivy e Campenhoudt (1998).

Como referimos na introdução¹⁸, o estudo em causa orienta-se em torno de duas questões principais que dizem respeito, por um lado, ao grau de proteção que a prática profissional do assistente social dos cuidados de saúde primários confere aos menores em risco e, por outro lado, aos saberes profissionais. Definidas as questões orientadoras, entrou-se na fase de exploração que implicou, essencialmente, a leitura e análise de um conjunto de livros, artigos científicos, teses de mestrado e de doutoramento e de legislação que permitiram “*fazer o balanço dos conhecimentos relativos ao problema de partida*” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 69).

Após a leitura e análise das fontes bibliográficas escolhidas, procedeu-se à definição da problemática, isto é, à clarificação da perspetiva teórica escolhida para tratar o problema formulado. Sendo as crianças e os jovens um dos grupos sociais mais vulneráveis e sujeito a mais riscos, é pertinente analisar o papel do Serviço Social nos cuidados de saúde primários em matéria de risco e de perigo, tendo-se procedido, desta forma, à definição do conceito de maus-tratos a crianças e jovens, operacionalizado nas diferentes tipologias e à definição do conceito de risco e de perigo, com a exposição dos fatores de risco e de proteção, seguindo da história do Serviço Social enquadrado no contexto da saúde, abordando o conceito de competências e saberes profissionais.

Relativamente às técnicas de recolha de informação, de referir que estas podem ser documentais e não documentais. Nas primeiras insere-se a consulta bibliográfica em

¹⁸ Ver página 1.

livros, revistas, teses, legislação e documentos do Ministério da Saúde enquanto que as segundas se concretizam na observação direta e indireta.

O campo de análise são os cuidados de saúde de primários, contexto laboral de assistentes sociais que intervêm nas mais variadas problemáticas, inclusive na infância e na juventude em risco. Por um lado, a observação foi indireta, uma vez que a investigadora obteve as informações diretamente dos sujeitos (agentes profissionais), por via de um guião de entrevista, que funcionou como um suporte ao momento da entrevista (Quivy & Campenhoudt, 1998). Por outro lado, pode-se falar em observação direta pela recolha de informação sem recorrer aos agentes profissionais, situação que se torna possível, como refere Quivy e Campenhoudt (1998), pelo facto da informação pretendida estar disponível para consulta.

Uma vez que a escolha dos métodos e das técnicas de recolha de dados influencia os resultados do estudo, os métodos de recolha e os métodos de análise devem ser definidos em simultâneo, mediante os objetivos declarados. Neste seguimento, seguindo os contributos de Quivy e Campenhoudt (1998), as entrevistas implicam o recurso a métodos de análise de conteúdo que são, muitas vezes, qualitativos.

3.1. Objeto de estudo e objetivos

Temos como objeto de estudo as práticas profissionais dos assistentes sociais que intervêm na infância e juventude em risco no contexto de cuidados de saúde primários. O objeto empírico é, neste sentido, os assistentes sociais que desenvolvem a sua atividade profissional junto do grupo etário em questão.

Sabendo que os assistentes sociais direcionam o seu trabalho para a concretização das políticas sociais públicas, que são respostas aos fenómenos e problemas sociais, é pertinente refletir sobre a forma como estes profissionais, que intervêm no campo da infância e da juventude, se inserem nos contextos de cuidados de saúde primários. Investigar os níveis de inserção e de participação dos assistentes sociais na área da Saúde (particularmente nos ACeS) e perceber a importância do campo profissional em questão na intervenção junto de crianças e jovens em risco é, neste sentido, não só pertinente como um importante contributo para o Serviço Social.

A recolha de dados teve como contexto institucional ACeS do Grande Porto que autorizaram a aplicação do projeto de investigação.

O objetivo geral da presente investigação é, então, estudar as práticas profissionais dos assistentes sociais dos centros de saúde e perceber se se constituem como fatores protetores e de superação do risco e do perigo. Quanto aos objetivos específicos da investigação, estes passam por:

- Analisar a importância do Serviço Social, em termos quantitativos, nos ACeS e, mais especificamente, na área de trabalho com crianças e jovens em risco;
- Analisar de que forma o trabalho social em contexto de cuidados de saúde pode contribuir para a retirada de crianças e de jovens da exclusão social;
- Analisar os modos de trabalho, bem como as estratégias de articulação desenvolvidas (entre os profissionais do serviço social e entre estes e outros profissionais de outras entidades);
- Evidenciar as potencialidades e os obstáculos à prática profissional;
- Identificar as principais problemáticas e casos sinalizados de crianças e jovens em risco para contextualizar os procedimentos e possibilidades de respostas.

3.2.O método de análise

Do ponto de vista metodológico a investigação segue, essencialmente, uma abordagem qualitativa, justificada pelo interesse da investigadora em compreender, em pormenor, a prática profissional dos assistentes sociais nos cuidados de saúde primários, sem com isso objetivar a determinação de generalizações. A pesquisa qualitativa preocupa-se com questões não quantificáveis, sendo trabalhado o “*universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes*” (Minayo, Deslandes, Neto, & Gomes, 2002, p. 21). Genericamente, destaca as particularidades de um determinado fenómeno/problema, recorre à comunicação entre um entrevistado e um entrevistador para a recolha de dados e analisa-os por via da interpretação dos discursos.

O tipo de trabalho desenvolvido enquadra-se no método de estudo de casos que, para Greenwood (1965), é um método de investigação empírica que consiste “(...) *no exame intensivo, tanto em amplitude como em profundidade, e utilizando todas as técnicas disponíveis, de uma amostra particular, selecionada de acordo com determinado objetivo (ou, no máximo, de um certo número de unidades de amostragem), de um fenómeno social, ordenando os dados resultantes por forma a preservar o carácter unitário da amostra, tudo isto com a finalidade última de obter uma ampla compreensão do fenómeno na sua totalidade*” (p. 331). O objetivo é, por isso, o estudo em profundidade

de um caso, sendo que se valorizam, sobretudo, as palavras, ou seja, os discursos dos atores sociais. O caso pode ser um indivíduo, um grupo, uma comunidade ou uma organização e a análise passa pelas verbalizações, opiniões, discursos, experiências, por exemplo.

Este método tem como vantagem o facto de permitir o estudo e análise de um caso em profundidade. Contudo, não permite a generalização e, no momento de analisar os dados, pode ocorrer falhas em termos de rigor, uma vez que são analisadas respostas de foro mais subjetivo, que não são tão formalizadas como no método de medida. Para além disto, o sucesso da aplicação deste método depende da capacidade de integração do investigador no contexto, sendo que se este não for aceite neste, corre o risco de enviesar a sua investigação.

3.3. Instrumentos e técnicas de recolha e tratamento da informação

3.3.1. A amostra

A amostra do presente estudo foi obtida recorrendo ao método de amostragem não probabilística, mais especificamente, à amostra intencional. Significa que a investigadora escolheu de forma deliberada os elementos que compõem a amostra, pela presença de determinados requisitos nos sujeitos que colaboraram com o estudo. Esta é constituída por quinze assistentes sociais que trabalham em ACeS do Grande Porto.

Numa primeira fase, após reunião com alguns profissionais da área, considerou-se pertinente entrevistar apenas os assistentes sociais que integravam um dos grupos de trabalho dos centros de saúde - o NACJR. Contudo, ao perceber que os NACJR dos diferentes ACeS têm apenas uma função de consultoria e que o número de assistentes por NACJR é reduzido, alargou-se a amostra a todos os assistentes sociais que se mostrassem disponíveis para participar no estudo, quer integrassem ou não o NACJR, sendo sempre importante ter como foco a intervenção na área da infância e juventude em risco.

Como critérios de inclusão definiu-se a formação em Serviço Social e o exercício da profissão nos cuidados de saúde primários juntamente com crianças e jovens em risco.

Os profissionais que constituem a amostra foram contactados telefonicamente após serem reunidas todas as autorizações necessárias¹⁹. A participação no estudo foi

¹⁹ Para a concretização deste trabalho foi necessário obter parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN, I.P.) referente a todos os ACES envolvidos, assim como os pareceres de cada ACES, remetidos, posteriormente à ARSN, I.P.

aberta a todos os assistentes sociais dos ACeS em análise, estando estes disponíveis para recusar ou abandonar o mesmo ao longo do processo.

3.3.2. *A entrevista semiestruturada*

Relativamente às técnicas de recolha de dados, a opção recaiu sobre a entrevista dado ser o instrumento privilegiado no momento de recolher informações mais subjetivas e mais ricas, uma vez que permite abordar “*o universo subjetivo do ator, ou seja, as representações e os significados que atribui ao mundo que o rodeia e aos acontecimentos que relata como fazendo parte da sua história*” (Lalanda, Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica, 1998, p. 875). A entrevista, fruto da comunicação direta entre o investigador e o entrevistado, é o momento em que este último, como afirmam Quivy e Campenhoudt (1998), “*exprime as suas perceções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, ao passo que, através das suas perguntas abertas e das suas reações, o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos objetivos da investigação e permite que o seu interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade*” (p. 192).

Quanto ao grau de estruturação, recorremos à entrevista semiestruturada, dado que a principal finalidade passa por compreender detalhadamente a prática do assistente social em contextos de cuidados de saúde primários, através do contacto direto com os mesmos.

As entrevistas semiestruturadas organizam-se, essencialmente, em torno de um guião de entrevista flexível, composto por tópicos e perguntas abertas e fechadas a que os entrevistados responderam sem serem influenciados por qualquer opção de resposta. A entrevista é um instrumento de recolha de informação incluída no que Quivy e Campenhoudt (1998) chamam de observação indireta. Estas permitem o estabelecimento de uma relação de partilha de informações, perceções, emoções e valores mais profunda e subjetiva entre o entrevistado e o entrevistador. Neste tipo de entrevista, o entrevistado tem espaço para desenvolver as suas respostas e para expressar as suas perspetivas. Há necessidade de o investigador estabelecer uma relação com o entrevistado, na medida em que o seu objetivo passa pelo entrevistado mostrar mais para além do que é visível. Qualquer situação de entrevista implica que esta relação seja construída e, para que seja mais próxima, o entrevistador deve se apresentar, expressar as suas pretensões, assegurar ao entrevistado a confidencialidade das informações divulgadas e colocá-lo à vontade para responder ao que quiser e para colocar as dúvidas que entender.

A entrevista semiestruturada é, então, adequada ao presente trabalho, na medida em que permite ganhos em profundidade. Sendo constituída, essencialmente, por perguntas abertas e estando a relação de confiança estabelecida, o entrevistado sente-se motivado a responder e a explorar os seus pontos de vista. Como desvantagens, há a possibilidade de recolher informação sem relevância, dos dados recolhidos não permitirem a generalização e de poderem surgir problemas de validade, havendo desfasamento entre o que o entrevistado diz e o que faz. O guião de entrevista construído para a concretização do trabalho é composto por sete secções, sendo elas: a identificação do entrevistado, a experiência profissional do mesmo, a implementação e organização do ACeS, a implementação e organização dos NACJR, a prática profissional e os saberes e competências do mesmo. As entrevistas foram marcadas mediante a disponibilidade dos assistentes sociais e aplicadas pela investigadora em local escolhido pelo entrevistado. Foram aplicadas de abril a junho de 2017.

Do ponto de vista ético, foram seguidos os principais pressupostos: os entrevistados foram informados do enquadramento académico do estudo, foi-lhes garantido o anonimato e todos confirmaram a sua colaboração no estudo com a assinatura do consentimento informado (cf. Anexo 2). Desta forma, os entrevistados são apresentados como o “EX” (entrevistado nº X), tendo sido numerados de um a quinze.

3.3.3. A pesquisa documental

A pesquisa documental surge como uma outra técnica de recolha de informação privilegiada num primeiro momento da presente investigação. É uma técnica essencial na investigação em Ciências Sociais que corresponde à análise de documentos preexistentes à investigação que podem funcionar como uma importante fonte de dados. A pesquisa implicou, por conseguinte, a análise de documentos escritos dos diferentes ACeS em análise como o plano de atividades, o regulamento interno, o organigrama, os recursos humanos e dados estatísticos já divulgados sobre a população infantil e juvenil. Além do mais foram, analisados diplomas legislativos do Diário da República. Esta técnica de recolha revelou-se pertinente, uma vez que permitiu adequar e contextualizar as informações recolhidas com o guião de entrevista.

3.3.4. A análise de conteúdo

Os dados recolhidos, de cariz qualitativo, foram submetidos ao método de análise de conteúdo que, segundo Bardin (1977), corresponde a *“um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visam obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mensagens”* (p. 42).

Esta técnica de análise foi escolhida por permitir analisar o conteúdo do discurso dos entrevistados, assim como as suas representações sobre a realidade em estudo. Além do mais, permite o tratamento, de forma metódica, de informações e testemunhos mais complexos e com maior nível de profundidade. Para o tratamento das entrevistas recorreu-se à análise de conteúdo temática.

3.4. Procedimentos

O primeiro passo para iniciar a investigação nos cuidados de saúde primários foi a realização de uma reunião, em janeiro de 2017, com um assistente social de um dos ACeS, com o objetivo de perceber a pertinência do mesmo e a disponibilidade do agrupamento e dos profissionais para pôr em prática o projeto em questão. Após resposta positiva, percebeu-se a pertinência em estender o estudo a outros ACeS, tendo sido realizados uma série de contactos telefónicos, de modo a entender como proceder ao envio da proposta de investigação. Neste sentido, foi enviado por e-mail a proposta de investigação para a ARSN, I.P. e para os ACeS em análise, sendo que os procedimentos nestes últimos variaram. Em dois ACeS a proposta de investigação foi enviada para o e-mail de profissionais da instituição que reencaminharam a proposta para os órgãos institucionais competentes. Num outro a proposta foi entregue, presencialmente, em reunião agendada a um assistente social e nos restantes a mesma foi enviada para o e-mail indicado pelos ACeS (e-mail geral, e-mail do concelho clínico e de saúde e e-mail do diretor executivo).

Após a receção dos pareceres positivos por parte dos ACeS e da Comissão de Ética da ARSN, I.P., estabeleci contacto com os agrupamentos, de modo a entrar em contacto com os profissionais. Em quatro dos ACeS, o mesmo foi direto, com o objetivo de agendar as entrevistas. Num outro, foi agendada uma reunião para esclarecimento dos

trâmites da investigação e de eventuais dúvidas e para a marcação das entrevistas aos profissionais disponíveis. Um dos agrupamentos, no momento de envio do parecer, identificou os assistentes sociais disponíveis para colaborar e disponibilizou os respetivos contactos telefónicos. Por contrário, num outro foi necessário consultar o site do ACeS para recolher os contactos telefónicos.

As entrevistas ocorreram em 15 dias diferentes e, como já referido, estenderam de abril a junho de 2017.

3.5. Condições de aplicação das técnicas de recolha da informação: reflexão

Perante a escolha metodológica, assente no método de estudo de casos e no recurso a um guião de entrevista flexível, o procedimento mais correto seria a gravação das entrevistas para, por um lado, captar, na totalidade, o discurso e a linguagem dos entrevistados e, por outro lado, para permitir uma maior flexibilidade na aplicação do guião e no surgimento de novas questões. No entanto, e uma vez que o contexto empírico do estudo são os cuidados de saúde primários, após o envio da proposta de investigação para a Comissão de Ética da ARSN, I.P. com referência à necessidade em gravar as entrevistas, surgiu o primeiro obstáculo na investigação por ser imperativo a submissão de um pedido à Comissão Nacional de Proteção de Dados, um procedimento que acarreta um gasto financeiro e uma espera de alguns meses para obtenção da autorização. Tendo em conta as limitações de tempo, bem como para evitar alterar os procedimentos de recolha de informação, optou-se por marcar encontros mais demorados (as entrevistas tiveram uma duração que variou entre 1 a 3 horas), procedendo-se ao registo no computador de todas as respostas dadas. Uma vez não ter sido possível escrever tão rápido quanto os entrevistados falavam, procedeu-se à redação mais aproximada possível dos seus discursos, tendo havido necessidade de reformular as respostas dadas e de colocar algumas pausas que permitissem concluir a escrita. De forma a conferir validade ao que foi escrito durante a entrevista, os entrevistados concordam com a proposta da investigadora que consistia no envio da entrevista por e-mail para o profissional, para posterior correção e confirmação da informação recolhida. Apenas um entrevistado não deu feedback, pelo que se optou por não usar a informação dessa entrevista.

No que diz respeito à condução das entrevistas, e conscientes de que existem fatores que podem condicionar os resultados obtidos, procuramos garantir as condições mais adequadas para a aplicação do instrumento de recolha da informação. Assim, quanto

ao contexto onde decorreram as entrevistas, foram os entrevistados que o escolheram. Todos indicaram o local de trabalho, espaço que dominam e no qual se sentem à vontade. De forma geral, as entrevistas ocorreram em lugar silencioso e privado, com a exceção de dois ACeS em que a aplicação ocorreu com a presença de um outro profissional da área, pelo facto do gabinete do entrevistado ser partilhado e não haver outros espaços disponíveis no momento.

Nas entrevistas, seja qual for o grau de estruturação, segundo contributos de Ghigliione e Matalon (1993), fatores associados à situação, ao entrevistador, ao entrevistado e à linguagem podem influenciar a direção e a qualidade das mesmas. Assim sendo, deve-se ter em atenção o local em que entrevista ocorre, sendo que o mesmo deve ser o mais adequado possível. Das quinze entrevistas, apenas três não ocorreram no local mais adequado em termos de espaço e privacidade, tendo a mesma ocorrido com a presença de outro profissional de Serviço Social. Para além da qualidade da entrevista poder ser afetada pelo contexto, também fatores associados ao entrevistador são tidos em conta. Neste caso, enumeram-se fatores como as características físicas do mesmo, a idade, o género e a etnia, que influenciam o modo como os entrevistados interpretam a situação apresentada. Para além das características físicas, o quadro de referência do entrevistador pode, igualmente, influenciar o modo como este dirige a entrevista e como interpreta o que é dito pelo entrevistado, assim como as suas competências técnicas, isto é, a sua capacidade em orientar a entrevista, saber como e quando perguntar, encontrar novas perguntas a partir das respostas, romper com os obstáculos epistemológicos e com o senso comum e saber estabelecer a relação com o entrevistado. A investigadora, neste caso, procurou adotar os procedimentos mais ajustados a cada contexto e entrevistado, tentando adaptar a forma de colocar as perguntas. Procurou-se, ainda, reformular as respostas no sentido de dar a entender ao entrevistado que este estava a ser ouvido, que o que estava a dizer era importante e, também, de forma a confirmar as respostas na impossibilidade de gravação. Nos fatores associados ao entrevistado fala-se em: fatores culturais, respeitantes ao capital verbal e às competências na compreensão das perguntas; fatores conjunturais ligados à importância e ao interesse do tema e que podem motivá-lo a falar mais ou menos; fatores ligados à memória, podendo haver lacunas na reconstituição de eventos e factos; fatores cognitivos, sendo que se espera que os entrevistados conheçam o tema em questão e os fatores motivacionais, ou seja, a motivação do entrevistado em responder às perguntas, relacionada com a expectativa que este nutre sobre o tema em questão. A este respeito, notou-se variações no tipo e forma das respostas, tendo surgido

uma variedade de quadros de referência. Por último, a linguagem, verbal e não verbal, deve ser adequada e próxima à do entrevistado, clara, acessível e deve motivar este último a responder, não se tendo registado problemas a este nível.

Capítulo 4. O assistente social nos cuidados de saúde primários: análise e discussão dos resultados

O capítulo que se segue pretende ser uma ilustração dos dados recolhidos, de forma direta e indireta, junto dos sujeitos de interesse. A aplicação do guião de entrevista constituiu o meio privilegiado de recolha de informação, tendo sido o processo complementado com a pesquisa documental.

De forma a estruturar e organizar os dados recolhidos, o presente capítulo está dividido em quatro secções: na primeira procedemos à caracterização geral dos entrevistados, salientando, igualmente, o seu percurso profissional; na segunda tratamos da caracterização dos espaços institucionais; na terceira desenvolvemos a problemática da infância e juventude em risco nos cuidados de saúde primários e, finalmente, na quarta abordamos os saberes e práticas dos assistentes sociais.

De notar que a análise dos dados suportou-se na análise de conteúdo, sendo que, para melhor compreender a sua estrutura, é importante clarificar que os quinze elementos da amostra trabalham em sete ACeS do Grande Porto.

4.1. Identificação e caracterização dos profissionais entrevistados

Como referimos anteriormente, foram realizadas quinze entrevistas a assistentes sociais dos diversos ACeS da área geográfica já mencionada. A tabela 3 sintetiza a informação relativa ao número de profissionais entrevistados em cada um dos sete ACeS abrangidos no estudo.

Tabela 3. Total de profissionais entrevistados por ACeS

ACeS A	ACeS B	ACeS C	ACeS D	ACeS E	ACeS F	ACeS G
5	1	3	1	2	2	1

De modo a caraterizar a amostra, a tabela 4 retrata os atributos dos profissionais entrevistados em termos de sexo, grupo etário e habilitações literárias, sendo os dados apresentados em termos de contagem numérica por cada atributo.

Tabela 4. Caracterização demográfica dos entrevistados

Sexo	
Masculino	1
Feminino	14
Grupo etário	
Até 30 anos	1
De 31 a 49 anos	6
50 e mais anos	8
Habilitações literárias	
Licenciatura	13
Mestrado	2

Fonte: Entrevistas realizadas a profissionais

Tendo em conta, como aponta Carvalho (2010), que uma das características da profissão é o género feminino, a amostra não foge desse padrão. Assim sendo, no presente estudo, a população entrevistada é, maioritariamente, do sexo feminino, a média de idades ronda os 49 anos e o grupo etário dos 50 e mais anos é aquele que tem maior expressão. Relativamente às habilitações literárias, todos os entrevistados têm, no mínimo, a licenciatura em Serviço Social, tendo sido este, de resto, um dos critérios base para a seleção dos profissionais. As diferenças entre os elementos na amostra registam-se ao nível dos planos de estudos da Licenciatura: treze dos entrevistados têm uma licenciatura pré-Bolonha e dois entrevistados têm uma licenciatura pós-Bolonha. De referir que dois entrevistados são mestres.

A experiência profissional dos entrevistados (cf. Tabela 5) foi, também, um dos pontos de análise, tendo-se procurado perceber de que modo os campos de intervenção ao longo da trajetória podem influenciar a atual prática profissional dos assistentes sociais. Desta forma, foi recolhida informação sobre os trajetos profissionais dos entrevistados, o tempo de exercício da profissão nos cuidados de saúde primários, assim como as condições de emprego atuais. A tabela seguinte pretende ilustrar estas questões.

Tabela 5. Experiência Profissional dos entrevistados

Trabalhou sempre na área dos cuidados de saúde primários?	
Sim	1
Não	14
Tempo de exercício da profissão nos cuidados de saúde primários (anos)	
Até 5 anos	2
De 6 a 10 anos	2
De 11 a 15 anos	7
De 16 a 20 anos	4

Fonte: Entrevistas realizadas a profissionais

Apenas um dos quinze entrevistados teve como única experiência profissional os cuidados de saúde primários, facto que se deve, neste caso, à muito recente integração no mercado de trabalho. Quanto aos restantes entrevistados, oito profissionais exerceram funções na área da Segurança Social, estando ligados à ação social, a projetos educativos no âmbito do sucesso escolar, a projetos de recuperação de habitações de idosos e outras tarefas inerentes ao serviço. Por outro lado, há entrevistados com experiências laborais em centros sociais e paroquiais (ATL e centros de dia) e outras I.P.S.S., na área da saúde a nível hospitalar (em hospitais centrais e na antiga Maternidade Júlio Dinis), em órgãos de poder local (juntas de freguesia e câmara municipal), na ARS, I.P., no Instituto da Droga e da Toxicodpendência (IDT) e no Instituto Nacional para a Reabilitação (INR). São expostas, também, experiências profissionais na ação social escolar, na área da habitação e reabilitação urbana e na área da formação profissional.

Apesar da diversidade de percursos profissionais, é importante notar, porém, que há uma certa estabilidade nesta área de trabalho: sete dos quinze elementos trabalham nos cuidados de saúde primários entre onze e quinze anos e quatro profissionais têm precisamente vinte anos de serviço. Dos que trabalham há menos tempo, salienta-se que dois profissionais estão em exercício das funções há menos de dois anos. Dos quinze entrevistados, treze têm uma relação contratual estável (contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado), enquanto dois estão em condições especiais de empregabilidade: mobilidade intercarreiras e programas de empregabilidade do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP).

4.2. Caracterização do contexto institucional

De forma a enquadrar temporalmente a implementação e organização estrutural dos ACeS (personificação dos cuidados de saúde primários), foram colocadas, aos profissionais, questões relativas a este tema. Inicialmente, o objetivo passava pela compreensão da estrutura organizacional, de modo a explicitar a inserção dos profissionais. Posteriormente, revelou-se pertinente perceber o modo como os profissionais em causa apreendem e percebem o contexto institucional.

O ano de implementação dos ACeS em que se desenvolveu o estudo é determinado por um documento legal, embora a sua implementação efetiva se tenha dispersado por um período de tempo superior a um ano. Alguns dos entrevistados não conseguiram precisar o ano de implementação.

A criação dos ACeS surge, como já referido, na sequência da reforma iniciada em 2005 e implicou uma série de mudanças estruturais:

“Uma organização que fez com que, teoricamente, se descentralizasse os poderes de decisão. O poder está mais próximo da realidade. Antigamente, havia a ARS e as sub-regiões por distrito com determinados poderes. Era um sistema piramidal, ARS, sub-regiões e os centros de saúde com os diretores dos centros de saúde e os profissionais. As sub-regiões acabaram e agruparam os centros de saúde, que eram muitos. A ARS deixou de ir diretamente a cada centro de saúde, mas a cada agrupamento. O problema que surge com a reestruturação é um problema de delegação de poderes. Os elementos do ACeS não têm os mesmos poderes que as sub-regiões e, a nível da gestão, a melhoria, justificação para a reestruturação, não existe.” - E13

“Existem USF que são constituídas só por médicos, enfermeiros e secretários clínicos. Na USP estão os delegados de saúde, os técnicos de ação sanitária e enfermeiras de saúde comunitária e faz os atestados multiusos, as juntas médicas de avaliação da incapacidade, as colheitas de água das piscinas e dos locais públicos, as vistorias a nível de salubridade. (...). Há a unidade de recursos assistenciais partilhados, em que estão os assistentes sociais porque são partilhados por todas as outras unidades.” - E2

Com base em informação recolhida em documentos disponíveis online, chegou-se à conclusão que todos os ACeS dispõem de USF, UCC, URAP e USP. Em seis dos sete ACeS em estudo existem UCSP.

“Há USF e a tendência é para aumentarem. Com a reforma dos cuidados de saúde primários é necessário substituir os antigos centros de saúde e as UCSP por USF.” - E12

Como órgãos do ACeS estão, segundo o artigo 18º do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, o diretor executivo, o conselho executivo, o conselho clínico e o conselho da comunidade. Este último é mencionado por um dos entrevistados, que explica: *“Existe o Conselho de Comunidade...que conta com outros elementos presentes das várias instituições da comunidade como a PSP e as escolas (...) É um conselho consultivo, reúne 2 vezes no ano”*

(E2). Por sua vez, nos serviços de apoio, são identificados o gabinete do cidadão e a unidade de apoio à gestão (UAG) (artigo 35º- Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de fevereiro). O gabinete do cidadão “*É um local onde os utentes se poderão dirigir por agendamento e trata-se de reclamações, elogios e sugestões.*” (E4). No que diz respeito ao acesso aos serviços do Serviço Social, os utentes apenas o podem fazer se forem referenciados:

“Há ... unidades a que o utente pode ir diretamente e ... unidades a que só pode ir referenciado. O utente só pode vir ao Serviço Social da saúde referenciado, assim como à UCC e URAP. Pode ir diretamente à USP.” - E13

O artigo 15º do referido Decreto-Lei diz respeito à coordenação das respetivas unidades. Deste modo, sabendo que os assistentes sociais integram a URAP e que, por isso, só podem coordenar a referida unidade, é pertinente referir que o mesmo impõe como requisito a experiência de cinco anos na área profissional.

“A URAP funciona por solicitações, sendo que as outras unidades precisam de nós e solicitam, com base na folha de referência interna, que é enviada para o e-mail institucional” - E6

Quanto às principais problemáticas de cada agrupamento em estudo, e de acordo com a visão dos profissionais entrevistados, salientamos o envelhecimento como aquele que tem maior expressão. Em menor expressão, mas também importante é a problemática dos menores em risco (cf. Tabela 6).

“A problemática mais expressiva, no meu trabalho, são as crianças e jovens em risco. No das minhas colegas é mais os idosos.” - E11

Tabela 6. Problemáticas mais expressivas em cada ACeS

ACeS A	Envelhecimento: isolamento social; dependências ligadas a patologias Crianças e jovens em risco: casos de não vigilância na saúde; alcoolismo em progenitores
ACeS B	Envelhecimento: isolamento social
ACeS C	Envelhecimento: pobreza; falta de retaguarda familiar; isolamento social Grávidas em risco social
ACeS D	Envelhecimento: problemas de saúde mental; pobreza extrema isolamento social; falta de retaguarda familiar Crianças e jovens em risco: negligência
ACeS E	Envelhecimento: dependências Crianças e jovens em risco
ACeS F	Pobreza Envelhecimento: pobreza; isolamento social; dependências
ACeS G	Envelhecimento: dependência

Fonte: Entrevistas realizadas a profissionais

De forma geral, as problemáticas mais identificadas estão relacionadas com os idosos, realidade que pode ser explicada pelo elevado índice de envelhecimento²⁰, em Portugal e, também, nos sete ACeS envolvidos, em comparação com o índice de dependência de jovens²¹. Com base em informação do Instituto Nacional de Estatística (INE), o índice de envelhecimento, em 2016, foi de 150,9 habitantes, enquanto o índice de dependência de jovens de 21,6. A par desta questão, é importante ter em conta, como mostrado por Bandeira *et al.* (2014), a descida das taxas de natalidade²², assim como o aumento da esperança média de vida²³, que provocam, no seu conjunto, o envelhecimento populacional.

Mais concretamente, sem especificar cada ACeS e com base em informações disponíveis no site da ARSN, I. P. e nos planos locais de saúde dos agrupamentos, o índice de envelhecimento situa-se entre os 104,2 e os 222,6, enquanto que o índice de dependência de jovens varia entre os 20 e os 22. De constatar que, em todos os casos, o grupo etário dos 15 aos 65 anos é o que mais agrega população, seguido do grupo etário dos 65 ou mais anos e, por último, pelo grupo etário dos 0 aos 14 anos.

²⁰ $(\text{Pessoas com 65 anos e mais} / \text{Pessoas dos 0-14 anos}) \times 100$

²¹ $(\text{Pessoas dos 0-14 anos} / \text{Pessoas de 15 a 64 anos}) \times 100$

²² De acordo com dados estatísticos do INE, a taxa bruta de natalidade é de 8,4 por cada 1000 habitantes.

²³ A esperança média de vida era, entre 2014 e 2016, de 80,62 anos de idade, segundo dados do INE.

Ao ser deparado com a questão sobre as problemáticas mais expressivas no ACeS, um dos entrevistados identificou um dos obstáculos que surge na resolução e acompanhamento de determinados casos:

“Há situações que não chegam ao Serviço Social e quando chegam já estão em situação extrema, devido à pouca percepção.” - E2.

Neste caso, alguns dos entrevistados apontaram como origem desta situação o facto de alguns profissionais da saúde não terem sensibilidade social para detetar os sinais e sintomas do risco, pelo que não recorrem a qualquer núcleo profissional para pedir orientações e conselhos sobre o caso em concreto. Neste seguimento, é importante reforçar que a lei de criação dos NACJR e dos NHACJR determina a responsabilidade particular dos profissionais de saúde na deteção, acompanhamento e prevenção dos casos de risco, pela inerência da sua profissão ao contactarem diretamente com os menores e ao poderem adotar outro tipo de procedimentos.

Estando, ainda, o sistema de saúde a ser influenciado pela reforma implementada a partir de 2005, que conduziu à criação dos ACeS, tornou-se adequado perceber se a constituição dos mesmos acarretou mudanças na problemática da infância e juventude em risco. Percebeu-se, assim, que seis entrevistados são da opinião que houve alterações na problemática em referência com a constituição em ACeS, enquanto oito entrevistados são da opinião de que não houve, efetivamente, alterações. Um dos entrevistados não soube responder por estar inserido há pouco tempo no serviço.

Um dos entrevistados, que considerou não ter havido mudanças na problemática com a criação do ACeS, afirmou que as alterações ocorridas nesta estão relacionadas, essencialmente, com a maior preocupação e proteção social conferida à infância e juventude e à obrigatoriedade legislativa e não propriamente à criação do ACeS.

A alteração legislativa e a maior preocupação que, nos últimos anos, tem vindo a ser atribuída às crianças e aos jovens e à sua proteção, são, em nosso entender, razões que explicam a percepção dos entrevistados no sentido da existência de mudanças. No que diz respeito, especificamente, às mudanças ao nível da infância e juventude, entendidas pelos profissionais como resultado da criação dos ACeS, salientamos: elevada cobertura de médicos de famílias; existência de mais sinalizações de casos de risco ao Serviço Social (*“Com a reestruturação começaram a haver mais sinalizações para o Serviço Social, de crianças e outros grupos etários”* (E6)); maior empenho, por parte dos profissionais, para dar

resposta aos casos (*“Penso que os profissionais estão mais empenhados em dar resposta às situações.”* (E15)); a melhoria no sistema informático com concentração da informação sobre os utentes (permitindo ao médico *“...saber os utentes que possam estar perdidos.”* (E2)) e a criação do NACJR. Por outro lado, são, ainda, assinaladas mudanças no sentido de uma certa perda de importância do Serviço Social na saúde em matéria de sinalização de casos de crianças e jovens em risco devido à maior concentração dos casos nas CPCJ (*“As situações de risco não surgem tanto no Serviço Social da saúde como antes porque estão na CPCJ.”* (E3)). Foi, também, referido que, pelo facto de alguns grupos de trabalho focados na infância e juventude em risco terem sido fundidos em um só NACJR, consequência da criação do ACeS e da falta de recursos humanos, houve uma diminuição do número de casos acompanhados pelo NACJR. Ou seja, se existissem mais grupos de trabalho, e não apenas um, havia mais profissionais envolvidos, com mais frequência no terreno e, nesse sentido, a intervenção chegaria a mais populações e contextos.

No caso das respostas negativas, de notar que um dos entrevistados considerou não ter havido qualquer mudança, porque, como já havia trabalhado com a área da infância e juventude em risco, a implementação dos NACJR não alterou as suas práticas. Contudo, refere que, para os outros, a criação do Despacho nº 31292/2008, que cria os grupos de trabalho em referência nos centros de saúde, provocou *“...um aumento da responsabilização por parte da saúde e dos profissionais na proteção dos menores.”* (E12), ao mesmo tempo que *“...dá importância e responsabiliza os profissionais de saúde pela proteção e cuidado com as crianças. A deteção e denúncia do risco é uma responsabilidade dos profissionais de saúde, dos médicos acima de tudo...”* (E12).

Procurando explicar o desenvolvimento da prática profissional do assistente social nos cuidados de saúde primários, os entrevistados foram desafiados a identificar as principais dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social no contexto institucional em que trabalham. É importante esclarecer que alguns entrevistados identificaram dificuldades dentro do seio institucional (oito respostas) (cf. Tabela 7), enquanto outros identificaram fatores externos aos cuidados de saúde primários (sete respostas). Além do mais, três entrevistados não apontaram quaisquer dificuldades, considerando o contexto em causa como facilitador da prática. Por sua vez, um dos entrevistados considera a existência de dificuldades transversais a todos os serviços, não tendo identificado qualquer uma internamente. Em síntese, direcionado o foco para as dificuldades internas enfrentadas pelo Serviço Social nos ACeS, sobressai uma área principal: a ausência ou escassez de recursos humanos. Para além dessa, são, ainda, apontadas outras dificuldades como a de

implementação de um trabalho de equipa efetivo, a de desenvolvimento de trabalho de prevenção, a dificuldade em termos de mobilidade para realizar as visitas domiciliárias e outras tarefas exteriores à unidade de saúde, pelo número reduzido de carros de serviço, bem como dificuldades advindas do reduzido apoio administrativo prestado ao Serviço Social.

Tabela 7. Principais dificuldades internas do Serviço Social por ACeS

	ACeS A	ACeS B	ACeS C	ACeS D	ACeS E	ACeS F	ACeS G
Ausência de recursos humanos	--	x	--	x	x	x	x
Outras	x	--	--	x	--	--	x

Fonte: Entrevistas realizadas a profissionais

Importa, aqui, citar um dos entrevistados que menciona que as situações não são apresentadas a tempo aos assistentes sociais, sendo que “*Só quando surge os problemas é que falam com o Serviço Social (...) Muitas vezes o Serviço Social serve para “colar”.*” (E2). Pode estar em causa a perceção de que o trabalho do Serviço Social está, apenas, relacionado com a solução dos problemas imediatos dos indivíduos, grupos e comunidades. Contudo, é imprescindível que a visão sobre a intervenção social siga, paralelamente, outros caminhos. Para além de servir de suporte na busca por soluções para os problemas imediatos, os assistentes sociais são, também, competentes e responsáveis pela prática de um trabalho de prevenção, de *empowerment*, de mudanças nos contextos de vida dos indivíduos, grupos e comunidades e de promoção dos direitos humanos, implicando, necessariamente, o apelo da sua intervenção em casos mínimos de suspeita. Esta premissa está exposta no Código de Ética e Deontológico que atribui como responsabilidades profissionais a procura por respostas para as necessidades dos utentes, como também o desenvolvimento das suas potencialidades. Já no que diz respeito às dificuldades enquadradas no ambiente externo, foram apontadas, como principais: a ausência ou escassez de respostas na comunidade e respostas não atempadas por parte das instituições externas.

Assim, como expõe Iamamoto (1998), o Serviço Social, na prática, não é uma profissão liberal, uma vez que o assistente social não é detentor de todos os meios necessários, como os financeiros e humanos, para a concretização do seu trabalho, estando dependente dos recursos prenunciados nos programas e projetos institucionais. Como evidente no caso dos entrevistados, esta dependência inibe a prática profissional,

não permitindo a continuidade da intervenção ou, pelo menos, potenciando o atraso da mesma.

Tabela 8. Análise SWOT

FORÇAS	FRAQUEZAS
<p>Abertura por parte dos níveis hierárquicos superiores para desenvolvimento do trabalho</p> <p>Articulação entre os profissionais da saúde</p> <p>Colaboração de outras áreas profissionais</p> <p>Disponibilidade de recursos logísticos</p> <p>Divulgação atempada de informação atualizada</p> <p>Empatia dos profissionais</p> <p>Existência de equipa específica para trabalhar a infância e juventude em risco - NACJR</p> <p>Implicação e envolvimento de outros profissionais nas problemáticas</p> <p>Realização de acompanhamento de proximidade</p> <p>Trabalho em equipa e pluridisciplinar</p> <p>Proximidade entre os profissionais</p> <p>Natureza e especificidade do serviço social na saúde</p>	<p>Baixo número de horas adstritas à atividade do NACJR</p> <p>Défice comunicacional entre os profissionais e distância física entre os mesmos, utentes e unidades funcionais</p> <p>Descrédito por parte das chefias face ao trabalho desenvolvido</p> <p>Dificuldade em agendar visitas domiciliárias por ausência de recursos e tempo</p> <p>"<i>Estanquidade institucional</i>" (E13) do ACeS</p> <p>Falta de colaboração das unidades de saúde nas referências de menores em risco</p> <p>Falta de recursos humanos e materiais</p> <p>Falta de tempo dos assistentes sociais para trabalhar a prevenção</p> <p>"<i>Falta de tempo ou insensibilidade</i>" (E9) por parte de alguns profissionais para o risco</p> <p>Horário de trabalho: situações que surgem em cima da hora ou atendimentos que se estendem</p> <p>Impossibilidade de dar respostas imediatas</p> <p>Incapacidade de respostas atempadas nas especialidades</p> <p>Indefinição de escalas de medição, reuniões e tarefas</p> <p>Pouco trabalho em equipa</p>
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<p>Adesão da família à intervenção</p> <p>Articulação da equipa de saúde com o NACJR e instituições da comunidade</p> <p>Disponibilidade dos profissionais para acompanhar casos</p> <p>Existência de leis e políticas sociais</p> <p>Existência de retaguarda familiar</p> <p>Relações familiares próximas e sólidas</p> <p>Trabalho em rede com entidades externas aos CSP</p>	<p>Ausência de equipamentos sociais de resposta</p> <p>Dificuldades económicas dos utentes</p> <p>Inexistência de retaguarda familiar</p> <p>Não adesão das famílias à intervenção</p> <p>Padronização das respostas</p> <p>Políticas sociais</p> <p>Falta de colaboração e capacitação por parte dos pais</p> <p>Dificuldades económicas</p>

Fonte: Entrevistas realizadas a profissionais

Neste âmbito, partindo sempre da percepção dos assistentes sociais entrevistados, procedeu-se à elaboração da análise SWOT (cf. Tabela 8) que aponta as forças e fraquezas, subjacentes à organização interna, como também as oportunidades e ameaças, provenientes do ambiente externo.

Após a exploração da análise interna e externa, parece pertinente refletir sobre a questão dos espaços físicos, definidos por Fischer (1994) como o “*universo particular, onde se reúne, por algum tempo, um conjunto de indivíduos e onde se desenrolam atividades definidas*” (1994, p. 137), uma vez que estes reúnem um conjunto de fatores que são importantes no desenvolvimento da atividade profissional. Tendo por base as regras de organização dos espaços propostas por Fischer (1994) (regras de afetação, de fruição pontual, de divisão do espaço segundo o nível hierárquico e de proibição de acesso), percebe-se que os espaços são criados e delimitados a partir de um modelo funcional, que segue regras e que, por isso, tornam-se espaços padronizados, que agregam um conjunto determinado de membros e equipamentos. É importante que objetos, pessoas e serviços estejam no seu e num lugar, pelo que devem ser distribuídos de modo a que sejam “*referenciáveis e visíveis a cada instante*” (*idem*, p. 138). Garantida esta regra, cada indivíduo sabe a que sala se dirigir quando quer tratar um determinado assunto, ligado, por exemplo, à ação social (regras de afetação), permitindo, por isso que as pessoas sejam melhor acompanhadas e controladas. Acresce-se, igualmente, a importância de haver espaços delimitados para descanso dos profissionais, como ocorre em alguns dos ACeS (regra de fruição pontual), funcionando, em determinadas situações, como fuga à pressão vivida em outros espaços institucionais. Também a regra de divisão dos espaços deve ser adotada na organização dos mesmos, de modo a não inibir ou prejudicar a prática e interação profissional. Assim, os espaços devem ser de direito dos profissionais, consoante os níveis hierárquicos, pelo que outros não podem ter acesso ao mesmo (regra de proibição de acesso). A partir da conceção das regras precedentes, compreende-se que o indivíduo integra um espaço controlado, que organiza as relações nele ocorridas, pelo que a sua liberdade é alvo de controlo. O espaço institucional define o papel do profissional, ou seja, as atividades que o mesmo executa, como também o modela e, portanto, este deve respeitar as normas determinadas pela organização. Estes são, portanto, fundamentais na estruturação e organização da prática profissional do assistente social, uma vez que fornecem um modelo baseado na ordem e em regras. Em suma, fornecem o quadro de intervenção profissional, isto é, determinam as funções e os serviços aos profissionais. Por outro lado, e salvaguardando os aspetos positivos da

existência de regras, estas mesmas podem não ser as mais concordantes com a prática profissional, funcionando, neste sentido, como obstáculo à ação profissional.

No caso dos espaços físicos dos agrupamentos em referência, a análise só poderá recair sobre alguns edifícios, um de cada ACeS, não se podendo determinar que a realidade seja igual em todas as unidades de saúde. Pelo observado, estes seguem as regras apontadas por Fischer (1994), uma vez que em todos os ACeS os assistentes sociais estão destacados numa determinada unidade funcional (URAP), no gabinete ou gabinetes da ação social, pelo que os utentes e profissionais que queiram lá chegar são orientados por placas informativas e por profissionais do serviço. Além do mais, cumprem a regra de divisão do espaço de acordo com o nível hierárquico e de proibição de acesso, havendo espaços restringidos a determinadas pessoas. Por outro lado, e mais uma vez pelo observado, a regra de fruição pontual está presente em três ACeS, não sendo possível, contudo, concluir a existência ou inexistência da mesma nos restantes quatro.

Assim sendo, quanto aos espaços físicos de que os profissionais podem dispor para o exercício da sua atividade profissional, retém-se que as condições físicas e de disponibilidade de recursos logísticos variam de unidade para unidade.

“Aqui divido com outra assistente social, mas em ... tenho uma sala só para mim, difere de unidade para unidade. Umas têm instalações próprias, outras têm que dividir com alguém.” - E1

Em relação à privacidade para trabalhar e atender os utentes, verificou-se, em cinco casos, pelo exposto por alguns entrevistados, que o gabinete do assistente social é partilhado com outro assistente social:

“Podemos ter que dividir os espaços com alguém, mas são razoáveis.” - E1

Globalmente, os entrevistados podem contar com espaços adequados ao exercício da sua prática, embora, em alguns casos, tenha sido salientada a ausência de privacidade por partilha do gabinete com outros profissionais, de espaços de reunião indispensáveis para a partilha de experiências e discussão conjunta de problemas, de materiais, como armários para o arquivo de processos e a distância física entre as unidades funcionais do ACeS, que constitui um obstáculo em termos de proximidade e acessibilidade entre os profissionais.

“Há espaços, mas faltam materiais, poucos armários, tenho caixas com processos no chão, aguardando armários.” - E10

Por outro lado, e não tão voltado para os espaços físicos, um entrevistado apontou o fraco desenvolvimento informático do SClínico²⁴ para a área do Serviço Social, passando a citar:

“...a nível de sistemas de informações, o SClínico deveria estar mais desenvolvido. Neste momento, é um programa que só está desenvolvido para a Nutrição e seria importante que se alargasse a outras áreas profissionais para a monitorização e caracterização da intervenção profissional. O SClínico é o programa que está homologado e é utilizado por outros profissionais como médicos e enfermeiros.” (E6). De destacar que, num dos ACeS, houve uma recente atualização dos computadores o que, segundo um entrevistado, “...deu ânimo para o trabalho. Era um grande obstáculo querer trabalhar e as máquinas não funcionarem.” - E4

Da observação realizada nas unidades funcionais que serviram de local para a aplicação das entrevistas resulta que: todas dispõem de gabinete para o Serviço Social (em alguns casos o espaço é dividido por mais do que um profissional); algumas dispõem de sala de reuniões; algumas dispõem de uma pequena sala comum para os profissionais.

“As USF têm tudo o que pedem, os parentes pobres são as UCC e a URAP, mais a URAP. Temos espaço, não é bonito, mas é funcional.” - E9

Apesar de esta dimensão ser analisada por se considerar que os espaços físicos podem influenciar a prática profissional, há quem defenda que a motivação e o empenhamento profissional são mais importantes para o desempenho da atividade:

“Há unidades em que os espaços físicos são mais fracos, mas se as pessoas quiserem intervir o espaço físico não é barreira. Não é por haver pouco espaço que as pessoas deixam de fazer.” - E3

²⁴ Sistema de informação desenvolvidos pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde partilhado por todos os profissionais da saúde.

Uma outra dimensão fundamental para compreender a eficácia das práticas prende-se com a análise dos modos de comunicação entre profissionais, ou seja, perceber se existem canais adequados para a circulação de informação. Os sistemas de comunicação formais e informais são determinados pela estrutura organizacional, entendida como o “*total da soma dos meios utilizados para dividir o trabalho em tarefas distintas e em seguida assegurar a necessária coordenação entre as mesmas.*” (Mintzberg, 1979, p. 20). Esta estrutura permite a criação dos sistemas de comunicação formais (estabelecidos na hierarquia) e informais (resultado da comunicação espontânea entre os membros). Partindo da convicção de que é neste que fluem as informações, é pertinente que o mesmo seja adequado, de modo a alcançar os objetivos institucionais e profissionais declarados. As formas de comunicação analisadas colocam em referência os modos de articulação entre os assistentes sociais do ACeS e entre estes e outros profissionais do agrupamento (cf. Tabela 9), bem como a articulação entre os assistentes sociais do ACeS e profissionais de outras entidades (cf. Tabela 11).

Tabela 9. Formas de comunicação entre assistentes sociais e entre estes e profissionais do ACeS

	Contacto presencial	Email	Reuniões	Telefone	Telemóvel de serviço	Outras
E1	x	x	x	x		Ficha de referência para a URAP
E2	x	x	x	x		
E3	x	x	x	x	x	
E4	x	x	x			Links de referência - google- meio prioritário
E5	x		x	x		
E6		x		x		Reflexão mensal com a Psicologia (partilha de experiências, apresentação e discussão de casos)
E7	x	x	x	x		
E8	x	x	x	x		
E9		x	x	x		
E10	x	x		x	x	
E11	x	x	x	x		Hangouts - Plataforma de mensagens instantâneo
E12		x	x	x		
E13	x					
E14	x	x	x	x	x	
E15	x	x		x		
TOTAL	12	13	11	13	3	

Fonte: Entrevistas realizadas a profissionais

Comprovou-se, assim, que os canais privilegiados para a circulação de informação entre os profissionais são: o e-mail e o telefone (indicados por treze entrevistados), seguidos do contacto presencial (indicado por doze entrevistados) e das reuniões (indicadas por onze entrevistados).

“Fazemos algumas reuniões entre assistentes sociais do ACeS... No último ano, não ficou definido qualquer periodicidade para as reuniões, quando há urgência reunimo-nos.” - E1

A incapacidade em definir um período para a concretização das reuniões de equipa é explicada, por um dos entrevistados, pela quantidade de trabalho a realizar e pela falta de tempo para outras questões:

“Entre nós, assistentes sociais, é muito difícil, temos alguma dificuldade para juntarmo-nos enquanto grupo, porque algumas de nós têm muito trabalho e não têm tempo. É difícil disciplinarmo-nos para elaborar algo formal.” - E1

Consideramos que este é um dos obstáculos à prática profissional, não permitindo, como refletido por Granja (2008), a criação de espaços de reflexão, de debate e partilha de experiências e casos sociais, nem a construção de documentos formalizados que sirvam de suporte ao exercício profissional.

Por sua vez, dois entrevistados identificam as reuniões mensais da URAP e do Serviço Social, sendo que nestas últimas, num dos casos, *“O Serviço Social aproveita, quase sempre, o fim da reunião da URAP para reunir. Tentamos reunir uma vez por mês.”* (E5). As reuniões são *“...um espaço de reflexão, discussão de casos e práticas e de esclarecimento de dúvidas.”* (E9). As reuniões com as equipas de saúde familiares são relatadas por um entrevistado que expõe: *“Há reuniões com médicos, enfermeiros, quando necessário.”* (E11). Num outro ACeS, as reuniões da URAP são semanais, enquanto as reuniões do Serviço Social ocorrem sempre que os assistentes sociais tenham necessidade, não havendo, por isso, a definição de uma periodicidade.

“...em relação ao Serviço Social, sempre que precisamos de ajuda falamos umas com as outras, não há reuniões definidas, consoante a necessidade reunimo-nos ou ligamos umas para as outras.” - E8

Apenas um entrevistado fez referência à inexistência de articulação entre os assistentes sociais do ACeS: *“Entre assistentes sociais do ACeS raramente há comunicação.”* (E14).

Concluimos, quanto a esta dimensão, que existem canais de comunicação entre profissionais, embora não estejam, na maior parte dos casos, formalizados. Por exemplo, as reuniões, fundamentais para a partilha e para a tomada de decisão conjunta, não têm periodicidades estabelecidas, ocorrendo de forma irregular consoante os agrupamentos e as necessidades dos profissionais. Por outro lado, embora existam, partindo do modelo disposto no guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção (Menezes & Prazeres, 2011), foram poucos os entrevistados que fizeram referência à utilização de fichas de referenciação²⁵, transmitindo que, em muitos casos, as referenciações são feitas presencialmente e por telefone. Esta questão não se restringe apenas às fichas de referenciação internas, mas também ao modo como cada profissional constrói a sua ficha sobre as informações dos utentes que atende e acompanha.

“Ainda está muito presente o hábito de referenciar por telefone, mas está a melhorar.” - E12

“Os médicos vêm, frequentemente, ao meu gabinete para expor a situação ou trazem o papel, não havendo, ainda, muita obrigatoriedade em referenciar pelo SClínico, que já é possível. Funciona muito por falar pessoalmente ou ligar.” - E5

“Não há modelos de registos formais nem fichas de sinalização próprias. Somos nós, Serviço Social, que podemos ter um documento minimamente feito e que enviamos para a CPCJ. Não há fichas próprias na nossa área. Há para registos internos, a nível informático temos, mas para fora não.” - E5

“Estamos um pouco atrasados em relação aos documentos. A nível do funcionamento do Serviço Social, cada profissional tem a sua ficha de Serviço Social, não existe uma uniformizada para todos. Se quisermos fazer uma

²⁵ Este documento consta do Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção (Menezes & Prazeres, 2011) no seu Anexo I.

referenciação para o Ministério Público, o documento não é da unidade em que trabalho (URAP), mas do ACeS tendo de ir sempre à diretora executiva.” - E10

Parece importante expor que o guia acima mencionado (Menezes & Prazeres, 2011), para além de conter a ficha de sinalização para os cuidados de saúde primários, congrega, também, o modelo de relatório para a aplicação de procedimentos de urgência na ausência de consentimento por parte dos progenitores ou de quem tem a guarda de facto (artigo 91º da Lei nº 147/99, de 1 de setembro) e o modelo de relatório para denúncia de casos de maus-tratos ao Ministério Público, como crime público²⁶. Percebeu-se, junto dos profissionais entrevistados, que os mesmos são instrumentos de trabalho em caso de necessidade, assim como o guia de registo de visitas domiciliárias.

Ainda dentro deste campo, analisou-se a questão da articulação entre os assistentes sociais do ACeS e profissionais de outras entidades, procurando perceber de que modo se processa, ou não, o trabalho em rede, com a convicção de que este é uma ferramenta imprescindível para enfrentar o risco a que os menores estão sujeitos. Reconhecendo a complexidade e o dinamismo da realidade social, a intervenção junto de menores em risco deve ser operacionalizada em um trabalho de articulação, de rede, em que estejam presentes os elementos que intervêm em matéria de infância e juventude, de modo a agregar um conjunto mais alargado de recursos e respostas.

O conceito de rede aponta, de acordo com Carrilho (2008), para um conjunto de ligações em que estão presentes atores coletivos e individuais, assim como regras que possibilitam o seu funcionamento. As parcerias, como modos de trabalho, surgem, assim, como dinamizadoras da rede, possibilitando a sobrevivência da mesma. Para Neves (2009) as redes são sistemas organizacionais que congregam indivíduos e instituições, envolvidos em torno de objetivos em comum.

Torna-se importante referir esta questão para mostrar a importância do estabelecimento de parcerias e do trabalho em rede, uma vez que promove o sentimento de cooperação e ajuda entre as instituições, sendo uma mais-valia para os utentes, uma vez que usufruem de respostas pensadas por mais do que um profissional, envolvidas em um processo de articulação das competências e esforços dos profissionais. É importante que todos os assistentes sociais e instituições que intervêm neste campo sejam

²⁶ Estes documentos constam do Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção (Menezes & Prazeres, 2011) nos seus Anexo V e VI.

conhecedores da rede, que estejam em conexão com a mesma e envolvidos na proteção das crianças e jovens.

Neste estudo, todos os entrevistados afirmaram articular-se com outros profissionais de diversas entidades da comunidade:

“...estamos numa profissão em que tem que haver, na saúde é obrigatório.” - E13

Assim como esclarece Banks (2001), as atuais políticas de saúde implicam, necessariamente, o trabalho em conjunto entre os profissionais de diferentes áreas do saber. No caso da proteção infantil, o trabalho em conjunto poderá ser desenvolvido com a polícia, professores, médicos e outros, sendo que os objetivos fundamentais deste trabalho passam pela melhoria na prestação dos cuidados e pela tomada de decisões coletivas e sustentadas, baseadas em diversas perspetivas profissionais.

Embora haja variedade nas outras instituições da comunidade com os quais os profissionais se articulam e que depende do tipo de problemas a resolver (*“...depende da situação a tratar no momento.”* (E11)), é possível identificar um núcleo importante (cf. Tabela 10). Salientamos, das instituições referenciadas, a importância do trabalho com os órgãos de poder local - câmaras municipais e juntas de freguesia -, bem como com a Segurança Social, o Tribunal, a CPCJ e outras instituições ligadas à justiça e, ainda, as I.P.S.S.

Tabela 10. Tipo de instituições com as quais os profissionais estabelecem contactos no exercício da sua atividade profissional

	Nº de entrevistas em que são referidas
Poder local (câmara municipal e junta de freguesia)	13
Segurança Social	14
Tribunal, CPCJ e outras instituições ligadas à justiça	11
Outras instituições de saúde	8
Escola	8
Instituições de Ação Social (I.P.S.S. e outras)	11
Polícia	4
Associações diversas (inclui Bombeiros e ONG)	5

Fonte: *Entrevistas realizadas a profissionais*

Esta articulação operacionaliza-se, essencialmente e de acordo com os entrevistados, por telefone (quinze respostas), seguido do e-mail (catorze respostas). As outras opções, embora presentes, são menos referenciadas.

“As visitas são em função da situação, da urgência e da complexidade da situação.”

- E1

“Tento sempre que exista algo escrito, por mínimo que seja. É o meu método de organização. É por telefone, essencialmente, ou por e-mail, cada vez mais.” - E2

Tabela 11. Formas de comunicação entre assistentes sociais e profissionais externos

	Contacto presencial	E-mail	Reuniões	Telefone	Telemóvel de serviço	Visitas domiciliárias	Outras
E1		x	x	X		x	Envio de informações para Gabinete da Rede Social
E2		x		X			
E3		x		x		x	
E4	x	x		x		x	
E5		x		x		x	
E6				x	x	x	
E7	x	x		x			Debate de casos nas reuniões do Núcleo Local de Intervenção (NLI)
E8		x		x			
E9		x	x	x			
E10		x		x			
E11	x	x	x	x			
E12	x	x	x	x		x	
E13	x	x	x	x			
E14	x	x	x	x			
E15	x	x		x	x		
<i>Total</i>	7	14	6	15	2	6	

Fonte: Entrevistas realizadas a profissionais

Nesta perspetiva, os entrevistados analisaram e descreveram o trabalho em rede, na sua maioria, como muito importante e uma mais-valia para a prática profissional na medida em que permite um trabalho mais eficaz, nomeadamente na mobilização de apoios e recursos para os utentes.

“É uma mais-valia sempre, facilita muito o trabalho...” - E15

“Sempre que preciso de informações, contacto colegas de outras entidades, CPCJ, I.P.S.S., Junta de Freguesia, etc.” - E6

“Não podemos trabalhar se não for em rede, porque não somos autossuficientes. Articulamos para dar uma resposta mínima às aspirações e aos problemas dos utentes. Ninguém tem uma resposta direta a não ser a Segurança Social, que dá dinheiro.” - E13

“...precisamos muito uns dos outros para conseguir desenvolver parte do nosso trabalho.” - E7

“Se o trabalho em rede não fosse feito não conseguíamos dar respostas.” - E8

O trabalho em rede é entendido, nesta perspetiva, como fundamental para a intervenção, permitindo o contacto entre pessoas com competências vastas nas mais variadas áreas do saber e, por sua vez, por enriquecer o projeto estabelecido entre as diferentes instituições. Apesar de considerado funcional e bem ativo, o trabalho em rede encontra, também, constrangimentos. Alguns prendem-se com a própria forma de organização do trabalho, neste caso, a falta dela:

“...podia funcionar melhor. É importante criar formas de articulação mais bem definidas e haver protocolos. É necessário definir um mecanismo de articulação em papel formalizado para registos das situações, porque podem desaparecer. É uma forma de organização e de salvaguarda para os profissionais, porque ninguém dá garantias de que aquele profissional vá dizer a mesma coisa passado algum tempo (...). Formalizar é importante, por boca e e-mail não, para não ser arcaico nem rudimentar.” - E1

“...falta de confiança na informação que é dada pelos profissionais. Ou seja, muitas vezes, enviava informação detalhada para ... a solicitar apoio e as colegas acabavam por voltar a chamar o utente ao serviço e pedir novamente a documentação.” - E4

Para além disso, são, também, apontados como obstáculos ao trabalho em rede a falta ou escassez de respostas comunitárias:

“Deveria haver mais lares e estruturas porque nem sempre há respostas para as necessidades. Vamos trabalhando com as famílias e com as crianças, mas, por vezes,

há necessidades que não são satisfeitas por falta de estruturas apropriadas disponíveis.” - E10

Em continuidade e para corroborar a necessidade de articulação entre o Serviço Social da saúde e entidades da comunidade, foi solicitado aos entrevistados que apresentassem alguns exemplos práticos. Apresentamos, assim, apenas cinco desses exemplos, selecionados tendo por base o critério de se referirem a situações que envolvem crianças e jovens.

Exemplo 1

“A colega da Junta de Freguesia contactou-me porque detetou alguns comportamentos de risco. Articulei com a colega da escola porque a criança frequentava-a. Definimos algumas estratégias e o que cada uma podia fazer. Estive na linha de acompanhamento da questão de saúde da senhora. Como a criança tinha alguns antecedentes de maus-tratos a assistente social da escola viu a questão escolar e articulou com a professora. Em primeiro reuniram-se os técnicos e depois estes com o casal. Já foram feitas visitas para definir alguns procedimentos. Depois deu-se o feedback à colega do hospital, porque a senhora ia às consultas hospitalares, houve articulação com todos os organismos e cada um ficou responsável pela sua área.” - E1

Exemplo 2

“...foi sentido pelos assistentes sociais e pelo ACeS, dificuldade por parte dos utentes em se deslocarem às consultas hospitalares, quando o hospital ... encerrou. Têm que ir ao Hospital ... e havia muita dificuldade de deslocação porque não havia transporte direto. As entidades locais de ... conseguiram uma parceria com a Câmara Municipal ... que, atualmente, assegura o transporte, duas vezes ao dia, levando e trazendo os utentes de forma gratuita. Foi uma necessidade de quase todas as instituições locais, mas só foi possível em rede e com a articulação. A Câmara Municipal ... disponibilizou o transporte, a outra entidade o motorista” - E5

Exemplo 3

“Por exemplo, se um utente se dirige ao Serviço Social com carência económica, nomeadamente em questões alimentares, articulamos com outras entidades para tentar angariar cabazes de alimentos. Se for uma emergência social pode-se tentar alimentação confeccionada, se for do interesse do utente.” - E7

Exemplo 4

“Trabalhamos muito em rede. Uma situação ... de uma jovem grávida que pertence a uma médica, que é muita atenta. Não conhecia a jovem e a médica não tinha feedback para trás. Mandei o caso por e-mail para as colegas do NLI e para a colega da Junta de Freguesia com os dados do utente a explicar a situação, a perguntar quem a conhecia e uma das colegas respondeu. Sem articulação, não saberia.” - E9

Exemplo 5

“Os beneficiários têm direitos, mas também obrigações e, no programa do Rendimento Social de Inserção (RSI), está definido que os pais devem cumprir o plano de vigilância da saúde. Se uma criança não cumpre o plano, o primeiro passo é saber se a família beneficia do RSI e articular com a colega. Por vezes, conseguimos que a criança venha à vacina ou à consulta, ou que sejam alteradas situações de risco e se resolvam alguns problemas da família com consequências para o bem-estar das crianças” - E14

Tendo-se verificado que uma das formas de tratar a problemática da infância e juventude em risco nos cuidados de saúde primários passa pela existência de um grupo de trabalho específico - NACJR - torna-se pertinente elaborar um ponto de análise apenas para este, na medida em que estão incluídos, nos variados NACJR, grande parte dos elementos da amostra. O Despacho nº 31292/2008, de 5 de dezembro cria a “*Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*”, surgindo esta como uma resposta do SNS à problemática dos maus-tratos a menores. Uma das obrigadoriedades impostas foi a criação de equipas pluridisciplinares nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares, com atendimento pediátrico, designados, respetivamente NACJR e NHACJR. No que concerne à unidade funcional em que o NACJR está integrado, a determinação legal, declarada pelo Despacho nº 31292/2008, de 5 de dezembro, estabelece a possibilidade do NACJR estar inserido na unidade funcional mais adequada para o ACeS.

“... o núcleo está integrado num programa da DGS que prevê a prevenção dos maus-tratos a crianças/jovens. Surge na sequência do aumento do número destas situações que, em muitos casos, são tardiamente sinalizadas.” -E6

No total dos ACeS abrangidos pelo estudo existem dez NACJR: em três dos ACeS existem dois NACJR e nos restantes apenas um. Salientam-se três grupos de trabalho: dois por terem modos de organização próprios e um outro, que a investigação não

contemplou, por não contar com a presença de nenhum assistente social. Dos quinze entrevistados, apenas cinco não estão, nem estiveram anteriormente, integrados no grupo de trabalho. Quanto aos que estão integrados, de um modo geral, essa inserção remonta à criação do serviço no ACeS. Apenas um entrevistado referiu ter entrado no NACJR no momento da sua admissão como profissional no ACeS.

Todos os entrevistados consideraram a criação do NACJR como necessária e importante na medida em que:

- Alerta e sensibiliza os profissionais de saúde para a problemática;
- Permite dar respostas mais adequadas às problemáticas devido à existência de trabalho em equipa pluridisciplinar;
- Permite a monitorização e reunião de todas as situações de risco;
- Cria elos de ligação entre as diversas unidades do ACeS;
- Constitui um apoio para os profissionais na intervenção na infância e juventude em risco;
- Permite o desenvolvimento de ações formativas para médicos, enfermeiros e administrativos do ACeS;
- Permite um acompanhamento de maior proximidade a crianças e famílias;
- Permite uma visão mais realista dos números da problemática, a nível local e nacional, pela elaboração das casuísticas.

“É importante porque há profissionais que estão mais sensíveis para esta problemática que outros. O núcleo faz sentido porque ainda existem situações que ocorrem pela falta de sensibilidade dos profissionais que trabalham com esta área para os sinais de risco. É importante que estejam sensibilizados e que tenham a capacidade para sensibilizar os outros. São pessoas com formação, que estão mais atentas. Faz sentido, também, para reunir e divulgar estas informações apesar de, por vezes, não funcionar como devia.” - E1

Um dos aspetos que é salientado pelos entrevistados, a propósito das mais-valias, refere-se à importância quer do cumprimento das funções tal como definidas na lei, quer de um pleno funcionamento do grupo de trabalho:

“Era muito importante se funcionasse, mas não funciona. A base teórica em que foi formatado tem boas intenções para evitar que as situações fossem de imediato para

a CPCJ. Os profissionais das comissões têm muito trabalho, há uma maior intervenção e surge o peso que podia ser evitado se o núcleo funcionasse sem ser só no papel.” - E2

“Se funcionar como núcleo, como equipa multidisciplinar, é importante. Se funcionar de forma isolada, não é núcleo. Neste caso, não funciona. Está estipulado haver reuniões...” - E3

“O núcleo é importante, mas funcionando como está na lei. Cada unidade funcional deve ter uma equipa a trabalhar esta questão. É obrigatório a presença de um médico, enfermeiro de saúde infantil e todos os outros técnicos são uma mais-valia.” - E9

Por outro lado, apesar de existir e de ser importante “...torna-se contrassenso, porque existe o núcleo, mas, muitas das situações, aparecem em outros organismos quando já passaram pela saúde, mas ninguém os sinalizou. As situações não são detetadas na saúde, chegam depois e a saúde acompanha. Os casos que estão nas CPCJ são utentes dos centros de saúde e, por isso, é uma lacuna os casos irem para outro patamar. Se os casos fossem sinalizados na saúde talvez se pudesse prevenir o risco.” (E1).

Uma das mais-valias apontadas pelos profissionais remete para o facto de a criação do NACJR ter contribuído para a criação de sentimentos de confiança ao nível dos profissionais na intervenção social.

“Neste momento, o Serviço Social está à frente do núcleo porque é a tarefa mais incómoda para os profissionais. Têm medo de trabalhar as situações. O núcleo pretende desmistificar esta questão, criar maior proximidade nas unidades para que as referências venham destas para o Serviço Social. O núcleo não acompanha, quem o faz são as equipas de saúde e o assistente social que dá apoio à unidade. O núcleo orienta e articula com as entidades, se necessário.” - E9

“Para muitos profissionais é, agora, mais visível a existência de uma equipa dedicada a esta problemática, que pode colaborar com eles na solução dos casos, tendo sido benéfico para estes a criação do NACJR.” - E14

No que concerne ao impacto da criação do NACJR sobre os menores e as suas famílias, a perspectiva transmitida teve, mais uma vez, por base a dos assistentes sociais entrevistados, sendo que três entrevistados não souberam responder à questão.

De modo geral, parte dos assistentes sociais entrevistados consideram que a criação do NACJR causou impacto nos menores e suas famílias, sendo que um dos impactos referidos prende-se com a modificação de comportamentos e atitudes por parte dos menores e famílias. O objetivo da intervenção profissional passa, neste sentido, por evitar que as situações de risco cheguem às entidades do segundo nível de intervenção. Pressupõe-se, assim, que dada a proximidade dos profissionais da área dos cuidados de saúde primários às famílias, se possa exercer um trabalho de prevenção importante.

“A intervenção, na maioria dos casos, é a alteração dos comportamentos e de atitudes relativamente à criança, impedindo ou prevenindo a transferência da situação para entidades de outro nível de intervenção, mais judicial, com uma intervenção mais invasiva. Aqui, prevenimos atitudes, a intervenção é, essencialmente, na área da saúde e no cumprimento do Plano Nacional de Saúde e de outros indicadores de cariz relacional/comportamental das crianças e jovens e dos seus pais, na relação entre as partes para que se preveja um projeto de vida saudável e adequado, promovendo o seu harmonioso desenvolvimento biopsicossocial.” - E6

Para além da importância dessa proximidade, a possibilidade de as situações serem acompanhadas e tratadas de modo integrado, ou seja, das situações serem perspectivadas e alvo de intervenção no seu todo foi identificado, igualmente, como um ponto positivo da criação destes núcleos.

“Um dos objetivos do NACJR é o de sensibilizar os outros profissionais para a problemática no sentido de uma intervenção precoce. Houve essa mais-valia para as famílias, mas também para os profissionais.” - E14

A existência do NACJR como medida de preventiva é, então, revelada como um dos impactos positivos à criação do mesmo, podendo, embora, haver uma associação do NACJR a um tipo de trabalho realizado em outras instituições, levando a que o assistente social seja visto pelo utente como um “inimigo”:

“A partir de determinado momento somos encarados pelos utentes como um inimigo/adversário, mas, a nível preventivo, a existência do mesmo e o saberem que existe é muito importante.” - **E13**

“Associam muito à retirada das crianças, o que é mais aplicado à CPCJ.” - **E1**

Em outra perspetiva, a criação do grupo de trabalho em análise, para uma minoria dos entrevistados, só causará impacto se conseguir:

“...sensibilizar e motivar os profissionais para estarem mais alerta, se houver maior atenção por parte de todos os profissionais e intervirmos o mais precocemente possível para evitar situações graves, sem necessidade de recorrer a outras instâncias (...). É um trabalho lento como quase todo o trabalho da área social.” - **E4**

“Se as situações forem detetadas e sinalizadas, se a intervenção for perdurando e se as coisas forem correndo melhor, o impacto será visível, ao longo do tempo, na vida dos utentes.” - **E11**

Tabela 12. Nº de NACJR com a presença de profissionais por área profissional

Serviço Social	9
Enfermagem (saúde infantil e saúde pública)	9
Medicina- Geral e Familiar; Saúde Pública	7
Pediatria	1
Psicologia e Psicologia Clínica	3
Outras	2

Fonte: Entrevistas realizadas a profissionais

Quanto à composição das equipas dos nove²⁷ NACJR em análise, os dados da tabela 12 mostram que são as áreas do Serviço Social e da Enfermagem as mais representadas, havendo profissionais de ambas as áreas nos nove grupos. Das restantes áreas, é a Medicina- Geral e Familiar e Saúde Pública a mais representada. Em três dos nove NACJR a coordenação do grupo de trabalho está entregue a assistentes sociais, em dois a mesma é da responsabilidade da enfermagem e em um dos casos o coordenador é

²⁷ Os ACeS em referência no estudo totalizam dez NACJR, mas, pelo facto de um não integrar no grupo de trabalho nenhum assistente social, apenas foram considerados nove.

do campo da Medicina. Em relação ao tempo que os profissionais do Serviço Social disponibilizam nas atividades do NACJR e tendo por base quatro destes núcleos, aquele varia entre uma hora por semana (um caso), quatro horas por semana (dois casos) e sete horas semanais (um caso). É possível afirmar que a dimensão de cada grupo varia entre os dois e os quinze elementos, pelo que, de acordo com Ferreira, Neves e Caetano (2001), conforme aumenta o número de membros de cada grupo diminui a possibilidade de haver interações entre todos os indivíduos que o compõem.

No que diz respeito às respostas que são promovidas nestes NACJR, destacamos o trabalho de acompanhamento e tratamento dos casos, a articulação com outras entidades (na lógica do trabalho em rede) e o trabalho de prevenção através da sensibilização e divulgação de informação (cf. Tabela 13).

“Além de monitorizar as situações, o núcleo tem função de consultoria, ou seja, os outros profissionais podem consultá-lo em caso de dúvida em relação a uma criança, a um comportamento ou a um sinal de risco. O núcleo não acompanha, o objetivo é manter o acompanhamento nas respetivas unidades/grupos de trabalho porque os profissionais de saúde têm competência para fazer o acompanhamento. O núcleo monitoriza, por isso é importante.” - E6

Tabela 13. Respostas promovidas pelo NACJR

Acompanhamento e tratamento dos casos	Atendimento a menores e famílias Entrevistas a famílias Visitas domiciliárias Reuniões de equipa
Articulação com serviços e entidades	Articulação com outros profissionais e serviços Colaboração com outras instituições Sinalizações à CPCJ Encontros anuais com participação de outras entidades
Trabalho de prevenção	Elaboração e afixação de cartazes e panfletos informativos Formação a profissionais de outras unidades Sessões de esclarecimento e sensibilização à população Sessões informativas e de sensibilização aos profissionais da saúde Reuniões de apresentação com os profissionais da saúde Participação e colaboração com outras entidades na comemoração do mês de prevenção dos maus-tratos (abril) e do dia internacional contra a violência infantil (novembro)

Fonte: Entrevistas realizadas a profissionais

“... todas as situações de risco detetadas nas unidades devem ser referenciadas ao NACJR, independentemente de o acompanhamento já estar a ser feito. O núcleo monitoriza todas as situações e tem a função de consultoria, não intervém no terreno, só em situações excecionais.” - E6

“Aproveitamos a oportunidade das USF terem reuniões semanais e solicitamos a nossa presença para falar da existência do núcleo. Muitos profissionais não sabiam da existência do mesmo... organizamos os casos por USF, das que dávamos apoio, e apresentamos os dados mostrando que houve situações de risco, mas que não foram referenciadas ao núcleo. (...). Começou a haver mais referências das unidades de saúde, que era o pretendido.” - E4

Neste âmbito, importa esclarecer que os profissionais que não integram o grupo de trabalho em análise acompanham casos de crianças e jovens em risco, uma vez que o núcleo é apenas um consultor, estando, assim, cada assistente social responsável pelos casos de menores inscritos nas unidades de saúde a que prestam apoio.

“As outras assistentes sociais acompanham, também, casos de crianças e jovens. Os NACJR são de consultoria, ou seja, a técnica que trabalha com a equipa de saúde é quem acompanha.” - E9

“A intervenção do núcleo é de assessoria, só acompanha os casos em que a equipa de saúde familiar se mostra incapaz.” - E13

“A situação de risco deve ser trabalhada pela técnica de saúde que está integrado na unidade de saúde do utente. Se existe risco deve dar conhecimento ao núcleo para efeitos da contabilidade/casuística (...). Após a intervenção da equipa de saúde, se o caso não ficar resolvido a situação é analisada e dá-se o seguimento que se entender como necessário, a necessidade de intervenção, de transferência para a comissão ou para o tribunal ou entrar em contacto com as escolas. Quem tem que trabalhar o caso é a assistente social da unidade de saúde da criança.” - E10

Assim como determinado no Despacho nº 31292/2008, de 5 de dezembro, perante situações de risco, as entidades de primeira linha de intervenção devem proceder à avaliação e intervenção junto de casos sinalizados até ao limite máximo possível, pelo que devem encaminhar os mesmos quando não têm mais meios para intervir. Neste contexto, os NACJR assumem um papel de consultor e de interventor, este último só em

casos em que a equipa de saúde ou o profissional não consegue dar seguimento à intervenção. Em situações de perigo, a metodologia levada a cabo pelas entidades de primeira linha de intervenção, mais especificamente pelos centros de saúde, implica a solicitação do consentimento dos progenitores ou de quem tem a guarda de facto, assim como a não rejeição por parte do menor em casos em que tem idade igual ou superior a 12 anos. O consentimento e a adesão do menor à intervenção são elementos necessários para proceder à elaboração do PIAF. Quando o PIAF é aceite, o profissional monitoriza o caso, de modo a concretizar a aplicação do plano, sendo que quando o perigo é removido dá-se início a uma fase de acompanhamento. Em casos de não adesão à intervenção quer pela família, quer pelo menor, o profissional de saúde sinaliza o caso à CPCJ. Em situações de urgência, os profissionais dos centros de saúde devem intervir de imediato, no sentido de prevenir o agravamento da situação. Uma situação é considerada urgente quando há indicadores de perigo imediato ou iminente para a vida e quando os progenitores/cuidadores recusam a intervenção proposta. A intervenção, nestes casos, pode passar pelo recurso ao apoio das forças policiais, à comunicação da situação ao Ministério Público e ao registo da mesma conforme as regras institucionais presentes.

“As situações que surgem são mais trabalhadas pelo núcleo, apesar da lei não determinar tanto uma intervenção no terreno, mas uma consultoria às equipas de saúde. O núcleo surge para dar apoio quando os profissionais não conseguem resolver a situação.” - E5

Relativamente às tarefas adstritas aos elementos de cada NACJR, alguns entrevistados referiram que cada elemento trabalha as questões mais relacionadas com a sua área profissional. Por outro lado, outros concordaram que a equipa funciona, efetivamente, como um grupo e que, mesmo havendo necessidade de cada um se focar nas questões relacionadas à sua profissão, a tomada de decisões e análise dos casos é um trabalho de equipa.

“Em termos legais e práticos, os pedidos de informação que vêm da CPCJ são enviados para o agrupamento via conselho clínico para a coordenadora do núcleo. Quando chega uma situação pelas colegas dos hospitais é mais fácil articular. Sendo assistente social da saúde vejo, junto da unidade em que está inscrito, se vem às consultas, quem é o médico e toda a informação conhecida sobre a criança em termos de saúde. Tento articular com a Segurança Social ou com as colegas do RSI

para ver se a família está a ser acompanhada. Estas colegas, em termos informáticos, conseguem aceder a informação que não consigo, só tenho acesso a informações ligadas às questões de saúde. Se considerarem pertinente a colaboração da saúde, faço chegar as informações. Não começo qualquer intervenção sem saber se a família está a ser acompanhada por um técnico. Caso esteja, faço articulação direta. Faço o acompanhamento e depois dou o feedback. Deve haver sempre um técnico responsável. Se não há ninguém a intervir, faço visita e tento perceber se beneficia de algum apoio. O trabalho de articulação é realizado regularmente por mim.” - E1

“Trabalhamos, por norma, em conjunto. Sempre que sinalizada alguma situação, analisamos em conjunto e falamos com a equipa de saúde que está com a situação. Fazemos visita conjunta com a equipa de saúde, sempre que necessário, mais com as enfermeiras das equipas do que com os médicos.” - E4

Alguns entrevistados afirmaram, ainda, que não há uma divisão formalizada e rígida de tarefas para cada profissional do NACJR:

“Não há uma divisão rígida de tarefas, fazemos entrevistas às famílias e visitas em conjunto, por exemplo. Na visita ou na entrevista estou mais atenta a determinados pormenores e intervenho em questões da minha área como recursos comunitários, integração de menores em instituições, apoios económicos. (...). As funções estão diluídas, mas, em determinados momentos, cada um usa o saber da sua área profissional.” - E5

Quanto à opinião dos entrevistados sobre se os profissionais do NACJR têm as competências e formação necessárias para o trabalho, doze entrevistados consideraram que sim, dois afirmaram que não e um não soube responder à questão.

“Sim, há uma multidisciplinaridade que se complementa. Os conhecimentos e a intervenção de cada profissional fazem o todo.” - E6

“De forma geral, não. Vou a algumas formações e tento atualizar-me. Vou lendo algumas coisas e sempre que há formações no exterior vou. Faz falta na equipa ter uma psicóloga, era importante a discussão porque há sempre dúvidas em relação ao trabalho com os menores. Não tenho as competências todas, mas tenho algumas.

Se trabalhasse só com esta problemática teria mais. Estou sempre a aprender, mas podia aprender mais.” - E1

Referimos, acima, que um dos aspetos destacados pelos profissionais quanto à organização do trabalho passa pela coletivização das decisões. Para além disso, procuramos compreender, ainda, se existem práticas regulares de debate de casos (para partilha de informação e aprendizagem coletiva) e reuniões. A tabela 14 reflete as respostas dos dez profissionais que integram os nove NACJR considerados.

Tabela 14. Modos de organização do trabalho do NACJR

	Tomada de decisão	Debate de casos	Reuniões
E1	Individual	Não	Não
E4	Coletiva	Sim	Sim (sem periodicidade)
E5	Coletiva	Sim	Semanais
E6	Coletiva	Sim	Semanais
E9	Coletiva	Sim	Semanais
E10	Coletiva	Sim	Mensais
E11	Coletiva	Sim	Quinzenais
E12	Coletiva	Sim	Semanais
E13	Individual	Não	Trimestrais
E14	Coletiva	Sim	Mensais

Fonte: Entrevistas realizadas a profissionais

Percebe-se, assim, que dos entrevistados considerados, dois referem que as decisões são individuais e que os casos não são debatidos entre a equipa. Estes entrevistados indicam, igualmente, que não existem reuniões ou, então, que estas têm uma periodicidade longa (de três em três meses). Os restantes entrevistados referem que a decisão é coletiva, que há práticas de debate de casos e reuniões regulares (com exceção de um caso).

Para além da análise dos três pontos acima mencionados, procurou-se perceber se os profissionais do NACJR, que acompanham os casos, elaboram diagnósticos psicossociais dos menores e das suas famílias e, caso essa seja uma prática habitual, quais as dimensões que compõem esses diagnósticos e como são obtidas as informações. Para efeitos da análise da informação, serão tidos em consideração os nove NACJR e não os dez profissionais entrevistados que os integram.

Quanto à elaboração de diagnósticos psicossociais, esta é uma prática habitual em sete NACJR, sendo que nos outros dois a tarefa cabe ao assistente social que acompanha o caso. Em dois casos, a tarefa é partilhada pelo assistente social e pela equipa de saúde e pelo NACJR.

Em relação à elaboração do PIAF, função do NACJR consagrada no Despacho nº 31292/2008, apenas dois elementos de dois NACJR abordaram a elaboração do mesmo. Através do discurso de um dos entrevistados, percebe-se que as principais dimensões que compõem este plano são a identificação da criança, a composição do agregado familiar, a situação escolar, os compromissos da família em relação à intervenção, a dimensão psicossocial e as pistas de ação.

No que concerne às principais dimensões que os entrevistados indicaram como sendo parte integrantes dos diagnósticos psicossociais, concluímos que elas integram quer as condições objetivas de vida, quer as condições subjetivas: competências parentais; desenvolvimento psicoafectivo; dimensão económica; dimensão habitacional; dimensão social - escola, comunidade; dimensão comunitária; dinâmicas familiares; dinâmica de vida do menor; fatores de risco e fatores de proteção e saúde.

“Todas as dimensões. Sigo o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, da DGS, que dá orientações para a intervenção na deteção de fatores de risco/proteção/agravamento dos maus-tratos. Estou atenta às orientações dadas pela coordenação nacional dos NACJR. Sigo, também, os procedimentos de entrevista descritos no guia (documento técnico de 2008 da DGS).” - E14

Quanto às fontes de informação privilegiadas para a construção dos diagnósticos, concluímos que, para além da informação recolhida diretamente junto das famílias, em quatro NACJR os profissionais podem contar com o apoio de entidades externas ao ACeS. Nos restantes cinco, os entrevistados indicam que tal não é possível.

“Quando algum técnico conhece a criança peço as informações e todas se complementam. Uma intervenção só é possível ser forem vistas todas as vertentes.”
- E1

Os utentes chegam ao Serviço Social na saúde por referênciação de outros profissionais ou solicitação dos utentes, não sendo, por isso, um serviço aberto a toda a população:

“...uma atuação por referênciação de outras entidades, por referênciação de outros profissionais ou a pedido dos utentes/familiares.” - E14

Deste modo, importava perceber, igualmente, por que vias os menores em risco chegam ao ACeS enquanto entidade de cuidados de saúde primários. Os entrevistados indicaram que as referênciações podem ser internas (por parte de outros profissionais do ACeS) ou, então, externas, vindas da comunidade. Neste último caso, são referidas como entidades sinalizadoras: o Centro Hospitalar do Porto, o Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), os NHACJR, a CPCJ, as escolas, as Equipas Multidisciplinares de Assessoria aos Tribunais (E.M.A.T.), a Segurança Social e entidades que prestam funções de apoio ao RSI.

“Pode chegar através da própria família ou vizinhos, mas não é habitual.” - E3

Em termos internos, as sinalizações podem provir dos vários profissionais das unidades de saúde e de outras unidades funcionais: médicos de família, enfermeiros, assistentes sociais que acompanham os casos das unidades de saúde, enfermeiros do NACJR, entre outros.

“Pelas unidades do ACeS, sendo um dos grandes objetivos dos núcleos que as situações sejam identificadas nos cuidados de saúde primários...” - E4

Uma das dificuldades encontradas por um dos assistentes sociais, neste campo, prende-se com a questão de muitos casos de risco não serem referenciados ao NACJR pelos profissionais de saúde:

“Há muitos que não chegam. Falando com outros profissionais, dizem que têm muitos casos, mas percebo que não identificaram. As equipas de saúde estão a trabalhar bem com os casos, é o que se pretende, mas deviam identificar. Irá interferir nas casuísticas dos núcleos que podem não corresponder à realidade. A

criação dos núcleos não é só para a casuística local, é importante, também, a nível nacional.” - E4

“Infelizmente, não temos muitas sinalizações dos médicos nem dos enfermeiros, em geral.” - E5

“A maior parte das referências são de fora (comunidade) para o NACJR. Não deveria ser assim porque não é uma unidade de acompanhamento, mas de consultoria e de intervenção em situações mais complicadas.” - E9

De forma geral, os entrevistados consideraram que houve uma evolução no sentido do aumento de casos acompanhados. A justificação para esse aumento passa, para uns, pela criação do NACJR, para outros porque socialmente há uma maior atenção para esta problemática. Apenas um dos entrevistados identificou a diminuição do número de casos acompanhados “...porque já referenciamos muitas situações e quando estas nos surgem contactamos, em primeiro, a CPCJ para saber se há processo.” (E11).

Quanto à relação do NACJR com a comunidade envolvente, particularmente a divulgação do trabalho que é desenvolvido por aquele núcleo, oito entrevistados consideram que essa divulgação é feita. Dos restantes, apenas um não soube responder à questão. Os meios privilegiados para a divulgação são vários e encontram-se plasmados na figura E.

Figura E. Principais formas de divulgação do NACJR e das suas atividades



Fonte: *construído a partir das respostas dos entrevistados*

Não obstante a existência de estratégias de divulgação de informação sobre os NACJR, apenas cinco entrevistados admitem que a população conhece o serviço. Dos restantes dez, oito consideram que há um desconhecimento e dois não souberam responder. Os que consideram haver um desconhecimento geral salientam, porém, que somente as famílias acompanhadas e as que chegam ao Serviço Social da saúde, por referência, é que sabem da existência do mesmo.

“Só o conhecem quando vêm às unidades, quando se convoca os utentes.” - E1

“A população que já esteve em contacto com o NACJR sabe. Há, ainda, uma grande confusão entre o NACJR e as CPCJ e algum receio dos utentes quando digo que sou do NACJR.” - E14

Para estes resultados pode contribuir o facto de as estratégias de divulgação serem mais direccionadas às instituições da comunidade e não tanto à população em geral.

“Importa que profissionais do ACeS e de outras instituições orientem bem o utente. É impossível que os utentes saibam tudo. O utente não tem que se preocupar. Qualquer profissional tem que saber dirigir o utente. Se soubessem que existiam, havia fila de espera e queixavam-se de tudo.” - E13

“Caso não distingam os serviços, é melhor não saberem. Associam o NACJR à CPCJ e à retirada de crianças. O núcleo não quer ser um elemento polícia, mas um elemento de apoio e de orientação para os utentes.” - E9

Por conclusão, parece pertinente expor a necessidade de apostar na continuidade de ações de sensibilização junto dos profissionais de saúde e de outros serviços, como também junto das populações com o objetivo de, em primeiro lugar, contribuir para uma intervenção articulada e promotora da inserção social e, em segundo lugar, para que os utentes, por via das equipas de saúde, possam aceder ao apoio do Serviço Social da saúde, prevenindo a evolução do caso e da ida do mesmo para os níveis de intervenção superiores.

4.3. Problemática da infância e juventude em risco nos cuidados de saúde primários

Estando a presente investigação enquadrada na problemática da infância e juventude em risco, considerou-se pertinente incluir no guião de entrevista uma questão sobre o modo como a mesma é tratada nos cuidados de saúde primários. Desta forma, as principais formas de tratamento identificadas passam pelo acompanhamento dos casos por parte das equipas de saúde e dos assistentes sociais adstritos às unidades de saúde, pelo agendamento de consultas de Serviço Social para a avaliação do risco, pela aposta na formação por parte dos próprios profissionais, pela articulação entre os profissionais que intervêm nos casos de risco, como pelas consultas com os médicos de família. São acrescentadas, também, a disponibilização de informação a profissionais internos e externos e a utentes, os encaminhamentos e referências ao Serviço Social e/ou ao NACJR, a intervenção e monitorização dos casos por parte dos profissionais de saúde, o registo das informações dos utentes nas bases de dados disponíveis para acesso mais rápido por todos, o trabalho da Equipa Local de Intervenção (ELI), do NACJR e de grupos profissionais como o Serviço Social, a Psicologia, a Nutrição, a Medicina, a Enfermagem e outros. Neste âmbito, o sentido de alerta dos profissionais sobre o risco e o perigo que os menores incorrem é uma ferramenta importante no processo de tratamento da problemática.

“Em relação à problemática das crianças e dos jovens em risco, assim como está na lei, as assistentes sociais devem trabalhar e acompanhar os casos de crianças e jovens em risco, devendo referenciar os mesmos ao NACJR. Só quando esgotam as suas competências de intervenção é que devem pedir a intervenção do NACJR. (...). Tenho conhecimento que foram referenciados casos diretamente para a CPCJ sem conhecimento do NACJR.” - E14

“Numa 1ª primeira fase, são tratados pelos técnicos das equipas de saúde, dentro das suas competências e descrição que o assunto impõe, só depois encaminhado para o núcleo. Não há tratamento específico há uma problemática específica.” - E10

“Não é só tratada nos núcleos. Cada médico, enfermeiro e equipa trabalha com as suas situações e depois referenciam ou solicitam a colaboração do núcleo. Inicialmente, era mais de intervenção, mas, atualmente, segundo o que está determinado, é mais de consultadoria, assim como a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) que existe mais para consultadoria, recolha de casuística e é uma equipa treinada para poder orientar os outros profissionais.” -

E11

Não tendo sido possível a recolha de dados estatísticos sobre a problemática em todos os ACeS, a par da casuística serão apresentadas afirmações dos entrevistados que pretendem ilustrar a realidade infantojuvenil do ACeS em específico. Os dados numéricos (cf. Tabela 15 e Tabela 16), que remetem para valores aproximados, serão apresentados de forma global, tendo os mesmos por referência quatro ACeS. Como apresentado acima, alguns dos ACeS contam com dois NACJR, pelo que, neste contexto, há um NACJR que está fora de análise, por no outro grupo de trabalho não haver qualquer assistente social. Os resultados relativos a esta questão referem-se ao ano de 2015 e de 2016 a três ACeS em cada, sendo que, dos três de 2015, apenas dois se repetem em 2016.

Tabela 15. Casuísticas relatadas pelos entrevistados

	Nº
2015 (dados de três NACJR)	
Casos arquivados	164
Casos em acompanhamento	234
Casos encaminhados	77
Sinalizações pelo NACJR	419
2016 (dados de três NACJR)	
Casos arquivados	80
Casos em acompanhamento ²⁸	147
Sinalizações pelo NACJR	25

Fonte: Adaptado do discurso dos entrevistados

²⁸ Acompanhados com as entidades do primeiro, segundo e terceiro nível de intervenção. Em todos os ACeS apresentados, o acompanhamento em maior número é realizado com as entidades do primeiro nível, seguido do acompanhamento com as CPCJ e, por último, com o Tribunal.

Em relação ao número de casos arquivados, de casos em acompanhamento e de sinalizações pelo NACJR verifica-se que de 2015 a 2016 houve, nos três elementos, uma significativa redução, mais acentuada no caso das sinalizações, não sendo possível com os dados recolhidos apontar as principais causas para esta questão. Nesta sequência, passamos a mostrar os números relativos às tipologias de maus-tratos, procurando compreender a dimensão e gravidade do fenómeno, o que pode ditar o nível de saberes e competências do assistente social que intervém nesta área.

Tabela 16. Casuísticas relatadas pelos entrevistados- principais tipologias

	Nº
2015 (dados de três NACJR)	
Negligência + abandono	331
Maus-tratos físicos	9
Maus-tratos psicológicos	68
Abuso sexual	10
Síndrome de Munchausen	1
2016 (dados de três NACJR)	
Negligência	149
Maus-tratos físicos	4
Maus-tratos psicológicos	67
Abuso sexual	2
Síndrome de Munchausen por procuração	0

Fonte: Adaptado do discurso dos entrevistados

Dos dados obtidos, pode-se ter a percepção que a negligência quer por ação, quer por omissão de cuidados, e os maus-tratos psicológicos são as tipologias mais presentes em ambos os anos, com destaque para a negligência em vários níveis, questão afirmada pela grande maioria dos entrevistados.

“É a negligência por parte dos progenitores. Negligência nos cuidados básicos de higiene, de saúde, alimentação.” - E1

“O maior número é a negligência de cuidados...” - E11

Num outro ACeS, não representado nas duas tabelas precedentes, o entrevistado identificou o maior número de crianças com idades tenras, vítimas de maus-tratos e negligência, registando-se um déficit nas competências parentais, por problemas de saúde mental e/ou desconhecimento. As situações de absentismo escolar e as situações de *bullying* foram, também, referidas. Em reverso, num outro agrupamento, foram mencionados mais casos de jovens, equilibrados em termos de género e sem risco elevado de gravidade. O número de casos resolvidos é apontado como significativo, assim como os poucos casos que são encaminhados para CPCJ. Em relação ao número de casos acompanhados entre 2015 e 2016, a média ronda os 20 a 30, de acordo com um entrevistado.

Uma outra perceção sobre o grupo etário infantojuvenil é dada por um outro assistente social, também de outro ACeS, que explica que a maioria dos casos é de crianças até aos 10 anos de idade, sendo considerável e diversificado o número de casos acompanhados.

“O NACJR tenta resolver as situações, mas quando não há colaboração dos progenitores ou as situações são muito graves ou configuram perigo, referencia à CPCJ quando a intervenção necessária ultrapassa as competências do mesmo. São acompanhados bastantes casos.” - E14

Procuramos captar, igualmente, a perceção dos entrevistados quanto às principais causas do risco nas crianças e jovens, considerando-as como o ponto de partida para a intervenção. Neste domínio, foram identificadas: a ausência de competências parentais (ausência de regras e limites nos menores; falta de formação e educação para a parentalidade; negligência ativa e passiva), os maus-tratos físicos e psicológicos (incluindo abuso sexual e violência doméstica); as dificuldades económicas, a desestruturação familiar e problemas ao nível da saúde mental.

“O grosso é a negligência...” - E2

“Está muito relacionado com a família, com casos de negligência, de ignorância, de falta de informação das famílias, por não quererem saber, desmotivação e alguns casos relaciona-se com a debilidade da situação económica.” - E3

“A situação de risco chega como secundária, surge no meio de outro problema- muitas faltas da criança à escola, comportamentos agressivos da mesma e muitas idas do bebê ao SASU- Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU). (...). O risco é uma chamada de atenção e escondem problemas que estão por trás.”. - E9

“Normalmente, está relacionado com as condições e dinâmicas familiares. As famílias mais disfuncionais têm mais dificuldades em cumprir com a vigilância médica. Podem cumprir regularmente porque as USF incentivam, mas podem incorrer em comportamentos não saudáveis. A maior parte das vezes, tem a ver com a inserção das crianças em famílias disfuncionais, maltratantes porque não cuidam e não necessariamente porque agredem.” - E12

Neste domínio, procuramos perceber se houve mudanças em termos de problemáticas emergentes em crianças e jovens, ou seja, a evolução dos problemas no grupo etário em referência desde o passado ao presente. Dos quinze entrevistados, oito confirmaram a existência de mudanças nas problemáticas, enquanto cinco negaram e dois não souberam responder.

“O acesso à internet levou os menores a estarem mais expostos a outros riscos que as famílias não se apercebem. Há uma dependência sem substância e quanto menos informação as famílias têm mais as crianças estão expostas aos riscos. Nas famílias com privações materiais graves acentua-se mais a revolta dos menores. Pelo acesso a tantos produtos a frustração é grande. Em outras gerações, esta dimensão não era tão significativa. São quase que excluídos se não têm comportamentos consumistas e se não podem adquirir os produtos. É uma violência para as crianças que acaba por se refletir nos comportamentos.” - E1

“Daqui a 2 anos irá surgir, com mais significância, outro tipo de risco- o vício da internet. Cada vez mais tem havido artigos que refutam o maior isolamento, a ausência de relações sociais humanas, o uso contínuo da internet e a companhia da internet em vez da humana. É um problema que irá trazer muitas consequências que não estão previstas.” - E2

Além do mais, um entrevistado refere que as problemáticas atuais exigem um trabalho com os progenitores/famílias e que, com a vivência de problemas económicos, aumentaram os casos de problemas de saúde mental nos progenitores. Por outro lado, um entrevistado considera que as dificuldades económicas continuam a estar presentes, mas que a falta de regras nos menores é mais marcada. Um outro assistente social entrevistado constatou a existência de mais casos por disfunções familiares.

“Já não tenho tantos casos como no início de crianças que iam para a escola com fome. Começou a haver uma maior atenção por parte das escolas sobre as crianças com carências alimentares e uma melhoria dos apoios escolares.” - E14

No que diz respeito às respostas negativas, os entrevistados referiram que não sentiram qualquer variação na problemática da infância e juventude em risco, tendo prevalecido, na sua maioria, a negligência.

Ao falar sobre a prática do assistente social em matéria de infância e juventude em risco, surgiu a necessidade de abordar a questão do modelo de proteção português, tentando compreender a concordância do mesmo com os valores e princípios do Serviço Social e a perceção dos quinze entrevistados sobre a sua eficácia.

Ferreira (2009) constata que um dos princípios inerentes à prática do Serviço Social é a defesa pelos direitos humanos, assim como na Convenção dos Direitos da Criança e outros documentos, podendo-se encontrar alguma convergência no que respeita aos valores do Serviço Social e do Modelo de Proteção Português a crianças e jovens. Está, então, em causa, a questão da justiça social e da dignidade humana. O assistente social deve, por isso, com base no documento *“Ética no Serviço Social, Declaração de Princípios”*, combater e evitar todos os tipos de discriminação negativa, reconhecer e respeitar a diversidade ética e cultural das sociedades, garantir a distribuição dos recursos de forma equitativa, contrariar políticas e práticas injustas, como também assumir uma posição crítica relativamente às condições objetivas e subjetivas de vida das populações mais vulneráveis, procurando trabalhar no sentido de incitar uma sociedade inclusiva. Por outro lado, no domínio da dignidade humana, o assistente social deve respeitar e promover o direito à liberdade de escolha, fomentar a participação ativa por parte das populações afetadas, reconhecer a totalidade de cada indivíduo, considerando todos os seus contextos e, também, identificar e potenciar as capacidades individuais, grupais e comunitárias- *empowerment*.

Por sua vez, o modelo de proteção à infância e juventude português encerra, na Lei nº147/99, de 1 de setembro, um conjunto de princípios que norteiam a sua aplicação. Refere-se, por conseguinte, tendo por base o artigo 4º, a audição obrigatória e a participação do menor e da família, o interesse superior da criança, a intervenção mínima, a intervenção precoce, a obrigatoriedade de informação, a prevalência da família, o primado da continuidade das relações psicológicas profundas, a privacidade, a proporcionalidade e atualidade e a responsabilidade parental. Deste modo, ao interrogar os entrevistados, chegou-se à conclusão que a maioria dos entrevistados (dez) confirmou a concordância entre os valores do Serviço Social e o modelo de proteção.

“O Serviço Social baseia-se no respeito pelo valor da dignidade inerente a todas as pessoas e pelos direitos que daí advêm. Devemos promover e defender a integridade e o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual de cada pessoa. Penso que esses também são os princípios da proteção, seja de crianças ou de outros grupos vulneráveis. Temos de ter atenção à forma como procedemos ou executamos essa proteção.” - E2

“Sim, o modelo de proteção na infância em Portugal é concordante com os valores que orientam o Serviço Social, pois entende-se que a nossa atuação deve ser pautada pela proteção e bem-estar dos menores, trabalhando no sentido da inclusão e da capacitação dos utentes, promovendo a melhoria das condições socioeconómicas, minimizando os fatores de risco das famílias, e logo, protegendo as crianças.” - E4

*“Penso que sim, mas como em tudo por vezes existem casos menos bem resolvidos.”
- E10*

“Penso que sim. É em defesa do interesse e salvaguarda da integridade física, psicológica e social das crianças.” - E14

No que respeita à eficácia, apenas seis entrevistados consideraram, de forma clara, que o modelo de proteção é eficaz. Os restantes revelam mais dúvidas quanto a este modelo.

“Se fosse efetivamente eficaz, não haveria situações de risco. Penso que não deve ser um modelo “fechado” e sim que se vá adaptando e atualizando face às mudanças próprias de cada sociedade e da evolução dos tempos.” - E2

Os problemas de eficácia apontados estão relacionados, partindo de afirmações dos entrevistados, com a falta de recursos humanos, que impossibilita uma intervenção mais célere e com o facto de a problemática estar em constante mutação e as instituições não se adaptarem em tempo adequado.

“Não é possível que o sistema funcione numa área se não funciona bem em muitas outras. O modelo de proteção na infância é correto, assim como o do RSI, mas em vez de darem 190€ deveriam dar 390€ ... o problema é a prática do mesmo.” - E13

Dos casos que afirmaram a eficácia do modelo de proteção, dois referiram a necessidade de serem aplicados os preceitos legislativos.

“Houve um desenvolvimento muito grande das medidas de proteção da criança e foi criado o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, que está disponível no site da DGS. Não tenho dados estatísticos para conseguir afirmar, mas há ferramentas disponíveis que não são, muitas vezes, utilizadas. Há uma ferramenta informática, a que os profissionais têm acesso, que permite a avaliação, a referenciação e o encaminhamento das situações de crianças em risco, mas não é utilizada de forma sistemática. É uma ferramenta do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, que está inserida no SClínico. Foi criado, também, há alguns anos, o Programa Nacional de Intervenção Precoce e é através do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil que se pode referenciar as crianças para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. A partir daí, referencia-se para as ELI que são as equipas com competência para a intervenção a nível da fisioterapia e terapia da fala, por exemplo.” - E14.

De um modo geral, através de um estudo elaborado por Ferreira (2009), os assistentes sociais atribuíram uma avaliação positiva ao sistema de proteção à infância e juventude, apontando, contudo, a dificuldade em operacionalizar o sistema pela ausência de recursos. Além do mais, os profissionais identificaram a fraca participação das entidades do primeiro nível de intervenção.

4.4. A prática profissional do assistente social nos cuidados de saúde primários: os saberes profissionais

Uma das dimensões centrais da nossa análise passa pela compreensão dos saberes e competências profissionais que são mobilizados no exercício da profissão de assistente social nos cuidados de saúde primários.

Para melhor compreender esta questão, começamos por abordar as funções diárias desempenhadas pelos entrevistados.

“Na saúde, os programas estão definidos pelo Ministério. No programa de saúde escolar, o ministério define que podem alocar enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, mas as unidades não têm os mesmos recursos. Há programas definidos previamente pelas estruturas governamentais e programas específicos de cada unidade. Os assistentes sociais participam em função disso.” -

E13

Esta realidade pode conduzir a um dos principais obstáculos ao exercício profissional, que remete para a padronização de respostas, sem considerar as especificidades de cada caso. A falta de tempo para desempenhar corretamente todas as atividades, assim como a ausência de recursos comunitários podem contribuir para práticas rotineiras que em nada são benéficas para afastar o menor do risco.

O desenvolvimento de procedimentos e diretrizes institucionais e governamentais, na sequência de uma maior preocupação dada à problemática da infância e juventude em risco, levou, por um lado, a uma melhoria na prestação de serviços, mas, por outro lado, como apontado por Banks (2001), para a adoção, por parte dos assistentes sociais, de uma postura rígida e de seguimento minucioso dos procedimentos determinados, prevenindo responsabilidades “...se algo correr mal.” (p. 115).

Desta forma, a prática profissional dos assistentes sociais desenvolve-se de acordo com as políticas sociais instituídas, tendo, por isso, fracas possibilidades de produzir influências no sistema social.

No conjunto das quinze entrevistas, obteve-se um conjunto variado de funções profissionais, tendo havido necessidade de circunscrever a análise a um conjunto mais alargado, por via da inserção de funções mais específicas em categorias mais amplas. De modo a sintetizar as informações recolhidas, organizamos a tabela 17 onde figuram as principais funções agrupadas por tarefas profissionais.

Contam-se, assim, de forma mais genérica, seis funções centrais, não estando integrada na contagem a categoria “*outras*”, uma vez que agrega mais do que uma função. De modo global, todas as categorias foram mencionadas pelos entrevistados, esclarecendo, contudo, que houve funções referenciadas por mais do que um profissional e outras que só apenas um contabilizou.

Analisando o conjunto das entrevistas, não tendo como foco apenas as respostas dadas nesta questão, é possível comprovar que há funções partilhadas pela maioria ou mesmo por todos os profissionais como: os atendimentos e acompanhamentos à população em geral e, por inerência, o apoio às unidades de saúde; as articulações; as avaliações sociais; as colaborações com grupos de trabalho, serviços e núcleos profissionais; a integração em grupos de trabalho; as representações da Saúde, do Serviço Social e de outros serviços/equipas de trabalho na comunidade e a participação em reuniões internas e externas, que apesar de não se mostrarem muito frequentes nem periódicas em alguns ACeS, são, ainda, práticas em comum entre os assistentes sociais. Para além destas, a realização de visitas domiciliárias, mais no âmbito da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), são ações profissionais referidas por grande parte dos entrevistados.

Por sua vez, há funções mais restritas como é o caso da função de coordenação. Embora a função de consultoria e assessoria interna e externa esteja sub-representada na tabela 17, sabemos que o trabalho do assistente social passa pela formulação de diagnósticos e soluções para os problemas apresentados pelos utentes, neste caso aqueles que afetam o estado de saúde dos mesmos. Por outro lado, pode, também, prestar apoio a outros profissionais, serviços e até a órgãos de poder na tomada de decisões e no cumprimento de tarefas e objetivos institucionais.

Na categoria “*outras*” foram considerados o trabalho de informação, orientação e mediação junto dos utentes e de outros, a mobilização de apoios económicos para os utentes, o trabalho indireto com os idosos, mencionado por um entrevistado e a elaboração de testamentos vitais.

Tabela 17. Funções diárias desempenhadas pelos entrevistados

Funções	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Atendimento e acompanhamento	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Articulação interna e externa		■	■		■		■	■	■	■	■		■	■	
Coordenação	■					■			■		■				
Consultoria e assessoria interna e externa			■										■	■	
Integração em grupos de trabalho internos e externos	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Representação	■	■		■	■				■	■	■	■			■
Outras	■		■					■				■			

Fonte: *construída a partir do discurso dos entrevistados*

Seguindo a tabela 17, conclui-se que as funções mais representadas são o atendimento e acompanhamento (quinze respostas), a integração em grupos de trabalho internos e externos (doze respostas), a articulação interna e externa (dez respostas) e, também, as representações (nove respostas). O atendimento e acompanhamento são realizados por todos os profissionais entrevistados, sendo que está aqui incluído o atendimento a menores em risco e à população em geral, o atendimento a utentes do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e do gabinete do cidadão, as avaliações sociais, o acompanhamento de casos de saúde e de RSI das unidades de apoio, o apoio às unidades de saúde e o acompanhamento a utentes que integram a ECCI [referenciações para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), visitas domiciliárias, registos e avaliações]. Em relação à articulação interna e externa, esta é mencionada por dez entrevistados que abordam as articulações com as instituições da comunidade (juntas de freguesia, E.M.A.T., Segurança Social, Centros de Dia, e outros), com as unidades funcionais do ACeS e com outras instituições de saúde, bem como os encaminhamentos, a colaboração com o CDP e com a equipa de saúde escolar e, ainda, o trabalho em colaboração com outros grupos profissionais. Na integração em grupos de trabalho incluem-se doze assistentes sociais, falando-se do NACJR, da EPVA, da equipa de gestão de risco, de grupos de trabalho externos e, ainda, da participação em projetos internos. Por último, a função de representação é levada a cabo por nove assistentes sociais e respeita à representação da saúde, do gabinete do cidadão, do NACJR e do Serviço Social em outras instituições e serviços como a CPCJ, a Rede Social, as comissões sociais de freguesia e de inter-freguesias e nas Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) da Criança e do Adolescente e da Saúde Materna e Neonatal. As funções menos representadas na tabela respeitam à coordenação, à consultoria e assessoria e à categoria “*outras*”.

“O serviço, aqui, é muito em rede, isolado só mesmo as consultas.” - E8

No conjunto dos sete ACeS em referência no estudo, trabalham trinta e oito profissionais de Serviço Social, sendo que, em quatro agrupamentos, um dos profissionais não exerce as funções de Serviço Social, estando ligado a outro tipo de trabalho.

De forma a perceber como se organiza, em termos práticos, o trabalho do assistente social no contexto em estudo procurámos saber quantos processos são atribuídos a cada profissional. Na verdade, nesta área de trabalho não existe um número

definido, pelo que a intervenção e o número de casos acompanhados têm que ver com as unidades de saúde a que dão apoio e com fatores geográficos e populacionais.

“Há unidades que, pela localização e contexto social em que estão inseridas, têm mais processos que outras.” - E1

“Dependem sempre da disponibilidade de agenda dos profissionais, na tentativa de dar resposta o mais célere possível” - E8

Ainda neste campo, a tabela 18 pretende mostrar o número de unidades a que os profissionais estão adstritos, ou seja, as unidades em que os mesmos acompanham os casos de utentes.

Tabela 18. Nº de unidades de saúde a que cada profissional presta apoio

A 1 unidade de saúde	1
De 2 a 4 unidades de saúde	9
De 5 a 9 unidades de saúde	1
10 ou mais unidades de saúde	3
Sem resposta	1

Fonte: Entrevistas aos profissionais

É possível concluir que a maioria dos entrevistados dá apoio entre duas a quatro unidades de saúde, sendo que, a partir daqui, são chamados a intervir, em caso de necessidade, junto de menores e outros grupos etários, inscritos nas unidades de saúde a que estão adstritos. Se tivermos em conta que o número de pessoas inscritas nos ACeS em estudo ronda um milhão e que existem, nos mesmos, trinta e oito assistentes sociais, o rácio de assistentes sociais deste ramo de atividade por utentes é de um assistente social por cada 26 mil inscritos, o que traduz, sem dúvida, uma fraca representação da profissão face ao trabalho exigido. A verdade é que o profissional não acompanha todos os utentes inscritos nas unidades a que dá apoio, porque nem todos procuram o apoio do Serviço Social, mas há forte probabilidade de o número de casos que acompanha ser elevado e, consequentemente, a qualidade do serviço prestado pode não ser a desejável.

“É difícil, não me concentro numa só área e o trabalho pode não ser tão eficaz.” - E1

“É difícil, não consigo abarcar mais funções. Organizo por prioridades e há casos que ficam para trás.” - E9

De acrescentar que um dos entrevistados explicou que a intervenção é feita nos determinantes sociais da saúde. A primeira referência ao conceito de determinantes sociais de saúde data de 1978, momento da Conferência de Alma-Ata. Este conceito, como expõem Buss e Filho (2007), transmite a ideia de que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e grupos estão relacionadas com a saúde dos mesmos. Reporta-se a fatores económicos, sociais, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que afetam a ocorrência de problemas de saúde e de fatores de risco nas populações. Assim, problemas económicos como baixo rendimentos, por exemplo, podem desencadear uma série de *handicaps* no âmbito da educação, habitação, transporte e, no presente caso, saúde.

Como evidente na exposição acima realizada, o trabalho do assistente social no contexto em análise tem múltiplas direções, o que pode acarretar uma certa dificuldade em organizar as tarefas e indefinição relativamente ao trabalho a executar.

“Num dia pode acontecer isto tudo e nunca se sabe o que pode acontecer. Poder-se-ia controlar esta indefinição e decidir que hoje não é dia de atendimento, mas não o faço.” - E2

“Ando de um lado para o outro (mais outra assistente social).” - E9

Com a finalidade de pormenorizar e de perceber a abrangência das funções dos assistentes sociais nos cuidados de saúde primários foi colocada a questão sobre a polivalência da intervenção profissional e solicitado a descrição do trabalho de todos os assistentes sociais do ACeS em causa. A este respeito, Iamamoto (1998) apresenta o conceito de trabalhador polivalente caracterizando-o como *“aquele que é chamado a exercer várias funções, no mesmo tempo de trabalho e com o mesmo salário”* (p. 32), fruto de uma redução de recursos humanos nas instituições.

Neste sentido, os quinze entrevistados consideraram o seu trabalho e o dos seus colegas como polivalente, uma vez que a sua intervenção, enquanto assistente social nos cuidados de saúde primários, é dirigida a todos os utentes inscritos nas unidades a que dão apoio, o que se traduz numa intervenção voltada a diversas problemáticas. Foi

mencionado, na maior parte dos casos, que todos os assistentes sociais desempenham as mesmas tarefas, retendo uma ou outra exceção. Desta forma, os assistentes sociais dos cuidados de saúde primários trabalham com todas as problemáticas e com todos os grupos etários, isto é: crianças, jovens, adultos, idosos, diabéticos, hipertensos, saúde materna, dependentes, pessoas com problemas ao nível da saúde mental e cuidados continuados integrados.

“Trabalhamos com idosos, crianças, com a saúde materna...” - E2

“Todas têm o mesmo tipo de intervenção (...) Articulamos de forma semelhante e tentamos uniformizar procedimentos internamente para facilitar o nosso trabalho, formalmente não há nada. Trabalhamos as problemáticas todas.” - E4

Por um lado, há profissionais, dentro do núcleo profissional de cada ACeS, que desempenham funções específicas, que não se estendem a todo o núcleo profissional, como é o caso da função de coordenação, de colaboração com o CDP, de integração no gabinete do cidadão e funções mais específicas como o apoio indireto aos idosos.

Por outro lado, a elaboração de informações sociais/pedidos de informação e de relatórios sociais, estes últimos caracterizados por um entrevistado como uma *“...ferramenta essencial para o nosso trabalho.”* (E7), o registo de informações no SClínico e em bases de dados, a realização de atendimentos sociais, as referenciações para a RNCCI, a colaboração com as equipas de saúde, a avaliação, orientação e encaminhamento dos casos, os atendimentos e visitas domiciliárias são práticas comuns entre todos os assistentes sociais do mesmo ACeS. Uma vez que os profissionais estão adstritos a unidades de saúde e não a problemáticas, foi mencionado nas entrevistas que todos os assistentes sociais acompanham casos de menores em risco, sendo que o mesmo, na impossibilidade de resolver a situação ou de continuar a intervir, referencia o caso ao grupo de trabalho competente: NACJR.

“Fazemos todas o mesmo, mas as áreas geográficas de atuação são diferentes.” -

E15

Ao ser questionado sobre a polivalência do seu trabalho, um dos entrevistados identificou a pertinência e necessidade de especialização na área do Serviço Social, de forma a aprofundar e aperfeiçoar os conhecimentos e as práticas numa área em específico.

“A abrangência poderia ser maior, mas se tivéssemos uma área mais específica aprofundaríamos mais e tínhamos mais conhecimentos. O trabalho devia ser mais especializado, mais voltado para uma área de forma a haver mais instrumentos e ser-se mais conhecedor daquela área. Como são muitas áreas a especialização torna-se mais difícil.” - E1

Grande parte dos entrevistados afirmaram que os assistentes sociais estão divididos por unidades de saúde, ou seja, por áreas geográficas, motivo pelo qual poderá haver pequenas diferenças em termos de problemáticas. Em quatro casos, os profissionais prestam apoio a todas as unidades de saúde, não estando, assim, adstritos a qualquer unidade.

“A todas. Todas as assistentes sociais trabalham casos de todas as unidades de saúde. (...). Na gestão da distribuição tenta-se que seja consoante a área de residência do utente, mas nem sempre é possível.” - E6

É importante destacar que um dos entrevistados apontou como uma das suas funções e de alguns dos seus colegas de profissão a área administrativa, dado que o apoio administrativo que têm é, apenas, a marcação e efetivação de atendimentos e visitas domiciliárias.

Passando para os saberes e competências do assistente social em contexto de cuidados de saúde primários, mais especificamente na área da infância e juventude em risco, é pertinente referir que as respostas foram obtidas de uma questão de tipologia aberta, pelo que se obteve um conjunto diferenciado de itens.

Como aborda Granja (2008), os saberes, quando mobilizados de forma articulada e adequada, permitem uma ação profissional ajustada aos objetivos profissionais, constituindo-se como recursos para a ação. Torres (2014) acrescenta que a mobilização dos mesmos possibilita a construção de respostas profissionais, adequadas aos problemas e necessidades apresentados pelos utentes, enquanto Andrade (1993) explica que a articulação destes permite a estruturação e implementação de projetos institucionais.

Ao assistente social, que trabalha com a problemática central no estudo, são imputados um conjunto de princípios e valores humanos, sendo essencial a sua compreensão e sensibilidade em relação aos problemas que envolvem os menores. O profissional deve ser capaz de analisar e controlar as suas ações, pensamentos e impulsos, porque só desta forma é possível realizar uma intervenção mais adequada às necessidades de cada caso. Nas situações de risco e/ou perigo, o profissional deve ter a capacidade de gerir as suas emoções, de relacionar-se com diferentes pessoas e contextos, de se colocar no lugar do outro, de perceber as dúvidas e dificuldades de quem solicita apoio e, ainda, de adotar uma postura de não desistência em relação aos problemas apresentados. Os saberes tornam-se, assim, importantes para a prática profissional, dado que a realidade sobre a qual o assistente social atua está em constante mutação. É através dos saberes que o profissional se torna cada vez mais apto para o mercado de trabalho, tendo a capacidade de o criticar e transformar (Wychocki, Galvão, & Pastório, 2016).

Antes de iniciar a análise dos dados recolhidos sobre a problemática dos saberes profissionais, é conveniente citar um dos entrevistados que confirma a presença de saberes transversais a todos os grupos etários: *“São os mesmos que no trabalho com adultos e idosos. Quem trabalha com infantil e juvenil, trabalha com o adulto e idoso.”* (E9).

Malglaive (2003) dá a conhecer as qualidades do saber que, no seu conjunto, enfatizam a sua importância na prática profissional. Deste modo, o saber, que é racional, permite o conhecimento sobre as leis de funcionamento da realidade, assim como a antevisão de problemas e fenómenos sociais, por via de modelos e teorias científicas, servindo de suporte à ação profissional. Para além disto, assume o carácter de pragmático, pelo que é produzido na ação e tem como fim a sua eficácia. Também o atributo de mágico é abordado pelo autor (*idem*), passando este pelo tratamento dos fenómenos sociais sem recorrer a explicações racionais convencionadas.

Já Granja (2008) refere a existência de uma *“estrutura sociocognitiva profissional”* que se torna fundamental, uma vez que o trabalho do assistente social dá respostas a problemas sociais vividos pelos indivíduos e produzidos pelo funcionamento das estruturas socioeconómicas e políticas, que influenciam as condições objetivas e subjetivas de vida, assim como um conjunto de direitos sociais. Da estrutura sociocognitiva faz parte o saber específico do núcleo profissional, sendo que esta permite a mobilização e uso dos saberes adquiridos em contexto de formação e, através da experiência profissional, confere legitimidade, autonomia e poder ao profissional, bem como a oportunidade em exercer influência junto dos órgãos de poder.

Partindo dos contributos teóricos enunciados, a tabela 19 pretende ilustrar o conjunto de saberes referidos pelos entrevistados.

Tabela 19. Saberes que devem compor o currículo dos Assistentes Sociais (nº de entrevistados)

<i>Comunicacionais</i>	3
<i>Contextuais</i>	8
<i>Elaborar e organizar a escrita profissional</i>	0
<i>Ético-político</i>	4
<i>Intuitivo tácito</i>	1
<i>Processuais-metodológicos</i>	6
<i>Teóricos/ inteligibilidade</i>	13
<i>Relacionais</i>	7

Fonte: Entrevistas aos profissionais

Procurou-se enquadrar as referências de cada entrevistado nas tipologias em questão, tendo-se chegado à conclusão que nenhum dos elementos da amostra referiu a capacidade em elaborar e organizar a escrita profissional, embora seja do conhecimento que os mesmos procedem à elaboração de relatórios sociais e de diagnósticos psicossociais. Por outro lado, todas as outras tipologias foram identificadas, mas não com a mesma expressividade. Os saberes teóricos/inteligibilidade, que implicam uma visão total e complexa sobre os fenómenos sociais (Granja, 2008), são os mais referenciados (treze), seguidos dos saberes contextuais e dos saberes relacionais, considerados, também, pela maioria da amostra.

A tabela 20 resume os diferentes tipos de saberes identificados pelos entrevistados, enquadrando-os na tipologia acima mencionada.

Tabela 20. Saberes por tipologia

TIPOLOGIA	SABERES REFERIDOS PELOS ENTREVISTADOS
Comunicacionais	Saber comunicar- verbal e não verbal Saber estar
Contextuais	Capacidade de adaptação das atitudes às situações Capacidade de adaptação aos contextos e grupos profissionais Conhecer as dinâmicas familiares Conhecer os recursos da comunidade e a disponibilidade dos mesmos Conhecimento institucional de outros NACJR Conhecer o funcionamento das escolas: inserção e dificuldades dos menores no meio
Ético-político	Sensibilidade social
Intuitivo tácito	Conhecer as histórias de vida e clínicas dos menores
Processuais- metodológicos	Conhecer os procedimentos em situações de risco Saber fazer ²⁹
Relacionais	Capacidade para lidar com pessoas Capacidade para trabalhar em equipa Empatia Ser flexível com utentes Investir nos utentes “... <i>não forçar as situações...</i> ” - E9 Neutralidade Partilhar informação e instrumentos de trabalho Saber abordar os menores e famílias Não ter preconceitos Transmitir confiança aos menores
Teóricos/ inteligibilidade	Conhecer a multiplicidade de fatores das problemáticas Conhecer os documentos sobre a problemática da DGS Conhecer os fatores de risco e os fatores protetores Conhecer a área da saúde/saberes clínicos Conhecer a legislação Conhecer as regras em matéria de segurança das casas Ter conhecimentos na área da Psicologia Ter conhecimento na área do Direito, Direitos das crianças e dos progenitores Formação específica na área dos menores em risco e do Serviço Social

Fonte: Entrevistas aos profissionais

Seguindo a perspetiva de Yamamoto (1998), pode-se concluir que os entrevistados consideram como imprescindíveis a competência teórico-metodológica, a ético-política e a técnico-operativa, sendo que as mesmas devem ser desenvolvidas paralelamente. A competência ético-política implica que o assistente social, em contextos de relações de

²⁹ Segundo Malglaive (2003) fazem referência à prática, a uma “...*competência global...ou uma destreza num domínio mais ou menos amplo da prática humana.*” (p. 79).

poder e de forças sociais da sociedade capitalista, seja um elemento ativo e não neutral. É, por isso, necessário que assuma uma posição política perante os problemas, de forma a decidir a direção da sua prática. Esta competência requer o compromisso com valores ético-morais que fundamentem a prática, valores estes presentes no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (Resolução CFAS nº 273/93). Para além do referido, o assistente social deve ser competente em termos teórico-metodológicos, ou seja, deve ter qualificações, conhecer a realidade política, económica, social e cultural onde trabalha e, ainda, ter rigor teórico e metodológico, de modo a compreender a dinâmica social e ver para lá do que é aparente. É importante, também, que o assistente social conheça e adote um conjunto de “*habilidades técnicas*”, que sejam facilitadoras da prática profissional junto das populações e instituições (competência técnico-operativa).

“...saber colocar-se na primeira e segunda infância, não é correto falarmos de cima. Podemos ser inteligentes e ter vivido muito, mas não somos sábios. Passamos por essa fase, cometemos erros e não podemos ambicionar a mudança do mundo pela nossa intervenção. Saber comunicar é fundamental e não impregnar a criança com palavras difíceis. Saber descer da burra, saber estar com a criança e saber a sua vivacidade atual.” - E15

De forma geral, de acordo com Magalhães (2005), cabe ao assistente social, que intervém na infância e juventude em risco, intervir de forma estruturada, de modo a garantir uma continuidade nas diferentes etapas de proteção e, também, de forma articulada.

Um dos entrevistados, para além de apontar a importância da formação na intervenção em Serviço Social, identifica outras questões pertinentes que devem compor o currículo dos profissionais, como as características pessoais.

“A formação na área é muito importante, mas, acima de tudo, o perfil, as características pessoais para o acompanhamento destas situações. A intervenção nas crianças e jovens poderá ter resultados completamente diferentes consoante a idade e experiência do profissional de Serviço Social. Quando são mais novos e recém-licenciados pensam que por terem enquadramento e competências profissionais podem mudar o mundo, mas há muitas circunstâncias que interferem no sucesso da resolução das situações.” - E7

Alguns dos entrevistados referem, igualmente, a importância de ter conhecimentos noutras áreas que não apenas no Serviço Social. Uma das áreas que é considerada fundamental é a da Saúde, ou seja, os saberes clínicos, fundamentais para que o Serviço Social não restrinja a sua intervenção a questões básicas como a confirmação da vacinação e da presença dos utentes menores nas consultas com a equipa de saúde familiar.

“Os assistentes sociais deviam perceber de elementos da saúde para não nos perguntarem só pelas vacinas e consultas (...) não estamos preparadas para algumas questões básicas.” - E2

Para além da Saúde é indicada, igualmente, a necessidade de ter conhecimentos na área da Psicologia, de forma a “...entender os pais e as crianças e o que está na origem de alguns sinais.” (E2). A Psicologia é fundamental não apenas para poder melhor intervir, mas também porque constitui um importante recurso, enquanto espaço de reflexão e partilha de experiências e dúvidas.

“Por isso, pedimos ajuda à psicóloga, que ajuda a perceber alguns casos e a refletir. A maior parte das situações que discutimos são de crianças. Temos o futuro nas mãos e uma decisão pode afetar a vida toda. Questiono-me muito antes de tomar uma decisão e, por isso, é importante ter espaço de reflexão” - E2

Retendo os dados mais relevantes, recolhidos através da questão sobre os saberes, um dos entrevistados abordou a pertinência da multiplicidade de conhecimentos, afirmando que “quanto mais formação de várias áreas melhor” (E5).

Para rematar, a formação em Serviço Social, especificamente a Licenciatura, que surge como um campo de aprendizagem e apreensão de um conjunto de saberes, foi considerada, por quatro elementos da amostra, como insuficiente para a aquisição dos saberes necessários:

“A licenciatura não vale nada em nenhuma área. A licenciatura fornece as ferramentas gerais e o trabalho de campo é essencial para poder aplicar as ferramentas. Adquiro a formação pela prática. (...). Pode-se ter a licenciatura, mas se não tiver a capacidade de comunicar, não é possível” - E13;

“A licenciatura não basta” - E14

Neste âmbito, um dos entrevistados afirmou, no decorrer da entrevista, que *“A linguagem que os profissionais de saúde utilizam não é igual à das assistentes sociais...”* (E1), havendo, por isso, necessidade de apreender novos saberes e moldar as práticas e competências ao sujeito com quem interage. No fundo, como confidenciado pelo E9, o assistente social *“Tem que saber falar com todos”*.

Um entrevistado refere, ainda, *“...a capacidade de não agir por impulso, não fazer juízos de valor e avaliar por fases...”* (E1), considerando que não há duas situações iguais. Neste campo, o E3 refere um caso em que *“... a enfermeira disse que ia fazer uma visita domiciliária porque a criança foi à consulta com as unhas sujas de terra. Fez-se visita sem avisar e viu-se que viviam em casa simples, limpa e que as crianças estavam a brincar no campo ao lado de casa. Unhas sujas pode não ser sinal de negligência dos pais, mas há preconceitos por parte dos profissionais.”*

Para concluir, parece conveniente expor a afirmação do E4: *“Seria importante investir nesta questão porque há profissionais que são bons teoricamente, mas falham ao relacionarem-se com os utentes.”*. Por outro lado, para o E10, *“Quem trabalha com pessoas não deve saber só a teoria porque as pessoas não são estanques”*.

Com o propósito de perceber a representação que os profissionais têm da sua própria formação, foi colocada a seguinte questão: *considera que a sua formação é ajustada e suficiente para o trabalho exigido?* As respostas obtidas a esta questão não foram uniformes. Assim, sete entrevistados não consideram a sua formação nem ajustada, nem suficiente; três consideram-na ajustada e suficiente; quatro consideram-na apenas ajustada e um percebe-a como suficiente e não ajustada.

“Neste momento, precisava de outro tipo de formação a nível de trabalho de equipa, de como motivar uma equipa e de dinâmica de grupo.” - E1

“É ajustada, mas precisamos sempre de mais. A própria sociedade está sempre em mudança, temos que nos adaptar a essa evolução, não podemos parar no tempo.” -

E4

Partindo de contributos de Granja (2008), perante a complexidade das relações sociais e por inerência dos fenómenos e problemas sociais, espera-se que os saberes dos profissionais sejam pertinentes e úteis. A autora (*idem*) refere, ainda, que, neste âmbito,

os profissionais de Serviço Social consideram, sempre, que os seus saberes são insuficientes perante a dinâmica societal.

Neste seguimento, um dos entrevistados aponta como necessário a aposta numa área mais prática ao longo da formação porque:

“...saímos do curso com as teorias, mas é muito difícil aplicá-las.” - E2

“A formação académica nunca é suficiente. É uma profissão que intervém em várias áreas problemáticas. Temos de ter uma formação global e devemos ser muito bem formados. (...). Deveremos abordar as pessoas não porque são pobres, mas porque são pessoas. Não tiveram as mesmas condições para evoluir, estudar nem para se tornarem independentes. A formação humana é importante e falta muita em determinadas áreas profissionais.” - E10

A este respeito, Iamamoto (1998) aponta como um desafio atual do Serviço Social a transferência do conteúdo teórico adquirido para a realidade imposta, abordando como impasse para a profissão *“o famoso distanciamento entre o trabalho intelectual, de cunho teórico-metodológico, e o exercício da prática profissional cotidiana”* (p. 52). De modo a que o desafio referido não se torne, efetivamente, um problema para a prática é importante que o assistente social seja detentor de um conjunto sólido de saberes sobre a complexidade e dinâmica da realidade social, produtora de fenómenos como a exclusão social. A este propósito, a formação inicial (licenciatura) surge como um elemento de reforço da legitimidade profissional, conferindo, inicialmente, um diploma oficial, tal como refere Granja (2008). Em relação à formação contínua, para Malglaive (2003) esta insere-se num processo de complementaridade com a formação inicial, fundamental para enfrentar novos desafios e problemas que surgem ao longo do percurso profissional. Torna-se, por conseguinte, importante para combater as falhas da formação inicial e adquirir novos saberes, mais complexos e adaptados às mudanças sociais que vão ocorrendo em variados contextos como a família, a saúde, a escola, as políticas, entre outros. Uma das modalidades de formação contínua são as ações de formação (Malglaive, 2003), que surgem como uma forma de resistir, atenuar ou solucionar as necessidades locais e conjunturais, por via da aquisição e atualização de conhecimentos. Neste contexto, foi possível validar a participação de quinze elementos da amostra nesta tipologia de formação, sendo que, dos quinze entrevistados, um mostrou pretensões em

continuar a fazê-lo caso se tratem de ações de formação inovadoras e apenas um revelou não ter intenções em continuar a participar.

As ações de formação podem ser internas, isto é, promovidas pela ARSN, I.P. e externas, sendo desenvolvidas por entidades exteriores ao sistema de saúde. De notar que as ações de formação destinadas ao NACJR, com temas relacionados com a problemática da infância e juventude em risco, são apenas destinadas aos elementos do NACJR.

“Quem incentiva é a ARS e depende sempre do interesse e da disponibilidade do profissional. Na área das crianças e jovens em risco há. Na área da saúde mental vai havendo, mas é para todos os profissionais e não em específico para o núcleo. A formação ocorre para todo o Norte e posso não ser selecionada. Há formações só para os membros dos núcleos. A última foi sobre o funcionamento, articulação e procedimentos das equipas.” - E1

Neste sentido, a participação, por parte dos elementos que não pertencem ao presente grupo de trabalho, em ações de formação com temas sobre a infância e juventude requer que os mesmos procurem as ações de formação externas, sendo estas custeadas pelos próprios. As despesas com as ações de formação internas são suportadas pela ARSN, I.P.

“Frequento algumas, quando aparecem e quando sou selecionada. As formações da ARS são dadas por profissionais da ARS e só podem ir as colegas do núcleo. Posso participar nas formações fora do âmbito do núcleo, mas é o profissional que suporta as despesas.” - E15

Verificamos que a formação contínua, em matéria de infância e juventude em risco, de um número considerável de assistentes sociais dos ACeS que não integram o NACJR não existe, o que implica uma estagnação do processo de formação dos profissionais. Embora a própria ARSN, I.P. promova ações de formação que incluem temas com a problemática em referência, alguns entrevistados afirmam que esta não acontece com a regularidade desejada:

“As formações são principalmente de foro clínico, as outras áreas podem não fomentar tanto a formação. Existem algumas na área de gestão dos conflitos, a nível de códigos de procedimentos administrativos. Compreende-se a dificuldade em haver formação mais específica para o Serviço Social porque são poucos profissionais e não justifica” - E2

Um dos elementos da amostra, apesar de já ter frequentado ações de formação externas, expressou já não ter a pretensão em continuar a fazê-lo porque *“A maior parte das formações são muito expositivas, deviam ser mais práticas e debater receios e dificuldades na intervenção social. Algumas servem apenas para estabelecer e fomentar contactos.”* (E9). Por sua vez, um outro entrevistado afirmou já não ter qualquer pretensão em frequentar ações de formação quer internas ou externas, *“(...) porque não têm feito nada específico, são formações muitos gerais...”* (E13).

As justificativas sobre a frequência e futura frequência em ações de formação prendem-se, essencialmente, como referido pela maior parte dos entrevistados, pela necessidade de se informarem e atualizarem os seus conhecimentos.

“Nos últimos anos, a intervenção na infância e na juventude tem sofrido algumas alterações, nomeadamente nas respostas existentes. Por exemplo, a nível do acolhimento familiar e do acolhimento residencial, apesar de já ser uma resposta ao trabalho desenvolvido no centro de saúde, gosto de estar atualizada para ter uma ideia do que se pode esperar dos encaminhamentos” - E7

“Gosto muito dessa área e acho importante. Sinto que preciso de mais especialização e de saber mais.” - E12

Um outro item de análise prende-se com a perceção que os profissionais têm sobre a importância da formação e dos conhecimentos científicos na prática quotidiana, tendo-se verificado que os quinze elementos da amostra consideram que a prática profissional exige cada vez mais formação e conhecimento científico. Por outro lado, os mesmos elementos consideram importante a conciliação entre os saberes teóricos, provenientes de diversas áreas profissionais, sendo que um deles refere que é conveniente apenas a apreensão de conhecimentos diferenciados básicos, enquanto um outro aposta na interação entre os saberes teóricos e na interação entre estes e a prática. A este propósito, como apresenta Granja (2008), o saber do Serviço Social resulta de um conjunto de

disciplinas científicas como a Sociologia e a Antropologia, que sustentam a construção de práticas profissionais, sendo, portanto, imprescindível a conciliação entre um conjunto diversificado de áreas do saber.

Ainda neste âmbito, fala-se do papel da formação na legitimação e afirmação da profissão de assistente social, sendo este apontado pelos entrevistados como importante uma vez que:

“Se não tivermos formação não conseguimos sustentar as nossas atuações e, a partir desse momento, não temos legitimidade para o desempenho da nossa profissão ou de outras, cada uma com as suas especificidades” - E7

Um entrevistado refere que o obstáculo da legitimação e afirmação da profissão não está relacionada com a formação, mas com “...a postura dos profissionais, fecham-se em copas e não transmitem as informações e intervenções feitas, têm receio. (...). Os assistentes expõem-se muito e há profissionais com medo de o fazer, pelas consequências.” (E9). De outro modo, para um outro entrevistado, a formação não passa apenas pela apreensão de conhecimentos, mas também pela formação pessoal, referindo que “...Ter o diploma de assistente social não implica que se seja boa profissional” (E10). Acresce, ainda, a referência à importância da prática e dos estágios académicos, aliados aos conhecimentos adquiridos na formação.

“É muito importante, mas as pessoas não podem pensar que temos a faca e o queijo na mão. Tentamos colaborar e alterar rumos. Não podemos exigir nem entrar em casa das pessoas como polícias e abrir as gavetas...” - E15

No campo da saúde, e para corroborar a importância dada pelos serviços de saúde à integração do Serviço Social, os entrevistados foram questionados sobre a existência de estagiários do Serviço Social. Constatou-se que, e embora os profissionais entrevistados tenham manifestado até o interesse em ter estagiários desta área, no momento da entrevista nenhum dos ACeS tinha estagiários desta área em virtude, sobretudo, dos custos financeiros associados, uma vez que os estágios na saúde são pagos.

“Não, nunca houve. Todos os anos perguntam e dizemos que sim, mas não vêm porque têm que pagar. Há estagiários de psicologia, de nutrição e de outras áreas.

Seria importante para nós porque aprendíamos elementos novos e partilhávamos pensamentos e experiências.” - E1

Relativamente à autonomia profissional, onze entrevistados dizem ter autonomia, estando, no entanto, presentes em diferentes graus.

Segundo Granja (2008), para que exista autonomia profissional é necessário que estejam reunidas não só um conjunto de condições objetivas, mas também a iniciativa do profissional em articular as diferentes lógicas em ação. Essa autonomia é, também, um elemento fundamental na construção da identidade profissional, sendo que, para Iamamoto (1998), embora o assistente social usufrua de relativa autonomia, depende, em larga medida, do Estado, das empresas e de entidades não-governamentais, que possibilitam o acesso por parte dos utentes a determinados serviços e que organizam e estruturam o processo de trabalho em que o assistente social está envolvido.

Neste sentido, um entrevistado explicou que a autonomia profissional está dependente das circunstâncias dos casos, sendo que um outro confirmou a sua existência, mas, também a importância de manter procedimentos semelhantes entre os profissionais. Por outro lado, três entrevistados referem que o Serviço Social na saúde, embora autónomo, está dependente de outros, internos e externos ao serviço: *“Há muitos procedimentos que passam pelo diretor, mas não há entraves.”* (E15). Por sua vez, um outro entrevistado diz ter autonomia técnica e não funcional, enquanto um outro e, passando a citar, considera que a sua *“...autonomia de decisão é total, dentro da limitação que a instituição coloca.”* (E13).

Por último, de destacar que dois entrevistados não consideraram, de imediato, o trabalho do assistente social como autónomo. Um refuta a ideia de que o trabalho nunca pode ser totalmente autónomo, mas que há situações em que o mesmo é: *“Por vezes é, mas não deve ser totalmente autónomo. É importante que seja partilhado, com profissionais de Serviço Social e com profissionais de outras áreas para haver perspetivas diferentes.”* (E4). Em consonância, o E7 considera que o mesmo *“...não é muito.”*, precisando de outras entidades caso seja necessário outro tipo de respostas para os utentes. Contudo, válida a existência de autonomia na marcação de atendimentos, no contacto com os utentes e na decisão de concluir ou prosseguir um processo.

Ao analisar os discursos dos entrevistados citados no parágrafo anterior, é perceptível que, para os mesmos, a autonomia profissional significa trabalhar sozinho, sendo que a mesma fica limitada quando é necessário recorrer a outros profissionais e

instituições. Contudo, ser autónomo não implica a realização ou não de trabalho em rede ou em parceria, mas sim a liberdade em executar as tarefas que lhes estão afetas. Embora, como afirma Branco (2009), a autonomia dos profissionais dependa, em larga medida, do contexto institucional em que está inserido e da tipologia das tarefas que lhe são impostas, o profissional autónomo é aquele que, perante um contexto onde convergem diversos saberes, consegue estabelecer um processo de interação e negociação com os outros. Ainda com o objetivo de compreender a dimensão do campo do Serviço Social na área da saúde, os entrevistados foram questionados sobre a abertura do campo do Serviço Social. Importa explicar que o recurso à denominação de “*campo aberto*” surgiu para classificar um contexto institucional que sofre influência do meio envolvente e com o qual está em permanente interação e à denominação de “*campo fechado*” para indicar um contexto que não sofre qualquer influência do ambiente.

Tabela 21. Perceção dos entrevistados quanto ao grau de abertura ou fechamento do campo do Serviço Social na área da Saúde

Aberto	11
Semiaberto	2
Não respondeu	2

Fonte: *Entrevistas aos profissionais*

“É um campo aberto, que é influenciado pelo exterior, pelas políticas...” - E6

Ao analisar a tabela 21, conclui-se que onze entrevistados consideram que o campo do Serviço Social interage e é influenciado pelo ambiente que o envolve, ou seja, pela conjuntura política, social, económica e comunitária. No entanto, dois profissionais consideraram-no semiaberto, não estando presente nenhum caso de referência do campo de Serviço Social como fechado.

“Não sofro influência de ninguém, mas não é totalmente fechado porque ouço opiniões, não tenho a ciência toda comigo e trabalho de acordo com a conjuntura atual.” - E15

Falar da prática profissional implica, necessariamente, falar da perceção que os profissionais de Serviço Social têm sobre a identidade e futuro da profissão. A respeito

da identidade profissional, Dubar (1997) esclarece que as formas identitárias são resultados de um processo de construção levado a cabo pelo indivíduo, que está em permanente interação com os outros, de modo a construírem uma identidade coletiva.

Uma vez que se obteve um conjunto muito variado de respostas, procurou-se encontrar uma resposta que fosse mais caracterizadora e, no fundo, mais abrangente. A identidade profissional, refletida por Granja (2008), surge como uma “...*comunidade real que partilha identidade e interesses específicos.*” (p. 110) e constituiu-se como meio fundamental para a estabilização dos profissionais, atribuindo sentido à prática profissional. Através desta, o assistente social reconhece-se como agente profissional, servindo-se da confiança e autoridade que a mesma lhe confere. A sua construção, como enuncia a autora (*idem*), sofre influência de fatores externos como as necessidades sociais e das relações sociais estabelecidas.

“No momento em que tirei a licenciatura, via a profissão como tendo futuro e como necessária, mas, neste momento, apesar da nossa população ser bastante carenciada e precisar do nosso contributo, vejo que outros profissionais se sobrepõem aos profissionais de Serviço Social, dando informações que poderiam ser dadas por nós de forma mais clara (...) O facto de a profissão não ter, antigamente, uma licenciatura e ter começado com pessoas ligadas à igreja, levou a que muitos ainda vejam o assistente social como as beneméritos e não como um profissional com uma licenciatura, com disciplinas e com a exigência do curso. Por outro lado, na conjuntura de dificuldade económica atravessada pelo nosso país, começou-se a oferecer muito pouco pelo trabalho do assistente social, nomeadamente em lares, e as pessoas acabaram por aceitar para não ficarem sem nada e para fazer algum currículo. Na minha opinião essa situação banalizou um pouco a profissão (...) Não haver ordem criada dos assistentes sociais não ajuda. Seria uma forma de ter a nossa profissão mais defendida.” - E7

A este respeito, Amaro (2009), na sequência da existência de duas designações para a profissão - Assistente Social e Técnico Superior de Serviço Social - reflete sobre duas formas identitárias da profissão: uma prende-se com a racionalidade, positivismo e com o foco para os resultados; a outra situa-se no campo do relacional e do simbólico, estando assim mais voltada mais para o processo.

De forma global, os assistentes sociais abordam a fragilização da identidade profissional, pela presença e, em alguns casos, pela substituição de assistentes sociais por outros profissionais do campo das Ciências Sociais.

“Espero que esteja melhor do que está e que seja criada a ordem porque há muitas profissões a trabalhar como assistente social, nomeadamente a área da psicologia. Os assistentes sociais não têm permissão para fazer avaliação psicológica, mas o psicólogo faz avaliações sociais (...) São os psicólogos, os educadores sociais, os gerontólogos, os animadores.” - E3

“Caminhamos, cada vez mais, para uma situação de fragilidade com as atitudes de colegas recém-licenciadas. Há assistentes sociais que são ameaçados. Já trabalhei em áreas muito problemáticas. (...). A profissão não deixará de existir.” - E15

“Devíamos ter uma atitude de maior pressão social. Sou a favor da criação da ordem, apesar de ter algum receio porque há sempre oportunismos. A representação social das pessoas sobre os assistentes sociais poderia ser favorecida. Temos que ter mais protagonismo, mais visibilidade e mais poder.” - E12

A instabilidade da identidade profissional, retratada por Granja (2008), é fruto da complexidade e das contínuas mudanças da realidade atual. A autora (*idem*) refere, igualmente, o aumento da concorrência no mercado de trabalho como fator relevante para a criação de tensão identitária, já que postos de trabalho que eram tradicionalmente ocupados por assistentes sociais, são ocupados por outros profissionais (nomeadamente da área da educação social, aconselhamento psicossocial, entre outras).

Relativamente à criação da Ordem, apoiada pelo entrevistado acima citado, é de realçar uma opinião contrária por parte de outro entrevistado, uma vez que a considera *“...um lobbying de determinadas visões profissionais com carácter de obrigatoriedade. Os nutricionistas, psicólogos, engenheiros têm que fazer estágio para entrar na ordem. Não é pela ordem que deixaremos de ser substituídos pelos psicólogos. Em instituições do Estado é obrigatório colocarem um técnico superior de serviço social, mas, numa I.P.S.S., podem colocar o que entenderem.”* (E13).

Como exposto por Sousa (2015), a constituição de uma Ordem de assistentes sociais é um processo que decorre, em Portugal, desde 1997 e que se caracteriza pela ocorrência de diversos contratemplos.

Para além da questão da presença de outros profissionais no campo do Serviço Social, um dos entrevistados identificou o número reduzido de assistentes sociais nos cuidados de saúde primários como um obstáculo à afirmação identitária.

“Preocupa-me um pouco. Temos pouca identidade e somos poucos nos cuidados de saúde primários, acabamos por fazer pouco. Outras áreas profissionais, com mais pessoas, fazem alguma coisa que é nossa” - E5

A perceção mais negativista obtida atribui as razões de uma identidade frágil aos próprios assistentes sociais, fazendo referência às suas práticas.

“Negro porque não somos organizadas e a culpa é nossa. Somos desleixadas, deixamos para outros o que podemos fazer e é por falta de organização e de sistematização. Não fazemos investigação, não apresentamos os nossos trabalhos, não divulgamos o que fazemos, não temos a prática de escrever nem de refletir sobre o que fazemos. Não gosto de escrever, mas é importante. Fazemos trabalho de bombeiro, o que é negativo” - E2

Corroborando a exposição acima feita, um outro entrevistado considerou a identidade e futuro da profissão da seguinte forma:

“Negro. Falta regulação da profissão, falta supervisão, falta a ordem profissional, e é permitido que pessoas licenciadas em outras áreas profissionais se intitulem de assistentes sociais e ocupem os seus postos de trabalho (...) Todas as profissões servem para trabalhar com crianças e jovens em risco...” - E14

“É uma profissão importante, mas, pelo pouco rigor que, às vezes, colocamos na prática/intervenção podemos colocar em causa e levar à desvalorização da profissão. Os médicos são profissionais muito exigentes com eles próprios, por natureza, estão habituados a um patamar mais elevado. Nós, assistentes sociais, devemos acompanhar o mais possível e projetarmo-nos no rigor dos médicos. Por vezes, há colegas que negligenciam essa situação e, por exemplo, escrevem os e-mails com erros ortográficos ou sem coerência (...) devemos ser permissivos e, ao mesmo tempo, muito tolerantes porque não é boa política. A exigência é fundamental.” - E6

“Gostava que evoluísse um pouco mais, que os serviços e apoios fossem mais concentrados na saúde. As ajudas técnicas como as fraldas deixaram de ser asseguradas pela Segurança Social, passando para os centros de saúde e com o apoio à medicação deveria ser igual. Não se justifica que o caso de um utente que tem que tomar um antibiótico e que não tem dinheiro seja encaminhado para a Segurança Social. Numa situação dessas, normalmente, pago o antibiótico. Já o fiz muitas vezes e faço-o, de vez em quando, mas encaminho na mesma para a ação social da Segurança Social para solicitar algum apoio. Ultimamente tem havido pequenas verbas nas juntas de freguesia para esses efeitos e outos, tenta-se resolver, mas não é fácil.” - E10

“Ainda não se sabe se as assistentes sociais dos centros de saúde estarão sob a competência da Câmara Municipal. Saiu uma legislação a nível de edifícios e técnicos e foi lançado o alerta. Nesse caso continuam a ser assistentes sociais do centro de saúde, mas pertencem à autarquia.” - E10

Por conseguinte, pelo facto de não deter todos os meios necessários para pôr em prática a sua intervenção, e de forma a não retardar a atribuição de uma resposta, o profissional acima citado provocou, nos utentes beneficiários, um efeito não material, mas socialmente objetivo (Iamamoto, 1998).

No que toca ao futuro da profissão, somente dois dos quinze entrevistados comentaram esta parte da questão, tendo um deles referido que *“Será, cada vez mais, uma profissão de futuro, principalmente com as desigualdades que têm surgido. Com futuro não sei porque há muitos profissionais, mas para o futuro sim. Há muitos assistentes sociais e profissionais de outras áreas sociais a concorrem para as mesmas vagas. Confundem-nos muito com os educadores sociais, que fazem o trabalho do assistente social.”* (E8).

Como expõe Iamamoto (1998), o Serviço Social é um trabalho tido como socialmente útil, porque produz serviços que respondem às necessidades sociais e participa no processo de produção e/ou de redistribuição de riqueza social.

Seguindo outra perspetiva, o assistente social é visto, como exposto por um entrevistado, como alguém que irá retirar as crianças às famílias, em casos que considerem justificáveis.

“O assistente social tem ainda uma carga muito negativa, mais ainda perante as crianças, pela retirada das mesmas, algo que está muito presente nas famílias. É

importante saber trabalhar e mostrar que existimos para ajudar e não para retirar crianças. É preciso muito traquejo nesta área.” - E10

Considerando o Código de Ética e Deontológico, adaptado para o Serviço Social português, como um instrumento importante no que concerne à regulação da profissão, foi importante perceber se os profissionais entrevistados conhecem e têm esta mesma perspectiva. Como refere Carvalho (2012), os valores e princípios do Serviço Social exercem influência no modo como o profissional aborda a diversidade e complexidade das situações. Os valores funcionam, assim, como elementos orientadores da prática profissional e como elementos facilitadores no momento de fazer escolhas em situações complexas e de estabelecer prioridades.

“Fundamental em qualquer profissão para que os profissionais se possam regular e saber o que podem e não podem fazer.” - E4

Por conseguinte, todos os entrevistados conhecem o Código de Ética e Deontológico e atribuem-lhe significativa importância, pelo que, dos quinze entrevistados, dois confirmaram segui-lo, enquanto um outro não por falta de tempo disponível. Apesar de importante, no sentido em que sintetiza os princípios éticos que devem ser adotados pelos assistentes sociais, um dos entrevistados fez menção à importância da vontade e da privacidade dos utentes. De outro modo, apesar de considerar importante, um entrevistado fez referência à subjetividade do mesmo.

“O código de ética é muito importante porque há profissionais, como educadores sociais e trabalhadores sociais que se fazem passar por assistentes sociais.” - E15

De forma a perceber a envolvimento dos entrevistados com o Código de Ética, procurou-se perceber se a prática dos mesmos esteve, em algum momento, envolvida em dilemas éticos e, em caso afirmativo, quais os métodos encontrados pelos profissionais para os solucionarem. Verifica-se que, dos quinze entrevistados, quatro nunca se depararam com qualquer dilema ético. Por sua vez, os restantes vivenciaram esta realidade, sendo que a resolução varia de caso para caso. De forma global, as principais técnicas identificadas (cf. Tabela 22) foram a partilha e o desabafo com outros profissionais e com agentes da autoridade.

Tabela 22. Formas de solucionar dilemas éticos

“contornar” com os recursos disponíveis	1
Denúncia de situações	1
Falar com agentes da autoridade, colegas e outros profissionais	5
Pedir auxílio a níveis hierárquicos superiores	1
Pesquisar	1
Refletir	1
Seguir a ética	1
Outras	2

Fonte: Entrevistas aos profissionais

De seguida, é apresentada a análise das respostas dadas pelos entrevistados sobre o papel do assistente social nos cuidados de saúde primários.

“Um dos trabalhos do assistente social é capacitar os pais e dar-lhes instrumentos para poderem alterar determinados comportamentos e hábitos considerados desadequados.” - E14

Pelo facto de reunir quinze respostas, relativas aos quinze elementos da amostra, procurou-se salvaguardar a especificidade de cada resposta, como também encontrar pontos em comum e oposições entre elas.

“É um papel bastante interventivo, de prevenção, vigilância, informação e acompanhamento.” - E13

Para melhor estruturar a diversidade de respostas dadas, os principais pontos do papel mencionados pelos profissionais basear-se-ão na perspetiva de Ross (1995), estruturando-se em torno do papel de guia, de capacitador e de perito, sendo que a de terapeuta social não está representado em nenhuma das entrevistas realizadas. O assistente social presta apoio à comunidade através da identificação das necessidades locais e dos recursos disponíveis nos contextos e, evidentemente, como guia, identificado como o papel principal do trabalhador social (Ross, 1995), ajuda a encontrar os caminhos para a atenuação ou resolução dos problemas, de forma a que os indivíduos possam, futuramente, alcançar as suas metas autonomamente.

“O papel passa por ouvir as pessoas, por desbravar caminhos, por acompanhar, fazer os utentes perceberem algumas coisas porque na consulta médica não há

possibilidade de informar dos cuidados e ver, dentro da comunidade, o melhor para que a situação de saúde evolua da melhor forma ou que se mantenha estável.” - E2

“A saúde não tem subsídios nem apoios, mediamos e orientamos as pessoas, não as substituímos.” - E9

Tem, então, o papel de orientador dos utentes no que diz respeito a dar-lhes indicações sobre os recursos comunitários e sobre os direitos e deveres dos mesmos.

“O nosso papel é fundamental para tentar orientar as pessoas para os recursos que existem na comunidade, para os direitos e deveres dos utentes. Conseguimos resolver algumas situações que ajudam as famílias que estão em situação mais vulnerável”. - E7

Por outro lado, assume o papel de habilitador, servindo de suporte para a ação, mas sem criar o sentimento de dependência da intervenção. A ideia é, então, dotar os utentes de capacidades e potenciar as já existentes para que, mais tarde, sejam capazes de fazer face a situações adversas. O seu papel passa, especificamente, por identificar as fontes de aborrecimento e por preservar as boas relações interpessoais (Ross, 1995).

“Devemos atuar a nível da prevenção, a base dos cuidados de saúde primários, e capacitar os utentes no sentido de gerirem a doença.” - E4

O assistente social como perito assume tarefas de avaliação, intervenção e mediação. Para isso, recorre à elaboração de diagnósticos, capitalizando saberes metodológicos ao nível do manuseamento e produção de informação (Ross, 1995).

“Temos o papel de intervir em situações de violência e de articular com as entidades competentes para colmatar as situações.” - E4

“É de intervenção, de sensibilização para os direitos do utente, de intervenção na acessibilidade aos cuidados de saúde, na humanização da prestação dos cuidados e no acompanhamento psicossocial quer em contexto individual, quer em articulação com a comunidade.” - E7

“Falando em problemas económicos, passa por remover as dificuldades que interfiram diretamente na saúde ou doença do utente. Pode ser feita avaliação à situação habitacional se inferir com os problemas de saúde e com o agravamento da saúde do utente. Quando não interfere, não deverá ser o assistente social dos cuidados de saúde primários a avaliar e a intervir.” - E4

O assistente social tem, também, o papel de mediador, atributo identificado pelos entrevistados: *“É um papel de mediação até mesmo dos profissionais, sendo que por vezes somos nós que facilitamos o acesso do utente ao médico de família.”* (E2). O E9 corrobora a perspetiva apresentada pelo entrevistado citado, compreendendo o assistente social como *“... essencialmente, mediador interno e externo. Deve ter a capacidade de desmontar situações e confusões. É como o bombeiro que apaga fogos.”*. Este trabalho de desobstrução das situações é descrito como desgastante para o profissional.

“A atuação é, habitualmente, tipo bombeira, uma atuação por referênciação de outras entidades, por referênciação de outros profissionais ou a pedido dos utentes/familiares.” - E14

“O assistente social é, essencialmente, um facilitador do acesso à saúde, um informador de direitos e deveres do utente, um encaminhador para outras instituições...porque muitos vêm ao engano.” - E10

Estas tarefas são encaradas pelo entrevistado citado como as únicas possíveis de executar, porque *“Para além da informação e de facilitar o acesso a determinadas instituições/serviços, não temos nada para dar. Se um utente vem aqui porque precisa de comprar antibiótico e não tem dinheiro o serviço não tem respostas para ele. Se se encaminhar para a Segurança Social o utente pode morrer da infeção antes da resposta. Por isso é que o assistente social é facilitador, encaminhador, informador, não pode fazer mais.”* (E10).

É possível aferir que ao Serviço Social está, também, associada uma função de advocacia social, uma vez que o profissional que a desempenha assume uma posição de acompanhamento dos utentes juntos dos atores e instituições sociais na defesa pelos direitos sociais e humanos (Granja, 2008).

A questão do trabalho preventivo, não enquadrada em nenhuma das tipologias de Ross (1995), é abordada por alguns dos entrevistados, tendo-se verificado a convergência de muitas respostas.

“O papel deveria ser mais de prevenção nos comportamentos de risco, no trabalho com grupos mais vulneráveis e com determinadas problemáticas. No entanto, está muito vocacionado para tratar o caso, não para a prevenção nem planeamento” -

E1

“Devemos atuar a nível da prevenção, a base dos cuidados de saúde primários, e capacitar os utentes no sentido de gerirem a doença”. - E4

“Um dos constrangimentos é não ter possibilidade de fazer uma intervenção a nível preventivo no âmbito de programas específicos...” - E14

Num outro campo de análise, o E1 relata que *“Consideram que o assistente social não é para acompanhar nem prevenir, mas para resolver”*, sendo que *“São poucas as situações que surgem ao Serviço Social antes do risco estar presente”*. Esta ideia é apresentada por mais entrevistados, sendo que o E4 afirma que *“Pensam que o assistente social tem que tratar de todas as situações (...) Quando têm um caso e não conseguem fazer mais encaminham para a assistente social, pensando que têm varinha mágica”*.

A este respeito, fala-se da tipologia da prevenção, apresentada por Magalhães (2005). Enquanto a prevenção primária visa evitar o aparecimento de casos de maus-tratos, a prevenção secundária foca-se no tratamento dos casos e em evitar o aparecimento de novos casos. A prevenção terciária, também analisada, respeita já a uma intervenção mais tardia, em termos de evolução do caso, reportando-se à minimização da gravidade das consequências e ao impedimento da reincidência.

De forma global, o papel é caracterizado por um dos entrevistados como *“...muito importante e necessário.”* (E11), mesmo sendo necessário um trabalho contínuo de reconstrução da imagem da profissão:

“Apesar da imagem que os profissionais e utentes têm de o assistente social precisar de ser muito trabalhada, o seu papel nas equipas de saúde pode fazer a diferença.”

- E5

Por acréscimo, por via de afirmações de três profissionais entrevistados, suspeita-se que o papel do assistente social, nos cuidados de saúde primários, não esteja seguramente definido nem claro para todos os profissionais e utentes, como descrito pelo E1: *“...além do mais, os profissionais e utentes pensam que sou da Segurança Social”*, pelo E4:

“Se há assistente social nos cuidados de saúde primários, não é assistente social da Segurança Social. Os utentes e mesmo os profissionais de saúde confundem” e pelo E5: *“Alguns profissionais, médicos e enfermeiros, relacionam-nos muito com a Segurança Social, com atribuição de verbas e de subsídios, mas a intervenção não se pode resumir a isso”*.

Por outro lado, pelo exposto por E2, ao papel do assistente social está subjacente *“...um trabalho de gestão das dificuldades e de fazer chegar ao médico a informação necessária e adequada”*. Além do mais, o mesmo entrevistado acresce que o assistente social tem, também, o papel de divulgar os recursos comunitários existentes e de *“...ouvir os utentes, porque podem não ter outro espaço. A partir dessa escuta e da apresentação dos problemas, ver na comunidade e nas capacidades da família os recursos existentes para resolver o problema, informar das alternativas, dos apoios.”*.

Neste âmbito, considera-se a construção da relação de ajuda, proposta por Rogers (1961), que é fundamental no desempenho das funções do assistente social. Esta é benéfica para os utentes, pois pressupõe a construção de uma relação em que um dos agentes promove o desenvolvimento de competências no outro, com o objetivo deste último, no futuro, conseguir resolver os seus problemas de forma autónoma e independente. Uma das atitudes do assistente social, passa, como refere o autor (*idem*), pela aceitação, sem restrições, da experiência do utente e pelo não julgamento dos seus comportamentos. Tal significa aceitar os utentes com os seus sentimentos, expressões e pensamentos, encará-los como independentes, consciencializando que os mesmos são diferentes entre si. A este respeito, Granja (2008) esclarece que *“a função social de ajuda dos assistentes sociais”* (p. 174) pode ser depreciada pelo facto de grande parte do seu trabalho se focar em grupos populacionais mais vulneráveis e, por isso, com menos trunfos para dar voz e influenciar os grupos decisores. Além do mais, a relação que o assistente social estabelece com o menor e com a família deve ser centrada no indivíduo e não no problema, ou seja, a finalidade é prestar apoio ao indivíduo, para que este atinja um grau de autonomia que lhe permita fazer face aos problemas atuais e seguintes, de forma mais adaptada. A relação em questão implica, também, outras atitudes facilitadoras como a congruência e a empatia. Ser congruente significa ser genuíno. A pessoa é aquilo que é e não uma fachada, pelo que as reações do profissional devem ser concordantes com os seus sentimentos. Em relação à empatia, esta significa que o assistente social deve centrar-se no mundo do outro como se fosse o seu mundo, mas sem se esquecer do carácter *“como se”*, ou seja, captar o mundo do utente, mas sem se envolver na sua realidade.

O E3 defende que a percepção sobre o papel do assistente social “*Depende do ponto de vista. Os utentes podem perceber melhor o papel e valorizam mais do que muitos profissionais, principalmente nos aspetos psicossociais, questões de acessibilidade e de facilitação aos cuidados de saúde*”. O entrevistado em referência, explicando a base do seu trabalho, acaba por determinar um outro papel do assistente social que passa pela análise da dimensão económica e social da vida dos sujeitos, pela análise das questões da dependência e pela garantia de efetivação dos direitos sociais dos utentes:

“Numa situação, vejo a parte económica, a parte social, a parte da dependência, a parte da questão da cidadania, dos direitos sociais e do acesso a qualquer prestação” - E3

Para um outro entrevistado, o trabalho é essencialmente de gabinete, conseguindo, no entanto, em alguns casos, intervir a nível da prevenção. Ademais, o assistente social é encarado como portador de um papel multi-intervencional:

“É um profissional que intervém em vários campos. Intervenho na deteção, na receção, na avaliação, na intervenção e no encaminhamento de casos na dimensão ambiental e psicossocial.” - E14

Quanto ao futuro e aos desafios que enfrentam os assistentes sociais ao nível da saúde:

“O papel tem vindo a afirmar-se, mas há muito a fazer. Nem todos os profissionais de Serviço Social atuam da mesma forma e têm a mesma perspetiva. Devemos definir o que é da nossa competência a nível de cuidados de saúde primários e encaminhar para a entidade competente quando não nos compete para não estarmos a trabalhar todos para o mesmo, sem qualquer resultado.” - E4

Apesar das dificuldades reveladas, para o E7, os casos de sucessos dão sentido à existência da profissão.

“Conseguimos, felizmente, ter alguns casos de sucesso, sendo estas conquistas o que dá significado à existência da nossa profissão” - E7

Relativamente aos indicadores que sustentam a prática profissional e a avaliação dos casos, obteve-se um conjunto variado de indícios, apresentado na tabela 23:

Tabela 23. Indicadores sustentadores da prática e da avaliação dos casos

Indicadores que sustentam a prática e a avaliação dos casos	Nº de profissionais
Avaliação dos múltiplos contextos em entrevista com jovens- HEEADSSS ³⁰	1
Avaliação dos fatores de risco e dos fatores protetores- equilíbrio entre eles	2
Análise multidimensional: económica, competências infantojuvenis, consumos aditivos dos progenitores, prestação de cuidados básicos de higiene, alimentação, medicação, recorrência de doenças, habitacional, relação afetiva com progenitores e outros, funcionamento do agregado familiar, retaguarda familiar, avaliar se é negligência intencional ou desconhecimento, solicitação de avaliação psicológica	15
Cumprimento do Plano de Vigilância Infantil e do Plano Nacional de Vacinação	2
Indicadores do guia prático de abordagem (Menezes & Prazeres, 2011) ³¹ e legislativos	4
Informações dos médicos de família	1
Trabalho de maior proximidade- mais visitas domiciliárias, mais avaliações	3

Fonte: Entrevistas aos profissionais

Comprovou-se, assim, que todos os entrevistados consideraram a análise de uma ou mais dimensões de vida dos menores e famílias:

“Fazemos avaliação inicial da situação com base nos dados que temos, não temos utilizado escalas. Há alguns documentos como o Manual da DGS- linhas prioritárias nos maus tratos à infância- mas que não utilizamos muito.” - E4

“Estas questões são delicadas porque enfermeiros, médicos e assistentes sociais têm abordagens e análises diferentes. Os enfermeiros são mais imediatistas, têm uma prática mais objetiva e fazem muitos juízos de valor. Partem muito das suas experiências pessoais e valorizam muito a limpeza e arrumação da casa. A integração do Serviço Social nestas equipas é muito importante para combater estes preconceitos. Nunca abri frigoríficos nem armários, mas há profissionais de Serviço

³⁰ Home (casa/família); education e employment (escola e emprego); eating (alimentação); activities (atividades desportivas e de lazer); drugs (consumos/adicação); sexuality (sexualidade); Suicide (depressão/suicídio/humor); safety (segurança/acidentes/violência) (DGS, 2013).

³¹ Considerado os indicadores (sinais e sintomas) expostos no guia e na lei, por tipologia de maus-tratos.

Para além das respostas acima expostas, os entrevistados consideram fundamental que os profissionais da área percebam o motivo que os leva a serem chamados a intervir, acreditando que a sua intervenção faz a diferença, assim como a garantia da concretização e igualdade do acesso a direitos como a saúde, a segurança, a integridade física, a alimentação, a higiene, educação, a ser feliz e a brincar.

Reforçando o objetivo do estudo, de compreender a prática profissional do assistente social dos cuidados de saúde primários, na área da infância e juventude em risco, os profissionais foram questionados, também, sobre a forma como representam as suas funções e, também, sobre a forma como percecionam as representações de profissionais de outras áreas científicas. Os atributos concebidos, por parte do assistente social, à própria prática profissional sintetizam-se em três itens: determinante; importante/mais-valia; redutor.

A importância e mais-valia atribuída às funções desempenhadas são as características mais apontadas pelos entrevistados. Uma das razões identificadas prende-se com a capacidade em:

“...resolver algumas situações, eliminar o risco e contribuir para ganhos em saúde. Promovemos o bem-estar atual e futuro da criança se, pela intervenção, conseguirmos que, por exemplo, passe a ser vigiada, que venha às vacinas e às consultas, que tenha acesso a cuidados de saúde/terapias, que as necessidades sejam asseguradas e adequadas ao seu desenvolvimento.” - E14

“O facto de os profissionais falarem comigo quando têm dúvidas é muito positivo, poder partilhar alguma informação e conhecimentos com os outros profissionais.” - E4

Neste campo, dois entrevistados confessam-se cansados, pelo que um revela o seu anseio pela reforma e outro expõe a existência de muito trabalho. Em última análise, um entrevistado confessa não pensar sobre o assunto, focando-se no seu trabalho.

No que concerne às representações dos outros profissionais sobre a prática profissional do assistente social no contexto laboral em análise, é importante clarificar que o ponto de partida são as perceções que os próprios assistentes sociais têm sobre as conceções dos outros. Três entrevistados explicam que as mesmas são percecionadas de

forma positiva, sendo que os profissionais consideram o assistente social *“Alguém com agilidade mental para gerir os vários fogos e dar respostas atempadas e assertivas.”* (E9).

O reconhecimento do saber profissional por parte de outros grupos profissionais, em interação com o assistente social, como aludido por Granja (2008), é um elemento constituinte na construção identitária, pelo que a legitima e reforça, e resulta do facto do assistente social ter um conhecimento mais aprofundado e próximo sobre as populações, sobre os seus modos de vida e valores, constituindo-se como um apoio ao trabalho de outros profissionais.

Por acréscimo, são identificadas as seguintes ilações, partindo dos discursos analisados, sobre o assistente social, por parte de outros profissionais:

- Alguém que não tem muitas funções;
- Alguém que resolve o que os outros não conseguem;
- Função válida para o trabalho do ACeS;
- Núcleo profissional produtivo e útil às equipas e unidades;
- Profissional de todos os serviços, para lá da saúde.

Não estando enquadrados no âmbito das representações, importa clarificar outras ideias sobre as formas como os outros profissionais olham para o Serviço Social. Apesar de ter sido expresso que há, ainda, um desconhecimento por parte de alguns profissionais sobre as funções do assistente social, foi, igualmente, referido que tem havido um aumento da consciência e dos conhecimentos sobre esta questão, possibilitando um reconhecimento pelas funções desempenhadas. Por outro lado, um dos entrevistados transmitiu a ideia de que os outros profissionais de saúde sabem que os assistentes sociais acompanham muitos casos e que, em algumas situações, pretendiam dar outro tipo de resposta, que não se revela possível.

Para terminar este ponto sobre a prática profissional, aborda-se a questão do trabalho terreno, com a finalidade de perceber se o mesmo é desenvolvido nos contextos institucionais em referência. Os quinze entrevistados confirmaram a sua realização, sendo o mesmo concretizado, na sua maioria, por via das visitas domiciliárias (catorze respostas), de reuniões exteriores (três respostas) e de articulação externa (uma resposta).

“O nosso dia de trabalho é com pessoas deprimidas, que não são felizes.” - **E8**

É possível concluir que o núcleo profissional do Serviço Social está sub-representado, sendo que o número de assistentes sociais por ACeS revela-se insuficiente perante o número de utentes acompanhados e as funções a desempenhar. Fala-se de profissionais que não estão voltados apenas para a intervenção na infância e juventude, pelo que intervêm num conjunto variado de problemáticas. Porém, todos eles intervêm junto deste público-alvo, caso haja sinalizações para o Serviço Social. O trabalho, na sua maioria, é partilhado por todos os assistentes sociais considerados no estudo, com algumas exceções, referidas na análise dos dados. Especificamente na problemática de crianças e jovens em risco, os entrevistados apontaram os principais saberes, indicadores, princípios e valores que norteiam a prática profissional, sendo que a principal forma de maus-tratos que surge, no seu global, é a negligência. Para além dos saberes, que devem provir de diversas áreas científicas, as características pessoais dos assistentes sociais são referidas, também, como estruturadoras da prática quotidiana. Por acréscimo, estes mesmos são da opinião que a formação, os conhecimentos científicos, assim como a articulação entre estes são fundamentais ao longo do exercício da profissão, pelo que a conciliação entre os conhecimentos implica uma articulação com a prática, isto é, como o terreno e as suas populações.

Pelo percebido junto dos entrevistados, uma das apostas para a afirmação do Serviço Social nos cuidados de saúde primários no campo da infância e juventude deve passar pela promoção, em maior número, de ações de formação sobre crianças e jovens em risco, que não sejam apenas destinadas aos profissionais do NACJR, uma vez que a intervenção é da responsabilidade de todos. O ideal seria que todos os profissionais tivessem a possibilidade de aceder às ações de formação criadas pelo ACeS ou ARSN, I.P., de forma a não haver disparidade de conhecimentos e experiências entre os assistentes sociais interventores.

Percebendo a existência de perceções negativistas sobre a identidade e futuro da profissão, é preciso solidificar os saberes adquiridos, assumir uma postura crítica e reivindicativa junto dos órgãos de poder, estabelecer interações com os outros de modo a enriquecer o trabalho, assim como adotar um conjunto de técnicas e instrumentos específicos da profissão que permitam a melhor avaliação dos casos de risco. Fala-se aqui do facto de não ter havido referência à existência de escalas de medição do risco para crianças e jovens.

Seria importante que o núcleo profissional de cada ACeS se organizasse em prol de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância e conteúdo das funções do

Serviço Social. Parecendo que a especificidade do seu trabalho não está, ainda, fortemente presente e consciencializada por alguns dos profissionais de outros núcleos, a promoção de ações de sensibilização seria uma forma de mostrar para que existe o Serviço Social e quais os seus efeitos na vida das populações.

Capítulo 5. Conclusão e discussão dos resultados

A escolha do tema sobre o qual versou o trabalho que apresentamos prendeu-se com o facto de ser fundamental compreender a intervenção do Serviço Social da saúde na problemática da infância e juventude em risco e a sua influência na redução do risco, visto este estar inserido no primeiro nível de intervenção, como determina a Lei de Proteção de crianças e jovens em perigo.

Após a apresentação dos resultados obtidos impõe-se a ação de debater e sintetizar os principais resultados demonstrados, sendo expectável encontrar respostas para as questões da investigação e para os objetivos que nortearam o trabalho.

A presente investigação faz referência a sete ACeS, focando-se, exclusivamente, nos assistentes sociais que neles trabalham. Apesar de não estarem implícitos objetivos de generalização, com a análise dos dados recolhidos é possível comprovar uma relativa homogeneidade na prática profissional entre os diferentes assistentes sociais entrevistados. Como apresentado, os maus-tratos a menores são resultado de um conjunto de circunstâncias que os aproximam do risco e do perigo. Se é verdade que a proteção à infância e à juventude foi alcançando, ao longo da história, novos valores e preocupações, ficou também claro, pelo exposto por alguns dos elementos da amostra, que têm surgido novos riscos e perigos que, ainda, não são totalmente perceptíveis.

Salientamos, como primeira conclusão, que a experiência na área da saúde é longa para a maior parte dos entrevistados, pese embora existam percursos marcados pela presença anterior em outras áreas de intervenção. Estamos assim, e de forma genérica, perante profissionais com trajetórias reveladoras de experiência e conhecimento acumulado sobre a sua profissão e sobre o contexto em que trabalham. São profissionais submetidos ao Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP), que intervêm em áreas diversificadas das quais se destaca a problemática do envelhecimento e dos menores em risco.

O trabalho interdisciplinar aparece, no discurso dos entrevistados, como uma condição fundamental para a eficaz resolução dos casos. Todos os assistentes sociais articulam com outros profissionais de saúde do ACeS em que trabalham, situação que se repete na articulação entre assistentes sociais do mesmo ACeS. Como abordado por todos os elementos da amostra, a articulação com assistentes sociais de outras entidades mostra-se necessária e muito importante para conseguir dar as respostas possíveis e disponíveis

na comunidade. Os modos de articulação são semelhantes entre os entrevistados, sendo mais frequente, também, o e-mail e o telefone.

Abordando a prática profissional em matéria de infância e juventude em risco houve necessidade de recair a análise sobre o NACJR, estando dez dos quinze entrevistados integrados neste grupo de trabalho. O Serviço Social está integrado nos nove NACJR analisados. Em alguns casos, a coordenação deste núcleo é atribuída ao Serviço Social, sinal de reconhecimento das competências específicas dos assistentes sociais nesta problemática. Os assistentes sociais entrevistados confirmaram que as respostas e atividades do NACJR referidas são executadas sempre por si, com algumas exceções e, em alguns casos, acompanhadas e partilhadas por outros elementos da equipa. Comprovou-se que há NACJR em que o trabalho de equipa é efetivo, com a realização de reuniões periódicas, debate dos casos e decisões coletivas e que há NACJR em que o trabalho em equipa não existe, sendo o assistente social a “*cara*” do núcleo.

Pela informação recolhida, e de acordo com a lei de criação dos NACJR, trata-se de um grupo de trabalho pluridisciplinar que presta consultoria aos profissionais e que acompanha, excecionalmente, os casos de risco, em momentos em que o profissional/equipa de saúde esgota as possibilidades de intervenção. A lei de criação em menção não faz referência especificamente ao assistente social, mas sim ao NACJR como um todo ou ao profissional/equipa de saúde. Desta forma, os casos de menores em risco que chegam aos cuidados de saúde primários são, em primeiro lugar, acompanhados pelas equipas de saúde e pelo assistente social adstrito à unidade de saúde ou outros profissionais, em caso de referenciação e, em segundo lugar, pelo NACJR se a equipa de saúde ou outros profissionais envolvidos não tiverem meios para prosseguir o acompanhamento e intervenção. De forma a conhecer estatisticamente o fenómeno do risco na infância e na juventude e a avaliar o serviço prestado, é importante que todos os casos de riscos sejam sinalizados ao NACJR, mesmo sem necessidade da sua intervenção. Em todos os ACeS a problemática mais expressiva nos menores é a negligência.

Relativamente ao modelo de proteção das crianças e jovens em risco, conclui-se que há uma consonância do mesmo com os valores do Serviço Social, algo que não se concretiza, porém, em termos de eficácia.

Os assistentes sociais dos cuidados de saúde primários são profissionais com múltiplas funções, advindas do facto de intervirem junto de toda a população abrangida pelo ACeS em que trabalham. É, portanto, um trabalho polivalente em que não está definido um determinado número de processos a acompanhar por cada assistente social.

O papel deste profissional social nos cuidados de saúde primários foi classificado como importante e necessário, havendo, no entanto, a referência à impossibilidade ou dificuldade em realizar trabalho preventivo, pelo excesso de funções a desempenhar. Porém, é necessária uma contínua reconstrução da imagem do Serviço Social, pois nem sempre os utentes e os outros profissionais têm uma percepção clara sobre o papel do assistente social. Quanto aos papéis, o assistente social revela ter um papel de divulgador, facilitador do acesso ao sistema de saúde, informador, interventor em problemas sociais que afetem o estado de saúde, humanizador, mediador, orientador, sensibilizador e de ouvinte. Este é encarado pelos outros profissionais como aquele que é capaz de resolver todos os problemas que os mesmos não conseguem, como se de um mágico se tratasse. Em oposição, um entrevistado fez alusão à prática excessiva de trabalho de gabinete, relacionado com preenchimento de relatórios, dados dos utentes e outros. Globalmente, as funções dos entrevistados são percecionadas pelos mesmos como importantes, apesar de ter ficado patente algum cansaço. A este respeito, apenas três entrevistados consideraram que a sua formação é ajustada e suficiente, o que mostra que a formação adquirida pela maior parte dos entrevistados pode, em certos casos, impedir a continuidade de um acompanhamento e intervenção mais adequados à realidade em causa ou, então, constituir um obstáculo à própria prática profissional. Por conseguinte, a formação contínua surge como uma necessidade imperativa, sobretudo na área dos menores em risco já que a prática profissional exige, cada vez mais, formação e conhecimentos científicos. Assim sendo, todos os profissionais entrevistados corroboraram a importância da conciliação entre os diversos conhecimentos teóricos, tendo sido acrescentado a importância de conciliar, também, a teoria com a prática. Desta forma, os elementos da amostra consideraram que a formação é importante para a legitimação e afirmação da profissão, sendo esta, também, acompanhada do perfil do profissional e da realização dos estágios académicos.

Relativamente à autonomia profissional, esta foi apresentada em diferentes graus pelos entrevistados, sendo que as principais ideias a reter são a de que o assistente social é autónomo para contactar os utentes, marcar e realizar atendimentos, fazer reuniões com as unidades funcionais e outras entidades, para fazer as avaliações e outras tarefas, mas que a sua autonomia é relativa pelo facto de não dispor de todos os meios de trabalho.

Para a maioria dos entrevistados, o Serviço Social é uma área profissional que sofre influências e que interage com o meio envolvente, não sendo possível uma intervenção realizada por apenas um profissional.

Por fim, a identidade e futuro da profissão é apresentada em diferentes quadros pelos entrevistados. É abordada a questão da fragilidade da identidade profissional por haver profissionais de outras profissões sociais que substituem os assistentes sociais e, também, a ideia de que o Serviço Social continua muito associado ao assistencialismo e à caridade e não propriamente a uma profissão, sustentada em conhecimentos científicos e empíricos. Além do mais, as baixas remunerações, a inexistência de Ordem profissional, o número reduzido de assistentes sociais por ACeS, a ausência de regulação e supervisão e o reduzido rigor por parte de alguns profissionais na execução das tarefas colocam em situação de fragilidade a identidade profissional. Os assistentes sociais dos cuidados de saúde primários parecem não ter uma posição firme no contexto em menção, não se sabendo se continuarão sob competência dos serviços de saúde.

Em termos de identidade, foi referido, por alguns dos entrevistados, que os assistentes sociais da saúde podem ser associados pelos utentes e, ainda, por alguns profissionais, a assistentes sociais da Segurança Social, sendo, a partir daí, que surgem todas as respostas. Além do mais, à imagem do assistente social, seja ele da saúde ou de outras áreas, está, ainda, muito associada a retirada de crianças e jovens às famílias para institucionalização. No entanto, alguns dos entrevistados, arriscam dizer que o Serviço Social é uma profissão de futuro, pelo aumento das expressões das desigualdades sociais.

Assim, depois de analisadas todas as questões integrantes no estudo, é possível inferir que a prática profissional do assistente social nos cuidados de saúde primários constitui até certo ponto um fator protetor para o grupo etário, por via da execução de diagnósticos, visitas domiciliárias, acompanhamento e monitorização dos diferentes contextos de vida dos menores e das famílias. Recorrendo a um conjunto de saberes e instrumentos, estes parecem reunir elementos suficientes para combater e atenuar a problemática do risco nos menores, falando-se, em saberes comunicacionais, contextuais, ético-políticos, processuais metodológicos, relacionais, teóricos ou de inteligibilidade e intuitivo tácito. Para que estes sejam instrumentos para a prática, estes não podem ser utilizados de forma estática, mas de modo a adaptarem-se a cada situação.

Contudo, a intervenção do Serviço Social nos centros de saúde encontra muitas barreiras no momento de proteger as crianças e os jovens do risco e do perigo, também pelas condições de que os profissionais dispõem para trabalhar. Em primeiro lugar, os assistentes sociais têm que intervir num conjunto alargado de tarefas e de problemáticas sociais, o que reduz o tempo disponível para se dedicarem à problemática dos menores em risco. Em segundo lugar, pelo facto de o utente só poder se dirigir ao Serviço Social

da unidade de saúde se for referenciado, os assistentes sociais só têm conhecimento dos casos que são encaminhados pelos outros profissionais, havendo forte probabilidade de muitos dos casos não chegarem no momento adequado pela fraca perceção dos sinais e sintomas por parte de alguns profissionais a quem os utentes podem dirigir-se diretamente como os médicos, enfermeiros e secretários clínicos. No entanto, por outro lado, a possibilidade de livre acesso ao Serviço Social dos centros de saúde levanta questões como a possível procura excessiva e desadequada do serviço por parte dos utentes para questões em nada relacionadas com a saúde. Contudo, poderia aumentar a possibilidade de identificar mais casos de risco e de conhecer melhor os menores e famílias.

De forma a que a atividade profissional dos assistentes sociais esteja mais próxima dos menores e das famílias e para evitar que muitos casos de risco e de perigo não cheguem ao Serviço Social, cremos que poderia ser útil que houvesse uma avaliação social dos utentes antes de serem atendidos pelos médicos e/ou pelos enfermeiros. Além do mais, muitos dos registos e informações de que os assistentes sociais dispõem não são de fácil acesso por parte de outros profissionais por, em muitos casos, não estarem inseridos numa base de dados comum. Aqui fala-se do facto da aplicação do SClínico, para o núcleo do Serviço Social, só permitir a introdução de informações básicas sobre o utente, tendo, apenas, uma pequena caixa de texto para a afixação de notas. Não é, assim, possível a introdução de informações sociais mais detalhadas sobre os utentes e, por isso, só em casos em que médicos e enfermeiros procuram as mesmas junto dos assistentes sociais é que tomam conhecimento.

Como limitações do estudo, aponta-se o facto de não ter sido possível a gravação das entrevistas, a necessidade de elaborar o estudo num curto espaço de tempo em relação ao conteúdo do mesmo, bem como o facto de se restringir a sete ACeS. Acrescenta-se, assim, a pertinência em perceber o grau de influência da prática profissional nos cuidados de saúde primários na remoção do risco e do perigo de forma mais abrangente: por distrito, por região de saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) ou a nível nacional, de modo a poder compreender a abrangência do ramo profissional na problemática do risco e do perigo.

Referências bibliográficas

- Albuquerque, C. (2000). Direitos da Criança. As Nações Unidas, a Convenção e o Comité. *Documentação e Direito Comparado*, n.º 83/84, pp. 22-54. Obtido em fevereiro de 2017, de http://www.gddc.pt/actividade-editorial/pdfs-publicacoes/BDDC8384/8384Dir_Crianca.pdf
- Amaro, M. I. (2009). Identidades, incertezas e tarefas do Serviço Social contemporâneo. *Locus Social- Revista do Serviço Social, Política Social e Sociedade*, (2), pp. 29-46. Obtido em janeiro de 2017, de <http://cesss.fch.lisboa.ucp.pt/images/site/locus-social/locus-social-n2-2009.pdf#page=25&zoom=80>
- Andrade, M. (1993). Serviço Social, habitação e autarquias. Movimento e liames da prática e da teoria. *Intervenção Social*, (7), pp. 35-44. Obtido em novembro de 2016, de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1292/1402>
- APSS. (2015). *Associação dos Profissionais de Serviço Social*. Obtido em janeiro de 2017, de <http://www.apross.pt/http://www.apross.pt/profissao/defini%C3%A7%C3%A3o/>
- Assembleia Geral das Nações Unidas. (1959). Declaração dos Direitos da Criança. Obtido em fevereiro de 2017, de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf
- Azevedo, M. A. (2008). A Reforma na Saúde- Ética, Plural e Multidisciplinar. *Nascer e Crescer- Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, XVII (1). Obtido em janeiro de 2017, de http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1135/1/aReformaNaSaude_NeC_17-1_WEB.pdf
- Bandeira, M. L., Azevedo, A. B., Gomes, C. S., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Baptista, M. I., & Moreira, M. J. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011). Evolução e perspetivas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Obtido em junho de 2017, de https://www.ffms.pt/upload/docs/dinamicas-demograficas-e-envelhecimento-da-populac_efe8FbqdjUGZx3LduUIzgg.pdf
- Banks, S. (2001). Ética em fragmentos. Em H. Mouro, & D. Simões, *100 anos de Serviço Social* (pp. 101-124). Coimbra: Quarteto Editora.

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, P. P. (2013). *Economia da Saúde. Conceitos e comportamentos* (3ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Biscaia, A. R. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22 (1), pp. 67-79. Obtido em dezembro de 2016, de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10211/9947>
- Branco, F. (2009). A profissão de assistente social em Portugal. *Locus Social*, (3), pp. 61-89. Obtido em dezembro de 2016, de <http://snas.pt/artigos/aprofiss%C3%A3odeassistentesocialemportugal>
- Branco, F., & Farçadas, M. (2012). O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contextos, Perspetivas e Desafios. Em M. I. Carvalho, *Serviço Social na Saúde* (pp. 1-23). Lisboa: Pactor.
- Branco, F., & Fernandes, E. (2005). O Serviço Social em Portugal: trajetória e encruzilhada. Lisboa. Obtido em dezembro de 2016, de <http://www.cpihts.com/Nova%20pasta/SS%20Portugal.pdf>
- Buss, P. M., & Filho, A. P. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, (1), pp. 77-93. Obtido em março de 2017, de http://www.uff.br/coletiva1/DETERMINANTES_SOCAIS_E_SAUDE.pdf
- Candeias, M., & Henriques, H. (2012). 1911/2011: um século de proteção de crianças e jovens. *III Seminário de I&DT: Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre*. Portalegre. Obtido em fevereiro de 2017, de <http://hdl.handle.net/10400.26/4156>
- Canhão, A. M. (2007). Modelo ecológico de avaliação e intervenção nas situações de risco e de perigo para a infância. Em I. Revista do Instituto da Segurança Social, *Pretextos* (Vol. (28), pp. 10-12). Lisboa. Obtido em janeiro de 2017, de http://www.seg-social.pt/documents/10152/63732/revista_pretextos_28/cd6272d8-8c4e-425d-948a-09ddcef7e213
- Carrilho, T. (2008). Conceito de parceria: três projectos locais de promoção do emprego. *Análise Social*, 43 (1), pp. 81-107. Obtido em outubro de 2016, de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218640394P7hUA1qo9Ns32NK9.pdf>
- Carvalho, M. (2010). Serviço Social em Portugal: percurso cruzado entre a assistência e os direitos. *Revista Serviço Social e Saúde*, (10). Obtido em dezembro de 2016,

- de
<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634890/2789>
- Carvalho, M. J., & Ferreira, L. (2009). Infância e Risco Social. Retratos da imprensa portuguesa. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (60), pp. 105-129. Obtido em dezembro de 2016, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n60/n60a07.pdf>
- Clemente, R. M. (1998). Um novo olhar sobre a criança. Um direito novo de promoção de direitos e de proteção. *Intervenção Social*, (17/18), pp. 19-25. Obtido em dezembro de 2016, de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/948/1070>
- Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco e Ministério da Segurança Social. (2011). *Promoção e proteção dos Direitos das Crianças. Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Lisboa. Obtido em fevereiro de 2017, de http://www.cnpcjr.pt/guias/Guia_Acao_Social.pdf
- Dayrell, J. (2003). O jovem como sujeito social. *Revista Brasileira de Educação*, (24). Obtido em janeiro de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a04.pdf>
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dubar, C. (1997). *A Socialização. Construção de identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.
- Faleiros, V. d., & Faleiros, E. S. (2008). *Escola que protege: enfrentando a violência contras crianças e adolescentes*. Brasília. Obtido em janeiro de 2017, de http://portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf/escqprote_eletronico.pdf
- Fernandes, E. (2005). A singularidade do ISSSL- Primeira escola de assistentes sociais em Portugal. Lisboa. Obtido em julho de 2017, de <http://www.cpihts.com/Nova%20pasta/SingISSS.pdf>
- Ferreira, D. (1996). A sociedade atual, a formação em Serviço Social e a inserção dos Assistentes Sociais no mercado de trabalho. *Intervenção Social*, (13/14), pp. 167-180. Obtido em janeiro de 2017, de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1329/1438>
- Ferreira, J. (2009). *Serviço Social e Modelos de Bem-Estar para a Infância: Modus Operandi do Assistente Social na Promoção e Proteção à Criança e à Família*. Lisboa: ISCTE-IUL. Obtido em dezembro de 2016, de <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/3590>

- Ferreira, J. (2014). Serviço Social: profissão e ciência. Contributos para o debate científico nas ciências sociais. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27 (2), pp. 329-341. Obtido em dezembro de 2016, de <https://ciencia.iscte-iul.pt/public/pub/id/20946>
- Ferreira, J. M., Neves, J., & Caetano, A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw Hill.
- Ferreira, M. (2008). Serviço Social e sociedade, cumplicidades e interações: contributos para uma análise da produção académica portuguesa no período de 1936 a 1972. *Intervenção Social*, (32/43), pp. 139-173. Obtido em dezembro de 2016, de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1449/1565>
- Fischer, G. (1994). *Psicologia Social do Ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fonseca, G., & Pedroso, J. (1998). As comissões de proteção: caminhos a percorrer na promoção da cidadania das crianças e dos jovens. *Intervenção Social*, (17/18), pp. 27-51. Obtido em janeiro de 2017, de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/952/1072>
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito. Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gonçalves, J. C. (2000). *Criança maltratada - O Papel de uma Pessoa de Referência na sua Recuperação - Estudo Prospectivo de 5 Anos*. Coimbra : Quarteto Editora.
- Granja, B. (2008). *Assistente Social- Identidade e Saber*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Porto.
- Granja, B., & Pinto, L. (2007). *Contributos para a história do Serviço Social em Portugal*. Paris: Vuibert.
- Greenwood, E. (1965). Métodos de investigação empírica em Sociologia. *Análise Social*, 3 (11), pp. 313-345. Obtido em janeiro de 2017, de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224164262K21AE9wd1Ui39AM8.pdf>
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia de ação. O planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia.
- Hillesheim, B., & Cruz, L. R. (2008). Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. *Psicologia e Sociedade*, (20), pp. 192-199. Obtido em dezembro de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a06v20n2.pdf>
- Iamamoto, M. V. (1998). *O Serviço Social na Contemporaneidade. Trabalho e Formação Profissional* (3ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Instituto para o Desenvolvimento Social. (2000). *Crianças e jovens que vivem em lar- Caraterização sociográfica e percursos de vida*. Lisboa: Instituto para o

- Desenvolvmeto Social. Obtido de http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=217&m=PDF
- Johnson, B., & Côrte-Real, F. (2000). O som do silêncio. Uma reflexão a partir do Serviço Social da Saúde em Hospital. *Intervenção Social*, (21), pp. 33-44. Obtido em janeiro de 2017, de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1106/1224>
- Knoch, M. (2003). A deontologia dos assistentes sociais como ética profissional. *Intervenção Social*, (27), pp. 5-30. Obtido em janeiro de 2017, de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1072/1191>
- Lalanda, P. (1998). Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica. *Análise Social*, 33 (148), pp. 871-883. Obtido em março de 2017, de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224154176E1jDU8rb4Nc15SI4.pdf>
- Magalhães, T. (2005). *Maus tratos em Crianças e Jovens. Guia prático para profissionais* (4ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Malglaiive, G. (2003). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora.
- Martinelli, M. L. (2003). Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. *Intervenção Social*, (28), pp. 9-18. Obtido em janeiro de 2017, de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1060/1181>
- Martins, A. (1993). A escola da ciência social de Le Play na construção do conhecimento do Serviço Social português. *Intervenção Social*, (7), pp. 9-34. Obtido em janeiro de 2017, de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1290/1400>
- Martins, A. M. (1995). Génesis, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português. *Intervenção Social*, (11/12). Obtido em dezembro de 2016, de http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1265/pdf_1
- Martins, C. A. (2008). Maus tratos infantis: prevenção, diagnóstico e intervenção. *Revista Sinais Vitais*, (78), pp. 23-26. Obtido em março de 2017, de <http://hdl.handle.net/1822/20158>
- Martins, E. C. (2006). A Infância Desprotegida Portuguesa na Primeira Metade do Século XX. *Infância e Juventude*, (4), pp. 93-130. Obtido em dezembro de 2016, de <http://hdl.handle.net/10400.11/907>
- Martins, P. C. (1998). *O conceito de maus tratos a crianças- um estudo das noções dos profissionais da infância*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto. Obtido em fevereiro de 2017, de <http://hdl.handle.net/10216/50346>

- Martins, P. C. (2004). *Proteção de crianças e jovens em itinerários de risco: representações sociais, modos e espaços*. Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho. Obtido em fevereiro de 2017, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3238/1/1.%20Parte%20te%C3%B3rica.pdf>
- Melo, A. T., & Alarcão, M. (2011). Avaliações em situações de risco e perigo para as crianças: um roteiro organizador. *Revista Análise Psicológica*, 29 (3), pp. 451-466. Obtido em dezembro de 2016, de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/85/pdf>
- Menezes, B., & Prazeres, V. (. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em janeiro de 2017, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>
- Minayo, M. C., Deslandes, S. F., Neto, O., & Gomes, R. (2002). *Pesquisa Social- Teoria, método e criatividade* (21º ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Mintzberg, H. (1979). *Estrutura e dinâmica das organizações*. Lisboa: Dom Quixote.
- Neves, M. N. (2009). Rede de atendimento social. Uma ação possível? *Revista da Católica*, 1 (1), pp. 147-165. Obtido em novembro de 2016, de http://www.catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosv1n1/13_Rede_de_atendimento.pdf
- Nogueira, V., & Miotto, R. (2006). Sistematização, Planamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. Em *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional* (pp. 273-303).
- Nunes, M. (2010). Serviço Social em contexto: Política Social e Serviço Social. *Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social*, 1 (1), pp. 59-79. Obtido em dezembro de 2016, de <http://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/903/1041>
- ONU. (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. Obtido em dezembro de 2016, de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

- Pagni, P. A. (2012). Da infância-criança à in-fância do pensar na relação pedagógica . Em F. A. Vaz, & C. M. Momm, *Educação Infantil e Sociedade: Questões Contemporâneas* (pp. 39-56). Nova Petrópolis/RS: Nova Harmonia.
- Parente, C. (2003). *Construção Social das Competências Profissionais*. Tese de Doutorado, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto. Obtido em janeiro de 2017, de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/945.pdf>
- Passarinho, I. (2008). Assistente Social: percursos e construção. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, (6), pp. 21-34. Obtido em dezembro de 2016, de https://www.researchgate.net/publication/28228927_Assistente_Social_percursos_e_construcao_identitaria
- Prazeres, V. (. (2007). *Crianças e jovens em risco- Projeto de intervenção nos Serviços de Saúde*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em janeiro de 2017, de https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-doc-tecnico-maustratoscj_intervencaoasaude-pdf.aspx
- Prazeres, V. (2008). *Maus tratos em crianças e jovens. Intervenção da Saúde*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em janeiro de 2017, de https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-doc-tecnico-maustratoscj_intervencaoasaude-pdf.aspx
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rogers, C. (1961). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Ross, M. G. (1995). *Organização da comunidade*. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS.
- Soares, N. F. (2005). Os Direitos das Crianças nas encruzilhadas da Proteção e da Participação. *ZeroSeis*, 7 (12), pp. 8-18. Obtido em dezembro de 2016, de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/zeroses/article/view/2100/1780>
- Sousa, C. (2008). A Prática do Assistente Social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. *Revista Emancipação*, 8 (1), pp. 119-132. Obtido em dezembro de 2016, de <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/119>
- Sousa, I. (2015). Serviço Social em debate: que referenciais genéricos. *Intervenção Social*, (42/45), pp. 11-23. Obtido em fevereiro de 2017, de <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/2187>

- Torres, M. (2014). O Trabalho socioeducativo desenvolvido pelo assistente social. Conceções e atividades desenvolvidas. *Libertas-Revista da Faculdade de Serviço Social*, 14 (2), pp. 1-23. Obtido em dezembro de 2016, de <https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/2889/2169>
- Vale, M. J. (2006). Criança em risco multicêntrico. *Nascer e Crescer- Revista do Hospital de Criança Maria Pia*, 15 (4), pp. 255-261. Obtido em janeiro de 2017, de <http://repositorio.chporto.pt/handle/10400.16/1198>
- Varela, N. (2007). *Maus tratos e protecção social de menores: Operacionalização e eficácia das medias de protecção*. Tese de Mestrado, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto. Obtido em janeiro de 2017, de <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/180/1/Maus%20Tratos%20e%20protec%C3%A7%C3%A3o%20Social%20de%20menores.pdf>
- Wychocki, S., Galvão, O., & Pastório, I. (2016). Prática e saberes. Uma análise da prática do Serviço Social à luz da formação interdisciplinar. *X Semana Acadêmica e III Seminário de Serviço Social das Faculdades Itecne. 1*. Cascavel: Faculdade Itecne. Obtido em fevereiro de 2017, de [http://itecne.com.br/social/edicoes/2016/artigos/Artigo%20\(18\).pdf](http://itecne.com.br/social/edicoes/2016/artigos/Artigo%20(18).pdf)

Anexos

Anexo 1. Guião de entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS

- ASSISTENTE SOCIAL -

ACES do Grande Porto _____

Entrevista nº _____

1. Identificação do profissional

1.1 Idade

1.2 Sexo

1.3 Habilitações literárias (formação superior; formação pós-graduada; se sim, área de especialização)

2. Experiência profissional

2.1. Qual o seu percurso profissional (atividades profissionais desenvolvidas até à atual)?

2.2. Qual o tempo de exercício da profissão no atual contexto de trabalho (tempo de serviço nos cuidados de saúde primários)?

2.3. Quais as condições de emprego atuais (situação na profissão; se assalariado – posição hierárquica e tipo de contrato de trabalho)?

2.4. Descreva, por favor, as funções desempenhadas.

3. Implementação e organização do Agrupamento de Centros de Saúde

3.1. Em que ano foi implementado?

3.2. Qual a população abrangida?

3.3. Que unidades funcionais compõem o ACES?

3.4. Quantos e que profissionais integram a URAP?

3.5. Quais as razões inerentes à constituição do ACES?

- 3.6. Houve mudanças desde a constituição do ACES em matéria de problemáticas de infância e juventude?
- 3.7. Se respondeu sim na questão anterior, quais as mudanças mais significativas?
- 3.8. Quais as problemáticas mais expressivas atualmente?
- 3.9. Quais as principais dificuldades enfrentadas pelo Agrupamento (passado e presente e perspectivas para o futuro)?
- 3.10. Quais os documentos internos existentes?
- 3.11. As atividades do Agrupamento são divulgadas junto dos utentes?
- 3.12. Se respondeu sim na questão anterior, como são divulgadas?
- 3.13. Quantos assistentes sociais trabalham no Agrupamento?
- 3.14. Que funções desenvolvem os assistentes sociais (Áreas de intervenção; existência de polivalência; elaboração de relatórios sociais- dimensões complementadas)?
- 3.15. Algum assistente social integra o Conselho Clínico e de Saúde?
- 3.16. Quantos processos são atribuídos a cada assistente social?
- 3.17. Como caracteriza as instalações e os equipamentos institucionais (Permite o desenvolvimento do trabalho ou cria obstáculos; há privacidade para trabalhar; espaços para reunir as famílias e para reuniões de equipa; Avaliação global dos recursos existentes para o trabalho desenvolvido)?
- 3.18. Quais as formas de comunicação estabelecidas entre os assistentes sociais e entre estes e outros profissionais do ACES (Formas de comunicação, existência de reuniões ou de espaços de reflexão conjunta)?
- 3.19. Há articulação entre os assistentes sociais e profissionais de outras entidades? - Sim.
- 3.20. Se respondeu sim na questão acima, quais as entidades envolvidas?
- 3.21. Se respondeu não, explique, por favor, o porquê.
- 3.22. Quais os modos de operacionalização dessa articulação (com profissionais de outras entidades)?
- 3.23. Como descreve o trabalho desenvolvido neste domínio de trabalho em rede?
- 3.24. Dê exemplos práticos da necessidade de articulação entre o ACES e outras entidades.
- 3.25. Como é realizada a avaliação dos serviços e dos profissionais? Quem avalia?

4. Implementação e organização do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

- 4.1. Em que ano foi implementado o Núcleo?
- 4.2. Em que unidade está integrado?
- 4.3. Quais os fundamentos para a sua criação?
- 4.4. Qual a sua perceção sobre a importância da criação deste núcleo?
- 4.5. Qual o impacto da criação deste núcleo sobre as crianças e jovens em risco e sobre as famílias?
- 4.6. Quais os princípios orientadores, a missão, objetivos e funções/responsabilidades do núcleo, limitações e vantagens?
- 4.7. Está inserido no NACJR?
- 4.8. Se respondeu sim na questão anterior, referir desde quando e o tempo a que está integrado.
- 4.9. Se respondeu não na questão em referência, alguma vez esteve?
- 4.10. Qual a área de abrangência do núcleo que integra?
- 4.11. Quantos profissionais integram o Núcleo?
- 4.12. Que profissionais o compõem (referir especialidade)?
- 4.13. Que tarefas são adstritas a cada profissional?
- 4.14. Quais os modos de seleção e recrutamento de profissionais para o Núcleo? Se for por nomeação quem é o órgão competente? →
- 4.15. Considera que os profissionais do núcleo têm a formação e as competências necessárias para trabalharem esta problemática?
- 4.16. O Agrupamento aposta/incentiva a formação regular dos profissionais em áreas concretas para o desenvolvimento do trabalho no Núcleo?
- 4.17. Em caso de haver incentivo por parte do Agrupamento na formação, quais as principais áreas de formação?
- 4.18. Como é desenvolvido o trabalho entre a equipa de profissionais que constituem o NACJR (As decisões são coletivas? Como são debatidos os casos)?
- 4.19. São elaborados diagnósticos psicossociais para cada criança e jovem?
- 4.20. Se respondeu sim na questão anterior, quais as dimensões que compõem o diagnóstico?
- 4.21. Estes diagnósticos são os planos de intervenção elaborados pelo NACJR?

- 4.22. Os diagnósticos/processos das crianças e jovens são construídos pela equipa do NACJR ou provêm de outras entidades (referir quais as entidades, caso se aplique e quem são os agentes de sinalização)?
- 4.23. Como chegam ao ACES/NACJR as situações de risco/ perigo das crianças e jovens?
- 4.24. Qual a evolução em termos de casos acompanhados desde a criação do NACJR?
- 4.25. Que respostas, atividades e programas são desenvolvidas pelo NACJR?
- 4.26. O trabalho do núcleo é divulgado à comunidade?
- 4.27. Se respondeu sim na questão anterior, como é divulgado?
- 4.28. A população abrangida pelo ACES sabe da existência do núcleo?

5. A problemática das crianças e jovens em risco

- 5.1. Como é tratada a problemática em questão nos cuidados de saúde primários, antes e depois da existência do núcleo?
- 5.2. Como caracteriza a população infantil e juvenil em risco deste agrupamento (Sexo, idade, gravidade dos casos, frequência da ocorrência do risco/perigo, nº de casos sinalizados, nº de casos acompanhados, nº de casos arquivados; nº de casos encaminhados para outras entidades (1º nível, CPCJ e Tribunais)?
- 5.3. Que causas considera estarem na base das sinalizações de crianças e jovens em risco (deste agrupamento e de um modo em geral)?
- 5.4. Quais as mudanças mais significativas nas problemáticas emergentes em crianças e jovens em risco (problemas passados e presentes- evolução e dinâmica)?
- 5.5. O modelo de proteção na infância em Portugal é concordante com os valores que orientam o Serviço Social?
- 5.6. O modelo de proteção na infância em Portugal é eficaz na proteção das crianças/jovens?

6. A prática do Assistente Social

- 6.1. Na sua perspetiva, qual é o papel do Assistente Social nos cuidados de saúde primários?
- 6.2. A que USF dá apoio?
- 6.3. Para além de integrar o núcleo de apoio a crianças e jovens em risco, desempenha outras funções?

- 6.4. Se respondeu sim na questão anterior, quais as funções e como concilia as diferentes áreas de intervenção?
- 6.5. Pensando especificamente no trabalho que desenvolve no Núcleo e, perante os problemas revelados, quais são as práticas de intervenção? Quais os procedimentos e as etapas? Recorre a escalas de medidas ou outros instrumentos?
- 6.6. Quais os indicadores que sustentam a sua intervenção e a avaliação de situações de risco/perigo?
- 6.7. Quais os princípios que orientam o trabalho dos assistentes sociais junto de crianças e jovens em risco?
- 6.8. Para validar a eficácia do trabalho, pode descrever uma situação que tenha sido resolvida ou intervencionada positivamente pelo núcleo/assistente social?
- 6.9. E uma situação cuja intervenção não tenha proporcionado mudanças ou que tenham provocado mudanças negativas?
- 6.10. No exercício da sua atividade profissional já se deparou com problemas/dilemas éticos?
- 6.11. Se respondeu sim na questão anterior, como os resolveu?
- 6.12. Como vê as suas funções no ACES/NACJR?
- 6.13. Como pensa que as funções desempenhadas são percecionadas pelos outros profissionais?
- 6.14. Como se mantém a par da legislação subjacente à problemática das crianças e jovens em risco?
- 6.15. O trabalho de terreno é desenvolvido?
- 6.16. Se respondeu sim na questão anterior, como, quando e por quem é desenvolvido?
- 6.17. Quais os fatores que possibilitam a evolução positiva das situações/forças (encontro de respostas adequadas aos problemas...)?
- 6.18. E os fatores que impossibilitam/fraquezas?
- 6.19. Quando procura respostas para os problemas identificados junto de crianças e jovens em risco que pontos fortes/oportunidades destaca?
- 6.20. Quais os obstáculos/ameaças?

7. Saberes e formação dos assistentes sociais

- 7.1. Quais os saberes, competências e formação que devem compor o currículo dos assistentes sociais que trabalham com a população infantil e juvenil em risco?

- 7.2. Que disciplinas ou áreas científicas compõem a sua formação em Serviço Social?
- 7.3. Considera que a sua formação é ajustada e suficiente para o trabalho exigido?
- 7.4. Frequentou, frequenta ou pensa frequentar ações de formação sobre o tema infância e juventude em risco?
- 7.5. Explique, por favor, o porquê da resposta dada na questão anterior.
- 7.6. A prática profissional exige cada vez mais formação e conhecimento científico?
- 7.7. Considera importante a conciliação entre os conhecimentos teóricos?
- 7.8. Crê que a formação dos assistentes sociais é importante para a legitimação e afirmação da profissão?
- 7.9. Quais as condições criadas aos assistentes sociais nos cuidados de saúde primários para que estes se mantenham atualizados e aumentem os seus saberes e competências?
- 7.10. Há estagiários de serviço social?
- 7.11. Quais os autores de referência?
- 7.12. O trabalho do assistente social é autónomo?
- 7.13. O campo do Serviço Social nos cuidados de saúde primários é aberto ou fechado?
- 7.14. Como vê a identidade e o futuro da profissão?
- 7.15. Considera importante o Código de Ética?

Anexo 2. Modelo de consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia³² e a Convenção de Oviedo³³

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: A Prática Profissional do Assistente Social em contexto de Cuidados de Saúde Primários Infantis e Juvenis

Enquadramento: Investigação a desenvolver no Agrupamento de Centros de Saúde do Grande _____ e inserida no âmbito do Mestrado em Intervenção Social na Infância e na Juventude em Risco de Exclusão Social, no Instituto Superior de Serviço Social. A orientadora do estudo é a Professora Doutora Idalina Maria Morais Machado.

Explicação do estudo: A recolha de dados ocorre pela aplicação de entrevistas aos Assistentes Sociais do Agrupamento de Centros de Saúde que intervêm na infância e na juventude em risco, sendo que o tipo de dados que pretendo recolher está explícito no guião de entrevista para profissionais. Para além das entrevistas e, de forma a contextualizar o objeto de estudo, a pesquisa implica a análise de fontes documentais como o regulamento interno, o organigrama, o plano de atividades, os recursos humanos e dados estatísticos referentes às crianças e aos jovens em risco, sem qualquer necessidade de consultar os processos dos mesmos.

Condições e financiamento: A investigação não acarretará quaisquer custos para os participantes nem para o Agrupamento de Centros de Saúde, pelo que as deslocações serão feitas pela investigadora. A sua participação no estudo é voluntária, pelo que pode recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer altura, sem que isso acarrete quaisquer consequências ou prejuízos para si. De referir que o estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN, I.P.

Confidencialidade e anonimato: A informação recolhida será mantida no anonimato e confidencialidade e será de uso exclusivo para a presente investigação. Não haverá registos de dados que possam revelar a identificação do profissional e os contactos serão estabelecidos em ambiente de privacidade.

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade, tendo a certeza que a sua participação será uma mais valia para a investigação e para a prática profissional.

Em caso de dúvidas, estou à disposição para qualquer esclarecimento, podendo contactar-me através do número _____ e/ou do e-mail _____.

Assinatura/s:
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

³²http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

³³ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CD N°: DATA ou VALIDADE /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA</p>
--

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**