

Rossi (Ed.), *Reconciling Family and*
p. 9-36. Milano: Franco Angeli.
imento e da atividade da Rede Na-
). 1º Semestre de 2012. Disponível
[ginas/Relatorios.aspx](#) [accedido em

uprès des personnes âgées. Ramon-

s. Rio de Janeiro: Agir.

in en Trabajo Social. Madrid: Alianza

nt and intervention. Dorset: Russell

14

Práticas Profissionais do Assistente Social da Saúde com Famílias em Contexto Hospitalar: Reflexões a partir de Caminhos Percorridos

Ana Patrícia Pimenta, Luís Milton Alves e Pedro Fonseca

Introdução

A família é considerada um sistema complexo. Sendo esta uma realidade e, em boa medida, um lugar comum, importa desconstruir esta afirmação e entrelaçá-la com os inúmeros fatores que dialogam e que, na prática profissional do assistente social da saúde, são indispensáveis em todo o processo de intervenção desenvolvido.

Abordar a temática da(s) família(s) interpela a uma reflexão e espelha simultaneamente a diversidade e a(s) singularidade(s), rejeitando perspetivas normativas e meramente situacionistas. Pese embora as transformações políticas, económicas, sociais e laborais que se têm vindo a definir no contexto europeu, com implicações ao nível da proteção social (também dos cuidadores), a família é, ainda, um pilar essencial no apoio e no suporte nas situações de vulnerabilidade ao longo da vida, sobretudo na doença.

Neste texto propomo-nos refletir sobre a prática profissional dos assistentes sociais com as famílias em contexto hospitalar. Encetamos a nossa discussão com uma breve introdução à institucionalização do Serviço Social no setor da saúde, enquanto espaço de inserção profissional do assistente social, para posteriormente focalizarmos a nossa atenção no exercício da intervenção social no contexto da sociedade do risco e o lugar da família e da doença em todo este processo. Concomitantemente, destacamos a intervenção do Serviço Social na área dos cuidados paliativos, enquanto área em expansão na intervenção em saúde e novo espaço profissional do Serviço Social.

Elegemos a relação profissional com o utente e a família como célula primordial em toda a relação de ajuda. Para isso, procurou-se demonstrar a conexão entre a globalização e as configurações do exercício da intervenção desenvolvido pelos assistentes sociais na sociedade do risco, tendo-se optado por imergir no campo concreto da atividade profissional dos assistentes sociais integrados em equipas de saúde do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM).

Intervenção do assistente social na saúde

A história do Serviço Social na saúde está intimamente relacionada com o percurso do próprio Serviço Social, sendo uma das áreas disciplinares que, desde o início do século XX, integra as equipas dos serviços de saúde, com a implementação oficial, em 1905, do Serviço Social hospitalar no Massachusetts General Hospital, em Boston, Estados Unidos da América (EUA).

© FACTOR

Em Portugal, os assistentes sociais hospitalares intervêm há mais de meio século, e desde sempre trabalharam, com o utente, o desenvolvimento da sua capacitação, consciencializando-o de que é um cidadão com direitos, dando importância às suas características e necessidades. É bastante intensa a relação do Serviço Social com a área da saúde. Mais do que intensa, tal relação é, na verdade, histórica, sendo mesmo constitutiva da sua identidade profissional (Martinelli, 2003:9).

Tal como refere Matias (1999), a génese e a emergência do Serviço Social na área da saúde, em Portugal, radica em conceções teóricas e em práticas médico-sociais influenciadas pelo positivismo e pelo cientismo, que se desenvolveram entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX. É neste contexto que surgem propostas sustentando a necessidade de um novo campo profissional, que levaram à estruturação do Serviço Social¹.

Globalmente, as funções² do assistente social na saúde são definidas por relação à sua integração na equipa de saúde, participando em todo o processo de promoção, prevenção, cura e reabilitação. No relatório *Serviço Social da Saúde*, da Divisão de Estudos e Planeamento, Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde, de Dezembro de 1998, encontram-se consagradas as funções mais recentes do Serviço Social hospitalar, das quais destacamos os seguintes núcleos:

- Acolher e atender o doente e elementos da sua rede pessoal de apoio, recolhendo dados necessários à avaliação social; diagnóstico e prognóstico da doença, com vista à elaboração do diagnóstico social, indispensáveis ao processo de tratamento, planeamento e preparação da alta, reabilitação e reintegração social;
- Prestação de apoio psicossocial e suporte emocional ao doente e rede pessoal de apoio, aconselhando o doente para que assuma a situação real de doença, capacitando-o para a mobilização de recursos, tornando o indivíduo agente da sua recuperação;
- Identificar e acompanhar, de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em particular, crianças e adolescentes em risco ou perigo, idosos, doentes crónicos, doentes do foro psiquiátrico e doentes vítimas de violência doméstica e maus-tratos;
- Advocacia social e gestão do gabinete do utente, procedendo à orientação do utente e ao tratamento e encaminhamento das reclamações/sugestões;
- Colaborar em ações que visem a humanização e a qualidade dos serviços e das estruturas, e coordenação das ações de voluntariado.

¹ A institucionalização do Serviço Social Hospitalar Português teve os seus principais marcos na Organização Hospitalar, Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946, e no Estatuto Hospitalar, Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968, explicitando que "a ação dos estabelecimentos e serviços hospitalares é simultaneamente de natureza médica e social".

² Desde 1968 que o Serviço Social Hospitalar tem funções expressas e aprovadas pela Direção-Geral dos Hospitais, através da Inspeção Técnica de Ação Social (ITAS), entidade que supervisionava e coordenava o exercício da prática profissional dos assistentes sociais nos hospitais de todo o país. Em 1973, a ITAS regulamenta as funções do Serviço Social Hospitalar e, em 1979, de acordo com a própria evolução da realidade hospitalar e das estruturas sociais, essas funções foram reformuladas, conforme consta no trabalho *O Serviço Social no Sector da Saúde* (GEPS, Série de Documentos de Trabalho n.º 2, Lisboa, 1979), aprovado pelo secretário de Estado da Saúde, a 4 de Dezembro de 1979.

Destaca-se como conteúdo funcional do Serviço Social contribuir para a individualização da ação, identificar e mobilizar recursos sociais, fomentar e participar em iniciativas de valorização do Serviço Social, participar na elaboração, execução e avaliação de programas de saúde e participar na definição da política de saúde.

Em síntese, após a afirmação da saúde, marcam a sociedade um processo social enfrentado reflexiva, capaz de responder às necessidades e

Os processos sociais

Na sociedade, os processos sociais e económicos, de direitos do Estado e cidad

Partindo da afirmação com os perigos (Beck, Lash e Giddens, 2008) de. Esta noção perante um perigo inexoravelmente

Segundo Beck, uma constante risco encontrado na qual o cr às instituições, tante da sociedade ou socialmente

O conceito de proximidade ao co hoje é coberto os riscos são as sociedades presentes sob ameaças dos, no mundo Embora recon

³ Atendendo a esta nos EUA ou o 11 de Setembro em L'Aquila exemplos de risco

⁴ São riscos externos como sejam secas provocado, que Giddens, 2000a:3

Em síntese, apesar de a inserção do Serviço Social na saúde apresentar uma trajetória de afirmação do seu espaço profissional, as profundas transformações societárias que marcam a sociedade contemporânea colocam importantes desafios à profissão, reque-rendo um processo de permanentes (re)descobertas, em que a prática do assistente social enfrenta permanentes exigências, assumindo uma postura crítica, interventiva e reflexiva, capaz de responder, por um lado, aos problemas instalados, e, por outro, às necessidades emergentes da sociedade.

Os processos de doença e o exercício profissional dos assis- tentes sociais na sociedade do risco

Na sociedade contemporânea, o risco, a incerteza, o intensificar das desigualdades sociais e consequente vulnerabilidade convivem com ininterruptas transformações so-ciais, econômicas e políticas, simultaneamente, geradoras e resultantes de quebras de direitos democrática e legalmente adquiridos, em que o compromisso social entre Estado e cidadãos se cruza com uma precarização dos sistemas de proteção social.

Partindo da afirmação "o risco pode ser definido como a maneira sistemática de lidar com os perigos e as incertezas induzidas e produzidas pela própria modernização" (Beck, Lash e Giddens, 2000:21) e considerando que "as consequências da globaliza-ção são de largo alcance, afetando praticamente todos os aspetos do mundo social" (Giddens, 2008:65), o conceito de risco é inseparável de incerteza e de imprevisibilida-de. Esta noção de risco associada à globalização parece-nos pertinente, por estarmos perante um período em que o mundo é afetado por permanentes transformações que, inexoravelmente, influenciam a atuação do Serviço Social.

Segundo Beck (2000), atualmente, vivemos numa sociedade em que o risco social é uma constante. Neste sentido, podemos considerar que o conceito de sociedade do risco encontra-se intimamente relacionado com a fase de desenvolvimento da socieda-de na qual o crescimento dos riscos sociais, políticos e econômicos tendem a escapar às instituições que os geriam e protegiam na sociedade industrial. Um aspeto impor-tante da sociedade do risco é que os seus perigos não são limitados espacial, temporal ou socialmente (Beck, 1995 citado por Giddens, 2008:69)³.

O conceito de sociedade do risco em Beck (op. cit.) apresenta laços de profunda pro-ximidade ao conceito de Giddens (op. cit.), ao defender que o mundo em que vivemos hoje é coberto de riscos e incertezas. O argumento de ambos os autores é o de que os riscos são um resultado da modernidade, pelo que são diferentes dos riscos das sociedades pré-modernas. Ao contrário do passado, em que as sociedades estavam sob ameaças de riscos externos⁴ que tinham causas estabelecidas e efeitos conheci-dos, no mundo atual, os riscos são incalculáveis e de consequências indeterminadas. Embora reconhecendo-se a convergência entre os dois autores, tal não obsta, porém, a

³ Atendendo a esta questão, podemos tomar por exemplo os ataques terroristas, nomeadamente, o 11 de Setembro nos EUA ou o 11 de Março em Madrid, que não escolheram vítimas, do mesmo modo que não escolheu o recente sismo em L'Aquila, Itália, ou a queda do avião da Air France que voava do Brasil para França (estes são alguns exemplos de riscos não calculados).

⁴ São riscos externos os perigos que têm origem no mundo natural e não estão relacionados com a ação do Homem, como sejam secas, terremotos e tempestades. Giddens (2000a) estabelece uma distinção entre risco exterior e risco provocado, que considera "(resultante do impacto do nosso desenvolvimento tecnológico sobre o meio ambiente" (Giddens, 2000a:35).

que a situação do Homem no mundo contemporâneo se apresente deveras paradoxal, pois, apesar de todo o esforço desenvolvido para transformar e controlar a natureza, a ação humana tem sido, em muitas situações, destruidora e ameaçadora, deixando-o indefeso.

Deste modo, o risco, na perspetiva de Beck, caracteriza as sociedades modernas, que se designam por **sociedades do risco**, e surge associado ao conceito de modernização reflexiva⁵, em virtude da transição irreversível da sociedade industrial para a sociedade do risco. Na linha de pensamento de Beck, a qual é reiterada por Giddens (2000b), ao propor uma distinção entre os conceitos de risco e perigo, os perigos sempre existiram associados à história da humanidade, por oposição ao conceito de risco, pois estes são construções sociais.

Assim, partindo deste pressuposto, e transpondo para o Serviço Social, Mouro (2006) afirma que:

"(...) a noção de risco deve ser entendida como instrumento para conhecer o modo como o Serviço Social opera numa sociedade global em que **risco social**⁶ não pode ser confundido com **perigo social**⁷."

Mouro (2006:383)

No contexto atual, dominado pela sociedade do risco, a intervenção profissional do Serviço Social não se perspetiva em termos de classe social, mas em termos de vulnerabilidades sociais (surtem novas fragilidades em resultado do processo de globalização), apresentando-se transversais a todas as classes sociais. Assim se compreende que o exercício profissional da intervenção tenha deixado de estar vinculado aos problemas de classe centrados na desigualdade, por relação ao "surgimento de uma economia à escala global que influenciou de forma inequívoca a prática e as consequentes estratégias de intervenção do Serviço Social" (Mouro, 2006:383).

As práticas profissionais do assistente social desenvolvem-se num locus complexo, plural, matizado de divergências, contradições e tensões imbricadas naquilo que são as políticas sociais setoriais. Porém, nunca será demais referir que as atribuições e competências dos assistentes sociais, sejam elas desenvolvidas no âmbito da saúde ou em qualquer outro setor, são norteadas pelos deveres e direitos plasmados no Código de Ética Profissional e ancorados nos princípios e valores do Serviço Social, consubstanciados no mandato institucional e no projeto profissional do assistente social.

A Federação Internacional dos Assistentes Sociais sustém "as origens do Serviço Social em ideias humanitárias e democráticas. A prática do Serviço Social centra-se desde o seu início na satisfação das necessidades humanas e no desenvolvimento do poten-

⁵ Na modernidade, a reflexividade "consiste no facto das práticas sociais serem constantemente examinadas e reformadas à luz da informação adquirida sobre essas mesmas práticas, alterando assim, constitutivamente o seu carácter" (Giddens, 2002:27), isto é, encontra-se associada a uma atitude reflexiva sobre a sua prática.

⁶ Os problemas de risco (calculado ou não calculado) constituem-se como todos os problemas que podem existir, sendo objeto de previsão ou que podem surgir de forma inesperada.

⁷ Problemas de perigo são todas as situações de carácter problemático instaladas na sociedade e que, muitas vezes, decorrem da transformação do risco em perigo, isto é, "situações que degeneram por ausência de uma intervenção que promova a mudança" (Mouro, 2006:397).

cial e recursos
profissional do

"(...) possui
fendem os d
num conjunt
da organizaç

O domínio de
contemporâne
tradicional da
ta de resposta
mente reparac
resultado da s
da sua trajetór

Numa primeir
talar tem com
sobre os aspe
para a reabilit
socioeconómi
comunidades

O assistente s
postura ativa
e em conson

⁸ Viscarret (2007:2) del servicio o de el futuro del cliente individual de pre no domicilio. Ne ao assistente so para o efeito, o (Minahan, 1987) gurar que los ci y la forma adeo

⁹ Ainda que de n de equipas: eq intervenção em ciplinares – reg raja a partilha c impondo-se um – "caracterizam petências que último constitui centralidade de

¹⁰ A interdisciplin obstante, num disciplinaridad uma conceção profissionais d mistificar a ide que leva à dilu

cial e recursos humanos" (IFSW, 1982). Para além dos ideais humanistas, a identidade profissional do Serviço Social:

"(...) possui elementos unificadores que se podem rever nos valores profissionais que defendem os direitos sociais e os direitos humanos e um ideal de justiça social, bem como num conjunto de instrumentos técnico-operativos que lhes permite uma leitura apropriada da organização social e das políticas sociais subjacentes com as quais trabalha."

Santos (2008:191)

O domínio de intervenção do assistente social na saúde, no contexto da sociedade contemporânea, tem vindo a ampliar-se e a reconfigurar-se, transcendendo a dimensão tradicional da ação direta com o doente e as suas redes de apoio, numa ótica imediatista de resposta aos problemas e às necessidades, assumindo um caráter predominantemente reparador. Nesta perspetiva, o Serviço Social tem um conhecimento acumulado, resultado da sua ação profissional, que vem aperfeiçoando e desenvolvendo ao longo da sua trajetória histórica.

Numa primeira abordagem, podemos referir que o Serviço Social no contexto hospitalar tem como objetivo principal, utilizando a metodologia de gestão de caso⁸, intervir sobre os aspetos psicossociais associados à doença, de forma a promover condições para a reabilitação e a reinserção social dos doentes, reduzindo o impacto de fatores socioeconómicos e ambientais desfavoráveis ao bem-estar dos indivíduos, grupos e comunidades.

O assistente social hospitalar tem assumido, dentro das equipas⁹ de tratamento, uma postura ativa na prestação de cuidados¹⁰, pautada pelo Código de Ética da profissão e em consonância com os princípios do Serviço Nacional de Saúde, que visa a uni-

⁸ Viscarret (2007:235) considera que "un trabajador social gestor de casos es un profesional responsable del conjunto del servicio o de los servicios prestados al cliente, así como de las repercusiones que dicha intervención tendrá para el futuro del cliente". O modelo de gestão de casos, ou *case management*, visa assegurar a elaboração de um plano individual de prestação de cuidados, de modo articulado e coordenado, fomentando a continuidade dos cuidados no domicílio. Neste sentido, a preparação da alta do doente deve ser iniciada logo após o internamento, cabendo ao assistente social a elaboração do diagnóstico social e a identificação das necessidades do doente, conhecendo, para o efeito, o diagnóstico clínico, o prognóstico e o plano de tratamento. "La Enciclopedia del Trabajo Social (Minahan, 1987) se refiere al Trabajo Social de gestión de casos como un modelo de intervención que intenta asegurar que los clientes con problemas complejos y múltiples reciben todos los servicios que necesitan en el tiempo y la forma adecuados" (Viscarret, 2007:237).

⁹ Ainda que de natureza diversa, no contexto hospitalar poder-se-ão identificar diferentes modelos de constituição de equipas: **equipas multidisciplinares** – a abordagem desenvolvida pelos técnicos é fracionada, resultando a intervenção em ações isoladas, não se verificando uma estratégia concertada nem coordenada; **equipas interdisciplinares** – regista-se "(...) uma estrutura formal de interação e comunicação entre os membros da equipa e encoraja a partilha de informação, mas tal como o modelo anterior continua a dominar a perspetiva de cada disciplina impondo-se uma relevância em função da disciplina e não da totalidade da pessoa"; **equipas transdisciplinares** – "caracterizam-se pela ênfase posta na partilha ou transferência da informação, dos conhecimentos e das competências que cada membro, com a sua formação especializada, traz para a equipa" (Louro, 2001:154-155). Este último constitui-se como modelo ideário, pois os profissionais que nele atuam pugnam por uma prática assente na centralidade do sujeito cliente.

¹⁰ A interdisciplinaridade no Serviço Social encontra-se diretamente relacionada com o exercício da profissão. Não obstante, numa análise mais atenta e profunda, deparamo-nos com cenários, indiciando que a noção de interdisciplinaridade permanece mormente no ideário institucional. A intervenção social no âmbito da saúde assume uma conceção e uma práxis interdisciplinar que se concretizam no funcionamento da equipa enquanto grupo de profissionais distintos que trabalham com uma metodologia comum. Segundo Iamamoto (2004), "é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais".

versalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social. O exercício profissional do assistente social no espaço hospitalar envolve, ainda, uma análise crítica conjuntural e estrutural, implicando uma articulação com os serviços e as estruturas intra e interinstitucionais, em que a reflexão conjunta e o diálogo com outros profissionais constituem um permanente processo de intercâmbio de conhecimentos e de reciprocidade de experiências quotidianas.

Neste domínio, a avaliação social reveste-se de tanta pertinência quanto a de qualquer outro membro da equipa prestadora de cuidados. Embora, na prática, o modelo biomédico ainda prevaleça, a afirmação progressiva de uma abordagem holística, que condensa uma visão global do indivíduo que atenda à pluridimensionalidade do ser humano, é essencial na atualidade. A intervenção do assistente social no âmbito hospitalar cruza-se com o desempenho profissional de outros técnicos, quanto à missão e aos objetivos gerais a atingir nesta área, mas distingue-se na especificidade do seu conteúdo funcional, bem como nas respetivas estratégias e propósitos presentes no exercício funcional da profissão. Constitui-se objetivo do Serviço Social intervir sobre os aspetos psicossociais associados à saúde/doença, procurando compreender o indivíduo nos seus múltiplos papéis sociais e redes de sociabilidade.

Assim, o conhecimento do doente só será completo através da compreensão da sua trajetória social, **com a caracterização da sua situação familiar, as inter-relações que aí se desenvolvem e as reais possibilidades da família como prestadora de cuidados informais. A componente familiar é da maior importância, quer na recuperação, quer na reintegração do doente no seu meio. A família deverá ser envolvida, desde o início do internamento, e participar no processo de tratamento.**

Ao identificar as necessidades, as potencialidades e os recursos do doente e da sua rede de suporte, com vista à preparação da alta hospitalar, o assistente social é o elo de ligação com as instituições da comunidade, estabelecendo com estas relações de parceria para a criação de uma rede de apoios necessários, quer em relação ao doente, quer ao suporte familiar, salvaguardando a coesão da família e a sua funcionalidade. Além disso, detém o necessário conhecimento das políticas sociais setoriais e da legislação, no sentido de obter determinados benefícios e respostas sociais. Neste processo de desenvolvimento de competências sociais é necessário ajudar o doente a enfrentar a situação de doença, confrontando a realidade e respondendo às exigências da situação, garantindo as relações com os familiares e amigos e outros próximos, a fim de ajudar na resolução da crise (Carvalho, 2003:49).

Assim, é reconhecida a importância do papel do assistente social na instituição hospitalar. Com uma formação específica no âmbito das Ciências Sociais e Humanas, a prática profissional vai no sentido de uma humanização dos cuidados prestados ao doente, na recuperação do seu estado de saúde e na criação de condições necessárias e adequadas que possibilitem a plena reintegração no seu meio familiar e social. Esta dimensão central da prática profissional do assistente social no domínio hospitalar visa a promoção e a proteção dos direitos do doente, cuja base relacional, que se estrutura entre assistente social e utente, se associa a uma relação profissional estabelecida sob princípios de confiança mútua que requerem, do assistente social, aceitação, compreensão, empatia, respeito e interesse autêntico pelo cidadão utente e pela sua situação-problema.

Nesta abordagem Parton e O'Byrne tância primordial linguagem com os usados, na se forma o Eu e se proporciona da mudança

Sustentada na modelo de intervenção para a emergência social universal sociais e o contexto numa realidade histórias, ou seja texto. Significa ao pensamento

Como refere S. tores como De (2000). Todos posicionamento deve ser reflexivo e o posicionamento matização de social é protagonista

Também How to de nas sociedades". Sustentado exerce sobre "estendendo citados por A o assistente social implica um processo ser desenvolvido sujeitos e não

Nesta abordagem sistematizar a contemporânea bitação, emigracão e sobrecarga familiar laboral, que empobrecimento

Ora, é neste políticos que bendo a inter

o e a participação social. italar envolve, ainda, uma ção com os serviços e as ta e o diálogo com outros mbio de conhecimentos e

nência quanto a de qual- ora, na prática, o modelo abordagem holística, que idimensionalidade do ser nte social no âmbito hos- écnicos, quanto à missão na especificidade do seu propósitos presentes no rviço Social intervir sobre ando compreender o indi- ade.

da compreensão da sua miliar, as inter-relações lia como prestadora de mportância, quer na re- A família deverá ser en- o processo de tratamento.

rsos do doente e da sua o assistente social é o elo do com estas relações de uer em relação ao doente, a e a sua funcionalidade. is sociais setoriais e da legis- is sociais. Neste processo udar o doente a enfrentar ndo às exigências da si- outros próximos, a fim de

social na instituição hos- as Sociais e Humanas, a s cuidados prestados ao de condições necessárias meio familiar e social. Esta no domínio hospitalar visa relacional, que se estrutu- o profissional estabeleci- sistente social, aceitação, idadão utente e pela sua

Nesta abordagem, a qual partilhamos, a proposta do Serviço Social construtivista, de Parton e O'Byrne (2000), vai centrar-se na construção intersubjetiva, atribuindo importância primordial à **comunicação** falada entre o assistente social e o cidadão utente. **A linguagem com o cidadão é mais importante do que as técnicas e os procedimentos usados, na medida em que é pela possibilidade de falar sobre e ser ouvido que se forma o Eu, se desenvolve uma maior compreensão da sua própria experiência e se proporcionam aos cidadãos as oportunidades de melhor controlo da sua vida e da mudança** (Nunes, 2004:41).

Sustentada na teoria da emancipação, Nunes (2004) propõe aos assistentes sociais o modelo de intervenção baseado na "individualização de abertura", ou "topos de regulação para a emancipação", tomando por objetivos a cidadania emancipada, o bem-estar social universal e os direitos sociais universais (Nunes, 2004:61). Defender os direitos sociais e o compromisso profissional com formas emancipatórias significa apoiar-se numa realidade construída ou desconstruída por uma multiplicidade e diversidade de histórias, ou seja, apoiar-se nos pensamentos e nos discursos que dependem do contexto. Significa recuperar a origem do pensamento crítico no Serviço Social para chegar ao pensamento pós-estrutural e pós-moderno (Fook, 2002).

Como refere Santos (2008), "o movimento crítico de Serviço Social destaca-se em autores como Dominelli (2004); Nunes (2004); Iamamoto (2004); Fook (2002), 1993; Payne (2000). Todos eles chamam a atenção para a responsabilidade do técnico e para o seu posicionamento estratégico, metodológico e político face à sua prática profissional que deve ser reflexiva". Neste registo, Santos (op. cit.) postula a reflexão, o questionamento e o posicionamento social como oportunidades de consolidação metodológica e sistematização de novos saberes sobre a profissão de Serviço Social, em que o assistente social é protagonista da sua ação (ibidem, 2008:20).

Também Howe e Healy (2001, citados por Amaro, 2008) chamam a atenção "para o facto de nas sociedades contemporâneas o poder e o saber estarem profundamente associados". Sustentando que o assistente social deve libertar-se da relação de poder que exerce sobre o cliente, será condição impreterível despojar-se da posição de "técnico", "estendendo assim sobre eles a disciplina e a vigilância" (Howe e Healy, 2001:164, citados por Amaro, 2008:72). Guadalupe (2009) partilha desta ótica, advogando que o assistente social constitui-se como um ator social coconstrutor da mudança, o que implica um processo assente na não diretividade, cuja relação interventor/utente deve ser desenvolvida numa perspectiva dialógica que permita aos indivíduos uma relação de sujeitos e não de objetos.

Nesta abordagem, e no entrelaçar de olhares analíticos e reflexivos, procuramos aqui sistematizar alguns elementos que, paradoxalmente, são constitutivos da sociedade contemporânea e se confrontam no (aparente) acesso à saúde, educação, justiça, habitação, emprego e cultura, balanceando com o galopante desemprego (qualificado), emigração e imigração, alterações da estrutura demográfica (duplo envelhecimento), sobrecarga familiar, com a dificuldade de conciliação da esfera privada com a atividade laboral, que se entrecruza com uma crescente perda de rendimento económico e o empobrecimento individual e familiar.

Ora, é neste caldo que evidencia a pluralidade de contextos sociais, económicos e políticos que interpela o profissional a uma necessária relação teoria-prática, concebendo a intervenção nos planos micro, meso e macro, que argumentamos que as prá-

ticas profissionais¹¹, no âmbito da sociedade do risco, avançam no sentido de fazerem uma simbiose entre os papéis regulador e emancipatório. Com efeito, ao sustentar esta abordagem conceptual, Mouro (2006:387-389) evidencia que o exercício profissional do assistente social poder-se-á alicerçar em dois eixos distintos: o eixo regulador e o eixo emancipatório:

- **Eixo regulador** – de cariz reparador, a ação profissional desenvolvida pelo assistente social assenta no exercício da mediação e na prossecução da integração dos indivíduos. Atua essencialmente sobre os efeitos dos processos de exclusão (ou de risco de exclusão) e de desfiliação (Mouro, 2006:387-388);
- **Eixo emancipatório** – situa-se ao nível da autonomização e da capacitação do indivíduo (*empowerment*), legitimando-se “como uma alternativa de intervenção que se constituiu em face da dinâmica cultural que envolveu a recriação dos estilos de vida” (Mouro, 2006:387-388).

O Serviço Social, estando vinculado ao controlo e à estabilidade social, encerra hoje também um compromisso com a mudança (individual e coletiva), empenhado na construção e no reforço de uma sociedade mais justa e igualitária, afirmando o seu mandato profissional e superando uma conceção de intervenção sustentada no imediatismo, de cariz iminentemente reparador, em detrimento de uma aceção promocional coadunada com um modelo de desenvolvimento moderno, de efetiva dignidade humana, *empowerment* e capacitação.

O Serviço Social no sistema de saúde da Madeira: o campo de atuação do assistente social

A história do Serviço Social na saúde está intimamente relacionada com o percurso do próprio Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM)¹², cuja trajetória de afirmação do seu espaço profissional se tem pautado pelo cumprimento inabalável

¹¹ Recorrendo às palavras de Faleiros, a prática profissional do Serviço Social é definida como “correlação particular de forças sob a forma institucionalizada, na mediação fragilização-exclusão/fortalecimento/inserção social vinculada ao processo global de reproduzir-se e representar-se dos sujeitos em suas estratégias/trajetórias” (1997:49). Tomando por base a definição do autor e considerando como elementos essenciais da mesma os pilares da mediação e da emancipação dos sujeitos, podemos compreender o relevo que o mesmo atribui ao contexto institucional, na medida em que este representa inexoráveis condicionalismos ao exercício profissional do assistente social.

¹² No século XVI, data da colonização da ilha da Madeira, foi delegada à Misericórdia do Funchal a responsabilidade de providenciar os meios adequados à prestação de cuidados de saúde à população. Contudo, o primeiro estabelecimento hospitalar da Madeira começou a ser construído apenas em 1905, tendo a integração dos primeiros doentes ocorrido somente em novembro de 1930. Em 1940, o Hospital dos Marmeleiros foi ampliado e, em setembro de 1973, foi inaugurado um novo hospital, o Hospital Distrital do Funchal, ficando posteriormente conhecido por Hospital da Cruz de Carvalho. Foi nesta unidade de saúde que, em 1975, o Serviço Social deu os seus primeiros passos no exercício e no desenvolvimento da sua atuação profissional. Em 1977, o Hospital Distrital do Funchal mudou a sua designação para Centro Hospitalar do Funchal, integrando os três hospitais que então existiam na Região Autónoma da Madeira: o Hospital dos Marmeleiros, o Hospital da Cruz de Carvalho e o Hospital Dr. João de Almada. Em 1980, o Centro Hospitalar do Funchal obteve o estatuto de Hospital Central do Funchal e, em 2003, tornou-se Empresa Pública Empresarial, hierarquicamente dependente do Serviço Regional de Saúde, fruto do anterior Centro Regional de Saúde e do Centro Hospitalar do Funchal (que passou a gerir, numa única administração, os cuidados de saúde primários e hospitalares). Mais recentemente, em 2008, o Serviço Regional de Saúde, EPE viu novamente alterada a sua designação, para Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE. Em 2012, mais concretamente a 26 de setembro de 2012, através do Decreto Legislativo Regional n.º 12/2012/M, de 2 de julho, entra em exercício o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), inscrevendo os Hospitais Dr. Nélio Mendonça (antigo Cruz de Carvalho) e dos Marmeleiros, a Unidade de Cuidados Continuados Dr. João de Almada, o Centro Dr. Agostinho Cardoso e os centros de saúde.

do seu objetivo primário contexto da sociedade transformações rápidas da tecnologia, das rel

Tal como se evidenciou, a geração de riscos sociais desenvolvida a sua atuação tentores de um conjunto sobre as quais os assistentes defendendo uma intervenção predominantemente reparadora, com auxílio de indicadores de família/redes/relacionamentos de cidadania).

As problemáticas sociais apresentadas com frequência em saúde (cuidados de saúde, duração, unidade de cuidados paliativos). Porém, mais manifesta e complexa do envelhecimento social, resultantes das mudanças atuais, são transversais

A problemática do contexto de hos

Em sentido lato, o envelhecimento das células somáticas da juventude. É com base nisso, que leva em consideração a Organização das Nações Unidas (ONU) (1982) em desenvolvimento

¹³ Intervir sobre aspetos que influenciam a reinserção social dos doentes, o estar dos indivíduos, e os múltiplos papéis sociais.

¹⁴ A questão do envelhecimento, tem representado domínios da saúde, que estão inerentes.

¹⁵ O ser idoso não é por si só que influenciam diretamente o complexo, considera-se espiritual e outras que se percebe.

¹⁶ São considerados idosos

¹⁷ São idosos os indivíduos

m no sentido de fazerem
feito, ao sustentar esta
o exercício profissional
tos: o eixo regulador e o

desenvolvida pelo assis-
ssecação da integração
s processos de exclusão
87-388);

ção e da capacitação do
ternativa de intervenção
veu a recriação dos esti-

lade social, encerra hoje
(ra), empenhado na cons-
firmando o seu mandato
tentada no imediatismo,
ção promocional coa-
etiva dignidade humana,

Madeira: o campo

nada com o percurso do
SARAM)¹², cuja trajetória
cumprimento inabalável

inida como "correlação particular
alecimento/inserção social vincu-
estratégias/trajetórias" (1997:49).
is da mesma os pilares da media-
o atribui ao contexto institucional,
ofissional do assistente social.
lia do Funchal a responsabilidade
lação. Contudo, o primeiro esta-
tendo a integração dos primeiros
eleiros foi ampliado e, em setem-
icando posteriormente conhecido
erviço Social deu os seus primei-
'77, o Hospital Distrital do Funchal
s hospitais que então existiam na
de Carvalho e o Hospital Dr. João
al Central do Funchal e, em 2003,
riço Regional de Saúde, fruto do
u a gerir, numa única administra-
08, o Serviço Regional de Saúde,
o Autónoma da Madeira, EPE. Em
lativo Regional n.º 12/2012/M, de
deira, EPE (SESARAM, EPE), ins-
meleiros, a Unidade de Cuidados
de saúde.

do seu objetivo primordial¹³. Está também profundamente arrolada à evolução do pró-
prio contexto da sociedade contemporânea, atualmente marcada por um conjunto de
transformações rápidas e profundas, atingindo os domínios da economia, da ciência,
da tecnologia, das relações sociais, das representações, dos valores e das normas.

Tal como se evidenciou na secção anterior, é sobre uma sociedade global moderna,
geradora de riscos sociais (previsíveis ou não), que o Serviço Social na saúde tem
desenvolvido a sua ação direta com os doentes e suas redes de apoio. Estes são de-
tentores de um conjunto cada vez mais crescente de situações sociais problemáticas,
sobre as quais os assistentes sociais fomentam uma atuação promotora de mudança,
defendendo uma intervenção cada vez menos imediatista, pese embora a matriz predo-
minantemente reparadora dos problemas sociais (identificados e compreendidos com o
auxílio de indicadores sociais que contemplam as dimensões pessoal/individual, saúde,
família/redes/relacional, educacional, profissional, económico-financeira, habitacional e
de cidadania).

As problemáticas sociais de intervenção dos assistentes sociais do SESARAM têm-se
apresentado com configurações distintas, em função da sua inserção no sistema de
saúde (cuidados de saúde primários e hospitalares, unidades de internamento de longa
duração, unidade de tratamento da toxicodependência, psiquiatria e unidade de cuida-
dos paliativos). Porém, há uma problemática social de intervenção que se tem tornado
mais manifesta e comum à maioria das áreas de atuação, nomeadamente a problemá-
tica do envelhecimento¹⁴ dos utentes dos serviços de saúde, cujas vulnerabilidades
sociais, resultantes do próprio processo de globalização e do contexto da sociedade
atual, são transversais a todas as classes sociais.

A problemática social do envelhecimento: o "retrato da velhice" em contexto de hospitalização

Em sentido lato, o envelhecimento do organismo humano não é mais do que o decesso
das células somáticas do corpo, que não são substituídas por novas como acontece na
juventude. É com base neste desígnio que surge o conceito de idoso por nós precon-
izado, que leva em conta o critério cronológico¹⁵ emanado da Organização das Nações
Unidas (ONU) (1982), no qual o ser idoso difere de países desenvolvidos¹⁶ para países
em desenvolvimento¹⁷.

¹³ Intervir sobre aspetos psicossociais associados à doença, de forma a promover condições para a reabilitação e a reinserção social dos doentes, reduzindo o impacto de fatores socioeconómicos e ambientais desfavoráveis ao bem-estar dos indivíduos, grupos e comunidades. O Serviço Social procura, então, compreender o indivíduo nos seus múltiplos papéis sociais e redes de sociabilidade, nas quais a família desempenha um papel muito determinante.

¹⁴ A questão do envelhecimento populacional tem-se traduzido num fenómeno mundial e, no contexto da Europa ocidental, tem representado uma conquista civilizacional, acompanhada por aquilo que foi o investimento nos domínios da saúde, proteção, desenvolvimento e bem-estar social, bem como pelas vulnerabilidades que lhe estão inerentes.

¹⁵ O **ser idoso** não é por nós definido tendo em conta apenas o plano cronológico, mas também outras condições que influenciam diretamente esse desígnio, nomeadamente as físicas, funcionais, mentais e de saúde. Como ser complexo, considera-se o ser humano idoso como detentor de várias dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual e outras que necessitam de ser tidas em conta para que se consiga definir um conceito que o abranja e perceba.

¹⁶ São considerados idosos os seres humanos com 65 e mais anos.

¹⁷ São idosos os indivíduos com 60 e mais anos.

Conceptualiza-se¹⁸ aqui a velhice como resultante da passagem do tempo entre o nascimento (a origem oficial do indivíduo) até outras categorias, organizadas do seguinte modo: a meia-idade, que inclui os indivíduos com idades entre os 40 e os 65 anos; a velhice, que compreende a faixa etária situada entre os 65 e os 75 anos; a velhice avançada, que se situa na faixa dos 75 aos 85¹⁹ anos, e a velhice muito avançada, que inclui todos os indivíduos com mais de 85 anos²⁰.

Outro aspeto que se tem em conta nesta abordagem teórica do envelhecimento humano é o seu crescimento com evidências ao nível mundial, estando inequivocamente relacionado com os avanços da ciência e da Medicina, que em muito contribuíram para o aumento dos índices de longevidade da população mundial e para a melhoria das suas condições de vida. No entanto, representa também um dos maiores desafios da atualidade, dadas as suas repercussões sociais, económicas e culturais²¹.

Fisiologicamente, envelhece-se cada vez mais tarde e, espera-se, com cada vez mais saúde e melhores condições de vida. No contexto da sociedade portuguesa, esse crescimento, embora sendo uma realidade comum à generalidade dos países, só agora começa a ganhar um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade, com um acréscimo significativo das pessoas idosas no conjunto da população total do país²² (Paúl e Fonseca, 2005:15), classificando-se, assim, o envelhecimento humano português, no âmbito da conjuntura atual²³, como sendo um período de particular vulnerabilidade²⁴.

No âmbito da saúde, essa vulnerabilidade tem-se tornado também evidente. Parafraseando um grupo de especialistas do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), através dos seus relatórios de 2012 e 2013, estamos mesmo a caminhar para um "país em sofrimento", com indícios de racionamento que têm dificultado o acesso dos portugueses a cuidados de saúde, destacando-se especificamente um estudo feito a uma amostra de idosos com mais de 65 anos, residentes em Lisboa, em que cerca de 30% admitiram ter deixado de utilizar alguns recursos de saúde, por não poderem comportar os seus custos.

O Relatório de Primavera 2013²⁵ apontava ainda para a:

¹⁸ Shephard (2003).

¹⁹ Normalmente, ocorrem perdas significativas nas funções ligadas às atividades da vida diária.

²⁰ Neste período, alguns indivíduos necessitam de cuidados especiais (Fechine e Trompieri, 2012:6).

²¹ Na sociedade atual, as pessoas idosas são uma categoria social muito vulnerável à precariedade económica, por usufruírem de reformas e pensões muito baixas, viverem em habitações degradadas ou terem grandes despesas com a saúde. São também vulneráveis à exclusão social, dada a sua condição de reformados, ao baixo nível de instrução, às dificuldades de comunicação com as gerações mais jovens, ao isolamento em relação à família, à perda de autonomia física e funcional ou às dificuldades de adaptação às novas tecnologias (Ribeiro, 2001:173).

²² Vários fatores têm contribuído para que isto aconteça: o aumento da esperança média de vida, com consequente aumento dos efetivos nas idades mais avançadas; o declínio da fecundidade e da natalidade; os fenómenos migratórios, com a saída dos jovens do país.

²³ Traduzida por uma época abalroada por acontecimentos políticos, económicos e sociais, sobretudo caracterizada pelo aumento da taxa de desemprego (para o maior nível dos últimos 15 anos), a queda nas exportações, importações e nos investimentos, o que obrigou à implementação de planos de austeridade.

²⁴ Vulnerabilidade social é um conceito multidimensional que se refere à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade, que os torna expostos a riscos e a níveis significativos de desagregação social. Pode ser aqui entendida como a condição de risco em que uma pessoa se encontra, perante um conjunto de situações mais ou menos problemáticas, podendo posicionar o indivíduo numa condição de carência, impossibilitando-o de responder, com os seus próprios recursos, à situação que o afeta.

²⁵ Da autoria do OPSS, que cumpriu, pelo 14.º ano consecutivo, a sua missão de analisar, de forma independente e objetiva, a evolução do sistema de saúde português e os fatores que a determinam.

"(...) experiência real de, diminuição dos fatores de risco em relação ao presente e à saúde."

A par destas fragilidades, a população está imune, empiricamente, à prevalência de um conjunto de vulnerabilidades nas vulnerabilidades.

Numa abordagem mais ampla, o aumento da taxa de envelhecimento, das doenças crónicas associadas à idade²⁶ e de perda da capacidade e um distanciamento social num "sistema de trocas" (vizinhos, amigos), pos- intergeracional, e uma maior situação de risco.

As doenças crónicas têm originado internações em família²⁸ (quando a pessoa não pode realizar as suas atividades regulares) e são um fator de risco para cada um dos membros da família ou apreensão.

Para a prossecução de uma política que assenta o conceito de envelhecimento (2002), que tem como objetivo a Europa do Sul (e que inclui os idosos e, muitas vezes,

O autor (op. cit.) leva em consideração a Europa do Sul, que

²⁶ A questão da dependência é própria, necessitando de cuidados básicos quotidianos. Não é, pois, não são sinónimos de doenças crónicas, li-

²⁷ A hospitalização, sobre a pessoa, traduzido na qualidade (Cabete, 2005:2).

²⁸ A família é sempre encerrada em instituição como uma

²⁹ "No passado havia mais casados. Os casais fixos nas sociedades rurais, uma complementaridade sublinha a sociologia c-

"(...) experiência real das pessoas, em que temos empobrecimento, desemprego crescente, diminuição dos fatores de coesão social, e também uma considerável descrença em relação ao presente e também ao futuro, com todas as consequências previsíveis sobre a saúde."

OPSS (2013)

A par destas fragilidades, às quais a generalidade dos sistemas de saúde do país não está imune, empiricamente tem-se evidenciado uma outra realidade, nomeadamente a prevalência de um conjunto de fatores correlacionados que influem direta e significativamente nas vulnerabilidades dos idosos em contexto da saúde.

Numa abordagem mais diretamente ligada à área da saúde hospitalar, observa-se que o aumento da taxa de envelhecimento tem surgido associado a um significativo aumento de doenças crónicas assistidas, as quais têm levado ao incremento de situações de dependência²⁶ e de perda da autonomia das pessoas de maior idade. Constata-se uma clivagem e um distanciamento social entre o que pode ser uma velhice autónoma, a qual se insere num "sistema de trocas recíprocas" em redes sociais próximas (filhos adultos e netos, vizinhos, amigos), possuindo os idosos um papel importante em termos de solidariedade intergeracional, e uma velhice dependente que integra os indivíduos que se encontram em maior situação de risco, devido às situações de dependência física, psicológica e social.

As doenças crónicas, indissociáveis de situações de dependência parciais ou totais, têm originado internamentos hospitalares sistemáticos²⁷ e consequentes impactos na família²⁸ (quando a mesma existe ou se manifesta), obrigando a um reajustamento das suas atividades regularmente praticadas, com uma sobrecarga física e psicológica variável para cada um dos seus membros (aceitação ou rejeição, solidariedade ou pena, confiança ou apreensão, estima ou desprezo).

Para a prossecução da presente análise, importa ainda referenciar o contexto social em que assenta o conceito de família por nós preconizado e tão bem explanado por Silva (2002), que tem concretamente em conta as especificidades que caracterizam a família da Europa do Sul (e que a distinguem do resto da Europa ocidental), que tem mais vínculos internos e, muitas vezes, o agregado familiar funciona como um sistema de redistribuição.

O autor (op. cit.) leva ainda em conta o dinamismo das transformações das sociedades da Europa do Sul, que tem provocado uma recomposição da estrutura familiar²⁹ assen-

²⁶ A questão da dependência está intimamente relacionada com a incapacidade do indivíduo para se bastar a si próprio, necessitando da ajuda de outro(s) para alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades básicas quotidianas. Não se pretende necessariamente estabelecer uma ligação rígida entre doença e dependência, pois não são sinónimas, mas antes salientar que o aumento da taxa de envelhecimento, aliada a um acréscimo de doenças crónicas, leva ao incremento de situações de dependência.

²⁷ A hospitalização, sobretudo se é repetida ou prolongada, tem representado uma perda do papel sociofamiliar da pessoa, traduzido na quebra de funções habituais, de relações e diluição ou anulação dos papéis de responsabilidade (Cabete, 2005:25-26).

²⁸ A família é sempre encarada como uma importante rede de suporte social para os indivíduos, considerando-se esta instituição como uma das mais determinantes que cada sujeito tem à sua disposição em caso de necessidade.

²⁹ "No passado havia menos oportunidades para haver uma residência autónoma, sobretudo nos primeiros anos de casados. Os casais ficavam a viver com as famílias até conseguirem a independência económica. Além de que nas sociedades rurais era obrigatório ficar com os pais para tomar conta deles. Agora, com o Estado social, há uma complementaridade de apoios e os mais velhos também têm rendimentos, não existindo essa necessidade", sublinha a socióloga da família Karin Wall (2005), que adverte que as mudanças nas famílias são contínuas.

te num duplo movimento: o de "familiarismo renovado", relacionado com uma melhoria geral das condições de vida das famílias, e o de "modernização", ligado à transformação dos valores e das práticas no seio da família, à promoção do valor da igualdade entre os cônjuges e a uma maior valorização do indivíduo.

Porém, como defende a socióloga Karin Wall, as famílias portuguesas mudaram muito nas últimas duas décadas, particularmente os agregados familiares tornaram-se mais pequenos; diminuíram os casais que vivem com um pai, uma mãe ou um tio; há menos casamentos e mais divórcios; as pessoas têm menos filhos e mais tarde; mas, a par de tudo isto, procuram manter a cultura portuguesa que é a de dar apoio à família.

Os dados constantes do *Relatório de Atividades da Ação Social* do SESARAM, ano de 2013, permitem-nos, através da análise e da interpretação dos dados, fazer um "retrato da velhice" em contexto de hospitalização.

Constatou-se que a intervenção social, em 2013, recaiu essencialmente sobre indivíduos com idade superior a 65 anos, compreendida, sobretudo, entre os 71 e os 95 anos. Predomina o género feminino, o que está certamente relacionado com a maior esperança de vida das mulheres, permitindo-nos falar em feminização do processo de envelhecimento (predominante nas faixas etárias correspondentes aos "grande-idosos").

Através do diagnóstico social foi possível observar um conjunto de categorias de análise e de áreas problemáticas, designadamente ao nível da:

- Dimensão pessoal;
- Dimensão económica/financeira;
- Dimensão habitacional;
- Dimensão saúde;
- Dimensão família/redes/relacional.

No plano do tratamento social e na análise cuidada das necessidades e potencialidades de cada utente, a rede de suporte familiar é um elemento fundamental em todo este processo, sendo auscultada e envolvida na preparação e no planeamento da alta dos utentes e sua reintegração.

Neste âmbito, e a par do essencial envolvimento dos cuidadores informais, o assistente social, na intervenção desenvolvida, recruta junto dos serviços da comunidade apoios de vária ordem que vão coadjuvar na continuidade da prestação de cuidados. Assim, registamos a articulação com estruturas e serviços da comunidade, incidindo fundamentalmente em:

- Internamento em lar público;
- Admissão na Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados;
- Admissão e alargamento do Serviço de Apoio Domiciliário.

O papel da rede de suporte informal

A temática da rede de suporte informal tem originado sucessivas discussões teóricas, as quais se prendem com o papel das solidariedades intergeracionais (familiares) nos

cuidados aos (seus) pais no Estado.

A postura de teóricos que atribui a um Estado-providência a produção de serviços de domínio tornaram ineficaz a família, o parentesco

Mas, atualmente as situações são complexas e problemáticas. No trabalho, as instabilidades sociais, a capacidade de resposta de saúde em horários de condições psicológicas, sistemáticos aos ma

Nota-se, então, que a intervenção concorre para a melhoria da interação e de org os seus membros. É que encontramos "v cuidados" (José et al a pessoa idosa pode a familiar, para a qual

Para a escolha do determinantes para a pode retirar do emp entre trabalho e pre vido às suas próprio pudor ou outras), co os limites impostos ponsabilidades e ai dos informais e for

Às especificidades tão subjacentes, ne própria conceção c

Em matéria de mo tos: dever (moral e amor ou piedade,

³⁰ Podemos mesmo identificar a necessidade a importância de ter equipamentos, a falta dos serviços existente na acessibilidade aos a garantia de apoio e do indivíduo depende

cuidados aos (seus) idosos e consequente (in)capacidade de respostas por parte do Estado.

A postura de teóricos e políticos tem feito ressaltar a ideia de que, em Portugal, face a um Estado-providência que emergiu tardiamente, “a fragilidade do setor mercantil de produção de serviços sociais e o desenvolvimento limitado do setor público neste domínio tornaram indispensável o recurso às solidariedades primárias baseadas sobre a família, o parentesco ou a vizinhança” (Hespanha, 1995, citado por Rodrigues, 2000).

Mas, atualmente as famílias debatem-se com um quadro de transformações sociais complexo e problemático, concretamente: o acesso das mulheres ao mercado de trabalho, as instabilidades/mudanças familiares, o desemprego, as condições habitacionais, a capacidade de mobilidade geográfica familiar, a dificuldade de acesso a serviços de saúde em horário pós-laboral, entre outras. Tal tem dificultado a existência de condições psicológicas, organizativas, materiais e económicas para assegurar cuidados sistemáticos aos mais velhos.

Nota-se, então, que este suporte informal familiar se configura complexo e imprevisível, concorrendo para esta complexidade e imprevisibilidade fatores como o próprio padrão de interação e de organização, bem como a existência de vários modelos de ajuda entre os seus membros. É sobretudo junto das famílias de idosos com elevada dependência que encontramos “vários impactos negativos resultantes do processo de prestação de cuidados” (José *et al.*, 2002:31), em que o confronto com a situação de dependência da pessoa idosa pode representar uma situação de crise, obrigando a uma reorganização familiar, para a qual a família raramente está preparada³⁰.

Para a escolha do cuidador informal tem-se atendido a um conjunto de indicadores determinantes para o melhor apoio a dar ao doente, especificamente: o tempo que se pode retirar do emprego sem o perder, ou o modo como deve ser gerida a conciliação entre trabalho e prestação de cuidados; os cuidados que é capaz de prestar, tanto devido às suas próprias capacidades físicas, de saúde e de relacionamento (questão de pudor ou outras), como aos seus conhecimentos face à situação específica do doente; os limites impostos à sua disponibilidade, devido à hierarquização global das suas responsabilidades e ainda as modalidades e possibilidades de articulação entre os cuidados informais e formais.

Às especificidades apontadas acrescentam-se-lhe um conjunto de fatores que lhes estão subjacentes, nomeadamente as tradições, os padrões e normas sociais vigentes, a própria conceção de vida, a história de cada indivíduo e até as motivações.

Em matéria de motivações, constata-se que estas estão ligadas aos seguintes aspetos: dever (moral e/ou social), solidariedade conjugal, filial ou familiar, sentimentos de amor ou piedade, coabitação de longa data, proximidade geográfica, inexistência de

³⁰ Podemos mesmo identificar um conjunto de dificuldades expressas e vivenciadas pelos cuidadores, designadamente a necessidade de possuírem algumas ajudas técnicas que facilitem a mobilização do familiar dependente, a importância de terem cadeira de rodas e cama articulada, a necessidade de haver ajuda na escolha de certos equipamentos, a falta de recursos monetários para custear as necessidades então surgidas, o desconhecimento dos serviços existentes que dão resposta às diferentes necessidades e problemas apresentados, as dificuldades na acessibilidade aos serviços existentes, a ocorrência (embora cada vez mais diminuta) de altas hospitalares sem a garantia de apoio e/ou continuidade de cuidados e ainda apoios domiciliários não adaptados às necessidades do indivíduo dependente.

estruturas de apoio, custo financeiro da institucionalização em lar demasiado elevado, recompensa material e evitamento da institucionalização.

Portanto, é na combinatória de todos estes fatores, influenciadores da reestruturação das relações intergeracionais e da noção de solidariedade, que o assistente social tem feito recair a centralidade da sua ação na dimensão psicossocial do doente, visando o seu bem-estar individual e sociofamiliar.

Na abordagem ao doente idoso e sua família, não existem técnicas ou metodologias uniformes para se desencadear com eles uma relação de ajuda, mas há sempre uma análise rigorosa da dinâmica e dos laços de solidariedade entre os seus elementos, das condições de habitabilidade, da situação socioeconómica e, sobretudo, da sua capacidade para dar respostas às necessidades que a doença e a dependência podem acarretar. É operacionalizado um modo de intervenção integrado, consubstanciado numa articulação entre a saúde, a segurança social e outros organismos, com ação para fazer face às necessidades dos cidadãos com dependência funcional (Figura 14.1).

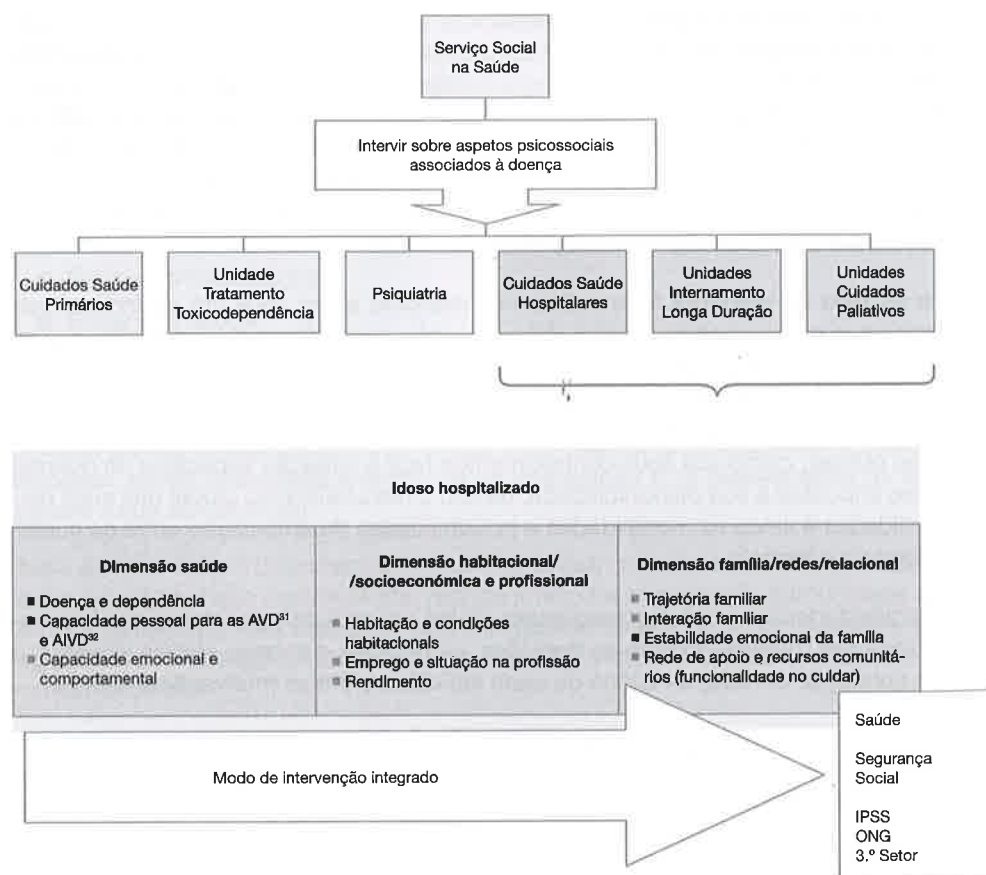


Fig. 14.1 Modelo de Intervenção do Serviço Social na Saúde

³¹ Atividades de Vida Diária (AVD).

³² Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

Em suma, apesar de nismos de solidarie sejam elas quais for famílias no apoio aos tado e outros organis

É neste contexto de talmente pela falta de ciais prestadores de tacionais, mas tamb acontece), que as far os seus idosos, no ar domiciliários, instituc forma, o assistente s aprofundamento pos imaginar – e porque r sociedade sustentáv com doentes idosos formais que comple idosos e a qualidade os seus membros ido

A intervenção do dos paliativos

Os numerosos ganhos sociais, entre outros, desafios e exigências têm emergido. Os ar agora como novos d em cuidados de saú aos indivíduos em sit

Os novos desafios e doença, conduziram sobre a doença. À m da a devida importân 2006).

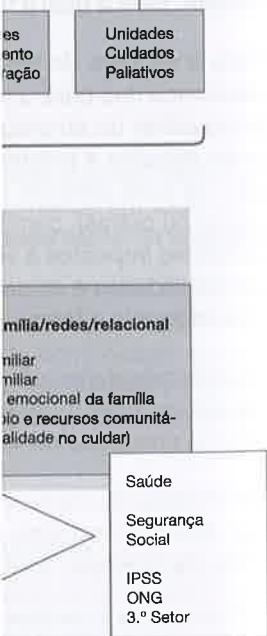
Contudo, o aumento já mencionados, a cre incapacidade para a pacto na organização dos aos doentes crón

³³ Embora se comece a assi não podem continuar a fa políticas sociais relevantes

ar demasiado elevado,

ores da reestruturação
o assistente social tem
il do doente, visando o

nicas ou metodologias
a, mas há sempre uma
os seus elementos, das
retudo, da sua capaci-
dependência podem acar-
substanciado numa
is, com ação para fazer
(Figura 14.1).



na Saúde

Em suma, apesar de continuar a ser manifesta a importância dos tradicionais mecanismos de solidariedade familiar, como anteparo primário contra agressões externas, sejam elas quais forem, mostra-se também evidente o aumento das dificuldades das famílias no apoio aos seus elementos mais idosos, recaindo, cada vez mais, sobre o Estado e outros organismos de solidariedade essa responsabilidade (Ribeiro, 2001:170)³³.

É neste contexto de impactos, necessidades e dificuldades, caracterizados fundamentalmente pela falta de capacidade, de disponibilidade ou de vontade dos seus potenciais prestadores de apoio, pela ausência de condições socioeconómicas e/ou habitacionais, mas também tão-somente pela ausência de familiares (como tantas vezes acontece), que as famílias têm solicitado ao assistente social mais suporte formal para os seus idosos, no âmbito da solidariedade social, concretamente ao nível de cuidados domiciliários, institucionais, temporários ou permanentes, de dia ou de noite. Desta forma, o assistente social é desafiado a efetuar "(...) análises cuidadas, precisas e no aprofundamento possível (...) de descobrir com os utentes a possibilidade realista de imaginar – e porque não concretizar – uma situação radicalmente nova, com vista a uma sociedade sustentável" (APSS, 2013). Espera-se que a intervenção do Serviço Social com doentes idosos e suas famílias possa contribuir para a construção de respostas formais que complementem a ação destas, no sentido de promover o bem-estar dos idosos e a qualidade de vida das famílias, de modo a que constituam um recurso para os seus membros idosos.

A intervenção do assistente social com famílias em contexto de cuidados paliativos

Os numerosos ganhos civilizacionais, fruto dos progressos tecnológicos, científicos, sociais, entre outros, têm colocado à humanidade e às sociedades modernas novos desafios e exigências. É na área da saúde, em nosso entender, que os maiores desafios têm emergido. Os antigos limites da Medicina, perfeitamente aceites, apresentam-se agora como novos desafios inquestionáveis, dado também que os níveis de exigência em cuidados de saúde elevaram-se e passou a dar-se diferente importância e atenção aos indivíduos em situação de doença crónica e progressiva.

Os novos desafios e a incessante procura do Homem pela cura, de forma a vencer a doença, conduziram a uma cultura de negação da morte e de ilusão do pleno controlo sobre a doença. À morte e à finitude, inerentes à vida humana, nem sempre foi atribuída a devida importância, sendo estas encaradas com uma derrota da Medicina (Neto, 2006).

Contudo, o aumento das doenças crónicas e progressivas, associado aos progressos já mencionados, a crescente longevidade, bem como as alterações familiares e a maior incapacidade para a prestação de cuidados no seio da família, têm tido um maior impacto na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004:3).

© FACTOR

³³ Embora se comece a assistir a um desgaste crescente dessas instituições normativas da vida humana, as quais não podem continuar a fazer de conta que a família não mudou estruturalmente, sendo emergente a criação de políticas sociais relevantes de combate a estes factos sociais.

As alterações demográficas, sociais e familiares, ocorridas em toda a Europa, fizeram e continuam a fazer emergir maiores dificuldades ao nível dos cuidados a prestar aos doentes crónicos, partindo da premissa de que estes doentes, naturalmente, irão viver mais anos. Por outro lado, é expectável que os anos de vida conquistados ao natural processo de envelhecimento humano sejam vividos com qualidade de vida e em condições de dignidade.

Deste modo, surge a necessidade de dedicar especial atenção a estes doentes, às suas famílias, enquadrando e assumindo a morte e o fim de vida como um processo natural que deve ser vivido intensamente e, acima de tudo, com dignidade. Se perdermos a noção da finitude, perderemos necessariamente a essência da vida humana e deixaremos de colocar a intensidade que deve existir em cada momento da nossa vida. Esta condição contribui, assim, para a génese dos cuidados paliativos.

Historicamente, os cuidados paliativos têm a sua génese na Europa, com o chamado movimento *hospice*, que tem como pioneira Cecily Saunders (1967), no Reino Unido, e, mais tarde, Elisabeth Kubler-Ross, nos EUA. A Cecily Saunders deve-se também o conceito de dor total, que resulta da combinação de fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais, sendo esta a base para a avaliação multidimensional preconizada em cuidados paliativos. Os cuidados paliativos em Portugal surgem duas décadas mais tarde, tendo o seu desenvolvimento tido início nos anos 90, com um movimento para organização de unidades especializadas neste tipo de cuidados. "Pode afirmar-se que a introdução dos cuidados paliativos em Portugal se deveu não a uma iniciativa governamental estruturada mas sim ao interesse de alguns pioneiros pelo tratamento da dor crónica dos doentes com doença oncológica avançada e ainda pela necessidade de ser garantida a continuidade dos cuidados dos doentes nas fases mais avançadas das doenças incuráveis e irreversíveis. Atualmente, o número de serviços e programas tem uma expansão ainda muito limitada (...). Em 2004 foi publicado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Este documento considera os cuidados paliativos como constituintes essenciais dos cuidados de saúde gerais, tendo em atenção o imperativo ético da promoção e defesa dos direitos humanos fundamentais e ser uma obrigação social em termos de saúde pública. (...) Em 6 de Junho de 2006, foi publicado o decreto-lei n.º 101/2006 que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, instituindo a colaboração dos ministérios da saúde e da segurança social na obrigação da prestação dos cuidados de saúde às pessoas com doenças crónicas incapacitantes e ainda com doenças incuráveis na fase avançada e no final da vida. Esta legislação de grande importância veio reconhecer o direito inalienável à prestação dos cuidados paliativos, institucionalizando os serviços destinados a prover os tratamentos e cuidados ativos e organizados às pessoas com doenças irreversíveis, com sofrimento intenso e na fase final das suas vidas" (Marques *et al.*, 2009).

Na Região Autónoma da Madeira, a organização dos cuidados paliativos, enquanto serviço especializado, teve o seu início em outubro de 2012. O Decreto Legislativo Regional n.º 35/2012/M criou a Rede Regional de Cuidados Paliativos da Região Autónoma da Madeira, estabelecendo as normas enquadradoras gerais do seu regime jurídico, de acordo com os princípios e normas estabelecidos pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, aprovada pela Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro. A Rede de Cuidados Paliativos constitui parte integrante do Sistema Regional de Saúde e funciona no âmbito da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Os cuidados paliativos na Região Autónoma da Madeira estão, então, organizados em três níveis de atuação: equipas consultoras

ao nível hospitalar e na com internamento. Estas enfermeiro, assistente social intervenção tem por refer

Para melhor enquadrar a referência a definição da uma:

"(...) abordagem que v que enfrentam problem e/ou doença grave (que recurso à identificação não só físicos, como a

Em Portugal, é a partir especializadas em cuida aquém do que é precor damente ao nível da ga Reconhece-se ainda u sobre os cuidados palia em que momento se p

Os cuidados paliativos prevenção e do alívio c de estar focados e or a garantirem uma ava ca, social e espiritual Portuguesa de Cuidac médico, dois a três en

O Serviço Social com novos campos e, ao vindo a se especializ propostas profissiona constituindo-se paral

³⁴ A European Association for a Worldwide Palliative Care promoverem o acesso aos de Praga", com vista a a aos cuidados paliativos. F como é reconhecida pela associações internacionais doentes que apresentam considerar-se como um sofrimento eficazmente, e de muitos países, todavia com doenças incuráveis

em toda a Europa, fizeram os cuidados a prestar aos doentes, naturalmente, irão viver a conquista do natural da vida e em con-

io a estes doentes, às suas como um processo natural. Se perdermos a da vida humana e deixarem da nossa vida. Esta tivos.

a Europa, com o chamado rs (1967), no Reino Unido, aunders deve-se também ores físicos, psicológicos, ltidimensional preconizada urgem duas décadas mais , com um movimento para dos. "Pode afirmar-se que ão a uma iniciativa gover- ros pelo tratamento da dor inda pela necessidade de fases mais avançadas das serviços e programas tem do pelo Ministério da Saú- mento considera os cuida- de saúde gerais, tendo em os humanos fundamentais .) Em 6 de Junho de 2006, ional de Cuidados Conti- s da saúde e da segurança às pessoas com doenças a fase avançada e no final ecer o direito inalienável à rviços destinados a prover com doenças irreversíveis, ques et al., 2009).

os paliativos, enquanto ser- Decreto Legislativo Regio- tivos da Região Autónoma ais do seu regime jurídico, ei de Bases dos Cuidados A Rede de Cuidados Pali- le e funciona no âmbito da tivos na Região Autónoma ação: equipas consultoras

ao nível hospitalar e na comunidade, e uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), com internamento. Estas equipas são constituídas por diferentes profissionais (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista e assistente espiritual) e a sua intervenção tem por referência o modelo interdisciplinar.

Para melhor enquadrar o que se entende por cuidados paliativos, vamos tomar como referência a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) que os define como uma:

"(...) abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e de suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave (que ameaça a vida), através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais."

OMS (2002, citada por APCP, 2006)

Em Portugal, é a partir da década de 90 que a realidade de organização de unidades especializadas em cuidados paliativos inicia uma evolução crescente, contudo, ainda aquém do que é preconizado como modelo de serviços de cuidados paliativos, nomeadamente ao nível da garantia e da acessibilidade destes cuidados a toda a população³⁴. Reconhece-se ainda um elevado nível de desconhecimento, na população em geral, sobre os cuidados paliativos: o que são, quais os seus objetivos, a quem se destinam e em que momento se pode beneficiar destes cuidados.

Os cuidados paliativos, ao intervirem ao nível da melhoria da qualidade de vida, da prevenção e do alívio do sofrimento dos doentes e suas famílias, têm necessariamente de estar focados e organizados em equipas de trabalho interdisciplinares, de forma a garantirem uma avaliação multidimensional do doente (dimensões física, psicológica, social e espiritual). Estas equipas, tendo por base o que preconiza a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006), devem ser constituídas no mínimo por: um médico, dois a três enfermeiros e um assistente social.

O Serviço Social como profissão tem acompanhado a tendência de especialização em novos campos e, ao se inscrever na divisão sociotécnica do trabalho, também tem vindo a se especializar e a alargar as áreas nas quais intervém, legitimando novas propostas profissionais, como é o caso da intervenção social em cuidados paliativos, constituindo-se paralelamente como processo de modernização da própria profissão.

³⁴ A European Association for Palliative Care (EAPC), a International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC), a Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) e o Human Rights Watch (HRW) trabalharam conjuntamente para promoverem o acesso aos cuidados paliativos como um direito humano. Foi então redigido um documento, "Carta de Praga", com vista a apelar aos governantes para aliviarem o sofrimento e assegurarem o direito e o acesso aos cuidados paliativos. *Palliative Care – A Human Right*: o acesso aos cuidados paliativos é uma obrigação legal, como é reconhecida pelas convenções das Nações Unidas, e tem sido reclamado como um direito humano por associações internacionais, baseando-se no direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental. Para os doentes que apresentam dor intensa, a não disponibilização de cuidados paliativos, por parte dos governos, pode considerar-se como um tratamento cruel, desumano ou degradante. Os cuidados paliativos podem aliviar este sofrimento eficazmente, e mesmo preveni-lo, podendo ser efetuados a um custo relativamente baixo. Os governos de muitos países, todavia, não têm dado os passos necessários e adequados para assegurarem que os doentes com doenças incuráveis possam exercer o seu direito ao acesso a cuidados paliativos.

Ao longo dos anos, o Serviço Social, em concreto no setor da saúde, tem integrado na sua atuação as mudanças sociais e organizacionais, inovando a sua prática em função dessas mesmas exigências. A intervenção social dirigida ao utente, à família e à comunidade, estruturada em função das necessidades apresentadas, também tem sofrido alterações/adaptações, com o objetivo de responder cabalmente às mutações ocorridas na sociedade. Estas vão promover transformações nos vários sistemas³⁵ em que o indivíduo se integra, exigindo do assistente social uma atuação alicerçada num diagnóstico social precoce e numa intervenção devidamente planeada, no respeito pelos princípios e valores da profissão e no cumprimento dos objetivos e da missão da instituição em que se enquadra.

O exercício profissional é, assim, sustentado numa metodologia de intervenção específica, implementando e desenvolvendo políticas sociais e de saúde pública, numa articulação estreita com os demais setores, instituições e serviços na comunidade.

A integração e a participação do assistente social na equipa de cuidados paliativos ao nível regional é, tal como já vimos, recente, constituindo-se, desde logo, como um desafio integrado. Neste âmbito, queremos aqui dar especial destaque à importância que a formação específica³⁶ (básica, intermédia e avançada) ocupa como complemento à formação de base do assistente social, sendo esta uma condição necessária ao desenvolvimento de uma intervenção social de qualidade e devidamente enquadrada na especificidade dos objetivos dos cuidados paliativos.

Tendo em conta que as práticas metodológicas de intervenção do assistente social são transversais às diferentes áreas de atuação, o doente em cuidados paliativos (tal como em outras áreas) será, então, avaliado nas suas diferentes dimensões, como parte integrante de diferentes sistemas. Esta avaliação tem de atender ao facto de que cada doente integra uma família, uma cultura, uma comunidade, uma sociedade, contribuindo, desta forma, para um conhecimento mais detalhado dos traços identitários da sua personalidade e individualidade.

O conhecimento global do doente e das suas redes de suporte é determinante na definição de um plano de intervenção, trabalho este realizado em equipa, na observância de determinadas premissas. Como já anteriormente foi referido, a intervenção em cuidados paliativos é interdisciplinar e tem como foco quatro pilares basilares: o controlo dos sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa (Twycross, 2003).

³⁵ As ideias de sistemas em trabalho social têm origem na teoria geral dos sistemas de Von Bertalanfy (1971, citado por Guadalupe, 2009). Esta teoria propõe que todos os organismos são sistemas, compostos por subsistemas, os quais são, por sua vez, parte de supersistemas. Pincus e Minaha (1973) defendem que o princípio deste enfoque (o dos sistemas) orienta-se no sentido de que as pessoas dependem de sistemas no seu ambiente social imediato para conseguirem uma vida satisfatória. São identificados três tipos de sistemas: sistemas informais ou naturais (família, amigos, etc.), sistemas formais (grupos comunitários, etc.) e sistemas societais (hospitais, escolas, etc.) (Payne, 2002:196-200). Um dos contributos da teoria geral dos sistemas para a intervenção do assistente social centra-se no facto de contribuir para uma análise global do individual, permitindo uma maior compreensão das particularidades que enformam a dimensão social dos indivíduos, nomeadamente na área da saúde.

³⁶ Tendo por referência as recomendações da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos no que se refere aos critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos, "todos os membros da equipa (cuidados paliativos) deverão ter formação de nível básico em cuidados paliativos e que, numa primeira fase, o maior número de elementos possível, idealmente, 50%, possua formação de nível intermédio/avançado, de acordo com as recomendações para a formação em cuidados paliativos da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) e European Association for Palliative Care (EAPC)" (APCP, 2006). Esta formação, além de dotar os profissionais de várias competências, permite também a assimilação dos princípios, objetivos e conceitos dos cuidados paliativos, direcionando a intervenção para a identificação de prioridades.

Neste contexto, e p
apoio à família do
momento algum, da
demos apenas foca
em que o assistente
disciplinar, os conhe
do doente, da famíli
no domínio em que
a formação e qualifi
trabalho do Serviço
Neder (1996, citado
únicos profissionais
histórica" (Guadalupe

Deste modo, o apoio
cuidados paliativos e

Para abordarmos o
desde logo, o modo
é inevitável a ocorrê
nos diz Guadalupe (2
pos da vida do doent
co, entre outros. Imp
saúde estar necessa
provoca ou poderá p
capacitante, àquela
níveis, com o equilíb

O diagnóstico, a grav
a perceção do aprox
episódio de doença
constituindo-se num
papel fundamental
manutenção desse e
esta situação de cris
(família) se sente ame
poder sentir, de form
alteração do seu pac
por isso mesmo, tem
(Alarcão, 2002:96). In
uma crise considerad
experiência que obrig
mo esgotando, os rec

Transpondo para a
doentes com diagnós
cutivamente, perante
desencadear um pro
(re)adaptação indivi

da saúde, tem integrado
vando a sua prática em
ida ao utente, à família e
resentadas, também tem
cabalmente às mutações
nos vários sistemas³⁵ em
a atuação alicerçada num
planeada, no respeito pe-
objetivos e da missão da

ologia de intervenção es-
de saúde pública, numa
vições na comunidade.

da de cuidados paliativos
se, desde logo, como um
al destaque à importância
ocupa como complemento
indicação necessária ao de-
vidamente enquadrada na

o do assistente social são
dados paliativos (tal como
dimensões, como parte in-
der ao facto de que cada
ma sociedade, contribuín-
traços identitários da sua

orte é determinante na de-
m equipa, na observância
ido, a intervenção em cui-
ilares basilares: o controlo
a e o trabalho em equipa

nas de Von Bertalanfy (1971, citado
as, compostos por subsistemas, os
dem que o princípio deste enfoque
as no seu ambiente social imediato
nas: sistemas informais ou naturais
s societais (hospitais, escolas, etc.)
a intervenção do assistente social
tindo uma maior compreensão das
nte na área da saúde.

dos Paliativos no que se refere aos
ros da equipa (cuidados paliativos)
primeira fase, o maior número de
avançado, de acordo com as reco-
sa de Cuidados Paliativos (APCP) e
p, além de dotar os profissionais de
e conceitos dos cuidados paliativos,

Neste contexto, e para esta reflexão, queremos aqui dar especial ênfase ao pilar do **apoio à família do doente de cuidados paliativos**. Com isto não pretendemos, em momento algum, dar maior importância a este pilar em detrimento dos outros; pretendemos apenas focar-nos numa das dimensões da intervenção em cuidados paliativos em que o assistente social privilegia a sua atuação. Tratando-se de uma equipa interdisciplinar, os conhecimentos e as competências individuais são colocados ao dispor do doente, da família e da equipa, sendo que cada elemento irá colocar maior enfoque no domínio em que melhor está preparado e capacitado para intervir, tendo por base a formação e qualificações académicas individuais. De salientar que a abordagem ao trabalho do Serviço Social com famílias constitui sempre um enorme desafio, apesar de Neder (1996, citado por Mioto, 2004) nos indicar que “os assistentes sociais têm sido os únicos profissionais a ter a família como objeto de intervenção contínua na sua trajetória histórica” (Guadalupe, 2012:184).

Deste modo, o apoio à família constitui, como atrás foi mencionado, um dos pilares dos cuidados paliativos e uma das áreas de intervenção privilegiadas pelo assistente social.

Para abordarmos o apoio à família, neste contexto específico, temos de compreender, desde logo, o modo como a doença irá ter impacto na sua estrutura e dinâmica, pois é inevitável a ocorrência de alterações, nomeadamente a redefinição de papéis. Como nos diz Guadalupe (2012:184), o impacto da doença sente-se em quase todos os campos da vida do doente: pessoal, emocional, relacional, familiar, profissional e económico, entre outros. Importa trazer para esta reflexão o facto de a intervenção no setor da saúde estar necessariamente associada às transformações que um episódio de doença provoca ou poderá provocar nos indivíduos e suas famílias. Desde a doença menos incapacitante, àquela que provoca maiores danos, todas elas vão interferir, em diferentes níveis, com o equilíbrio estrutural e funcional de cada indivíduo e família.

O diagnóstico, a gravidade da doença, as limitações e as sequelas provocadas e, ainda, a perceção do aproximar do fim da vida, vão determinar o nível de afetação. Assim, o episódio de doença poderá desequilibrar o equilíbrio individual, mas também o familiar, constituindo-se num momento de crise. É indiscutível que **a família desempenha um papel fundamental na saúde e na doença do indivíduo**, sendo um pilar essencial à manutenção desse equilíbrio. À semelhança do doente, a família também irá vivenciar esta situação de crise. Como nos explicita Alarcão, esta crise surge porque o sistema (família) se sente ameaçado pela imprevisibilidade que a mudança comporta. Apesar de poder sentir, de forma mais ou menos intensa, essa necessidade de transformação, de alteração do seu padrão habitual de funcionamento, o sistema teme o desconhecido e, por isso mesmo, tem tendência para se ancorar no padrão das relações que conhece (Alarcão, 2002:96). Importa ainda referir que deve ser dada especial atenção ao facto de uma crise considerada accidental, associada a uma doença, trazer ao sistema familiar uma experiência que obriga a transformações estruturais e funcionais, desgastando, ou mesmo esgotando, os recursos de apoio informal existentes (Sousa, Mendes e Relvas, 2007).

Transpondo para a área dos cuidados paliativos, e tendo por base que se dirigem a doentes com diagnóstico de doença avançada, incurável e progressiva, estamos, indiscutivelmente, perante uma situação que irá (ou poderá, em grande número de vezes) desencadear um processo de crise e, necessariamente, implicar uma (re)estruturação e (re)adaptação individual e familiar.

A experiência da situação de doença vai manifestar-se na família tendo em conta: a estrutura familiar, a relação entre os elementos da família, o nível de intimidade relacional entre os seus membros e, ainda, a severidade da doença e os seus danos.

A este propósito, referir que o conhecimento do diagnóstico de doença grave e, sobretudo, incurável não é vivenciada pela(s) família(s) de igual modo quando nos reportamos à etapa do ciclo de vida na qual esse evento ocorre. Com base na experiência empírica do acompanhamento social efetuado, parece-nos que, em idades mais jovens, o impacto poderá ser potenciado, comparativamente ao mesmo acontecimento em indivíduos mais velhos, nomeadamente idosos³⁷. Não é expectável que se vivencie uma situação de morte nas primeiras etapas do ciclo de vida; por outro lado, caso tal se verifique numa idade mais avançada, já mais facilmente poderá ser compreendido (ou aceite) na esfera familiar.

Para a compreensão deste fenómeno é fundamental a avaliação e o conhecimento do indivíduo em todas as suas dimensões: pessoal, familiar, social, económica, habitacional, profissional, cultural e espiritual. A forma como o indivíduo participa em cada uma dessas dimensões é essencial para melhor avaliar o modo como o doente e a família vivenciam o momento de doença e, em alguns casos, permitir antecipar episódios de maior dificuldade (por exemplo, a morte: dicotomia alívio-sofrimento provocado pela perda do ente querido).

As famílias de doentes de cuidados paliativos, mais do que outras, encontram-se em situação de especial vulnerabilidade, manifestando, muitas vezes, dificuldade na (re)adaptação³⁸ à realidade de doença e todas as mudanças que a mesma vai provocando ao nível do aumento da dependência, incapacidade e outras alterações físicas. O nível da relação³⁹ estabelecida entre o assistente social, o doente e a família irá determinar (potenciar) o nível de conhecimento da situação sociofamiliar, a sua dinâmica, a identificação e o mapeamento das relações de proximidade, bem como facilitar a intervenção, permitindo que todos possam naturalmente expressar as dificuldades sentidas perante os acontecimentos associados à situação de doença e mesmo de perda do familiar. Deste modo, o:

“Serviço Social de cuidados paliativos tem o seu enfoque, em primeiro lugar, na tentativa de facilitar a comunicação entre os membros da família afetados pela doença do doente.”

Payne (2012:119)

Enquanto elemento da equipa interdisciplinar, e com o objetivo de contribuir para um conhecimento mais aprofundado e completo da situação do doente, o assistente social

³⁷ O ser humano interpreta o ciclo vital como fazendo parte de diferentes etapas ao longo da vida, seguindo cada uma destas etapas (nascimento, infância, idade jovem, idade adulta, envelhecimento e morte) um percurso lógico e natural à luz do que hoje conhecemos ao nível do desenvolvimento tecnológico e científico colocado em prática pela Medicina.

³⁸ O processo de doença incurável e progressiva é tão dinâmico que poderá implicar, por vezes, diversas adaptações às mudanças que vão ocorrendo.

³⁹ É importante que, desde o início do internamento, o assistente social se dirija ao utente e/ou família, apresentando-se e dando a conhecer o domínio da sua intervenção na equipa de cuidados paliativos e ainda dar conta da sua disponibilidade para acompanhamento individual e familiar. A relação de ajuda, assente na confiança e na confidencialidade, estabelecida entre o doente, a família e o assistente social, é determinante e irá marcar todo o processo de intervenção e acompanhamento social.

identificará os recursos da família é sempre chamada de internamento, quer nas redes informais, já na prestação de cuidados de dependências, incapacidades enormes dificuldades face ao conhecimento de situação de ser compreendido, em crise, por vezes recente e de espaço para assumir dependência. As situações imprevisibilidade, não p

A intervenção social após identificação dos seus membros da família, tem por objetivo a intervenção direta nestes elementos que são também intervenientes no processo do ciclo de vida dos profissionais uma preocupação com a exaustão do cuidador que presta cuidados e,

Segundo Payne (2012) identificar as necessidades e avaliar de que modo podem ser atendidas, nomeadamente quando necessário dar a conhecer para auxílio na prestação de cuidados sobrecarga do cuidador e estes elementos ficam outras dimensões do p

O trabalho desenvolvido numa única dimensão nomeadamente na área como aqui propusemos nante a função que os o ciclo de vida, embora da doença) que mais li o doente e sua família diferentes profissionais das pelas habilitações

⁴⁰ Referimo-nos à identificação de informações acerca de recursos materiais (habitacionais, económicos, comunidade (apoio domiciliário), tratamento da roupa, etc.); e

⁴¹ As áreas afetadas poderão ser de stress consideráveis”. (Payne) prevenir ou mesmo ant

...família tendo em conta: a es-
...el de intimidade relacional
...s seus danos.

...de doença grave e, sobre-
...lo quando nos reportamos
...base na experiência empí-
...em idades mais jovens,
...mesmo acontecimento em
...ntável que se vivencie uma
...or outro lado, caso tal se
...erá ser compreendido (ou

...ção e o conhecimento do
...ial, económica, habitacio-
...uo participa em cada uma
...como o doente e a família
...itir antecipar episódios de
...ofrimento provocado pela

...utras, encontram-se em si-
...es, dificuldade na (re)adap-
...mesma vai provocando ao
...erações físicas. O nível da
...mília irá determinar (poten-
...inâmica, a identificação e o
...r a intervenção, permitindo
...ntidas perante os aconteci-
...do familiar. Deste modo, o:

...primeiro lugar, na tentativa
...a pela doença do doente."

Payne (2012:119)

...ativo de contribuir para um
...doente, o assistente social

...s ao longo da vida, seguindo cada
...imento e morte) um percurso lógico
...ico e científico colocado em prática

...icar, por vezes, diversas adaptações

...o utente e/ou família, apresentando-
...paliativos e ainda dar conta da sua
...assente na confiança e na confiden-
...inante e irá marcar todo o processo

identificará os recursos internos e externos de apoio⁴⁰ de que cada família dispõe. A família é sempre chamada a intervir no processo de apoio ao doente, quer em contexto de internamento, quer no domicílio. É sabido, porém, que é no domicílio que a família e as redes informais, já mencionadas anteriormente, têm um papel de incalculável valor na prestação de cuidados vários e suporte ao doente. A doença, associada às grandes dependências, incapacidades e probabilidade de ocorrer a morte, colocam às famílias enormes dificuldades face à prestação de cuidados, por vezes relacionadas com o desconhecimento de situações nunca antes vivenciadas. Este facto tem necessariamente de ser compreendido, estando ainda associado a momentos de (re)adaptação face à crise, por vezes recentemente instalada. Os elementos da família necessitam de tempo e de espaço para assumirem o desempenho enquanto cuidadores face à realidade de dependência. As situações de doença comportam, na maior parte das vezes, extrema imprevisibilidade, não permitindo à família antecipar esta nova fase.

A intervenção social ao nível da capacitação dos elementos da família, ajudando na identificação dos seus próprios recursos enquanto indivíduos, mas também enquanto família, tem por objetivo apoiar neste processo de reorganização. A experiência de intervenção direta nesta área indica-nos que, em grande parte das situações, os cuidadores são também familiares, facto que reforça a importância da família em todo o processo do ciclo de vida (saúde/doença), mas que, por outro lado, deve suscitar nos profissionais uma particular atenção, sobretudo ao nível das questões relacionadas com a exaustão do cuidador. A família, em cuidados paliativos, deverá ser uma unidade que presta cuidados e, simultaneamente, é recetora de cuidados.

Segundo Payne (2012), o assistente social desempenha a tarefa importante de identificar as necessidades dos cuidadores informais (por norma, também são familiares) e avaliar de que modo a tarefa de cuidador irá afetar⁴¹ o quotidiano dos mesmos, nomeadamente quando se trata de períodos prolongados de apoio. Torna-se, portanto, necessário dar a conhecer e disponibilizar à família formas de apoio (formal e informal) para auxílio na prestação de cuidados ao doente, refletindo-se, assim, numa menor sobrecarga do cuidador. Desta forma, as relações familiares poderão sair reforçadas e estes elementos ficam com maior disponibilidade para dedicarem maior atenção a outras dimensões do processo de cuidar.

O trabalho desenvolvido pelo assistente social com famílias é vasto e não se esgota numa única dimensão. É transversal a todo o processo de acompanhamento social, nomeadamente na área da saúde e, em concreto, no contexto de cuidados paliativos, como aqui propusemos com esta reflexão fundada na nossa prática diária. É determinante a função que os elementos da família desempenham no apoio ao longo de todo o ciclo de vida, embora seja nos momentos de maior vulnerabilidade (como é o caso da doença) que mais lhe damos valor e atribuímos significado. Em cuidados paliativos, o doente e sua família deverão ser **a unidade a cuidar** por uma equipa constituída por diferentes profissionais com competências distintas (mas complementares), adquiridas pelas habilitações académicas e outra formação complementar, mas, e não menos

⁴⁰ Referimo-nos à identificação dos elementos da família ou outros com relação de proximidade com doente – recolhemos informação acerca da disponibilidade destes para a prestação de cuidados, identificamos as condições materiais (habitacionais, económicas, apoios técnicos já existentes) – e ainda ao mapeamento dos recursos da comunidade (apoio domiciliário – higiene pessoal, higiene do ambiente, fornecimento ou confeção de refeições, tratamento da roupa, etc.; ajudas técnicas; movimentos e associações de voluntários, etc.).

⁴¹ As áreas afetadas poderão ser, entre outras: "(...) excluir estas pessoas do mercado de trabalho ou causar níveis de stress consideráveis". (Payne, 2012:123). Na intervenção deveremos atender a estas e outras áreas, de forma a prevenirmos ou mesmo anteciparmos situações de exaustão dos cuidadores informais.

importante, com capacidades inatas que toda a diferença fazem na abordagem que se preconiza em cuidados paliativos. Diariamente, enriquecemos o “arquivo da nossa vida” com os registos que os doentes, famílias e equipa com quem trabalhamos depositam em nós, através dos contactos e partilhas que estabelecemos.

Considerações finais

No SESARAM, o Serviço Social insere-se ao nível dos cuidados de saúde primários, unidade de tratamento da toxicod dependência, psiquiatria, cuidados hospitalares, unidades de internamento de longa duração e unidade de cuidados paliativos, numa articulação estreita com a rede regional de cuidados continuados e outras estruturas e serviços da comunidade. Em casos de idosos hospitalizados, é importante destacar a dimensão social da saúde, analisando o(s) impacto(s) da doença e da dependência na vida pessoal, familiar e da comunidade, destacando as capacidades para as atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), assim como a capacidade emocional e comportamental.

No contexto da sociedade do risco, e no que respeita ao exercício profissional na saúde com famílias, a intervenção do assistente social encontra-se ancorada essencialmente na tríade aconselhamento social, advocacia social e capacitação, num espaço e num tempo marcados pelo desenraizamento, corte dos direitos sociais, enfraquecimento das redes de suporte fruto de (e)migrações, com consequente distanciamento dos familiares e desaparecimento dos vínculos afetivos, acompanhados de expressões de isolamento e sofrimento social.

Concomitantemente, é determinante compreender a dimensão socioeconómica, profissional e habitacional, assim como a dimensão familiar, sobretudo a rede familiar e a extensão do apoio. Para tal, é importante considerar a trajetória familiar, o lugar do idoso na família, a estabilidade emocional, o apoio prestado, a integração na rede de apoios e os recursos comunitários, assim como os apoios recebidos.

A família é um *locus* de proteção, que a sociedade e o Estado devem apoiar, coadjuvando esta função social tão importante como difícil e complexa. Daqui resulta que os cuidadores informais necessitam de respaldo, por forma a se constituir uma simbiose entre cuidados estatais e cuidados informais.

Desta forma, o assistente social procede à mediação estrutural entre o hospital e as redes de apoio nas comunidades, e à mediação entre os sistemas pessoal e familiar, restabelecendo e redefinindo os mecanismos de apoio e o suporte entre o mundo da vida e o mundo dos sistemas.

Referências

- Alarcão, M. (2000). Almeida, H. N. (s.d.). www.cpihts.org
- Amaro, M. I. (2000). *Articulação das*
- Andrade, M. (2000). *agir*. In *Interv*
- APSS (2013). *C*
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2010). *Recomendações d*
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2010). *Cuidados Pali*
- Barbosa, A.; Neves, de Lisboa.
- Beck, U.; Lash, *mundo mode*
- Cabete, D. G. (2000). *estado funcio*
- Carrilho, M. J.; *de Estudos L* em 22/07/20
- Carvalho, M. C. 339-349.
- Carvalho, M. I. Sociais e Po
- Carvalho, M. I. *lar*. In *Interv*
- Carvalho, M. I. Pós-modern
- Carvalho, M. *ce em Portu*
- Castel, R. (2000). *Edições Voz*
- Couto, B. (1990). *venção Soci*
- Diário da República (Bases dos C
- Diário da República Regional n.º 14/1
- Direção-Geral da Saúde n.º 14/1
- European Association of Palliative Care (EAPC) (1990)
- Faleiros, V. P. (1990). *mões (Coo*
- Faleiros, V. P. (1990). *que aconte*
- 1, pp. 106-107
- Fernandes, A.

Referências

- Alarcão, M. (2002). *(des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, H. N. (s/d). "Elogio da Prática Como Fonte de Teoria". *CPIHTS*, 1-26. Disponível em: www.cpihts.com [acedido em 15/04/2014].
- Amaro, M. I. (2008). "Os Campos Paradigmáticos do Serviço Social: Proposta para uma categorização das teorias em presença". In *Locus Social*, n.º 1, pp. 65-80.
- Andrade, M. (2001). "Campo de Intervenção do Serviço Social: Autonomias e heteromias do agir". In *Intervenção Social*, n.º 23/24, pp. 217-232.
- APSS (2013). *Caderno do/a Assistente Social*. Lisboa: GM Oficina de Artes Gráficas, Lda.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2006). *Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos – Recomendações da APCP*.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2006). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos – Recomendações da APCP*.
- Barbosa, A.; Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Beck, U.; Lash, S.; Giddens, A. (2000). *Modernização Reflexiva: política, tradição e estética no mundo moderno*. Oeiras: Celta Editora.
- Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Lisboa: Lusociência.
- Carrilho, M. J.; Patrício, L. (2008). "A situação demográfica recente em Portugal". In *Revista de Estudos Demográficos*, n.º 42, pp. 111-155. Disponível em: <http://www.ine.pt> [acedido em 22/07/2014].
- Carvalho, M. C. B. (2001). "Acção Social e os Saberes". In *Intervenção Social*, n.º 23/24, pp. 339-349.
- Carvalho, M. I. (Coord.) (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Carvalho, M. I. (2003). "Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar". In *Intervenção Social*, n.º 28, pp. 29-55.
- Carvalho, M. I. (1996). "A Actuação do Assistente Social Promotora de Cidadania na Transição Pós-moderna". In *Intervenção Social*, n.º 13/14.
- Carvalho, M. I. L. B. (2005). *Uma abordagem do serviço social à política de cuidados na velhice em Portugal*. Lisboa: CPIHTS.
- Castel, R. (2003). *As metamorfoses da Questão Social – Uma crónica do salário*. Petrópolis: Edições Vozes.
- Couto, B. (1994). "Doentes Crónicos e o espaço profissional do Assistente Social". In *Intervenção Social*, n.º 9, pp.35-46.
- Diário da República, 1.ª Série – N.º 172, de 5 de setembro de 2012 – Lei n.º 52/2012 – *Lei de Bases dos Cuidados Paliativos*.
- Diário da República, 1.ª Série – N.º 223, de 19 de novembro de 2012 – Decreto Legislativo Regional n.º 35/2012/M – Cria a Rede Regional de Cuidados Paliativos da Região Autónoma da Madeira.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Circular Normativa n.º 14/DGCG.
- European Association of Palliative Care – EAPC (s/d). *Prague Charter: a Human Right*.
- Faleiros, V. (1991). *Saber Profissional e Poder Institucional* (3.ª Ed.). São Paulo: Cortez.
- Faleiros, V. P. (2001). *Desafios do Serviço Social na Era da Globalização*. In H. Mouro e D. Simões (Coord.), *100 Anos de Serviço Social*, pp. 313-349. Coimbra: Editora Quarteto.
- Faleiros, V. P. (1997). *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez.
- Fechine, B. R.; Trompieri, N. (2012). "O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos". In *Revista Científica Internacional*, 1, pp. 106-194.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editores.

- Ferreira, A. (2005). "A acção do serviço social em contexto de globalização: limites e (ou) desafios". In *Revista Lusófona de Ciências Sociais*, n.º 2, pp. 19-25.
- Fook, J. (2002). *Social Work. Critical Theory and Practice*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Gentilli, R. M. (1999). "A prática como definidora da identidade profissional do Serviço Social". In *Serviço Social e Sociedade*, n.º 53. São Paulo: Cortez Editora.
- Giddens, A. (2008). *Sociologia*, 6.ª Edição Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Giddens, A. (2002). *As Consequências da Modernidade*, 4.ª Edição. Oeiras: Celta.
- Giddens, A. (2001). *Modernidade e Identidade Pessoal*, 2.ª Edição. Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, A. (2000a). *O mundo na era da globalização*. Lisboa: Editorial Presença.
- Giddens, A. (2000b). "Viver numa sociedade pós-tradicional". In *Modernização Reflexiva*, pp. 53-104. Oeiras: Celta Editora.
- Granja, B. (s/d). "Profissão Assistente Social – a tensão no agir".
- Guadalupe, S. (2012). "A intervenção do Serviço Social na saúde com famílias e em redes de suporte social". In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor.
- Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em Rede Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Hespanha, P. (2001). *Mal estar e risco social num mundo globalizado: Novos problemas e novos desafios para a teoria social*. Coimbra: CES.
- Hespanha, P.; Carapinheira, G. (Orgs.) (2002). "Globalização Insidiosa e Excluyente. Da Incapacidade de Organizar Respostas à Escala Local". In *Risco social e incerteza: Pode o Estado social recuar mais?*. Porto: Edições Afrontamento.
- Iamamoto, M. (2004). *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Editora Cortez.
- International Federation of Social Workers (2007). *Definição de Serviço Social* (portuguese version). Disponível em: <http://www.ifsw.org> [acedido em 17/07/2014].
- Jonhson, B.; Corte-Real, F. (2000). "O som do silêncio. Uma reflexão a partir do Serviço Social da Saúde". In *Intervenção Social*, n.º 21, pp. 33-45.
- José, J. S.; Wall, K.; Correia, S. V. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e Soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Lopes, L. M. P. (2007). "Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família". In *Revista Portuguesa da Saúde Pública*, n.º 1, vol. 25, pp. 39-46.
- Louro, C. (2001). *Acção Social na Deficiência*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Marques, A. L.; Gonçalves, E.; Salazar, H. et al. (2009). "O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal". *Patient Care* 2009. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf> [acedido em 18/05/2014].
- Martinelli, M. (2003). "Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica". In *Intervenção Social*, n.º 28, pp. 9-16.
- Matias, A. (1999). "Génese e Emergência do Serviço Social na Saúde". In *Intervenção Social*, n.º 20, pp. 91-115.
- Matias, A. (s/d). *Condições do Exercício Profissional dos Assistentes Sociais na Saúde*, pp. 1-6. Lisboa: CPHITS.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Volume I – Prioridades 88p. Volume II Orientações estratégicas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (1998). *Serviço Social da Saúde*. Divisão de Estudos e Planeamento do Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Lei n.º 48/90 – Lei de Bases da Saúde. Diário da República, Série I, 24 de Agosto de 1990, pp. 3452-3464.
- Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1998). *Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados Dirigidos às Pessoas em Situação de Dependência – Dossier Técnico de Implementação*. Lisboa: Direções-Gerais da Saúde e da Ação Social.
- Mioto, R. C. T. (2007). *Processo de Construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia da Saúde da Família*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

- Ferreira, A. (2005). "A acção do serviço social em contexto de globalização: limites e (ou) desafios". In *Revista Lusófona de Ciências Sociais*, n.º 2, pp. 19-25.
- Fook, J. (2002). *Social Work. Critical Theory and Practice*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Gentili, R. M. (1999). "A prática como definidora da identidade profissional do Serviço Social". In *Serviço Social e Sociedade*, n.º 53. São Paulo: Cortez Editora.
- Giddens, A. (2008). *Sociologia*, 6.ª Edição Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Giddens, A. (2002). *As Consequências da Modernidade*, 4.ª Edição. Oeiras: Celta.
- Giddens, A. (2001). *Modernidade e Identidade Pessoal*, 2.ª Edição. Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, A. (2000a). *O mundo na era da globalização*. Lisboa: Editorial Presença.
- Giddens, A. (2000b). "Viver numa sociedade pós-tradicional". In *Modernização Reflexiva*, pp. 53-104. Oeiras: Celta Editora.
- Granja, B. (s/d). "Profissão Assistente Social – a tensão no agir".
- Guadalupe, S. (2012). "A intervenção do Serviço Social na saúde com famílias e em redes de suporte social". In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor.
- Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em Rede Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Hespanha, P. (2001). *Mal estar e risco social num mundo globalizado: Novos problemas e novos desafios para a teoria social*. Coimbra: CES.
- Hespanha, P.; Carapinha, G. (Orgs.) (2002). "Globalização Insidiosa e Excluyente. Da Incapacidade de Organizar Respostas à Escala Local". In *Risco social e incerteza: Pode o Estado social recuar mais?*. Porto: Edições Afrontamento.
- Iamamoto, M. (2004). *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Editora Cortez.
- International Federation of Social Workers (2007). *Definição de Serviço Social* (portuguese version). Disponível em: <http://www.ifsw.org> [acedido em 17/07/2014].
- Jonhson, B.; Corte-Real, F. (2000). "O som do silêncio. Uma reflexão a partir do Serviço Social da Saúde". In *Intervenção Social*, n.º 21, pp. 33-45.
- José, J. S.; Wall, K.; Correia, S. V. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e Soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Lopes, L. M. P. (2007). "Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família". In *Revista Portuguesa da Saúde Pública*, n.º 1, vol. 25, pp. 39-46.
- Louro, C. (2001). *Acção Social na Deficiência*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Marques, A. L.; Gonçalves, E.; Salazar, H. et al. (2009). "O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal". *Patient Care* 2009. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/op.pdf> [acedido em 18/05/2014].
- Martinelli, M. (2003). "Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica". In *Intervenção Social*, n.º 28, pp. 9-16.
- Matias, A. (1999). "Génese e Emergência do Serviço Social na Saúde". In *Intervenção Social*, n.º 20, pp. 91-115.
- Matias, A. (s/d). *Condições do Exercício Profissional dos Assistentes Sociais na Saúde*, pp. 1-6. Lisboa: CPHITS.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Volume I – Prioridades 88p. Volume II Orientações estratégicas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (1998). *Serviço Social da Saúde*. Divisão de Estudos e Planeamento do Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Lei n.º 48/90 – Lei de Bases da Saúde. Diário da República, Série I, 24 de Agosto de 1990, pp. 3452-3464.
- Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1998). *Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados Dirigidos às Pessoas em Situação de Dependência – Dossier Técnico de Implementação*. Lisboa: Direções-Gerais da Saúde e da Acção Social.
- Mioto, R. C. T. (2007). *Processo de Construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia da Saúde da Família*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

- Mioto, R. C. T. (2004). *Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais. Textos & contextos*. Disponível em: <http://revistas.eletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/979>.
- Mioto, R. C. T.; Nogueira, V.M.R. (2006). "Sistematização, Planeamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no campo da Saúde". In A. E. Mota et al., *Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Editora Cortez.
- Mouro, H. (2006). *Serviço Social e Modelos de Intervenção: da Sociedade Industrial à Sociedade do Risco*. Tese de Doutoramento em Ciências do Serviço Social. Porto.
- Mouro, H. (2001). "Serviço Social: Um século de Existência". In H. Mouro e D. Simões (Coord.), *100 Anos de Serviço Social*, pp. 26-60. Coimbra: Editora Quarteto.
- Neto, I. et al. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Nunes, H. (2004). *Serviço Social e Regulação Social: Agência do Assistente Social*. Porto: Estratégias Criativas.
- Nunes, H. (1995). "A Prática dos Assistentes Sociais: Uma conversa heurística". In *Intervenção Social*, n.º 11/12, pp. 109-123.
- ONU (1982). "Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento". Disponível em: <http://www.ufrgs.br/e-psico/publicas/humanizacao/prologo.html> [acedido em 13/05/2014].
- OPSS (2013). *Duas faces da saúde*. Relatório de primavera.
- Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2009). Disponível em www.cfess.org.br [acedido em 17/09/2014].
- Parton, N.; O'Byrne, P. (2000). *Constructive Social Work*. New York: Palgrave.
- Passarinho, I. (2008). "Assistente Social – Percursos e Construção Identitária". In *Revista de Ciências da Educação*, n.º 6, pp. 21-33.
- Paúl, C.; Fonseca, A. M. (Eds.). (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Payne, M. (2012). "Serviço Social em Cuidados Paliativos e em Fim de Vida". Carvalho, M. I. (Coord.). In *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Pactor.
- Payne, M. (2002). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Payne, M. (2000). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Pereira, F. (2008). "A importância da manutenção das relações familiares para o idoso institucionalizado". In *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, ano II, volume I, Janeiro/Junho, pp. 6-10. Universidade Sénior Contemporânea.
- Pincus, A.; Minahan, A. (1973). *Social Work practice: model and method*. Itasca: F. E. Peacock.
- Pires, L. (2000). "A Formação dos Assistentes Sociais da Saúde". In *Intervenção Social*, n.º 21, pp.53-59.
- Reis, J. (1998). *O Sorriso de Hipócrates. A integração psicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Veja.
- Ribeiro, A.; Sousa, L. (2008). "Imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social". In *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, ano II, vol. I, Janeiro/Junho, pp. 22-38. Universidade Contemporânea.
- Ribeiro, D. (2001). "Envelhecimento". In L. F. Silva (Org.), *Ação Social na Área da Família*, pp. 169-197. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ribeiro, J. (1994). "Psicologia da Saúde, saúde e doença". In T. M. McIntyre, *Psicologia da Saúde: áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. Braga: Associação de Psicólogos Portugueses.
- Rodrigues, A. P. (2000). "O Doente Idoso e a Intervenção do Assistente Social na Equipa de Saúde Hospitalar". In *Intervenção Social*, n.º 21, pp. 45-52.
- Rodrigues, F. (1999). *A Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: CPHITS.
- Santos, B. S. (1997). "Por uma concepção multicultural dos direitos humanos". In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 48, pp. 1-32.
- Santos, B. S. (1987). "O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais – O Caso das Políticas de Saúde". In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23, pp.13-73.
- Santos, B. S. (Org.) (2001). *Globalização: fatalidade ou utopia?*. Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, C. (2008). *Retratos de uma profissão: A identidade do Serviço Social*, 1.ª Edição. Coimbra: Editora Quarteto.

- Shephard, R. J. (2003). *Envelhecimento, atividade física e saúde*. São Paulo: Phort.
- Silva, P. A. (2002). "O modelo de welfare da Europa do Sul. Reflexões sobre a utilidade do conceito". In *Sociologia, problemas e práticas*, n.º 38, pp. 25-59. Retirado da base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO).
- Sousa, L.; Mendes, A.; Relvas, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.
- Twycross R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2.ª Ed. Lisboa: Climepsi.
- Vasconcelos, A. M. (2007). *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*, 5.ª Edição. São Paulo: Cortez Editores.
- Vasconcelos, A. M. (2001). *Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde*, pp. 1-32. Disponível em: www.Fnepas.org.br/ [acedido em 15/09/2014].
- Viscarret, J. J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Wall, K. (2005). *Famílias em Portugal: percursos, interações, redes sociais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Waters, M. (2002). *Globalização*. Oeiras: Celta.

15

Introdução

O presente artigo discute o Serviço Social com famílias a partir da teoria social crítica e da Reconceitualização da intervenção profissional da profissão concentrando-se explicitar o âmbito da política social no campo contraditório para a condução do

A intervenção profissional do Serviço Social desde a década de 1970, no cenário contemporâneo, tem proporcionado um rico da profissão em termos ético-políticas que a junctura produziu que se posicionam ante a tem vindo a ser trata-

Este artigo pretende discutir questões. A sua elaboração fundamenta a produção do século XX, com o Mo-

¹ Para Netto (2005), projetos sociais referentes ao quadro econômico e culturais que o processo de desenvolvimento com os projetos societários

² O Movimento de Reconceitualização das lutas políticas e a questionar as bases da profissão do "metodológico". A partir de então, o Serviço Social, à luz de um posicionamento pela realidade latino-americana