



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

SERVIÇO SOCIAL E INTERVENÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO ÂMBITO DO GABINETE DO CIDADÃO

Relatório apresentado para obtenção do grau
de Mestre em Serviço Social

Por

Maria Cristina Morgado Serra Condesso

Faculdade de Ciências Humanas

Junho de 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

SERVIÇO SOCIAL E INTERVENÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO ÂMBITO DO GABINETE DO CIDADÃO

Relatório apresentado para obtenção do
grau de Mestre em Serviço Social

Por

Maria Cristina Morgado Serra Condesso

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação do Professor Doutor Francisco Branco

Junho de 2014

RESUMO

O presente relatório é constituído por duas componentes principais.

A primeira parte consiste num memorial da trajectória profissional da autora integrando a vertente de socialização pessoal, de socialização educacional e, finalmente, a vertente de socialização profissional.

A segunda parte tem por objecto o serviço do Gabinete do Cidadão em duas Unidades de Saúde Familiar (U.S.F.) situadas em Lisboa abrangendo uma análise dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, do Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários e da Intervenção do Serviço Social no Gabinete do Cidadão.

Integra igualmente esta segunda componente um estudo empírico de natureza quantitativa relativo quer às reclamações, quer aos elogios, relativos aos serviços e profissionais das referidas unidades de saúde nos anos de 2012/2013, quer ainda do trabalho do Serviço Social junto dos serviços do Gabinete do Cidadão e a consequente, e futura, melhoria dos mesmos serviços a partir dos resultados examinados.

Os resultados apontam para as seguintes conclusões: o Serviço Social nos serviços do Gabinete do Cidadão exerce um papel de mediador através de uma intervenção ao nível psicossocial e sociopolítico. Num contexto de multiplicidade de saberes, verifica-se que a intervenção do Assistente Social junto dos serviços ajudou à sua humanização, tal como colaborou na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos utentes, bem como se apresentou como elemento próximo de todas as classes profissionais, disponível a informar e colaborar na melhoria dos serviços a serem colocadas em prática em benefício dos utentes, igualmente defendendo os direitos de cidadania dos utentes e procurando pensar projectos futuros em benefício destes, quer nos serviços de saúde prestados, quer na comunidade em que os utentes se encontram integrados.

Palavras-Chave: Serviço Social, Gabinete do Cidadão, Cuidados de Saúde Primários, Queixa, Advocacia Social, Mediação

ABSTRACT

The present report is divided in two main components.

The first component encompasses the professional trajectory of the author, which incorporates personal, educational and professional socialisation.

The second part concerns the service of the Office of Citizen into two Family Health Units (USF) located in Lisbon covering an analysis of Primary Health Care in Portugal, Social Work in Primary Health Care and Social Work intervention in Office of Citizen.

This second component also integrates an empirical quantitative study of the nature of complaints and compliments regarding the services and professionals of these health units in the years 2012/2013. It also analyses and the intervention of Social Work at the Office of the Citizen and the impact of this office in the improvement of the services provided.

The results led to the following main conclusions: Social Work in Office of Citizen plays a mediating role, through an intervention at psychosocial and socio-political levels. In a multi-professional context, we can observe that the Social Worker intervention contributed to the humanisation of services, cooperated in the improvement of the quality of services offered to patients, and also presented itself as a resource to all other professionals, available to inform and cooperate, improving the services in benefit of the patients and, also, advocating patients rights of citizenship and looking for future projects, held either in the facilities or in the communities where patients are integrated.

Key Words: Social Work, Office of Citizen, Primary Health Care, Complaint, Social Advocacy, Mediation.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à família, marido e filho em especial, pela dedicação e apoio em todos os momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Ao Orientador do Mestrado em Serviço Social, Professor Doutor Francisco Branco, pela oportunidade e apoio inestimável na realização do Relatório de Final de Mestrado.

À família e amigos pelo apoio e compreensão durante o Relatório Final de Mestrado.

“O Homem não teria alcançado o possível, se inúmeras vezes
não tivesse tentado atingir o impossível”

Max Weber

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	1
<u>CAPÍTULO 1 - MEMORIAL DA TRAJECTÓRIA PROFISSIONAL</u>	4
1.1 Vertente de socialização pessoal	8
1.2 Vertente de socialização educacional e formal	10
1.3 Vertente de socialização profissional	15
<u>CAPÍTULO 2 - SERVIÇO SOCIAL NO GABINETE DO CIDADÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS</u>	
2.1 Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	25
2.2 O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal	27
2.3. O Gabinete do Cidadão.....	31
2.4. O Serviço Social no Gabinete do Cidadão.....	34
2.4.1. Serviço Social no Gabinete do Cidadão e Advocacia Social	38
2.4.2. Serviço Social no Gabinete do Cidadão e mediação a nível Psicossocial e Sócio-Político.....	40
<u>CAPÍTULO 3 - SERVIÇO SOCIAL NO GABINETE DO CIDADÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: Uma Análise das Exposições de Utentes em Unidades de Saúde Familiar</u>	44
<u>CONCLUSÃO</u>	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES-agrupamentos de centros de saúde

APSS-associação profissionais serviço social

ARS-administração regional de saúde

CAT-centro atendimento toxicodependência

CLA-comissão local de acompanhamento

ECL-equipa coordenadora local

ELI-equipa local de intervenção precoce na infância

GC-gabinete do cidadão

IPSS-instituição particular de solidariedade social

OMS-Organização Mundial de Saúde

SCML-santa casa misericórdia de Lisboa

SNIP-sistema nacional de intervenção precoce na infância

SNS-serviço nacional de saúde

UCC-unidade de cuidados na comunidade

UCP-universidade católica portuguesa

URAP-unidade recursos assistenciais partilhados

INTRODUÇÃO

A autora do presente relatório exerce a profissão de assistente social na área da saúde ao nível dos cuidados de saúde primários no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central, uma actividade profissional inscrita nas ditas “profissões de ajuda”, marcada quer pela relação face a face, quase permanente com o destinatário (no caso, o utente dos cuidados de saúde primários), dando ênfase à dimensão relacional da profissão de assistente social, quer por uma vertente mais sociopolítica, no que respeita mormente à promoção e advocacia dos direitos dos utentes.

Ao longo do percurso de vida da autora, ao nível de socialização pessoal, educacional e profissional, a mesma considerou os marcos mais importantes e decisivos para ingressar e manter-se na actividade profissional que actualmente exerce enquanto Assistente Social, tendo fluído através da infância passada em África, onde observou formas de pobreza marcantes, tal como viu surgir (e acompanhou) um problema de saúde de grande impacto com sua mãe que bastante a sensibilizou. Igualmente as experiências de voluntariado em que participou, seguidas da formação académica em serviço social, mais tarde o estágio profissional no Centro de Saúde de Benfica e, por último, o ingresso nos Centros de Saúde do Cacém e São João (este pertencente ao actual ACES de Lisboa Central), funcionaram como vectores que sedimentaram a consciência da autora pela opção profissional que efectuou e trajectória que considera a correcta

É, igualmente, esta perspectiva que levou a autora a dar início ao Mestrado em Serviço Social, visando um aprofundamento reflexivo e actualização de conhecimentos na área do Serviço Social, mais especificamente o Gabinete do Cidadão, por o mesmo se apresentar como uma instância promotora da qualidade dos serviços a prestar aos utentes, numa intervenção que tem por ponto de partida as reclamações e queixas dos utentes dos cuidados de saúde primários.

A saúde tem sido por excelência um dos campos de actuação do Serviço Social, quer em Portugal como em outras zonas do mundo.

Trata-se de uma relação histórica que tem acompanhado a evolução da

medicina, a qual detectou necessidades como resposta ao tratamento das doenças, tratamento este a que os profissionais da medicina, por si só, não conseguiam responder, dando abertura para a integração de novos saberes por forma a dar aos doentes uma respostas global na doença e na saúde.

Em virtude da necessidade de novos saberes em resposta ao tratamento das doenças, a abordagem e intervenção nos problemas da saúde e da doença tem, progressivamente, deixado de se apresentar como domínio exclusivo da classe médica e, progressivamente, outros profissionais têm sido chamados a contribuir para uma abordagem mais global das situações de saúde (perspectiva biopsicossocial).

O Serviço Social ao intervir nos serviços da saúde, sobretudo nos cuidados de saúde primários, foi delimitando o seu campo de trabalho sempre com a preocupação de responder às necessidades dos utentes com a qualidade de serviços a que os mesmos anseiam.

Na verdade, enquanto assistente social nos cuidados de saúde primários, sente-se a necessidade de aprofundamento do conhecimento sobre os contributos para a qualidade dos serviços através da intervenção junto do Gabinete do Cidadão, potenciando as funções de mediação, provedoria e advocacia do direito à saúde dos utentes.

O presente relatório, na modalidade de relatório profissional, elaborado por uma assistente social que exerce funções na área dos cuidados de saúde primários há mais de uma década, é constituído por uma primeira parte em que se procede a uma reconstituição do itinerário pessoal, de educação/formação e profissional da autora, procurando, numa perspectiva formativa e autobiográfica potenciar um exercício reflexivo sobre as circunstâncias e factores que influenciaram a sua construção como profissional bem como as competências que as diferentes dimensões da vida pessoal, social e profissional potenciaram e permitiram desenvolver.

Numa segunda parte o relatório privilegia o aprofundamento teórico de uma das dimensões da prática profissional como assistente social no âmbito dos cuidados de saúde primários, incidindo mais especificamente sobre a intervenção do assistente social no Gabinete de Cidadão, enquanto mediador da qualidade

dos serviços a prestar e da satisfação dos utentes. Deste modo, num exercício reflexivo a partir da experiência profissional e incorporando perspectivas teóricas sobre a matéria, procuram-se analisar algumas questões relevantes neste âmbito de intervenção e assim contribuir para uma análise das potencialidades e limites do Gabinete do Cidadão como espaço de exercício profissional dos assistentes sociais em cuidados de saúde primários.

O serviço do gabinete do cidadão tem por objectivo aferir e melhorar a qualidade dos serviços de saúde concedidos aos utentes, podendo o seu funcionamento suscitar variadas questões:

1- São as reclamações dos utentes consideradas no âmbito do SNS como um dos instrumentos pelo qual o cidadão exerce o seu direito de participação activa no sistema de saúde?

2- Verifica-se uma dinâmica de melhoria dos serviços de saúde em face das reclamações apresentadas pelos utentes ?

3- Qual o nível de satisfação do utente face às reclamações por si apresentadas ?

4- Qual a representação que o utente tem do serviço do gabinete do cidadão?

Estas são algumas das questões presentes e orientadoras deste exercício auto-reflexivo.

CAPÍTULO 1

MEMORIAL DA TRAJECTÓRIA PROFISSIONAL

Em jeito de introdução, diremos que em Fevereiro de 2013, a autora iniciou o Mestrado em Serviço Social na Universidade Católica Portuguesa. Como objectivo principal visou a actualização de conhecimentos em Serviço Social, em virtude das necessidades sentidas, dadas as grandes mutações ocorridas na sociedade actual e a conjuntura socioeconómica em que nos encontramos nos últimos tempos e que nos leva a repensar novas formas de actuação. Sem dúvida, uma fase muito positiva dado que os conhecimentos académicos já tinham sido adquiridos há mais de dez anos. Tentativa de optimização do potencial formativo, através do relacionamento entre o contexto de trabalho e a formação académica, assim se intentando modificar o papel atribuído à formação escolar inicial, enquanto eixo estruturante do mesmo percurso formativo da autora.

É nesta perspectiva que as competências não são encaradas como algo de prévio ao exercício profissional, mas sim como algo de emergente de processos de mobilização e confronto de saberes, em contexto profissional. A qualificação tem a ver com a aquisição e a certificação de saberes normalmente por via escolar, enquanto que a competência se refere a um não sei quê através do qual a qualificação se torna eficiente e se actualiza numa situação de trabalho. É neste sentido que se diz que as qualificações se adquirem e podem ter um carácter cumulativo, enquanto que as competências se produzem em contexto. O contexto de trabalho do serviço social em cuidados de saúde primários passa a ser o lugar decisivo onde os saberes escolares ajudam a produzir as competências profissionais (cfr. Canário, 1998: 9 e seg.).

No que à autora diz respeito, o seu percurso académico e profissional também foi determinado pelo seu percurso pessoal, nomeadamente, na parte da sua infância em que assumiu o papel de cuidadora em relação ao seu irmão mais novo, em virtude de doença da sua mãe, tal como a vivência do contexto da

pobreza em África (Guiné-Bissau), factores que mais tarde viriam a ser importantes na decisão que tomou quanto à carreira profissional a seguir.

A noção de competência tem aparecido como um conceito-chave no discurso sobre a formação profissional, articulado com uma visão técnica racionalizadora que enfatiza a importância decisiva da formação inicial.

Por outras palavras, a competência não deve ser encarada como algo prévio ao exercício profissional, mas antes como algo emergente de processos de mobilização e confronto de saberes em contexto profissional. De resto deve saber fazer-se a distinção entre qualificação e competência. O termo qualificação, conforme referido supra, remete-nos para a obtenção de títulos académicos, diplomas, graus, certificados. Ou seja, a qualificação tem a ver com a aquisição e certificação de saberes, normalmente por via escolar. Já a competência se refere a um não sei quê através do qual a qualificação se torna eficiente e se actualiza numa situação de trabalho. É nesta perspectiva, conforme já mencionado, que poderemos dizer que as qualificações se adquirem, enquanto que as competências se produzem em contexto pois o saber só por si não garante a “competência”). Com efeito, as qualificações obtidas por via escolar correspondem à certificação de competências escolares, as quais não são directa e linearmente transferíveis para o exercício profissional, seja de que profissão estejamos a falar. Portanto, o contexto de trabalho passa a ser o lugar decisivo onde as qualificações escolares ajudam a produzir as competências profissionais.

O mesmo sucede com os profissionais que se encontram no terreno a exercer a profissão de Serviço Social. O conhecimento não é estanque e existe a necessidade de repensar o conhecimento adquirido, a prática exercida após este conhecimento e a actualização de conhecimentos, com a consequente reflexão sobre a prática profissional anterior.

Os problemas e tarefas não são meras actividades que se executam, mas implicam processos reflexivos mais abstractos.

A reflexão está igualmente associada à modificação do comportamento por efeito da prática e/ou da experiência num sentido do progressivo reajustamento ou ainda de ajustamento. Sendo um processo dinâmico, global, gradativo e cumulativo. Estas transformações estão vinculadas à maturação dos profissionais,

às suas formas de actividade e às circunstâncias do meio. A reflexão é uma nova aprendizagem e pressupõe conhecimentos a respeito “do que se faz”, “como se faz” e “porque se faz”.

Esta aprendizagem corresponde a uma trajectória pessoal e profissional de cada pessoa, na qual se articulam, de maneira indissociável, dimensões pessoais, profissionais e organizacionais. Mais se dirá que o processo de construção identitário de um profissional se consubstancia no resultado do confronto entre o seu percurso biográfico e um determinado contexto de acção empírica, vectores decisivos do processo de produção da profissionalidade (cfr.Canário, 1998: 9 e seg.).

Passeamos à abordagem biográfica do percurso da autora, que se apresente de seguida em forma de biografia.

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
1965		Nasceu em África (Guiné Bissau)		
1971	6 anos	Nascimento do Irmão mais novo e doença da mãe.		
1972		Assistiu e colaborou com a mãe à distribuição de alimentos e vestuário a pessoas carenciadas que lhe solicitavam apoio.		
1973	7 anos	Vinda para Portugal. Regresso da mãe a Portugal acompanhada dos restantes irmãos.	Início do percurso escolar ao nível primário.	
1976	10 anos	Regresso do pai de África (Guiné Bissau).		

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
1979	14 anos		Início do terceiro ciclo 7º ano unificado.	
1982		Voluntariado ao nível do banco alimentar.	Formação escolar ao nível secundário com interesse especial pela disciplina de Filosofia.	
1984	19 anos		Conclusão do ensino secundário, 12º Ano.	
1985	20 anos	Voluntariado no Centro de Saúde de Estremoz. Intervenção através de acções de suporte emocional.	Aquisição de conhecimentos em contabilidade para poder exercer a actividade profissional do momento.	Início de actividade profissional em contabilidade.
1993	28 anos		Ingresso no Instituto Superior de Serviço Social em Beja.	
1998	32 anos		Conclusão da Licenciatura em Serviço Social.	
1999	33 anos	Nascimento do filho.		Estágio profissional no Centro de Saúde de Benfica para aquisição de competências profissionais.
2000	35 anos			Início da actividade como Assistente Social no Centro de Saúde do Cacém.
2003	38 anos			Início da actividade profissional como Assistente

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
				Social no Centro de Saúde de São João.
2013	47 anos		Mestrado em Serviço Social na Universidade Católica Portuguesa	Exercício da actividade profissional como Assistente Social no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central até à actualidade

Procede-se, seguidamente, a uma análise mais detalhada da biografia da autora, segundo os principais eixos estruturadores adoptados e inspirada na abordagem de Tinoco e Pinto (2001) que distinguem entre uma biografia de primeira ordem, iminentemente factual (cfr.anexo) e uma biografia de segunda ordem, de carácter interpretativo do significado dos eventos e experiência para o autor.

1.1 - Vertente de socialização pessoal

A autora nasceu em África, na Guiné-Bissau.

O primeiro ano de vida passou-os na cidade de Bissau, no seio da família nuclear composta por pai, mãe, uma irmã e dois irmãos.

Durante este período conviveu com algumas formas de pobreza, enquanto observava a mãe a oferecer vestuário e alimentos a algumas pessoas africanas que se nos dirigiam a pedir ajuda e que os seus pais não tinham coragem de ignorar.

Aquando do nascimento do seu terceiro irmão, o mais novo, a sua mãe piorou o seu estado de saúde com o parto, encontrando-se fragilizada em virtude do recente falecimento do seu irmão mais novo com 19 anos de idade, em virtude de acidente de viação em Portugal. Segunda perda de familiar que a sua mãe vivenciou durante a permanência por África, já tendo falecido uma irmã com vinte e um anos de idade, vítima de meningite, três anos antes deste último

acontecimento. Como elemento familiar feminino com mais idade, a autora foi implicada, de forma voluntária, nas tarefas da casa e no cuidar do irmão mais novo.

Foi um período enriquecedor pelo facto de participar nos cuidados diários de seu irmão e, por outro lado, sofreu acrescida preocupação pelo estado de falta de saúde por parte de sua mãe, em profundo sofrimento da perda de um ente muito querido.

Apesar da sua tenra idade, este foi um acontecimento que a marcou pela preocupação permanente do sofrimento que então assolava a sua mãe. Fase da vida com uma carga afectiva a nível familiar bastante intensa, embora marcada por perdas de familiares muito próximos. Fase do percurso de vida que menos a encantou. Por outro lado o primeiro contacto com formas de pobreza provocou na autora uma certa inquietude.

Alguns meses depois da sua vinda para Portugal, a mãe da autora também regressou da Guiné na companhia dos filhos mais novos.

O regresso de África do pai da autora, gera a conseqüente união da família nuclear, reunida e estabelecida em Estremoz. Momento de grande felicidade.

O final do primeiro ciclo de ensino escolar e contacto com a mesma professora para todas as matérias escolares, tal como o convívio com os mesmos colegas constituiu uma etapa da vida da autora, vivenciada de forma mais positiva e feliz em virtude da família se encontrar reunida.

Foi durante o percurso do ensino secundário que a autora deu início à sua experiência em voluntariado ao nível do banco alimentar. Enquanto participava no voluntariado anteriormente referido, surgiu o convite para integrar o voluntariado com jovens a intervir no Centro de Saúde de Estremoz, junto de doentes acamados com acções de suporte emocional que de imediato abraçou - terceira fase muito importante e gratificante para a autora. O exercício do voluntariado ajuda-a a tomar a decisão relativa à profissão a seguir em termos futuros.

De todas as experiências por si vivenciadas, a intervenção na área da Saúde foi, sem dúvida, a que mais a marcou, porque no doente se associam não só os factores biológicos mas igualmente factores de ordem psicológica e social.

O facto de no decorrer da sua infância ter vivenciado problemas sociais e de saúde, conduziram a autora a tentar solucionar ou prevenir estas dificuldades (embora a pudessem levar a agir sob a forma de recusa a situações desta natureza).

A autora participou na tuna académica do Instituto Superior de Serviço Social até ao quarto ano da licenciatura.

Durante o percurso universitário (Seminários de “Educação e Acção Cultural” e “Investigação em Serviço Social” - 3º., 4º. e 5º. Anos), a autora contactou com a população masculina detida no Estabelecimento Prisional e Regional de Beja. Fase de aquisição de experiência com interesse profissional, embora devido à rigidez da instituição não a tenha marcado de forma muito positiva.

Um estágio profissional no Centro de Saúde de Benfica - Extensão de Carnide - interrompido por período de 4 meses em virtude do nascimento do seu filho, constituíram um novo marco da sua vida, este repleto de felicidade, quer profissional quer pessoal.

E porque muito preza a intervenção junto da população com problemas sociais e a necessitar de cuidados de saúde, a autora permanece até à actualidade no Centro de Saúde São João, integrado no ACES de Lisboa Central, tendo implementado o gabinete de Serviço Social, no Centro de Saúde do Cacém, a partir do ano 2000. Fase mais recente da sua socialização pessoal.

1.2 - Vertente de socialização educacional e formal

Em 1973, a autora iniciou o percurso escolar ao nível primário em escola pública (cfr. biografia de primeira ordem anexa ao presente trabalho).

Durante a formação escolar no grau secundário, a autora manifesta interesse, nomeadamente, pela cadeira de Filosofia por versar sobre matérias que a faziam pensar e questionar sobre várias correntes de pensamento relacionadas com as humanidades (10º, 11º e 12º anos).

Terá sido através deste conhecimento que a autora reforçou o caminho a seguir como profissional que pugna pelos direitos de cidadania (Assistente Social

enquanto profissional que é chamado a exercer o papel de protecção e representação do utente junto da Administração).

Mais tarde, adquiriu conhecimentos em administração/contabilidade para poder exercer a actividade profissional no momento.

Em 1993, a autora ingressa no Instituto Superior de Serviço Social em Beja, tendo concluído a licenciatura em Serviço Social em 1998.

No 5º ano da licenciatura, no âmbito da disciplina “Seminário de Investigação em Serviço Social”, tendo por pano de fundo o Estabelecimento Prisional e Regional de Beja, a autora estrutura o trabalho final de curso “A Influência da comunicação familiar na exibição de comportamentos delinquentes”. Apesar do estágio ter sido efectuado numa instituição rígida, forneceu informação sobre os detidos a reinserir e sobre a própria instituição, enquanto local que degrada mais o ser humano institucionalizado, ao invés de o devolver à sociedade para dela fazer parte como elemento integrado na mesma.

A autora adquire conhecimentos extremamente valiosos por ter usufruído de contacto directo com uma população de risco, com características específicas, o qual lhe permitiu uma aprendizagem teórico/prática que certamente foi muito útil para o seu saber profissional (a problemática da Reinserção Social dos Reclusos). Esta temática prendia-se com a execução de medidas privativas de liberdade, orientadas de forma a reintegrar o recluso na sociedade, preparando-o para, no futuro, conduzir a sua vida de modo socialmente responsável, sem que voltasse à senda do crime. No entanto, mais de oitenta por cento dos reclusos encontravam-se detidos em virtude de crimes cometidos resultantes da problemática da toxicoddependência e, na maioria, eram reincidentes no cumprimento de pena de prisão. Donde provem esta lacuna na qual se repete o mesmo tipo de comportamento nesta tipologia de população? Os desígnios assentam sobretudo na acção de reeducação com vista à reinserção social.

Entende-se que o assistente social deve exibir uma atitude crítica que procure a verdade e possua um cariz ético-político. Ao encontrar-se inserido num contexto institucional tão normativo, considera-se importante recordar esta dimensão do trabalho do assistente social. Não pode, então, esquecer que o seu trabalho é o de mediar e encontrar o equilíbrio entre aquilo que oferecem as normas

institucionais e os direitos dos reclusos que deve acompanhar. O recluso deve ser visto como um indivíduo cujos Direitos Humanos não podem ser esquecidos e que, mesmo privado da sua liberdade, não pode ser negligenciado. O objectivo máximo do profissional que o acompanha deve ser o de o capacitar, reconstruindo as suas referências, de modo a poder integrar a sociedade plenamente, para que este entenda que tem escolha (liberdade) além do crime.

Por ser este um meio onde o poder se concentra do lado da instituição, o assistente social, com um cariz ético-político, é o profissional indicado para mediar estas relações, com o seu saber profissional. Assim, faz parte das funções do assistente social analisar as forças da conjuntura institucional de modo a não ter que optar por subordinar-se às normas da instituição, defraudando os pedidos a si solicitados pelos utentes. Ele deve ser um mediador entre estas duas forças (cfr.Faleiros, 2009: 7 e seg.).

O papel do Serviço Social nos estabelecimentos prisionais além de uma componente de actuação ético-política e crítica a nível social, pode ainda verificar-se a outros níveis, quer no acompanhamento do recluso, numa dimensão mais particular, quer a nível intermédio de relação com outras estruturas sociais. Assim, o Serviço Social caminha no sentido de considerar os Direitos Humanos como o outro princípio organizativo da sua prática profissional. A reinserção social do recluso é uma realidade que muito dificilmente se alcança. À partida, ele recebe da sociedade um estigma que o exclui da participação activa dentro da mesma. Foi neste sentido que a autora e o seu grupo, actuou sobre o ensino e formação profissional, tentou criar campos de interacção entre o mundo do trabalho e a realidade prisional, para que tal vector motivasse os reclusos à aquisição de competências próprias para os habilitar futuramente na sua vida profissional e social.

Estamos perante a obtenção de conhecimentos para um Serviço Social, que participa, entre outros, do esforço de uma sociedade para se produzir e se reproduzir e para actuar sobre si mesma. Intervindo no sentido de facilitar/produzir mudanças sociais, o Assistente Social actua especialmente nas interações do Homem/Sociedade, em ordem a serem alterados determinados problemas, necessidades e situações sociais. A sua intervenção consiste, fundamentalmente,

em fomentar e desenvolver capacidades sociais, individuais e colectivas. Capacitando o Assistente Social com uma rigorosa informação teórica, específica e instrumentada, de modo a que à capacidade de análise teórica se alie uma capacidade técnica de intervenção, adequada à realidade social em constante mudança.

Em 1998 - recém-licenciada - inicia estágio profissional no Centro de Saúde de Benfica e Extensão em Carnide, aplicando os conhecimentos académicos ao nível dos Cuidados de Saúde Primários sob a supervisão da Assistente Social a exercer funções nesse Centro de Saúde e com uma experiência de muitos anos de actividade. O conhecimento teórico e o estágio efectuado originaram uma prática mais profissional e supervisionada, representando para a autora o início de uma carreira profissional com mais solidez.

Tendo por base a supervisão da colega que facilitou o ingresso no mundo do trabalho, na referida área da saúde posso referir que foi uma experiência muito gratificante ao colocar na prática profissional os conhecimentos teóricos adquiridos e recentes.

Ao apoiar, orientar, aconselhar, informar, proteger e/ou acompanhar pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade ou exclusão (social, económica associada a problemas de saúde), utilizando as técnicas e procedimentos do “agir profissional”, sob uma focalização holística, crítica e interactiva das situações-problema, foram inúmeros os aspectos positivos que retirados desta experiência como também as dificuldades encontradas.

A supervisão foi positiva no sentido em que a profissional mencionada detinha uma experiência profissional vastíssima embora em algumas práticas profissionais tenha constatado que se encontravam desactualizadas, em comparação com o referencial teórico que a autora possuía à data.

Igualmente constatou que a intervenção social na sua prática profissional não estava integrada visivelmente em equipas multidisciplinares, ou melhor, dava pouca relevância ao trabalho de equipa ou multidisciplinar.

A assistente social exercia a sua actividade profissional de forma unipessoal e isolada dos restantes profissionais portadores dos diversos saberes profissionais. Pelo contrário, a autora possuía a consciência de que um trabalho

em equipa seria o indicado pela diversidade e complementaridade de conhecimentos, até pelo facto de todo o percurso académico ter sido direccionado nesse sentido através da experiência em trabalhos de grupo.

No entanto, esta experiência abonou no sentido de alertar para alterar a forma de intervenção profissional. Nestes termos, quando implementou o serviço social no Centro de Saúde do Cacém a postura a apresentar e todo o trabalho a colocar em prática foi direccionado de forma diferente tendo em conta o modelo anteriormente utilizado no Centro de Saúde de Benfica não ser pela autora considerado adequado porque durante a formação académica também a orientação ia no sentido da defesa e conquista dos direitos de cidadania incluído o espaço de intervenção, quer dentro das instituições bem como fora das mesmas, conquistas essas que nunca se conseguem de forma isolada e que através da prática profissional de confirmou.

No que concerne aos aspectos positivos, também foram inúmeros, desde o diagnóstico social a efectuar junto do cidadão utente às visitas domiciliárias e articulações com profissionais dentro e fora da instituição. Em resumo, uma experiência muito positiva dado que bem mediada pela colega que supervisionou e que foi um elemento facilitador na integração.

Igualmente a pesquisa de recursos da comunidade teve por base a experiência positiva do estágio profissional que me proporcionou o conhecimento para ter uma visão de conjunto e como conhecer os recursos necessários para resposta às inúmeras necessidades do dia-a-dia.

No atendimento aos utentes ao elaborar o diagnóstico social, o estágio também me confirmou, ou melhor, me situou no suporte teórico adquirido em contexto académico.

Para mim o estágio profissional serviu para aplicar o conhecimento teórico na prática e desenvolver competências profissionais de forma crítica por forma a melhorar a intervenção a efectuar em termos futuros.

Em Fevereiro de 2013, conforme já aludido supra, a autora iniciou o Mestrado em Serviço Social na Universidade Católica Portuguesa, tendo por objectivo principal a actualização de conhecimentos em Serviço Social.

E recorde-se que o Assistente Social é um dos mediadores privilegiados na relação entre a população perturbada, desfavorecida, secundarizada ou, a qualquer título, marginalizada pela doença, e as políticas sociais, públicas ou privadas, disponibilizadas para fazerem face às necessidades desses grupos.

1.3 - Vertente de socialização profissional

Em 1984, a autora deu início à sua primeira actividade profissional, através do exercício de funções de contabilidade em empresa de família no ramo de mármore e construção civil. Fase de vida profissional sem grande relevo, forma de subsistência e com a qual não se identificava. Ainda assim, fornece à autora uma nova visão sobre como gerir recursos de forma diferente da economia doméstica (cfr. biografia de primeira ordem anexa ao presente trabalho).

Com esta experiência profissional a autora começou a adquirir capacidade para gerir recursos numa dimensão mais alargada que não a gestão ao nível doméstico ou meramente pessoal.

Partilhou responsabilidades no que diz respeito aos interesses de todos os elementos, apesar de serem todos familiares, respeitando a singularidade individual, pautada por uma relação de confiança.

Igualmente colaborou na gestão de bens pertencentes a um grupo, ao pugnar pelos interesses desse mesmo grupo, mais se encontrando a trabalhar competências de gestão numa maior dimensão, exigindo também mais responsabilidade e, ao mesmo tempo, uma partilha de interesses comuns. Em resumo, a autora começou a adquirir a capacidade para gerir recursos ao nível meso (cfr. Amaro, 2012: 89 e seg).

Entre 1999 e 2000, a autora efectuou o atendimento de utentes do Centro de Saúde de Benfica com problemas de saúde e de ordem social, visitas domiciliárias, reuniões internas e externas com profissionais para discussão de casos. Exerce também actividade profissional ao nível dos Cuidados Continuados e de Saúde Familiar. Representa a Saúde como parceiro no Rendimento Mínimo Garantido através da Comissão Local de Acompanhamento e Núcleo Executivo. Participa em reuniões do Conselho Consultivo do Centro de Saúde de Benfica.

Participa em reuniões com regulares para tratar de casos ao nível da toxicodependência no CAT das Taipas. Desenvolve competências ao nível do trabalho em equipa, quer no Centro de Saúde, quer pela sua participação na CLA - Rendimento Mínimo Garantido e ainda no CAT das Taipas.

Etapa que considera positiva, dado que aplicou conhecimentos teóricos adquiridos recentemente, com intervenção ao nível técnico de serviço social na prática profissional, dando início ao desenvolvimento de competências apesar de alguns constrangimentos em virtude da recente criação dos já citados Centros de Saúde de 3ª Geração que viriam a fragilizar a figura do Serviço Social unipessoal, que actua num campo onde continua a predominar um modelo de intervenção que privilegia a predominância do modelo biomédico, no qual os factores psicossociais e ou determinantes socioeconómicas não são entendidas como dimensões constituintes das situações de doença, em detrimento do reconhecimento da utilidade do Serviço Social.

Ainda assim, o assistente social permanece nos locais de trabalho da forma que lhe é possível e com a postura que considera ser adequada a intervir em cuidados de saúde primários, com o contributo do saber específico através do exercício do Serviço Social.

A autora inicia uma actividade profissional que tinha por pressuposto ser norteada por uma intervenção ao nível biopsicosocial e no âmbito de equipas de trabalho multidisciplinar. Intervenção junto do utente (de várias origens e culturas), família e comunidade, integrando equipas com profissionais com diversos saberes teórico/práticos, ao nível da saúde, mais propriamente nos Cuidados de Saúde Primários. Neste período no entanto ocorreu uma polarização do investimento em recursos humanos nas especialidades tradicionais (área médica e de enfermagem), sendo outras especialidades, como o Serviço Social, desvalorizadas.

Nesta unidade de saúde (Centro de Saúde de Benfica) o Serviço Social, apresenta-se predominantemente na forma unipessoal e com formação académica efetuada na década de 60 e sem actualização posterior ao nível académico. Em simultâneo, observa-se uma baixa consagração institucional das atribuições ao Serviço Social.

O enfoque sistémico exige dos indivíduos uma nova forma de pensar, de que o conjunto não é mera soma de todas as partes, mas as partes compõem o todo, e é o todo que determina o comportamento das partes. Uma visão de, que nos permitirá apreender a unicidade do ser humano e de tudo que o cerca.

É através desta visão que a autora perspectivou a sua integração, para benefício do utente, profissionais e instituição, no serviço social na área da saúde mais especificamente ao nível dos cuidados de saúde primários.

No entanto, esta abordagem, que ultrapassa a dimensão assistencial e individual, assenta numa orientação sociopolítica do Serviço Social, que privilegia a promoção do acesso aos cuidados de saúde e tem implícita a promoção da cidadania em cuidados de saúde primários.

A partir de 2000, com a implementação do gabinete de Serviço Social no Centro de Saúde do Cacém, a autora efectua um exaustivo estudo da tipologia da população de toda a área geográfica que acedia ao Centro de Saúde, quer na Sede, quer na extensão de Agualva-Cacém. Efectua uma pesquisa de recursos da comunidade disponíveis para utilizar na articulação e acompanhamento simultâneo. Apresenta-se em reunião com todos os profissionais da Unidade de Saúde para dar a conhecer que se encontrava interessada em trabalhar com os mesmos.

Efectua o atendimento de utentes em quase todos os dias úteis da semana.

Participa em reuniões de diferentes valências do Centro de Saúde como:

Saúde Materna;

Saúde Escolar;

Saúde Mental com a equipa do Miguel Bombarda Hospital;

Saúde Pública;

Cuidados Continuados;

Intervenção Precoce;

Linha da Criança mal tratada;

Visitas domiciliárias.

É preletora no Curso de “Prestação de Cuidados em Saúde Materna”, com apresentação do tema “Aspectos Psicossociais na Gravidez”, nos dias 17/10/2002 e 7/11/2002, o qual se realizou nas instalações do Centro de Saúde da Damaia.

Monitoriza alunas do Curso Superior de Serviço Social da Universidade Católica Portuguesa, no decorrer de uma semana de estágio.

Uma melhor compreensão do utente dos serviços de saúde, implica o trabalho interdisciplinar e multiprofissional de uma equipa terapêutica na qual o Assistente Social deverá desenvolver uma prática e cultura profissional relevante. Experiência profissional que leva a autora a adquirir muitas competências, desde logo devido ao tipo de população heterogénea existente na área geográfica do Centro de Saúde do Cacém, tal como pelo excelente trabalho organizado por equipas que se encontravam igualmente formadas por grupos etários e problemáticas específicas, incluindo reuniões para discussão regular de casos. Esta Unidade de Saúde foi, sem dúvida, aquela (ao nível de trabalho no terreno) que melhor preparou a autora para trabalhar em qualquer tipo de Instituição.

No Centro de Saúde do Cacém a autora encontrou reunidas as condições para desenvolver a sua intervenção na área do serviço social na saúde. na perspectiva do “empowerment” dos cidadãos/utentes.

Considera-se, neste sentido, toda uma dimensão de trabalho que conduz para a consciencialização e que ultrapassa o mero nível individual adotando um entendimento de “empowerment” em termos de um poder para agir, uma vez que, ainda secundando Le Bossé, o “empowerment” é precisamente caracterizado por esta conexão entre o colocar o sujeito em acção e a disponibilidade de recursos que esta acção requer.

A perspectiva do “empowerment” continua a ser referencial para os quadros de acção dos assistentes sociais, embora seja hoje evidente a necessidade de integrar as diferentes esferas da intervenção social e a vida social, para além do domínio do individual. É cada vez mais reconhecido o papel estratégico crucial das dimensões, comunitária e estrutural, na intervenção direccionada para o “empowerment”.

Mas quando nos colocamos a um nível simplesmente individual, a perspectiva do “empowerment” não pode ser utilizada apenas como forma de transferir a responsabilidade para os indivíduos. De acordo com Ninacs, o “empowerment” individual é sustentado por quatro esferas: participação, competência, autoestima e consciência crítica. Trata-se de um encadeamento simultâneo de etapas das

diferentes esferas que, em conjunto e em interacção, proporcionam a passagem de um estágio sem poder a um estágio no qual o indivíduo se torna capaz de agir de acordo com as suas próprias escolhas (Ninacs cit. in Branco e Amaro, 2011: 656 e seg.).

Recorde-se, assim, que nas diferentes áreas dos cuidados de saúde primários, a integração dos assistentes sociais nos serviços resulta da evolução da concepção de saúde de uma visão biomédica para uma perspectiva biopsicossocial, bem como do contributo destes profissionais para a promoção e consolidação de uma abordagem biopsicossocial dos problemas e situações de saúde, realçando os antecedentes e consequências sociais da doença e sublinhado que factores sociais como uma casa pobre, bairros insalubres, deficientes condições de trabalho, problemas familiares e alimentação afectam adversamente a saúde, sendo que uma saúde “pobre” pode produzir uma variedade de problemas sociais.

Nesta unidade de saúde a direcção e respectivos colaboradores profissionais dos vários saberes, em especial da medicina e enfermagem, tinham a consciência da pertinência do contributo do Serviço Social, sendo que tal vector promoveu, de imediato, o envolvimento profissional desejado junto de todas as equipas.

A dimensão social da saúde poderá revelar-se tão importante como a biológica ou psicológica, constituindo uma contribuição não clínica de profissionais como os assistentes sociais e erigindo-se como um contributo significativo para o modelo biopsicossocial.

A prática profissional dos assistentes sociais é determinada por um jogo de forças e relações sociais das quais não pode dissociar-se, identificando numa leitura sistémica, um conjunto de determinantes políticas e organizacionais que se reflectem na sua prática e no seu enquadramento institucional.

Foi neste novo contexto que o serviço social, nesta unidade de saúde (Centro de Saúde do Cacém) se demarcou relativamente ao que se passava em 1999.

Ainda assim, não foi possível alterar o carácter unipessoal do Serviço Social na referida unidade, apesar das inúmeras tentativas junto da coordenação de serviço social que, na altura, parecia temer qualquer acção por parte desta classe profissional.

A partir de 2003, com o início de funções no Centro de Saúde de São João, em Lisboa, a profissional começou igualmente por desenvolver um estudo sobre os perfis da população que procurava os serviços de saúde ao nível de cuidados de saúde primários nesta Unidade. Tal como procede ao estudo sobre os recursos disponíveis da comunidade.

Participa em reuniões sempre que os outros profissionais as consideravam necessárias.

Trabalha em todas as áreas à excepção da Saúde Escolar que, entretanto, foi retirada ao Serviço Social tendo ficado na alçada da psicologia, embora os profissionais de psicologia solicitem, com frequência, a intervenção do assistente social com vista à resolução dos problemas.

Visto se ter deparado, em 2003, neste centro de saúde com a predominância do modelo biomédico, no qual os factores psicossociais e/ou as determinantes socioeconómicas não eram entendidos como dimensões constituintes das situações de saúde e doença a intervenção do Serviço Social, assumindo um cunho compensatório da fragmentação das abordagens e da desarticulação institucional, foi essencial ao funcionamento e sustentabilidade do sistema de saúde na sua configuração e filosofia actuais, uma vez que se trata de um trabalho de superação ou atenuação de obstáculos de ordem económica e sociocultural aos cuidados de saúde (consultas, meios de diagnóstico e tratamento) de sectores vulneráveis da população utente (cfr. Branco e Farçadas, 2012).

Uma actividade de promoção de informação e ganhos em saúde, por parte da população atendida, e de melhoria da qualidade dos serviços, bem como o trabalho de articulação com os serviços da comunidade, apresentando-se como importantes pontos fortes do exercício do Serviço Social em cuidados de saúde primários na citada unidade de saúde.

Também no âmbito das funções desenvolvidas no Centro de Saúde de São João, a autora colabora com duas colegas dos Centros de Saúde da Penha de França e de Cascais, na antiga Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, na compilação do Relatório de Actividade (anos de 2003 e 2004) e elaboração do Plano de Acção (anos de 2004 e 2005) de todos os Centros de Saúde da Sub-

região de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, ao nível do Serviço Social (relatório/plano elaborados e compilados).

Um novo desafio para a autora, com a adaptação a trabalho de gabinete e de coordenação efectuado na extinta Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Experiência muito gratificante, visto ser através da mesma que se começou a dar visibilidade ao trabalho efectuado pelas Assistentes Sociais junto da Instituição que detinha poder ao nível dos cuidados de saúde primários, sendo que sobre a autora e as colegas cabia a responsabilidade de passar a melhor imagem possível sobre o trabalho desenvolvido por esta classe profissional.

Igualmente participa, na qualidade de preletora, numa sessão do Seminário de Intervenção em Serviço Social, levada a efeito para alunos do 3º. ano, do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, em 7/4/2005, e subordinada ao tema “O Serviço Social na Saúde”.

Orienta o estágio curricular de duas alunas do 4º. ano, da Licenciatura em Serviço Social, do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, no ano lectivo 2005/2006 e no âmbito das funções exercidas no Centro de Saúde de S. João.

Período positivo para a autora pelo facto de desenvolver novas competências profissionais e com novos tipos de problemáticas. No entanto, considera não ter sido um período tão rico ao nível da socialização profissional, visto que nesta Unidade de Saúde o trabalho estava organizado de forma individual e, inicialmente, esta forma de organização não facilitava muito a intervenção do serviço social da forma por si pretendida. Após insistências junto da Directora do Centro de Saúde para se alterarem as formas de trabalho que se baseavam meramente na vertente dos cuidados de saúde, consegue-se superar essa dificuldade inicial.

Fase na qual o Serviço Social dá início a uma intervenção baseada nos factores sociais associados à saúde e à doença, ou seja, considera que lhe cabe intervir em problemas sociais que tenham implicações na saúde, ou vice-versa, o que vem reiterar que o papel do Serviço Social assenta numa concepção de saúde biopsicossocial.

Os contributos do Serviço Social surgem associados à melhoria da prestação de cuidados e à sensibilização de estruturas para a acessibilidade dos utentes. Assim, os profissionais desta unidade de saúde (médicos e enfermeiros) aderiram de forma gradual, após esta sensibilização, para um trabalho multiprofissional e cooperativo tornando-se uma forma de conquista de espaço e reconhecimento do outro pela disponibilidade, sendo ainda a jurisdição objectivada pela conquista da representação que os outros têm do assistente social.

Recorde-se que a disponibilidade para a colaboração com os profissionais dos diversos saberes é um vector que emerge na conquista do espaço profissional e se confunde, até mesmo, com o reconhecimento da utilidade do Serviço Social.

O assistente social pode fornecer serviços adequados às necessidades psicossociais dos utentes que, de outra forma, se apresentariam como problemas que se somatizam, o que resultaria numa inadequada utilização dos cuidados de saúde. O Serviço Social surge, portanto, como um bom administrador de serviços e recursos, ao diagnosticar e intervir em problemas psicossociais acautelando somatizações que se apresentam sob a forma de problemas físicos ou clínicos.

No âmbito da estrutura do ACES de Lisboa Oriental, ao qual passou a pertencer o Centro de Saúde de S. João, a autora assumiu a responsabilidade pelo Serviço Social na área da Saúde Pública do mesmo ACES durante cerca de três anos (2009 a 2012), tendo por objectivo a resolução de questões relacionadas com saúde mental. A abordagem ao utente com doença mental pressupõe uma aproximação ao seu universo (família, vizinhança, emprego, etc.) compreendendo a situação de crise em que o mesmo por vezes recorre aos serviços ou a família recorre numa perspectiva de apoio psicossocial e suporte emocional que constituem uma mais-valias para uma intervenção mais eficaz.

Deste modo, acompanhou utentes com doença mental cujas manifestações apresentam rostos variados que vão da desorganização familiar e com o espaço (insalubridade habitacional) aos comportamentos bizarros, sinónimo de descompensação psicológica ou mesmo psiquiátrica. A medida extrema consiste no internamento compulsivo, a qual pode ser precedida de um acompanhamento social que inclui a visitação domiciliária e/ou entrevista na qual se aferem

dinâmicas da vivência familiar e possíveis aspectos protectores para o indivíduo com doença mental. Casos desta natureza foram trabalhados entre a autora e a Coordenadora de Saúde Pública, os quais lhe proporcionaram a aquisição de competências que até então não tivera a oportunidade de desenvolver. Sendo que esta Profissional de Saúde trabalhou com a autora os casos desde o início do processo até ao final, incluindo diligências formais junto do Ministério Público.

Igualmente participa na UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade), ou seja, cuidados continuados domiciliários e comunitários de Saúde, Apoio Social e Psicológico e, sempre que necessário, o respectivo encaminhamento para Unidades de Saúde através da Rede Nacional de Cuidados Integrados, fazendo parte da equipa coordenadora local (cfr.Decreto-Lei nº.28/2008, de 22/2, e Decreto-Lei nº.253/2012, de 27/11, recentemente republicado).

Fruto de um trabalho de equipa interdisciplinar que também desenvolve laços de solidariedade no sentido em que por vezes têm que se substituir em procedimentos (v.g. informatização para o encaminhamento para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) muito tem evoluído nos últimos anos, período em que adquiriu competências de vária ordem, desde o trabalho articulado de saúde, social, psicológico em parceria com a segurança social, S.C.M.L. e I.P.S.S., entre outros, com o doente, família, comunidade e em especial com todos os profissionais das Unidades de Saúde Familiar, ECL - Equipa Coordenadora Local – (Cuidados Continuados do Agrupamento de Centros de Saúde e das Unidades de Internamento a ter a capacidade de equacionar situações urgentes em tempo útil, ou seja, com a maior celeridade desejada.

Saliente-se, também, a intervenção da autora na E.L.I. (Equipas Locais de Intervenção) a apoiar a Comissão Nacional do SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (cfr.Decreto-Lei nº.281/2009, de 6/10). O SNIPI abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.

Por último, a autora igualmente exerce funções no âmbito do Gabinete do Cidadão, serviço que recebe exposições de utentes da saúde (reclamações, elogios e sugestões) e tratamento das mesmas, assim colaborando na melhoria da qualidade dos serviços de saúde aos utentes através de alterações efectuadas em virtude das exposições apresentadas.

Em jeito de reflexão final diremos que a autora, como qualquer profissional, sente necessidade de se actualizar no que diz respeito aos conhecimentos teóricos adquiridos em contexto académico durante a licenciatura. Em consequência dessa necessidade de actualização é que a autora decidiu frequentar o presente mestrado, tudo visando uma melhor e mais qualificada intervenção junto do cidadão utente dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 2

SERVIÇO SOCIAL NO GABINETE DO CIDADÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS

Neste capítulo procede-se a um enquadramento do campo de trabalho da autora - Cuidados de Saúde Primários - e aborda-se a intervenção do Serviço Social no âmbito do Gabinete do Cidadão, dimensão sobre a qual se entendeu fazer recair o aprofundamento teórico e reflexividade profissional.

2.1 - Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Os cuidados de Saúde Primários constituem um elemento-chave de um sistema de saúde¹. Estão na linha da frente, constituindo-se como os cuidados de primeiro contacto ao estarem acessíveis, quando necessários, e acompanhando global e longitudinalmente todo o processo saúde-doença da vida de cada utente e não apenas os episódios de doença.

Os Cuidados de Saúde Primários podem ser definidos como um conjunto de actividades, um nível de cuidados, uma estratégia para organizar os serviços de cuidados de saúde e uma filosofia de sistema de saúde. Podem, ainda, ser descritos segundo os seus elementos estruturais, de processo e de resultados.

O conceito actual de Cuidados de Saúde Primários apresenta-os como os cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade e englobando acções de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos, de reabilitação ou de fim de vida. Podem evidenciar-se como vectores característicos fundamentais dos Cuidados de Saúde Primários a acessibilidade, a globalidade, a coordenação, a longitudinalidade (que não é só a continuidade da informação sobre a saúde de

¹ um Sistema de Saúde é definido pela OMS como um conjunto de todas as actividades cujo objectivo primário consiste na promoção, restauração ou manutenção da saúde.

um dado indivíduo mas também a identificação de um profissional ou de uma instituição de saúde como a principal fonte de cuidados ao longo do tempo), a responsabilização das entidades prestadoras de cuidados, a participação comunitária, o enfoque na comunidade, a aplicação de métodos epidemiológicos aos cuidados clínicos dos doentes e a auto-responsabilização dos cidadãos (Biscaia, M., Carreira, G., Antunes, F., 2008: 29 e seg.).

A mudança mais importante para os Cuidados de Saúde Primários na história do Sistema de Saúde português terá sido a subsequente ao Decreto-Lei nº.413/71, de 27/9/1971, Lei Orgânica do Ministério da Saúde, que desencadeou a reforma que constituiu as bases do Serviço Nacional de Saúde, tendo como princípio o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses e atribuindo ao Estado a responsabilidade de o assegurar, tendo levado, como já se disse, à criação dos designados “Centros de Saúde de 1º Geração”. A filosofia subjacente ao citado Decreto-Lei nº.413/71, vai ao encontro do que seria, sete anos mais tarde, identificado em Alma-Ata² como a estratégia de Cuidados de Saúde Primários. Este foi o ponto de viragem que colocou Portugal e o seu Sistema de Saúde no caminho de uma cada vez maior orientação para os Cuidados de Saúde Primários. Com o Serviço Nacional de Saúde, a sua consolidação e a emergência dos Centros de Saúde de 2ª. Geração, os Cuidados de Saúde Primários foram ficando mais fortalecidos. No entanto, algumas características dos Cuidados de Saúde Primários nunca foram alcançadas, como a globalidade (bastando constatar a baixa oferta de cuidados em Saúde em algumas especialidades e ainda cuidados de fim de vida), a coordenação de cuidados ou rácio de médicos dos Cuidados de Saúde Primários versus especialistas hospitalares.

Uma verdadeira alteração no estatuto dos Centros de Saúde e, por consequência, na prestação de cuidados de saúde primários, ocorreu com a legislação sobre Centros de Saúde de 3.ª Geração, com a atribuição de autonomia e de uma hierarquia técnica aos Centros de Saúde (Dec.Lei nº.157/99, de 10/5/1999).

² A Declaração de Alma-Ata foi aprovada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre 6 e 12 de Setembro de 1978.

2.2 - O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

A relação do Serviço Social com a Saúde³ remonta às origens da profissão, sendo corrente a indicação da criação do primeiro Serviço Social Médico, em 1905, no Hospital Geral de Massachussets, nos Estados- Unidos da América, como acção pioneira do Serviço Social.

A institucionalização do Serviço Social na Saúde está, pois, directamente relacionada com o movimento hospitalar e a resultante alteração do contexto de exercício da medicina, progressivamente inscrita nas unidades de saúde hospitalares e, por conseguinte, descontextualizada das condições naturais e sociais dos doentes, quer nas zonas de residência, quer nas empresas.

O Serviço Social na Saúde surge, por outro lado, associado à natureza colectiva da prestação de cuidados de saúde e à consagração das equipas multiprofissionais no âmbito da saúde.

Em Portugal, a institucionalização do Serviço Social na Saúde abraça um processo semelhante. A sua emergência situa-se no quadro do movimento reformador e higienista da medicina social, surgindo a sua primeira institucionalização nos anos 40 do século passado, também na área hospitalar⁴, nomeadamente nos domínios da saúde mental.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, no início da década de 70 do século passado, no quadro da citada e importante reforma dos cuidados de saúde em Portugal, a Organização do Ministério da Saúde e Assistência Social (Dec.-Lei nº.413/71, de 27/9/1971) estabelece a criação dos Centros de Saúde locais e distritais, em cuja estrutura se prevê a existência do Serviço Social como unidade orgânica.

Nos anos 80, consolida-se, nos Centros de Saúde, o campo de exercício profissional do serviço social, com a adopção do novo Regulamento dos Centros de Saúde (Despacho Normativo nº.97/83, de 22/4/1983), estabelecendo-se uma

³ Em 1948, a Organização Mundial de Saúde, estrutura da ONU, definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades.

⁴ A organização do Serviço Social nos centros de assistência psiquiátrica, dispensários e hospitais é consagrada através da Lei 34502, de 18/4/1945, o qual integra assistentes sociais e visitadoras sociais.

importante área de jurisdição (cfr.artºs.70 e 71).

Em 1991 é criada a carreira de Técnica Superior de Serviço Social no âmbito da Administração Pública (Dec.-Lei 296/91, de 16/8/1991), à qual passam a ter acesso, no imediato, os licenciados em Serviço Social (cfr.-Guadalupe, Dez.2011, pág.99 e seg.).

Com o novo regulamento dos Centros de Saúde, designado de Centros de Saúde de 3.^a Geração (Dec.-Lei nº.157/99, de 10/5/1999) e que procede à revisão do Estatuto Orgânico dos Centros de Saúde, verifica-se uma grave fragilização da jurisdição relativa aos assistentes sociais na saúde, ao eliminar o Serviço Social como serviço e ao atribuir a direção da unidade de cuidados na comunidade a profissionais de enfermagem.

Já em 2002 é divulgada a Circular Normativa do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde (Circular nº.8 de 16/05/2002). Esta estabelece as 10 funções que passam a vigorar nos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério, e aconselha a que os assistentes sociais se reportem ao respectivo órgão dirigente máximo do estabelecimento de prestação de cuidados que integram.

Com a criação dos ACES, Agrupamentos de Centros de Saúde do S.N.S. (Dec.Lei nº.28/2008, de 22/2/2008), foi criado um novo paradigma na organização da prestação de cuidados de saúde primários. Estruturados em unidades funcionais flexíveis, os ACES privilegiam o acesso dos cidadãos a estes cuidados, o envolvimento dos profissionais, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a obtenção de maiores ganhos em saúde. Nestes reaparece a inserção do Serviço Social na Unidade de Cuidados na Comunidade⁵, sendo que esta “UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”. A UCC será composta por uma equipa de enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas,

⁵ Artº.11, do Dec.lei nº.28/2008, de 22/2..

terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. O Serviço Social tem também enquadramento previsto na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados⁶ (URAP), como unidade prestadora de serviços de consultoria e assistenciais às restantes unidades funcionais.

No quadro da reforma dos cuidados de saúde primários, designadamente no que toca ao processo de reconfiguração dos Centros de Saúde, a Associação dos Profissionais de Serviço Social (APSS), através do seu Grupo de Trabalho para os Cuidados de Saúde Primários, tomou posição sobre o Serviço Social no quadro dos ACES (31/10/2008), designadamente sobre a inserção e lugar do Serviço Social nos novos ACES. Nesta posição a APSS apoia a concepção de trabalho multiprofissional, entendendo, no entanto, que o princípio da organização por áreas funcionais não deve prejudicar a observância de “princípios da colegialidade e da coordenação técnica e funcional, cuja relevância é reforçada pela escassez dos recursos humanos em Serviço Social na rede de cuidados de saúde primários”. A APSS sustenta que os assistentes sociais devem ser integrados na mencionada URAP sendo esta uma unidade funcional transversal cuja vocação melhor se compagina com a natureza do seu trabalho, integrando as URAP um Núcleo Operacional de Serviço Social. A APSS defende ainda que os assistentes sociais devem manter uma presença efectiva e uma participação activa no Gabinete do Cidadão, apontando também critérios para a redefinição dos rácios de assistente social por habitante (cfr. Guadalupe, 2011: 99 e seg.).

Mais recentemente através do Dec.Lei nº.253/2012, de 27/11/2012, o qual consagra o reagrupamento de centros de saúde, bem como a experiência e os ensinamentos entretanto recolhidos no âmbito do funcionamento e actuação dos órgãos dos ACES, é exigida, uma alteração das disposições em matéria de implementação dos mesmos e de composição dos respetivos conselhos clínicos. Na realidade, a governação clínica e de saúde deve evoluir para uma nova etapa de desenvolvimento, centrando-se na promoção de práticas e desempenhos profissionais seguros, efectivos e de elevada qualidade.

Com este último diploma (Dec.Lei nº.253/2012, de 27/11/2012), os

⁶ Artº.13, do Dec.lei nº.28/2008, de 22/2.

Assistentes Sociais passam a ser designáveis como vogais do Conselho Clínico e de Saúde⁷, alteração legislativa que denota a crescente importância que o legislador reconhece aos mesmos na orgânica dos ACES.

Por outro lado, o esforço actual de produção de normas de orientação clínica implica um especial acompanhamento das unidades e equipas multiprofissionais, sendo garante fundamental de promoção de boas práticas, de melhoria da qualidade dos cuidados prestados e de racionalização dos recursos, evitando gastos desnecessários e permitindo a obtenção de ganhos de custo-efectividade.

Face à amplitude e complexidade crescente do campo de intervenção do Serviço Social nos estabelecimentos de saúde e às limitações de recursos humanos e materiais, importa questionar sobre que campo de actuação o Serviço Social virá a ocupar com a implementação do citado Decreto-Lei nº.253/2012, de 27/11, ao nível de cuidados de saúde primários ?

É, maioritariamente, nas unidades de saúde da rede de cuidados de saúde primários que se regista a ausência de assistentes sociais, sendo que, nas unidades com Serviço Social, este apresenta-se como figura predominantemente unipessoal. Em simultâneo observa-se uma baixa consagração institucional das atribuições ao Serviço Social.

O carácter unipessoal do Serviço Social nos Centros de Saúde não tem favorecido uma consolidação institucional semelhante à que se regista nas unidades hospitalares, denotando-se uma jurisdição profissional em construção e mais instável.

A demarcação entre a institucionalização e jurisdição do Serviço Social a nível hospitalar e nos cuidados de saúde primários explica-se, quer pelo carácter tardio da institucionalização dos cuidados de saúde primários em Portugal, quer pelo carácter mais recente da estratégia de cuidados de saúde primários em geral. Por último, pelo persistente défice de investimento político na área dos cuidados de saúde primários ao nível das políticas de saúde.

Face ao referido haverá que apelar a uma actividade de promoção de informação e ganhos em saúde, por parte da população utente, e de melhoria da qualidade dos serviços, bem como ao trabalho de articulação com os serviços da

⁷ Artº.25, nº.4, al.c), do dec.lei nº.28/2008, de 22/2/2008, na redacção do dec.lei nº.253/2012, de 27/11/2012..

comunidade, vectores que se apresentam como importantes pontos fortes do exercício do Serviço Social em cuidados de saúde primários em Portugal.

Igualmente se sentindo a necessidade de clarificar a jurisdição profissional dos assistentes sociais no âmbito dos cuidados de saúde primários e de aprofundar o conhecimento dos contributos que a sua acção acrescenta ao campo da saúde, assim tornando pertinente a produção teórica sobre o Serviço Social na Saúde, focalizada nesta área particular de intervenção, os cuidados de saúde primários.

Tal constitui, para o Serviço Social, a oportunidade de chamar a si um papel que ultrapasse uma dimensão apenas assistencial e de conceber e definir a sua acção igualmente com base numa dimensão sociopolítica. Assim, a sua missão nos cuidados de saúde primários deve colocar a tónica numa acção que tenha como objetivo primordial a promoção e efectivação de direitos de cidadania e, em especial, do direito à saúde e aos cuidados de saúde.

2.3 - O Gabinete do Cidadão

O artº.37, do citado Decreto-Lei nº.28/2008, de 22/2, consagra a existência e funcionamento de um Gabinete do Cidadão, substituindo a terminologia de Gabinete do Utente.⁸ Gabinete do Cidadão este onde os profissionais são, quase na totalidade, Assistentes Sociais.

Segundo o citado artº.37, do Decreto-Lei nº.28/2008, de 22/2, compete especialmente ao Gabinete do Cidadão:

- a) Verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde;
- b) Informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários;
- c) Receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativas aos cuidados prestados e responder às mesmas;
- d) Verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES.

⁸ (Gabinete do Utente foi criado pelo Despacho 26/86, do Ministro da Saúde, publicado na II Série do D.R. de 24/7/1986).

Já a anterior filosofia do Gabinete do Utente, através do Despacho 26/86, do Ministro da Saúde, correspondia a uma aplicação das normas constitucionais que conferem a todo o cidadão português o direito de tomar parte na decisão dos assuntos públicos do País e de apresentar, perante os órgãos de soberania ou quaisquer autoridades, reclamações ou queixas para defesa dos seus direitos.

A posição dominante entre os assistentes sociais valoriza a gestão do Gabinete do Cidadão como atribuição própria do Serviço Social, entendendo-o como uma estrutura que potencia o papel de “pivot” da qualidade e humanização do Serviço Social e de “provedoria”, o qual pode ser melhorado na sua funcionalidade e organização com reforço de recursos humanos ao nível administrativo e técnico, sem comprometer o exercício de outras funções importantes. Uma posição minoritária, pelo contrário, considera o Gabinete do Cidadão uma estrutura pesadamente burocrática, que impede ou condiciona a intervenção em áreas prioritárias de prestação de serviços nas diferentes equipas e, provavelmente, descaracterizadora da identidade profissional dos assistentes sociais (cfr. Branco e Farçadas, 2012: 21 e 22).

No actual contexto de reconfiguração dos cuidados de saúde primários⁹, e de modo a conferir uma orientação estratégica à actividade do Serviço Social, é adequado reequacionar a participação do Serviço Social no Gabinete do Cidadão no quadro mais geral da reconfiguração dos centros de saúde/ACES, da afectação dos recursos humanos de Serviço Social na rede de cuidados de saúde primários e da compatibilização entre diferentes níveis de funções e actividades do Serviço Social, designadamente, entre a participação nas equipas de prestação de cuidados de saúde, a gestão do Gabinete do Cidadão e os programas de saúde comunitária. Deste modo, o Gabinete do Cidadão continua a ser uma janela de oportunidades que permitirá actuar no campo da acessibilidade, da qualidade e da promoção do direito à saúde, agindo em questões fulcrais da prestação de cuidados e do acesso à saúde, colocando-se, assim, o Serviço Social como “pivot” enquanto serviço orientado para a qualidade.

No domínio dos cuidados de saúde primários, o campo de intervenção dos

⁹ (a este título, refira-se a recente Lei 15/2014, de 21/3, a qual consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, em cujo artº.9, está consagrado o direito do utente dos serviços de saúde a reclamar e apresentar queixa nos estabelecimentos de saúde nos termos da lei, bem como a receber indemnização por prejuízos sofridos, mais sendo obrigatória a resposta às ditas reclamações e queixas).

Assistentes Sociais situa-se no âmbito da prevenção e educação para a saúde. Salienta-se ainda que outras importantes funções institucionalmente atribuídas a estes profissionais são a humanização dos serviços e a função de advocacia social (social advocacy), esta última diretamente relacionada com as suas responsabilidades no Gabinete do Cidadão.

A atribuição do Gabinete do Cidadão ao serviço social, representa um dos efeitos mais significativos para a profissão, no processo de construção da jurisdição, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde primários. Não só pelo facto de ser uma atribuição legal¹⁰ ao serviço social, mas sobretudo porque poderá conferir ao assistente social funções estratégicas, de visibilidade, de afirmação da profissão e porque implica o serviço social numa questão essencial, contribuir para o acesso do cidadão aos cuidados de saúde visando a mesma intervir na política de saúde ao nível nacional.

Não se trata de uma sobreposição de competências em relação aos órgãos gestores, mas sim de mantê-los informados daquilo que pensam os utentes sobre a eficácia dos serviços e o comportamento dos respectivos funcionários.

O Gabinete do Cidadão, é assim, simultaneamente, um instrumento de gestão dos serviços e um meio de defesa dos utentes.

O Gabinete do Utente era um serviço destinado a receber as sugestões, reclamações e elogios dos utentes, tal como é actualmente o Gabinete do Cidadão, apenas mudou a sua terminologia os objetivos são os mesmos.

O Gabinete do Cidadão destina-se a receber e tratar as reclamações, sugestões e elogios dos utentes, materializando o direito constitucionalmente consagrado de os cidadãos tomarem parte na direção dos assuntos públicos do país e defenderem os seus direitos e o interesse geral. Deste modo, deve contribuir:

- Para melhorar o atendimento dos utentes, a acessibilidade e a eficácia dos serviços.

- Oferecer aos utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários, um serviço personalizado, incluindo informação e orientação precisas e incidentes sobre os serviços internos.

¹⁰ (Despacho 26/86, do Ministro da Saúde, publicado na II Série do D.R. de 24/7/1986).

- Facultar à Directora executiva do ACES informação sobre a opinião dos utentes face aos serviços.

Sublinhe-se que a Constituição da República Portuguesa consagra o direito dos cidadãos participarem na gestão dos serviços públicos, nomeadamente, avaliando os serviços que lhes são prestados (cfr.artº.267, da C.R.P.).

Consolidando este poder, a jurisprudência tem-se preocupado em criar o enquadramento legal de defesa dos utentes, quer a nível público quer privado.

Também o direito à protecção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa, diploma fundamental que igualmente consagra um Serviço Nacional de Saúde com gestão descentralizada e participada (cfr.artº.64, da C.R.P.), e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade.

O conhecimento e capacidade de se pronunciarem sobre os direitos dos doentes, também extensivos a todos os utilizadores do sistema de saúde, potencia a sua capacidade de intervenção activa na melhoria progressiva dos cuidados e serviços.

Evolui-se no sentido de o utente ser ouvido em todo o processo de reforma, em matéria de conteúdo dos cuidados de saúde, qualidade dos serviços e encaminhamento das queixas.

O utente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.

É um direito humano fundamental, que adquire particular importância em situação de doença.

Deve ser respeitado por todos os profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados, no que se refere quer aos aspectos técnicos, quer aos actos de acolhimento, orientação e encaminhamento dos utentes.

2.4 - O Serviço Social no Gabinete do Cidadão

A organização e funcionamento do serviço social no Gabinete do Cidadão (G.C.) deve ser considerada de forma diferenciada nas unidades hospitalares e nos ACES, dado, quer o significado distinto que a criação desta estrutura assumiu no processo de institucionalização do serviço social, quer o peso relativo que esta

actividade representa no trabalho dos Assistentes Sociais nestes diferentes estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Nas unidades hospitalares existem modelos diferentes de organização e gestão do G.C.: nuns casos o G.C. está atribuído em exclusividade ao serviço social, noutras situações está confiada ao serviço social a sua coordenação e o atendimento dos utentes, existindo uma equipa multiprofissional que regularmente procede à análise das reclamações. Existem casos, pouco frequentes, em que o serviço social não integra o G.C.

Nas unidades hospitalares o G.C. foi implantado numa fase em que o serviço social já apresentava, por razões históricas, uma jurisdição profissional consolidada. Nestas unidades de saúde, a situação, em regra mais equilibrada dos recursos humanos das unidades de serviço social, tem permitido que os Assistentes Sociais assumam responsabilidades de coordenação ou participação no gabinete do cidadão sem que tal afecte de forma muito significativa o seu sistema de trabalho (são pontuais as referências de dificuldade de compatibilização do trabalho no G.C. com as demais actividades e atribuições) e não constitui motivo central de debate a integração ou coordenação do G.C. mas sobretudo os modelos de funcionamento, os recursos humanos em termos de pessoal administrativo de apoio e a simplificação do sistema informático existente. Exceptuam-se as unidades hospitalares, em geral de menor dimensão, com mais problemas ao nível dos recursos humanos nesta área, onde a compatibilização de funções no gabinete do cidadão e a intervenção no âmbito dos diferentes serviços de prestação de cuidados se revela mais difícil de alcançar sem níveis consideráveis de sobrecarga de trabalho e stress profissional.

Nos ACES, o modelo dominante é o da coordenação do gabinete do cidadão por um Assistente Social, enquanto serviço de apoio que funciona na dependência do director executivo do ACES¹¹, em regime de acumulação de funções com as demais actividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais no ACES e, em grande número de casos, sem apoio administrativo. Na rede de cuidados de saúde primários o G.C. desempenhou um papel importante no processo de construção da jurisdição do serviço social, cumprindo ainda no

¹¹ (cfr.artº.35, do dec.lei nº.28/2008, de 22/2/2008, na redacção do dec.lei nº.253/2012, de 27/11/2012).

presente uma importante função de ancoragem do serviço social nos ACES, como revela a forte valoração que é feita desta estrutura pelas unidades de serviço social inquiridas. Existem, no entanto, pontos de vista distintos quanto à importância do G.C. e ao papel do serviço social. A posição dominante valoriza a gestão do gabinete do cidadão como atribuição do Serviço Social entendendo-o como uma estrutura que potencia o “papel de pivot” da qualidade e humanização do Serviço Social e de “provedoria” e que pode ser melhorado na sua funcionalidade e organização com reforço de recursos humanos ao nível administrativo e técnico sem comprometer o exercício de outras funções relevantes. Uma posição minoritária, considera o G.C., por oposição, uma estrutura pesadamente burocrática, absorvente de tempo e energias que impede ou condiciona uma intervenção em áreas prioritárias de prestação de serviço nas diferentes equipas e porventura descaracterizadora da identidade profissional dos Assistentes Sociais. O lugar do gabinete do cidadão no modelo de organização e funcionamento do serviço social nos ACES deve ser objecto de conhecimento mais aprofundado nas suas práticas e modelos actuais e equacionado num quadro mais global da reconfiguração dos ACES, dos recursos humanos de serviço social e da rede de cuidados de saúde primários, de afectação de pessoal administrativo e de compatibilização entre os diferentes níveis de funções e actividades (cfr. Branco, Fazenda, e Miranda e Branco e Alexandre, 2008, pág. 99 e seg.).

O profissional que trabalha a queixa/reclamação tem a responsabilidade de dar o devido relevo ao problema apresentado para que o mesmo se converta num instrumento de defesa dos direitos do cidadão utente e não numa mera resposta formal ao utente para o silenciar.

O suporte ao reclamante é a obtenção de uma resposta satisfatória como solução para o seu problema e, em simultâneo, a mesma resposta deve visar a melhoria os serviços de saúde, a alteração ou correcção do sistema.

Na queixa estão compreendidos os pontos de vista dos cidadãos/utentes quanto à política de saúde, organização, funcionamento e formas de atendimento dos serviços.

O mistério da queixa/reclamação é a qualidade da interpretação da mesma e a conseqüente qualidade da resposta convertida em solução a devolver ao exponente. Solução que deve ir ao encontro de todos os cidadãos/utentes, sem discriminação, tendo como imperativo o direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais.

Os serviços de saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos, por forma a prestar, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente e seu restabelecimento, assim como o acompanhamento digno e humano em situações terminais.

Os recursos existentes são integralmente postos ao serviço do utente e da comunidade, até ao limite das disponibilidades.

De acordo com a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes o cidadão/utente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana, tal sendo um direito humano fundamental, que adquire particular importância em situação de doença. Deve ser respeitado por todos os profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados, no que se refere aos aspectos técnicos, de acolhimento, orientação e encaminhamento de doentes.

O cidadão/utente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico.

O cidadão/utente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.

O cidadão/utente, igualmente, tem deveres, sendo um deles o de zelar pela sua saúde.

Deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.

O cidadão/utente tem o dever de respeitar os direitos dos outros utentes.

O cidadão/utente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.

Evolui-se no sentido de o cidadão/utente ser ouvido em todo o processo de reforma, ao nível de conteúdo dos cuidados de saúde, qualidade dos serviços e encaminhamento das queixas.

O profissional que colabora com os serviços do Gabinete do Cidadão deve pugnar pelos direitos aqui mencionados e outros que ficaram por mencionar juntos dos cidadãos/utentes, neste caso no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Além da visibilidade necessária para que a queixa tenha importância nos cuidados de saúde primários, é ainda, indispensável o controlo das situações para que a garantia dos direitos dos utentes lhes permita, de facto, o exercício pleno da sua cidadania. Deverá efectivar-se o controlo e avaliação sobre as reclamações produzidas, sob pena do reforço da “participação dos cidadãos e da comunidade” (“Plano Regional de Saúde da A.R.S. de Lisboa e Vale do Tejo”) não passar de uma linha ideológica perfeita, mas muito próxima de um campo onde as reclamações e as queixas emergem, sem se verem, ouvirem, ou sentirem, espelhando o campo mais perverso das políticas sectoriais de saúde. Como refere Bobbio: “O indivíduo singular é essencialmente um objecto do poder ou, no máximo, um sujeito passivo. Mais do que de seus direitos, a tratadística política fala dos seus deveres, entre os quais ressalta, como principal, o de obedecer às leis.” (A Era dos Direitos, 1992, pág.58). Ao falar em direitos dos utentes e não apenas em deveres, é necessário criar formas de participação activa da população, de modo a que a mesma, de forma organizada, recupere os seus direitos como cidadãos, e as instituições cumpram o seu dever de, qualitativamente, lhes prestar os serviços. Só assim, de parceria com os profissionais que prestam um serviço, no sentido de contribuir para o seu progressivo bem-estar, os utentes dos serviços enfrentarão a actividade de criação de uma verdadeira cidadania nos cuidados de saúde primários (cfr. Nobre, 2000: 27).

2.4.1- Serviço Social no Gabinete do Cidadão e Advocacia Social

No âmbito da mediação junto dos serviços do Gabinete do Cidadão o Assistente Social utiliza modelos de intervenção ajustados à sua actuação.

Dentre estes deve referir-se a função de advocacia social (social advocacy), directamente relacionada com as suas responsabilidades na coordenação ou

serviços junto do Gabinete do Cidadão. No entanto, esta é uma função que, de facto, não tem sido valorizada no exercício profissional.

A “advocacy” consubstancia uma actividade em benefício do utente, tendo como objectivo a resolução dos seus problemas. Sendo a saúde um direito materializado na oferta de cuidados de saúde e sabendo que, por vezes, o Assistente Social apoia o utente no acesso a estes cuidados, procurando ultrapassar obstáculos, nomeadamente, relativos a questões de linguagem e de acesso à informação, Neste modelo, a defesa do cidadão utente é um importante ramo da prática da intervenção do serviço social que objectiva a promoção do controlo e a participação dos utentes nas suas próprias vidas, nas comunidades e nos serviços que recebem.

A “advocacy” pela saúde é uma acção política, no sentido de procurar interferir sobre determinados procedimentos - políticas públicas - relacionados com a atenção à saúde na perspectiva do acesso ao diagnóstico precoce, ao tratamento adequado e oportuno e ao seguimento pós-tratamento. Isto implica também interferir sobre legislação que garante direitos ao acesso universal e equitativo à saúde e sobre a definição e monitorização dos orçamentos públicos necessários e aplicados para assegurar tal assistência.

Como toda a acção política, o seu sucesso depende da obtenção de apoios, da articulação e do trabalho em rede na busca de objetivos colectivamente acordados (Branco, 2009: 80).

A advocacia social, na perspectiva da metodologia desenvolvida nos Estados Unidos nos anos sessenta do século passado, em que os profissionais do trabalho social são chamados a exercer o papel de protecção e representação do utente junto da administração, ganha no actual contexto uma nova actualidade e pertinência face às desigualdades persistentes na formalização dos direitos e nas discriminações registadas na sua aplicação. O desempenho desta função requer um conhecimento aprofundado do enquadramento normativo dos direitos humanos e o treino de competências específicas como a negociação, litígio e arbitragem, entre outras, o que remete para o reforço na componente curricular das metodologias específicas de intervenção e dos instrumentos e instituições orientadas para a defesa dos Direitos Humanos (cfr. Branco, 1995).

Ser-se político implica uma consciência crítica do imperativo ético dos assistentes sociais ao nível dos cuidados de saúde primários, de cumprirem a função de participarem activamente na definição, promoção e concretização das políticas de saúde e das normas organizacionais, formais e informais, da instituição onde se inserem. Inclui-se também o dever de promoverem formas de crescimento e desenvolvimento da profissão de Serviço Social, pois trata-se de um acto de auto-responsabilização pelas atitudes e desempenhos manifestados.

2.4.2 - Serviço Social no Gabinete do Cidadão e mediação a nível Psicossocial e Sócio-Político.

A relação entre o serviço social e a saúde é histórica mas, ainda assim, se questiona o que faz um assistente social?

Maria Dalva Costa refere que relativamente ao conteúdo destas acções nas unidades de saúde, existem inquietações associadas à imprecisão da profissão. O que é a profissão ? E o que faz ?, cujos traços voluntaristas e empiristas no entender de muitos assistentes sociais contribuem para a fragilização e consequente desqualificação técnica (cfr. Branco e Farçadas, 2012: 4).

Existe alguma imprecisão quanto às acções do assistente social, sendo por vezes o próprio profissional que não consegue explicar objectivamente o que faz, devido à forma generalista como, normalmente, exerce funções no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Os assistentes sociais são historicamente identificados como um dos profissionais de saúde que mais se dedica às questões relativas à humanização do atendimento utentes. Na actualidade passa a ser convocado a propor estratégias e articular iniciativas para desencadear actividades voltadas para o trabalho interdisciplinar de humanização, bem como integrar os grupos de humanização dos serviços na saúde como se constata através do trabalho desenvolvido juntos dos serviços do Gabinete do Cidadão, serviços esses que são recentes na história do Serviço Social.

Como profissionais deixaram de intervir apenas ao nível psicossocial e consequente acompanhamento de casos, para passarem a exercer funções nos

serviços do Gabinete do Cidadão assim passando a poder interferir nas decisões que implicam alterações nas estruturas dos serviços da Instituição em que desempenham a sua actividade profissional.

Fazendo da sua acção uma constante atitude de provedoria na defesa dos interesses dos cidadãos utentes em prol da sua inclusão no direito a uma assistência digna no âmbito dos cuidados de saúde e da respectiva, e consequente, inserção na sociedade.

Tendo em conta que o referido Gabinete do Cidadão surgiu da necessidade de respostas adequadas aos utentes devido a inúmeros factores como a falta de recursos humanos ao nível de profissionais como médicos, enfermeiros e, em menor número, mas igualmente, sentido na classe profissional dos administrativos.

Todos estes factores confluíram em serviços desorganizados, os quais resultam da lacuna de falta de recursos.

Também o fenómeno/fluxo imigratório em Portugal, mais demarcado a partir de meados da década de 80 do século passado, provocou alterações no tecido social e novas necessidades de resposta ao nível da prestação de cuidados de saúde primários.

Estes alguns vectores que geram o aparecimento, crescimento e sedimentação de um serviço como é o Gabinete do Utente (actual Gabinete do Cidadão), tudo com o objectivo de fazer valer os direitos de cidadania.

Ao se trabalhar as situações/problema estamos a intervir ao nível psicossocial junto do cidadão/utente. Ao receber a queixa e ao escutar esse mesmo cidadão sobre a falha nos serviços que implicam a ausência do direito à saúde estamos a trabalhar ao nível micro e, em simultâneo, a desempenhar uma atitude sociopolítica, no sentido em que o objectivo é superar os problemas e, ao mesmo tempo, alterar as políticas de saúde. Ao informar o Director Executivo do ACES do incorrecto funcionamento dos serviços, situação que se vai repercutir junto dos profissionais e, igualmente, em estruturas junto dos serviços ao nível meso na resposta adequada à necessidade do concreto cidadão/utente, a qual se estende ao nível macro (Ministério da Saúde) e (Serviço Nacional de Saúde - através de políticas de saúde).

Se todos os gabinetes do cidadão (enquanto estrutura integrante de cada ACES) diligenciarem em conformidade com uma filosofia que vá ao encontro dos direitos de cidadania conquistados, ou ainda a conquistar, nos cuidados de saúde conseguimos alterar as necessidades dos mais carenciados de acordo com a Política Nacional de Saúde e em todo o país.

Desta forma o sociopolítico complementa o psicossocial, sendo que o profissional mais indicado para colaborar nos serviços do Gabinete do Cidadão é o Assistente Social.

Como refere Branco, citando Simone Paré, "foram as mesmas necessidades sociais que inspiraram o trabalho dos iniciadores do Serviço Social de Casos - Mary Richmond e Jane Addams (cfr. Branco, 2010: 71).

Em todos os tempos e, em especial, na contemporaneidade são as situações de crise que nos levam a colocar em prática as ciências sociais e a transformação do conhecimento científico e a tecnologia actual de forma humanizada, assim sendo capaz de aperfeiçoamentos individuais e/ou sociais.

O Gabinete do Cidadão, sendo um serviço direccionado para a qualidade e eficácia dos serviços de saúde e tendo como instrumento as reclamações dos utentes leva à necessidade de análise científica sobre as questões prementes acerca da sua eficácia e impacto.

Decorridos alguns anos da implementação do referido serviço constata-se uma melhoria da qualidade dos serviços de saúde ao nível da prestação de cuidados, de organização, de funcionamento e atendimento, tudo no âmbito dos cuidados de saúde primários em virtude da redução do número significativo de reclamações, resultando numa maior satisfação para o cidadão utente.

Qual a postura dos profissionais face ao direito que os cidadãos utentes da saúde têm de reclamar, isto é, do seu papel mediador ou controlador do processo.

A prática profissional do Assistente Social sendo complexa e inserida numa rede de relações institucionais onde o serviço social se vincula, vem cada vez mais exigindo dos concretos assistentes sociais uma actuação política, no sentido de democratização (contrário ao da integração da população), como força dinâmica capaz de produzir mudanças na ordem estabelecida, num desafio permanente.

A intervenção do assistente social deve ter como pressuposto uma actuação estratégica, estabelecendo alianças com outros profissionais, com o intuito de mobilizar os cidadãos utentes a um encorajamento para uma melhor utilização dos recursos da instituição. Nestes termos, o serviço social surge num jogo de forças e tensões, podendo ser um instrumento no sentido político-estratégico, junto dos mais carenciados.

Espera-se que a troca de saberes entre profissionais de serviço social e utentes resultem numa dinâmica que atravessa as instituições, provoque a mudança na globalidade da organização social estabelecida.

Uma boa análise abona em rigor metodológico.

Contudo muito há ainda a melhorar e é com base neste pressuposto que a autora se propõe desenvolver o estudo sobre este serviço, no âmbito dos cuidados de saúde primários.

São várias as questões essenciais que relevam para ponto de partida. Por um lado, as questões que advêm do direito à saúde exigido pelos cidadãos reclamantes e do controlo social exercido, ou não, pela Instituição aos seus utentes, através dos procedimentos desenvolvidos para dar resposta, ou não, às suas reclamações. Por outro, ainda, as questões acerca da postura dos profissionais face ao direito que os cidadãos utentes da saúde têm de reclamar, isto é, do seu papel mediador “versus” controlador do processo.

CAPÍTULO 3

SERVIÇO SOCIAL NO GABINETE DO CIDADÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UMA ANÁLISE DAS EXPOSIÇÕES DE UTENTES NAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

O presente exame estatístico tem por objectivo aferir os resultados das exposições apresentadas pelos utentes de duas Unidades de Saúde Familiar no decorrer dos anos 2012/2013, visando revelar a dinâmica dos serviços do ponto de vista da sua melhoria qualitativa e quantitativa.

O profissional de Serviço Social através da sua intervenção no âmbito do serviço do Gabinete do Cidadão colaborou na melhoria da qualidade e humanização dos serviços de saúde levando em consideração os aludidos dois anos sobre que incide este exame. Através da observação dos resultados estatísticos tentou-se verificar quais os serviços e profissionais mais visados pelas exposições dos utentes e que necessitavam de melhorar a qualidade da sua intervenção, vectores estes que somente através da análise dos resultados estatísticos se podem comprovar.

Conforme o resultado obtido assim se projecta para o futuro a intervenção do serviço social junto dos serviços do Gabinete do Cidadão.

Igualmente, por forma comparativa com anos posteriores se deve referir que no decorrer do deste ano de 2014, o qual não foi incluído na estatística, se observa uma redução quantitativa de exposições dos utentes com enorme relevo.

O profissional de Serviço Social concebe os serviços do Gabinete do Cidadão, simultaneamente, como um instrumento de gestão e como um instrumento de defesa dos utentes, destinado a receber as exposições que os mesmos realizam.

De acordo com as tarefas executadas pelo profissional de Serviço Social são objectivos deste serviço os seguintes:

- Informar os utentes dos seus direitos e deveres nos serviços de saúde, tal como os apoiar na resolução de problemas;

- Receber as exposições pelas diversas vias;
- Reduzir a escrito as exposições orais, quando os exponentes não tenham possibilidade de o fazer;
- Tratar as exposições informaticamente e encaminhar as mesmas para o Gabinete do Cidadão junto do Director Executivo do ACES dentro do prazo estipulado;
- Colaborar através da apresentação de propostas de melhoria de serviços conforme acordado com o Director Executivo do ACES, propostas estas que devem ser apresentadas por escrito (v.g.proposta apresentada por escrito junto do Director Executivo do ACES de Lisboa Central, propondo-se a colocação de uma telefonista em cada uma das U.S.F. em que trabalha a autora, visando a melhoria do atendimento dos utentes);
- Gerir conflitos entre utentes e profissionais dentro da instituição em causa;
- Esclarecer e informar o exponente sobre dúvidas inerentes aos serviços de saúde primários;
- Promover a existência do serviço do Gabinete do Cidadão junto da comunidade.

No caso concreto da autora, o serviço do Gabinete do Cidadão engloba o atendimento dos utentes das Unidades de Saúde Familiares (USF) objecto do presente exame estatístico, a mediação entre utentes e serviços, o processamento e tratamento das exposições e a elaboração de propostas de melhoria do atendimento e prestação de serviços de saúde aos utentes, conforme já concretizado supra.

Sempre que surjam exposições apresentadas sob a forma de escrita, o sistema informático de gestão e tratamento de reclamações, SIM-CIDADÃO, cede a um protocolo pré-estabelecido. O processo tem início com o registo da exposição no sistema, tipificando as exposições (cfr.tabelas infra), identificação dos problemas visados e das causas para esses problemas, mais identificando o grupo profissional sobre o qual incide a exposição. Numa segunda fase, sempre que surjam aspectos a serem esclarecidos, ou numa perspectiva de permitir ao profissional visado expressar-se sobre a ocorrência em causa, realizam-se os processos de audição, em que se solicita ao mesmo profissional que se

pronuncie sobre a situação. Sempre que necessário contacta-se o utente, convocando-o para entrevista. Na fase seguinte, são elaboradas as propostas de decisão, nas quais o assistente social tem autonomia para propor uma resposta ao utente apresentando também propostas de mudança no serviço. É de realçar, que estas exposições são uma forma dos utentes se fazerem representar nos problemas com que se deparam na utilização dos serviços de saúde, pelo que além do tratamento da exposição procura-se a resolução ou resposta para a situação apresentada.

Desta forma as respostas às exposições vão interferir nas alterações das estruturas dos serviços e, conseqüentemente, da instituição a que pertencem.

Mais se dirá que foram incluídos no presente estudo todos os serviços das USF para os quais se dispõe de informação.

Para além dos já referidos recursos, o estudo abarca todas as classes profissionais existentes nas USF, desde os profissionais médicos, aos enfermeiros, administrativos, assistente social, psicólogo, entre outros.

Também é de salientar que no estudo constam dois tipos de exposições: as reclamações e os elogios.

No entanto, as funções dos serviços do Gabinete do Cidadão não se resumem a um encaminhamento administrativo de exposições para os órgãos gestores, uma vez que este serviço também tem como atribuição, através da acção do Assistente Social em gabinete, esclarecer as dúvidas apresentadas pelos utentes, informando-os sobre os seus direitos e deveres e apoiando-os na resolução de problemas.

Apresenta-se, seguidamente, as tabelas com os dados estatísticos apurados, igualmente se procedendo a uma leitura dos resultados.

No que diz respeito ao Serviço Visado (Tabela 1) pelas exposições dos utentes ao nível dos cuidados de saúde primários nas unidades seleccionadas, do exame do quadro supra podemos concluir que 17,2% das exposições visaram o serviço "Saúde do Adulto". Já 16,1% das mesmas exposições visaram os serviços prestados pela "Secretaria". Em terceiro lugar surgem-nos os serviços de "Medicina Geral e Familiar" atingida por 12,9% das exposições efectuadas.

Tabela 1: Serviço Visado

	Número	%
Saúde do Adulto	16	17,2
Secretaria	15	16,1
Medicina Geral e Familiar	12	12,9
Saúde Pública	8	8,6
Serviço Administrativo	8	8,6
Serviço Apoio Geral	7	7,5
Dirigente Intermédio	4	4,3
Planeamento Familiar	4	4,3
Cuidados de Enfermagem	3	3,2
Sala de Tratamentos	3	3,2
Saúde Oral	2	2,2
Toda Equipa USF	2	2,2
Tratamentos Enfermagem	2	2,2
Admissão de Doentes	1	1,1
Enfermagem	1	1,1
Pessoal Concessionado	1	1,1
Recepção	1	1,1
Saúde Materna	1	1,1
Serviço Social	1	1,1
Vacinação	1	1,1
Total	93	100,0

Mais moderadas foram as percentagens de exposições que recaíram sobre os serviços de "Saúde Pública" e o "Serviço Administrativo", 8,6%.

Com relevância estatística surge-nos ainda o "Serviço de Apoio Geral", sobre o qual incidiram 7,5% das exposições dos utentes.

Os restantes serviços não mostraram índices relevantes para efeitos estatísticos por parte dos exponentes.

Do universo total das exposições apresentadas (Tabela 2) 87,1% correspondem a reclamações, sendo que 12,9% se referem aos elogios que recaíram sobre a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais nas duas Unidades de Saúde seleccionadas.

Tabela 2: Tipo de exposição

	Número	%
Reclamação	81	87,1
Elogio	12	12,9
Total	93	100,0

No que diz respeito ao Serviço Visado segundo o tipo de exposição dos utentes ao nível dos cuidados de saúde primários nas unidades seleccionadas, do exame da Tabela 3 podemos concluir que o número mais significativo de exposições incide no serviço "Saúde do Adulto" com 17,2 % das exposições dirigidas a esse serviço, decompondo-se em 12 reclamações e 4 elogios. Segue-se o serviço "Secretaria" com 16,1% das exposições, sendo 13 reclamações e 2 elogios. Em terceiro lugar, surgindo o serviço "Medicina Geral e Familiar" com 12,9% das exposições efectuadas, correspondendo ao total de 12 reclamações.

Os restantes serviços aparecem-nos com percentagens com menor significado estatístico.

Tabela 3: Serviço visado segundo o tipo de exposição

	Elogio	Reclamação	Total	%
Saúde do Adulto	4	12	16	17,2
Secretaria	2	13	15	16,1
Medicina Geral e Familiar	0	12	12	12,9
Saúde Pública	0	8	8	8,6
Serviço Administrativo	2	6	8	8,6
Serviço Apoio Geral	0	7	7	7,5
Dirigente Intermédio	0	4	4	4,3
Planeamento Familiar	0	4	4	4,3
Cuidados de Enfermagem	0	3	3	3,2
Sala de Tratamentos	0	3	3	3,2
Saúde Oral	0	2	2	2,2
Toda Equipa USF	2	0	2	2,2
Tratamentos Enfermagem	0	2	2	2,2
Admissão de Doentes	0	1	1	1,1
Enfermagem	0	1	1	1,1
Pessoal Concessionado	0	1	1	1,1
Recepção	1	0	1	1,1
Saúde Materna	0	1	1	1,1
Serviço Social	1	0	1	1,1
Vacinação	0	1	1	1,1
Total	12	81	93	100,0

A Tabela 4 reporta-se ao Problema Tipo objecto das exposições, revelando que o principal problema tipo que está na base da exposições dos utentes (52,7%), incide no desagrado dos procedimentos, isto é, actos que foram mal executados ou contra os interesses dos utentes, segundo a perspectiva do exponente.

Seguidamente, surgem 41,9% das exposições que visam os atendimentos de fraca qualidade ou sem qualidade alguma.

Depois, aparecem-nos 3,2% das exposições a ter por objecto o tempo de espera para atendimento dos utentes.

Finalmente, os utentes sem cuidados e o tempo de espera para cuidados foram visados por 1,1% das exposições.

Tabela 4: Problema Tipo objecto de exposição

	Número	%
Procedimentos	49	52,7
Atendimento	39	41,9
Tempo espera para atendimento	3	3,2
Doente sem cuidados	1	1,1
Tempo espera para cuidado	1	1,1
Total	93	100,0

A Tabela 5 procede ao tratamento estatístico das exposições apresentadas pelos utentes, agrupando-as por serviço visado segundo o tipo de problema. Do seu exame conclui-se que a percentagem mais significativa das exposições surge no serviço "Saúde do Adulto" com 8 exposições incidentes sobre o tipo de problema "atendimento", mais 8 exposições no tipo de problema "procedimentos" apresentando o total de 17,2%, o valor mais elevado da tabela.

Tabela 5: Serviço visado segundo o tipo de problema

	Atendimento	Falta cuidados	Procedimentos	Tempo espera atendimento	Tempo espera cuidados	Total	%
Saúde do Adulto	8	0	8	0	0	16	17,2
Secretaria	8	0	3	3	1	15	16,1
Medicina Geral e Familiar	2	0	10	0	0	12	12,9
Saúde Pública	0	0	8	0	0	8	8,6
Serviço Administrativo	3	0	5	0	0	8	8,6
Serviço Apoio Geral	2	0	5	0	0	7	7,5
Dirigente Intermédio	3	0	1	0	0	4	4,3
Planeamento Familiar	4	0	0	0	0	4	4,3
Cuidados de Enfermagem	1	0	2	0	0	3	3,2
Sala de Tratamentos	2	0	1	0	0	3	3,2
Saúde Oral	0	0	2	0	0	2	2,2
Toda Equipa USF	2	0	0	0	0	2	2,2
Tratamentos Enfermagem	2	0	0	0	0	2	2,2
Admissão de Doentes	1	0	0	0	0	1	1,1
Enfermagem	0	0	1	0	0	1	1,1
Pessoal Concessionado	0	0	1	0	0	1	1,1
Recepção	1	0	0	0	0	1	1,1
Saúde Materna	0	0	1	0	0	1	1,1
Serviço Social	1	0	0	0	0	1	1,1
Vacinação	0	0	1	0	0	1	1,1
Total	40	0	49	3	1	93	100,0

De seguida aparece o serviço de “Secretaria” com 8 exposições no tipo de problema "atendimento", mais 3 no tipo de problema "procedimentos", ainda 3 exposições no tipo de problema "tempo de espera para atendimento" e, finalmente, 1 exposição no tipo de problema "tempo de espera para cuidados", apresentando-se na tabela com a percentagem de 16,1%, face ao universo total de exposições.

Em terceiro lugar, surge-nos o serviço visado de “Medicina Geral e Familiar” com 2 exposições no tipo de problema "atendimento", mais 10 exposições no tipo de problema "procedimentos", em virtude do que apresenta a percentagem de 12,9 %, face ao universo total de exposições.

As demais percentagens que surgem na tabela 5, seguidamente, já não têm relevo estatístico.

Na Tabela 6, relativa à Causa da Exposição, as queixas incidiram em maior número na categoria "Relacionais/comportamentais", com 28,0% (os exponentes não consideraram que os profissionais se encontrassem disponíveis ou aptos para receber com qualidade e simpatia os utentes das referidas unidades).

Seguidamente, 21,5% das exposições tiveram como causa a "Falta de Informação aos utentes" (os utentes não eram esclarecidos das dúvidas e orientações sobre os serviços).

Quanto às restantes causas apresentam menor significado estatístico, como se pode observar pela leitura da tabela.

De acordo com a Tabela 7 relativa ao estado das exposições, estas, na sua grande maioria, 94,6 %, seguiram o procedimento previsto até ao final, tendo apenas 5,4% sido anuladas pelo próprio utente, antes da sua conclusão (este segmento estatístico surgiu devido a actos precipitados e como tal reconhecidos pelos exponentes).

Tabela 6: Causas da exposição

	Número	%
Relacionais/comportamentais	26	28,0
Falta de Informação aos utentes	20	21,5
Outra causa	13	14,0
Falta de pessoal administrativo/apoio geral	10	10,8
Falta de cortesia	6	6,5
Incumprimento de horário do serviço	4	4,3
Atraso na entrega de receituário	2	2,2
Desagrado na consulta recepcionada	2	2,2
Falta de pessoal médico	2	2,2
Não atribuição de isenção de taxa moderadora	2	2,2
Demora na atribuição de médico	1	1,1
Demora na transferência de médico	1	1,1
Demora no atendimento administrativo	1	1,1
Extravio de vacina a administrar	1	1,1
Falta de médico sem aviso prévio	1	1,1
Perfil profissional desadequado	1	1,1
Total	93	100,0

Tabela 7: Estado da exposição

	Número	%
Prosseguiu	88	94,6
Anulada pelo próprio	5	5,4
Total	93	100,0

De acordo com a Tabela 8, o grupo profissional visado que surge mais representado nas exposições dos utentes é a classe profissional dos "Administrativos" com 39,8%. De seguida, aparece-nos a classe profissional dos "Médicos" com 36,6%. Os restantes grupos de profissionais apresentam uma percentagem baixa. Relativamente às percentagens baixas considera-se a classe profissional dos "Enfermeiros" (8,6%) a mais marcada pelo reconhecimento dos utentes face ao seu desempenho.

Tabela 8: Grupo profissional visado

	Número	%
Administrativo	37	39,8
Médico	34	36,6
Enfermeiro	8	8,6
Telefonista	4	4,3
Equipa	3	3,2
Higienista Oral	2	2,2
Vigilante/Segurança	2	2,2
Assistente Social	1	1,1
Coordenação Intermédia	1	1,1
Director Executivo	1	1,1
Total	93	100,0

A Tabela 9 trata o cruzamento de dados relativos ao grupo profissional visado pelas exposições dos utentes, mostrando que o índice mais elevado de exposições visa a classe/grupo profissional dos "Administrativos" num total de 37 exposições sendo 32 relativas a reclamações e 5 dizendo respeito a elogios, assim apresentando 39,8% do universo total das exposições. Segue-se a classe

profissional "Médico" com 30 reclamações e 4 elogios, totalizando, desta forma, o universo de 36,6% do universo das exposições. Em terceiro lugar, aparece o grupo profissional "Enfermeiro", visado por 8 exposições, todas reclamações, assim totalizando 8,6%, do universo das exposições.

As restantes percentagens contidas na tabela revelam-se com menor significado estatístico.

Tabela 9: Grupo profissional visado segundo o tipo de exposição

	Elogio	Reclamação	Número	%
Administrativo	5	32	37	39,8
Médico	4	30	34	36,6
Enfermeiro	0	8	8	8,6
Telefonista	0	4	4	4,3
Equipa	1	2	3	3,2
Higienista Oral	0	2	2	2,2
Vigilante/Segurança	1	1	2	2,2
Assistente Social	1	0	1	1,1
Coordenação Intermédia	0	1	1	1,1
Director Executivo	0	1	1	1,1
Total	12	81	93	100,0

Na Tabela 10, dos reclamantes que apresentaram exposições por escrito só 32,3% solicitaram atendimento presencial em gabinete por Assistente Social que exerce funções nos serviços do Gabinete do Cidadão. Os restantes 67,7% não consideraram necessário o esclarecimento pessoal sobre as reclamações/elogios experimentados e a ser objecto das mesmas exposições.

Tabela 10: Atendimento nos Serviços do Gabinete do Cidadão

	Número	%
Não	63	67,7
Sim	30	32,3
Total	93	100,0

Na Tabela 11, das reclamações apresentadas 84,9%, obtiveram solução, sendo que 12,9% ficaram por solucionar e 2,2% não obtiveram solução.

O resultado foi satisfatório, dado que se verificaram alterações significativas na qualidade das respostas oferecidas pelos serviços junto da população utente que ocorre aos cuidados de saúde primários nas unidades seleccionadas, pois as respostas foram-se ajustando às necessidades dos utentes à medida que as exposições apelavam a tal ajustamento dos serviços.

Tabela 11: Estado solução/exposição

	Número	%
Solucionado	79	84,9
Por solucionar	12	12,9
Sem solução	2	2,2
Total	93	100,0

A Tabela 12 incide sobre o Papel e Domínios do Serviço Social no âmbito do Gabinete do Cidadão. Do exame deste deve concluir-se que a actividade do Serviço Social tem o seu nível mais elevado no papel da promoção da qualidade dos serviços de saúde a prestar, numa percentagem de 35,5% face ao universo total de exposições, distribuído pelos domínios da promoção da melhoria da informação, da promoção da qualidade na relação profissionais-utentes, da

promoção da alteração de procedimentos administrativos e da promoção de reforço de recursos e reforço da qualidade pelo reconhecimento dos utentes.

Tabela 12: Papel e Domínios do Serviço Social

Papel	Domínios Intervenção	Número	%
Advocacia	Defesa direitos utentes - acesso cuidados	1	1,1
	Defesa direitos utentes - atribuição médico família	3	3,2
	Defesa direitos utentes - isenção taxas moderadoras	2	2,2
	Defesa direitos utentes - melhoria qualidade cuidados	3	3,2
	Defesa direitos utentes - melhoria serviços atendimento	3	3,2
	Defesa direitos utentes - mudança médico família	1	1,1
Informação	Informação / Educação para saúde	2	2,2
	Informação défice recursos humanos na base da falha serviços	5	5,4
	Informação funcionamento serviços	4	4,3
	Informação gestão recursos humanos na base da falha serviços	9	9,7
	Reparação falhas de informação sobre funcionamento dos serviços	1	1,1
Mediação conflitos	Mediação conflito doentes-profissionais de saúde ou outro pessoal	14	15,1
Promoção acesso cuidados saúde	Agilizar acesso cuidados saúde não atendidos	12	12,9
Promoção da qualidade	Promoção da melhoria informação	2	2,2
	Promoção da qualidade relação profissionais-utentes	12	12,9
	Promoção de alteração procedimentos administrativos	6	6,5
	Promoção de reforço de recursos	2	2,2
	Reforço da qualidade pelo reconhecimento utentes	11	11,8
TOTAL		93	100,0

Segue-se o papel do Serviço Social em sede de prestação de informação aos utentes, nos domínios da informação/educação para a saúde, da informação de défice de recursos humanos na base da falha de serviços, da informação do funcionamento de serviços, da informação de gestão de recursos humanos na base da falha de serviços e, finalmente, na reparação de falhas de informação sobre funcionamento dos serviços, resultando num total de 22,6%.

Em terceiro lugar surge-nos o papel do Serviço Social de mediação de conflitos, concretizado no domínio da mediação de conflito doentes-profissionais de saúde ou outro pessoal com o total de 15,1%.

Seguindo-se, em quarto lugar com relevo na valoração total de 14%, o papel do Serviço Social de advocacia, nos domínios da defesa dos direitos dos utentes de acesso a cuidados de saúde, atribuição de médico de família, isenção de taxas moderadoras, melhoria da qualidade dos cuidados, melhoria dos serviços de atendimento e, por último, a mudança de médico de família.

Finalmente, surge-nos o papel do Serviço Social na promoção do acesso aos cuidados de saúde, concretizado no domínio do agilizar o acesso a cuidados de saúde não atendidos, com a percentagem de 12,9%, face ao universo total de exposições.

Em suma, do exame global das tabelas de dados estatísticos acabadas de apresentar poder-se-á referir que a classe profissional mais visada pelas exposições foi a classe profissional dos "Administrativos", seguida da classe profissional dos "Médicos" e, em terceiro lugar, surgindo a classe dos "Enfermeiros".

A explicação para os dados apresentados deve encontrar-se na constatação de que é a classe profissional dos "Administrativos" que, em primeiro lugar, contacta com os utentes das USF em causa. Sendo, por isso, a mais exposta a potenciais exposições dos utentes. Seguidamente, surge-nos a classe dos "Médicos", provavelmente, em virtude da carência destes profissionais nas mesmas unidades de saúde. Por último, no que se refere à classe dos "Enfermeiros", normalmente as exposições ficam a dever-se a carências de material de saúde a administrar aos utentes (v.g.vacinas; sondas naso-gástricas; etc.).

Quanto aos serviços mais visados pelas exposições das unidades de saúde estudadas foram eles a "Saúde do Adulto", seguido da "Secretaria" e, em terceiro lugar, o serviço de "Medicina Geral e Familiar".

As reclamações superam os elogios em grande número e, no tipo de problema apresentado, os exponentes consideraram os "Procedimentos", seguido dos "Atendimentos" pela classe dos "Administrativos", como os principais problemas que originam as exposições apresentadas.

No caso das USF objecto do presente estudo, pode referir-se, por último, que, para solucionar o incorrecto serviço prestado aos utentes e resultante das exposições efectuadas, já foram colocados maior número de profissionais médicos nas Unidades de Saúde Familiares, bem como foi ministrada formação aos profissionais "Administrativos" visando, desta forma, tentar melhorar a qualidade dos serviços a oferecer aos utentes das unidades examinadas.

CONCLUSÃO

Actualmente, a autora, assistente social que apoia as duas Unidades de Saúde Familiar estudadas, considera os serviços do Gabinete do Cidadão como uma área de particular interesse e de enorme importância para a profissão, utentes e instituição. Por um lado, o facto de ser um serviço atribuído formalmente ao Serviço Social, o que representa um avanço relevante na afirmação da profissão no domínio da saúde. Por outro lado, visto que a maioria das funções dos serviços do Gabinete do Cidadão são funções inerentes ao Serviço Social, a que se acrescenta apenas o tratamento das reclamações.

Mais, foi através do aprofundado estudo estatístico das exposições que os utentes apresentaram que a autora concluiu que adquiriu competências ao nível de estudo para aferir resultados baseados em métodos actualizados que lhe incutiram a ideia de uma postura face a futuras actualizações de carácter académico, sendo aconselhável que o mesmo desenvolvimento de competências seja extensível aos restantes elementos desta classe profissional por forma a existir uma uniformização de procedimentos e de modelos de actuação com base na qualidade de serviços que os utentes/cidadãos merecem receber ao nível dos cuidados de saúde primários.

Mais se deve vincar que a autora desconhece qualquer estudo desta natureza ao nível dos serviços do Gabinete do Cidadão junto de Unidades de Saúde Familiar e em sede de cuidados de saúde primários.

A autora adquiriu competências para poder, no futuro, dar continuidade a avaliações destes serviços do Gabinete do Cidadão e, assim, poder melhorar a sua qualidade e prestar informações sobre os mesmos.

O serviço do Gabinete do Cidadão sendo muito abrangente, no qual o tratamento das exposições são a particularidade, permite desenvolver um trabalho que visa a melhoria da qualidade dos serviços de saúde no âmbito dos cuidados primários e que está, sem dúvida, relacionado com acesso a direitos, mais visando que o utente participe de forma activa nos mesmos serviços de saúde. Estamos perante um espaço promotor da cidadania, um espaço de utilidade não só para o utente mas também para o profissional de Serviço Social,

humanizando os serviços, e exercendo funções de “provedoria” na defesa dos direitos dos utentes (“advocacy”).

Através dos resultados obtidos pelas acções do Assistente Social é que a sua identidade será reconhecida pelos restantes profissionais de qualquer instituição inserida nos cuidados de saúde primários. A identidade profissional pode ser orientada por uma normatização (estatuto profissional consagrado na lei), mas é através daquilo que o Assistente Social “produz”, que ocorrerá o seu verdadeiro reconhecimento profissional.

Recentemente, conforme mencionado acima, em virtude deste reconhecimento, o Assistente Social passou a fazer parte da constituição do Conselho Clínico dos ACES como vogal, tal reflectindo uma leitura diferente face à profissão.

O Gabinete do Cidadão e serviços do mesmo vieram contribuir para a reestruturação da profissão do Assistente Social sob parâmetros de uma fundamentação teórica e uma prática política.

Tal constitui, para o Serviço Social, a oportunidade de chamar a si um papel que ultrapasse uma dimensão apenas assistencial e de conceber e definir a sua acção igualmente com base numa dimensão política.

O Assistente Social na sua intervenção continuará a desenvolver um trabalho de proximidade junto dos outros profissionais, com o intuito de os sensibilizar para algumas questões inerentes ao teor das exposições de que são alvo e aproveitando, igualmente, para desmistificar constrangimentos que possam surgir relativamente ao seu papel no Gabinete do Cidadão.

Para o futuro, o Assistente Social deve, também, tentar promover a existência de serviços de saúde junto da comunidade que vão de encontro às necessidades de utentes que não se possam deslocar às Unidades de Saúde para receber os serviços de que necessitam (cuidados de saúde na comunidade), assim tentando obter resultados estatísticos no sentido da melhoria dos cuidados de saúde a prestar aos utentes das unidades supra mencionadas.

Um trabalho, sem dúvida, que me abriu a porta a uma atitude profissional mais consciente, tal como mais disponível e motivada para actuar e estudar os serviços que coloca no terreno enquanto assistente social, no sentido de melhorar

o meu conhecimento e igualmente oferecer às Instituições e utentes a melhor qualidade nos serviços a prestar.

Por outro lado, a autora deverá colaborar com os dirigentes dentro das suas competências para que seamos todos corresponsáveis no processo de mudança e melhoria contante dos serviços a prestar ao utentes do Serviço Nacional de Saúde ao nível dos cuidados de saúde primários.

Finalmente, deverá explanar junto da comunidade informação sobre direitos dos cidadãos utentes ao nível dos cuidados de saúde primários.

Referências bibliográficas

- Amaro, Maria Inês, Urgências e Emergências do Serviço Social, Fundamentos da profissão na contemporaneidade, Universidade Católica Editora, Lisboa, 2012.
- Biscaia, André Rosa, e Martins, José Nunes, e Carreira, Mário Fernando Loureiro, e Gonçalves, Inês Fronteira, e Antunes, Ana Rita, e Ferrinho, Paulo, Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Reformar para Novos Sucessos, Padrões Culturais Editora, 2ª. Edição, 2008.
- Bobbio, Norberto, A Era dos Direitos, Editora Campus, 1992.
- Branco, Francisco, e Amaro, Maria Inês, As práticas do “Serviço Social activo” no âmbito das novas tendências da política social, in “Serviço Social & Sociedade”, São Paulo, nº.108, Out./Dez. 2011, pág.656 e seg.
- Branco, Francisco, e Farçadas, M., O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspectivas e Desafios, in Serviço Social na Saúde, Editora Pactor, 2012, pág.1 a 22.
- Branco, Francisco, e Fazenda, Isabel, e Miranda, Maria Rosário, e Branco, Paula Afonso, e Alexandre, Susana, Estudo de Análise sobre os Serviços Sociais nas Unidades do SNS, Relatório Final, Janeiro de 2008, Centro de Estudos de Serviço Social e Sociologia, Universidade Católica Portuguesa.
- Branco, Francisco, e Portas, Manuela, Direitos Humanos e Serviço Social, Departamento Editorial do ISSScoop, 1ª. Edição, 1999.
- Branco, Francisco, A "Sociatria" em Jane Addams e Mary Richmond, Centro de Estudos de Serviço Social e Sociologia, UCP, 2010, pág.70 a 78.
- Branco, Francisco, A Profissão de Assistente Social em Portugal, Centro de Estudos de Serviço Social e Sociologia, UCP, 3/2009, pág.61 a 89.
- Branco, Francisco, A Nova Centralidade dos Direitos Sociais e os Desafios à Formação e Intervenção em Serviço Social, Comunicação no Seminário Europeu das Escolas de Serviço Social, Lisboa, Abril-Maio de 1995.
- Branco, Francisco, Acção Social, Individuação e Cidadania., in Cidades, Comunidades e Territórios, nº.17/2009, pág.81 a 91.

- Canário, Rui, A escola, O lugar onde os professores aprendem, in “Revista Brasileira de Educação”, nº.6, 1998, pág.9 e seg.
- Cardoso, Teresa, e Alarcão, Isabel, e Celorico, Jacinto Antunes, Revisão da Literatura e Sistematização do Conhecimento, Porto Editora, 2010.
- Digneffe, Françoise, Do individual ao social: a abordagem biográfica, in Luc Albarello e Outros, Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais, Lisboa, Gradiva, 3ª. edição, 2011, pág.203 e seg.
- Direcção Geral da Saúde, (2005). Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais na RNCCI.
- Faleiros, Vicente de Paula, Saber Profissional e Poder Institucional, 9ª. Edição, Cortez Editora, 2009, pág.7 e seg.
- Guadalupe, Sónia, Anotações Cronológicas sobre a trajectória do Serviço Social no Sistema de Saúde em Portugal, Revista Serviço Social & Saúde, nº.12, Dez.2011, pág.99 e seg.
- Machado, Fernando Luís, e Silva, Alexandre, Quantos Caminhos Há no Mundo ? Transições para a Vida Adulta num Bairro Social, Editora Principia, Setembro de 2009.
- Miguel, José Pereira e Bugalho, Margarida, (2003). Economia da Saúde- novos modelos in Ver. Análise Social – Novas faces da saúde pág.51-75, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Mondragón, J., e Trigueros, I. (1999), Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud. Madrid: Siglo Vintiuno.
- Ninacs, William A., Empowerment: Cadre Conceptuel et Outil D'Évaluation de L'Intervention Sociale et Communautaire, 2003.
- Nobre, Teresa, A Queixa na Saúde: "Sólida ...ou a Desfazer-se no Ar...?", in Intervenção Social, nº.21, Julho de 2000, pág.11 a 32.
- Nuncio, Maria José da Silveira, Introdução ao Serviço Social - História, Teoria e Métodos, Editora I.S.C.S.P., 1ª. Edição, 2010.
- Perrenoud, Philippe, O Trabalho sobre o habitus na formação de professores: Análise das práticas e tomada de consciência, in Formando Professores Profissionais: Quais estratégias ? Quais competências ?, Artmed, Porto Alegre, 1993, pág.161 e seg.

- Pinto, Carla Cristina Graça, Empowerment: uma prática de Serviço Social, In Política Social, 1998, pág.245 a 277, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Ribeiro, José Luís Pais, (2007). Introdução à psicologia da saúde, 2ª edição Coimbra, Quarteto.
- Ribeiro, José Luís Pais, O Importante é a Saúde, Fundação Merck Sharp & Dohme, 1ª. Edição, Julho de 2005.
- Reis, Joaquim (1998). O Sorriso de Hipócrates. A integração psicossocial dos processos de saúde e doença, Lisboa, Veja.
- Silva, Luísa Ferreira da (2002). Promoção da saúde, Lisboa, Universidade Aberta.
- Sub-Região de Saúde de Lisboa, Trabalho de equipa - Cuidados Continuados, Lisboa.
- Tinoco, Rui e Pinto, Severiano, Abordagem biográfica das toxicodependências - o biograma como instrumento de intervenção clínica, in "Toxicodependências", nº.7, 2001, pág.17 e seg.

Legislação

- Artº 267, da C.R.P.
- Artº 64, da C.R.P.
- Decreto-Lei nº 413/71, de 27/09/1971.
- Despacho Normativo nº 97/83, de 22/04/1983.
- Decreto-Lei nº 296/91, de 16/08/1991.
- Decreto-Lei nº 157/99, de 10/05/1999.
- Decreto-lei nº 28/2008, de 22/2/2008.
- Decreto-Lei nº 281/2009, de 06/10/2009.
- Decreto-Lei nº 253/2012, de 27/11/2012.
- Lei nº 15/2014, de 21/3/2014.

Anexos

Anexo A – Memorial da Trajectória Profissional

Anexo B – Base de dados das Exposições dos utentes, 2012 e 2013.



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

ANEXO A

Memorial da Trajectória Profissional

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
1965		<p>- Nasci em África (Guiné-Bissau).</p> <p>- Vivi na cidade de Bissau, no seio da família nuclear composta por pai, mãe, uma irmã e dois irmãos.</p> <p>- Durante este período assisti a algumas formas de pobreza enquanto observava a minha mãe oferecer vestuário e alimentos confeccionados a algumas pessoas africanas que se dirigiam a pedir ajuda e na qual os meus pais não tinham coragem de ignorar tal facto e dentro do que podiam colaboravam.</p>		
1971	6 anos	<p>- Aquando do nascimento do meu terceiro irmão, o mais novo, a minha mãe piorou o seu estado de saúde com o parto, encontrava-se fragilizada em virtude do recente falecimento do seu irmão mais novo com 19 anos de idade e que veio a falecer em virtude de acidente de viação em Portugal. Segunda perda de familiar que a minha mãe vivenciou durante a sua permanência por África tendo falecido uma irmã com vinte e</p>		

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
		<p>um anos de idade, vítima de meningite três anos antes deste último acontecimento. Como elemento familiar feminino com mais idade, fui implicada de forma voluntária nas tarefas da casa e de cuidar do irmão mais novo.</p> <p>- Tendo sido, para mim, um período enriquecedor pelo facto de participar nos cuidados diários para com este meu irmão. Por outro lado, sofrido e acrescido de preocupação pelo estado de de saúde por parte da minha mãe e profundo sofrimento de perda de um ente muito querido.</p> <p>- Apesar da minha tenra idade, foi acontecimento que me marcou devido ao sofrimento que assolava a minha mãe no momento.</p> <p>- Neste período da vida convivi com Portugueses, Africanos e, em menor número, Indianos.</p>		
1973	7 anos	<p>- Eu e o meu irmão de 6 anos de idade regressamos a Portugal com o objectivo de dar início ao ensino primário e ficamos a morar em casa dos avós paternos em Estremoz.</p> <p>- Fomos bem acolhidos e muito mimados.</p> <p>- Mas o facto de saber que a</p>		



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
		<p>minha mãe não se encontrava bem de saúde e a sofrer a perda do seu irmão não me deixou tranquila.</p> <p>- Nunca verbalizei qualquer preocupação a ninguém, mas pelo facto de não dormir todas as noites e passar as mesmas muito agitada.</p> <p>- A minha avó paterna decidiu dar conhecimento aos meus pais sobre a minha inquietação.</p>		
1973	7 anos	<p>- Alguns meses depois da minha vinda para Portugal, a minha mãe também regressou da Guiné na companhia da minha irmã de cinco anos de idade e o meu irmão mais novo em virtude de ter tomado conhecimento, através de correspondência feita chegar pela minha avó paterna, sobre a minha intranquilidade manifestada no momento.</p>	<p>- Início do percurso escolar ao nível primário em escola pública.</p>	
1974	8 anos	<p>- Ficamos todos a viver em Estremoz e o meu pai ainda permaneceu por África, em Bissau.</p>		
1976	11 anos	<p>- O meu pai regressa de África, finalmente a família ficou reunida e estabelecida em Estremoz.</p> <p>- Contrariamente aos seus</p>	<p>- 3ª Classe do ensino primário.</p> <p>- Conclusão do ensino primário.</p>	

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
		<p>objectivos pretendidos que passariam pelos estudos dos filhos serem concretizados em Portugal e finalmente regresso a África.</p> <p>- Sendo que fazia parte dos planos dos meus pais continuarem por Africa apesar de já terem tido conhecimento prévio da independência das ex-colónias.</p> <p>- O meu pai saiu da Guiné quando constatou que seria impossível qualquer tipo de futuro, quer para ele, quer para os filhos e, por consequência, passou todos os bens que possuía em Africa para um dos seus maiores amigos.</p> <p>- Último ano de trabalho e convívio com a mesma professora para todas as matérias e convívio com os mesmos colegas desde o início deste primeiro ciclo de ensino escolar.</p>		
1977	12 anos	<p>- Uma nova realidade se deparou. Um desafio, pela primeira vez tive vários professores para as diversas disciplinas. Conhecimento de novos colegas e novo método de estudo. Mais autónomo, já não tínhamos quem nos organizasse a forma de</p>	<p>- Primeiro ano do ciclo preparatório, do ensino público.</p>	

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
		trabalhar como se verificou durante o ensino primário. Nós, como alunos, tivemos que nos organizar de forma mais autónoma e responsável face às matérias a estudar.		
1979	14 Anos	- Mudança de equipamento ao nível escolar. Novos professores e novos colegas.	- Início do terceiro ciclo - 7º ano unificado.	
1981	16 anos	- Dos últimos três anos de percurso escolar, o mais difícil foi, sem dúvida, o 8º ano.	- Conclusão do 9º Ano de escolaridade.	
1982	17 anos	<ul style="list-style-type: none">- Mantive-me no mesmo equipamento escolar mas já integrada numa nova turma.- Foi durante o percurso do ensino secundário que dei início à minha experiência em voluntariado.- Voluntariado ao nível de banco alimentar. A preocupação em minimizar o sofrimento dos que mais têm dificuldade em suprir as necessidades básicas. Primeiro contacto no terreno com uma das formas de sofrimento que mais subjuga o mundo.- Distribuição de géneros alimentares a famílias carenciadas e, em alguns casos, formas de pobreza envergonhada.	<ul style="list-style-type: none">- Início do ensino secundário, 10º, 11º e 12º anos.- Formação escolar ao nível secundário, período no qual o interesse, nomeadamente, pela cadeira de Filosofia se manifestou de forma evidente por versar sobre matérias que nos faziam pensar e questionar sobre várias correntes de pensamento relacionadas com as humanidades, 10º, 11º e 12º anos.	



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
1984	19 anos	<p>- O facto de se ter verificado uma clivagem ao nível sócio-económico no seio da minha vida familiar nuclear, apesar de por um curto espaço de tempo, em virtude de apoios familiares essa mesma clivagem foi ultrapassada.</p> <p>- No entanto, também estas experiências nos moldam a sensibilidade e consciência do dever de contribuir para a resolução de problemas de vária natureza, bem como prevenir o surgimento dos mesmos.</p>	<p>- Conclusão do ensino secundário, 12º Ano, na Escola Rainha Santa Isabel, em Estremoz- ensino público.</p>	
1985	20 Anos	<p>- Enquanto participava no voluntariado anteriormente referido ao nível do banco alimentar, surgiu o convite para integrar o voluntariado com jovens a intervir no Centro de Saúde de Estremoz, junto de doentes acamados com intervenção ao nível psico-afectivo que de imediato abracei. Dois anos mais tarde surgiu o convite para coordenar a prática de voluntariado, neste grupo de jovens no âmbito da Saúde e que também aceitei.</p> <p>- Voluntariado no Centro de Saúde em Estremoz através de apoio psico-afectivo, a doentes acamados e muitos deles em fase terminal.</p>	<p>- Aquisição de conhecimentos em contabilidade para poder exercer a actividade profissional do momento. (Ensino privado).</p> <p>- Formação no curso de Técnicos Administrativos/Contabilida de para aperfeiçoamento de conhecimentos e exercício profissional nesta área em Empresa de família.</p>	<p>- Adaptação a uma nova realidade através do início da actividade profissional em contabilidade na empresa de família no ramo de mármore e construção civil.</p> <p>- O exercício desta actividade profissional posso referir que não foi opção da minha parte, mas sim a necessidade dentro da empresa bem como de outros elementos na família. Forma de subsistência familiar. No entanto, a aquisição de conhecimentos a este nível deu-me uma</p>

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
		<p>- Grupo de jovens que em colaboração com os profissionais de saúde aproveitávamos a hora da refeição do jantar para lhes administrar a refeição e conversar com os doentes no sentido de suavizar um pouco o sofrimento de que estavam a ser vítimas naquele preciso momento.</p> <p>- Iguamente nos disponibilizávamos a colaborar com eles em questões que nos solicitassem e que também nos fossem possíveis de concretizar.</p>		<p>nova visão sobre como gerir alguns recursos de forma diferente da economia doméstica. Trabalho remunerado que me era possível na altura conjugar com voluntariado.</p>
1987	22 anos	<p>- O voluntariado neste Centro de Saúde deu-me a conhecer uma realidade de problemas em doentes que padeciam de doença ao nível físico, psicológico e problemas sociais mais ao nível económico, mas predominavam problemas de solidão ou demissão das responsabilidades por parte dos seus familiares.</p> <p>- Constatei que os doentes eram muito visitados pelos vizinhos e amigos devido às fortes relações de vizinhanças existentes neste meio.</p>		<p>- Continuação do trabalho na empresa ao nível do contabilidade.</p>
1992	27 anos	<p>- Posso referir que foi através do voluntariado que tomei a</p>		

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
		<p>decisão correcta relativamente à profissão a seguir em termos futuros.</p> <p>- De todas as experiências vivenciadas por mim a Saúde foi, sem dúvida, aquela que posso referir como a minha casa!</p>		
1993	28 anos	<p>- Durante o percurso académico participei na tuna académica do Instituto Superior de Serviço Social até ao quarto ano da licenciatura. No quinto ano da licenciatura decidi não participar mais na referida tuna para me dedicar com maior disponibilidade de tempo ao trabalho de final de curso (Seminário de Investigação em Serviço Social).</p>	<p>- Ingresso no Instituto Superior de Serviço Social em Beja.</p> <p>- Aquisição de conhecimentos para um Trabalho Social, que participa, entre outros, do esforço de uma sociedade para se produzir e se reproduzir e para actuar sobre si mesma.</p> <p>- Intervindo no sentido de facilitar/produzir mudanças sociais, o Assistente Social actua especialmente nas interações do Homem/Sociedade, em ordem a serem alterados determinados problemas, necessidades e situações sociais. A sua intervenção consiste, fundamentalmente, em fomentar e desenvolver capacidades sociais, individuais e colectivas.</p> <p>- Capacitando o Assistente Social com uma rigorosa</p>	



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
			informação teórica, específica e instrumentada, de modo a que à capacidade de análise teórica se alie uma capacidade técnica de intervenção, adequada à realidade social em constante mudança.	
1996	30 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Seminários Académicos “Educação e Acção Cultural”. - Contacto com população masculina detida no Estabelecimento Prisional e Reginal de Beja. - Contacto com problemáticas relacionadas essencialmente com a toxicodependência e institucionalizados numa instituição rígida. - Apesar da rigidez da Instituição, posso referir que não senti dificuldade de adaptação, porque consegui contornar as dificuldades apresentadas, apesar de ter constatado que o tipo de população institucionalizada neste estabelecimento tinha o espaço físico com todas as condicionantes propícias a desencadear problemas do âmbito psicológico ou mesmo a agudizar os já existentes. O que nos levou, enquanto grupo de estágio, a elaborar projectos para contrariar esse 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação dos seminários académicos pelos docentes responsáveis pelas respetivas cadeiras. - Como aluna, intervimos não só junto da população detida, como também junto das famílias ou de Instituições de apoio, com vista à correcta reinserção dos detidos que passavam à situação de liberdade. - Elaboração de um projecto e concretização do mesmo sobre um torneio de futebol. - Elaboração de um segundo projecto “O Erro do Olhar”, projecto no qual aproveitamos para falar de ideias e práticas racistas ou xenófobas demonstrando que essas práticas apenas prejudicavam a vida do homem como ser humano. - Realização de uma Exposição/Concurso (pintura, trabalhos manuais alusivos ao tema, garantindo desta forma um maior 	



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
		inadequado acolhimento de seres humanos.	impacto e proliferação das ideias anti-racistas). Cerimónia e entrega de prémios.	
1998	33 anos		<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de Tese de Licenciatura "A INFLUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO FAMILIAR NA EXIBIÇÃO DE COMPORTAMENTOS DELINQUENTES". - Investigação e estudo bibliográfico. - Aplicação de questionários à população detida no Estabelecimento Prisional e Regional de Beja. - Aplicação, igualmente, de questionários aos pais e familiares mais chegados dos mesmos detidos. - Conclusão da tese de Licenciatura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seminário de Investigação em Serviço Social efectuado no 5º ano da licenciatura em serviço social no Estabelecimento Prisional e Regional de Beja com o tema "A Influência da comunicação familiar na exibição de comportamentos delinquentes". - Foi pela primeira vez que se concretizou um Seminário de Investigação em Serviço Social efectuado no 5º ano da licenciatura em serviço social no referido estabelecimento prisional, sendo o terceiro ano consecutivo de investimento nessa Instituição supramencionada. - Porque já me considerava integrada na instituição e igualmente



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
				responsável como agente de mudança com vontade de a provocar e como elemento do grupo insistimos, mais uma vez, sobre a influência familiar nos comportamentos delinquentes, por forma a obtermos respostas para colmatar problemas existentes.
1998	33 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Estágio profissional no Centro de Saúde de Benfica e extensão em Carnide. - Interrupção do mesmo num período de 4 meses em virtude do nascimento do meu filho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recém licenciada e a aplicar os conhecimentos académicos ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. - Integração com a supervisão da Assistente Social a exercer funções nesse Centro de Saúde. - Experiência muito gratificante, quer no Centro de Saúde, bem como na participação no Rendimento Mínimo Garantido na Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, com a qual a Saúde efectuava parceria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento de utentes do Centro de Saúde com problemas de saúde e de ordem social, visitas domiciliárias, reuniões internas e externas com profissionais para discussão de casos. - Exerci também actividade profissional ao nível dos cuidados continuados e de Saúde Familiar. - Representei a Saúde como parceiro no Rendimento Mínimo Garantido através da CLA E NÚCLEO EXECUTIVO na "CLA VIVER SOLIDÁRIO" - Participei em reuniões do Conselho consultivo



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA	SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
			<p>Do Centro de Saúde de Benfica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Particpei em reuniões com cadência mensal para tratar de casos ao nível da toxicodependência com o CAT das Taipas. - Desenvolvi a capacidade de trabalho em equipa ao nível profissional quer dentro do Centro de Saúde, bem como na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa ao nível do Rendimento Mínimo Garantido e CAT das Taipas. - O Assistente Social é um dos mediadores privilegiados na relação entre a população perturbada, desfavorecida, secundarizada ou a qualquer título marginalizada pela doença e as políticas sociais, públicas ou privadas, disponibilizadas para fazerem face às necessidades humanas desses grupos.



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
1999	34 anos			<ul style="list-style-type: none"> - Concurso de recrutamento de Técnicos Superiores na Área de Serviço Social para ingresso ao nível de Cuidados Primários (Centros de Saúde). - Admitida, abracei a proposta de colocação no Centro de Saúde do Cacém onde implementei o Gabinete de Serviço Social até então inexistente.
2000	35 anos			<ul style="list-style-type: none"> - Estudo da tipologia da população de toda a área geográfica que acedia ao Centro de Saúde. - Pesquisa de recursos da comunidade disponíveis a utilizar para articulação e acompanhamento simultâneo. - Apresentei-me em reunião com todos os profissionais para dar a conhecer que me encontrava interessada em colaborar com todos os profissionais. - Dei início ao trabalho social neste Centro de Saúde quer na Sede,



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA	SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
			<p>quer na extensão de Agualva-Cacém.</p> <p>-Efectuei atendimentos a utentes quase todos os dias úteis da semana.</p> <p>- Participei em reuniões de:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Saúde Materna; · Súde Escolar; · Saúde Mental com a equipa do Miguel Bombarda Hospital; · Saúde Pública; · Cuidados Continuados; · Intervenção Precoce; · Linha da Criança mal tratada; · Visitas domiciliárias. <p>- Para melhor compreensão do doente e da doença pode resultar uma maior satisfação com a abordagem efectuada nos serviços de saúde o atendimento compreensivo ao doente, implica o trabalho interdisciplinar e multiprofissional de uma equipa terapêutica na qual o Assistente Social deverá desenvolver uma prática e cultura</p>



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
				profissional relevante.
2003	38 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciei as funções como Técnica Superior de Serviço Social no Centro de Saúde de São João em Lisboa, onde também não existia Gabinete de Serviço Social. - Na Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. - Compilação dos Relatórios de Actividade elaboração de Planos de Acção de todos os Centros de Saúde da Sub-região de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, ao nível do Serviço Social (relatórios realizados em colaboração com duas outras colegas). - Igualmente a nível pessoal penso que o facto de ter trabalhado situações/ problema ao nível da Saúde Pública me transformou numa pessoa mais esclarecida, segura e com competências para trabalhar com doentes com doenças mentais e com capacidade de controlar as situações que surjam de forma inesperada que aparentemente possam parecer de risco. - Existem serviços onde o Assistente Social tem campanha na secretária para dar sinal ao segurança caso necessite ou mesmo o 		<ul style="list-style-type: none"> - Este Centro de Saúde não possuía Gabinete de Serviço Social. Dei início à actividade com um estudo sobre a tipologia da população que procurava os serviços de saúde ao nível de cuidados de saúde primários neste Centro de Saúde. - Levantamentos de recursos disponíveis da comunidade. - De seguida prossegui com o atendimento de utentes. - Participei em reuniões sempre que os profissionais consideravam necessárias. <p>Trabalho em todas as áreas à excepção da Saúde Escolar que, entretanto, foi retirada ao Serviço Social tendo ficado na alçada da psicologia, embora os profissionais de psicologia solicitem a nossa intervenção para resolução dos problemas.</p>



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA	SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
	<p>segurança por perto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não considero necessário este serviço de apoio, pelo contrário, é uma ameaça desestabilizadora para quem se encontra descompensado. - Cada caso é um caso, mas nada melhor que tranquilizar, saber ouvir caso pretenda ser ouvido e estabelecer uma relação de confiança para posteriormente se dar início a um trabalho. 		<p>Responsável pelo Serviço Social em Saúde Pública de todo o ACES durante três anos. Tendo por base questões relacionadas com doença mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A abordagem ao utente com doença mental pressupõe uma aproximação ao seu universo (família, vizinhança, emprego, etc,) compreendendo a situação de crise em que o mesmo por vezes recorre aos serviços ou a família recorre numa perspectiva de apoio psicossocial e suporte emocional que constituem mais-valias para uma intervenção mais eficaz. - Deste modo acompanhei utentes com doença mental cujas manifestações apresentam rostos variados que vão da desorganização familiar e com o espaço (insalubridade habitacional) aos comportamentos bizarros, sinónimo de descompensação psicológica ou mesmo



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
				<p>psiquiátrica.</p> <p>- A medida extrema é o internamento compulsivo sendo precedida de um acompanhamento social que incluem visitação domiciliar e/ou entrevista na qual se oferecem dinâmicas da vivência familiar e possíveis aspectos protectores para o indivíduo com doença mental.</p> <p>- Casos desta natureza foram trabalhados entre mim e a Coordenadora de Saúde Pública, casos que me proporcionaram aquisição de competências até então não trabalhadas e este nível.</p>
2013	47 anos	<p>- Permaneço no Centro de Saúde São João - ACES - LISBOA CENTRAL.</p> <p>- A exercer funções na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, no Centro de Saúde de São João, composto por Unidade de Saúde Familiar Monte Pedral, Unidade de Saúde Familiar Oriente, Unidade de Cuidados</p>		<p>- Sendo que esta Profissional de Saúde trabalhou comigo os casos desde o início do processo até ao final incluindo diligências formais junto do Ministério Público.</p> <p>- Participei em reuniões no Hospital de São José sobre discussão de</p>



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA	SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
	<p>de Saúde Personalizados e UCC-Unidade de Cuidados na Comunidade.</p> <p>- Prestando serviços de consultadoria e assistenciais às restantes Unidades que compõem o ACES. Igualmente organizo ligações funcionais aos serviços hospitalares e instituições da comunidade.</p>		<p>casos e procedimentos a tomar sobre doentes que davam entrada nos serviços de urgência hospitalar e se apresentavam não documentados pertencentes à área do Centro de Saúde de São João.</p> <p>- Participo na UCC (Unidade de cuidados na Comunidade), ou seja nos cuidados continuados domiciliários e comunitários de Saúde, Apoio Social e Psicológico e sempre que necessário o repectivo encaminhamento para Unidades de Saúde através da Rede Nacional de Cuidados Integrados integrando a equipa coordenadora local.</p> <p>- Recentemente iniciei a intervenção na E.L.I. (Equipas Locais de Intervenção) a apoiar a Comissão Nacional da SNIPI .</p> <p>- “SNIPI abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou</p>



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA	SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
			<p>estruturas do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gabinete do Cidadão com a recepção de exposições (reclamações, elogios e sugestões) e tratamento das mesmas. - Atendimentos de utentes com necessidade de esclarecimento sobre dúvidas no âmbito do gabinete do Cidadão - direitos e deveres dos utentes. Colaborar na melhoria da qualidade dos serviços de saúde aos utentes através de alterações efectuadas em virtude de exposições apresentadas. - Colaboro ao Nível da Saúde Familiar, através do Rendimento Social de Inserção, Reuniões de Junta de Freguesia



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA		SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
				de Santa Engrácia.
2013	47 anos	<p>- Início do Mestrado em Serviço Social na Universidade Católica Portuguesa em Fevereiro de 2013.</p> <p>- Objectivo principal actualização de conhecimento em Serviço Social a aplicar na intervenção junto dos doentes, famílias e comunidade, em virtude das necessidades sentida por mim dada as grandes mutações ocorridas na sociedade actual e a conjuntura socio-económica em que nos encontramos nos últimos tempos que nos leva e repensar novas formas de actuação.</p> <p>- As condições de saúde de um determinado grupo populacional estão obrigatoriamente relacionadas com o seu nível de desenvolvimento sócio-económico, pois dependem, por um lado, da capacidade de oferta em quantidade, qualidade eficiência e eficácia dos serviços de saúde e da sua acessibilidade e, por outro, das condições gerais de vida, que se reportam à alimentação, à habitação e ao meio sócio-ambiental envolvente entre outros.</p>	<p>- Mestrado em Serviço Social para aprofundamento de novos conhecimentos a aplicar na actividade da qual exerço a minha prática profissional.</p> <p>- Em virtude de ter concluído a licenciatura em 1998, já ter decorrido bastante tempo e sentir a necessidade de actualização, além do aprofundamento dos referidos conhecimentos.</p>	<p>- Encontro-me actualmente a aguardar novas propostas em virtude das últimas alterações realizadas na constituição do ACES Lisboa Central.</p>

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CRONOLOGIA	SOCIALIZAÇÃO PESSOAL	SOCIALIZAÇÃO EDUCACIONAL E FORMAL	SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL
	<p>- Finalmente, porque tenho fé no Homem como (ser eminentemente social), no qual deve sempre acreditar como um processo de devir, como um processo de aquisição de valor e de dignidade, através do desenvolvimento das suas potencialidades, devendo ser este o fim último do Serviço Social.</p>		

Lisboa, Junho de 2014

Maria Cristina Morgado Serra Condesso

ANEXO B

Base de Dados das Exposições dos Utentes, 2012 e 2013

Exposições 2012-2013.final.xlsx

Nº Exposição	Unidade	Tipo Exposição	Problema Tipo	Causa Exposição	Serviço Visado	Estado Reclamação	Grupo Profissional visado
1	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Falta de cortesia	Planeamento Familiar	Prosseguir	Médico
2	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Livre escolha	Saúde do Adulto	Prosseguir	Médico
3	Unidade A	Elogio	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Atendimento Administrativo	Prosseguir	Administrativo
4	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Saúde do Adulto	Prosseguir	Administrativo
5	Unidade A	Elogio	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Saúde do Adulto	Prosseguir	Médico
6	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Falta de Informação aos utentes	Serviço Administrativo	Prosseguir	Administrativo
7	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Saúde do Adulto	Prosseguir	Médico
8	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Tratamentos Enfermagem	Prosseguir	Enfermeiro
9	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Demora na atribuição de médico	Medicina Geral e Familiar	Prosseguir	Médico
10	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Incumprimento de horário	Saúde Pública	Prosseguir	Administrativo
11	Unidade A	Elogio	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Serviço Social	Prosseguir	Assistente Social
12	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Livre escolha	Saúde do Adulto	Prosseguir	Administrativo
13	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Não atribuição de isenção de taxa moderadora	Serviço Administrativo	Prosseguir	Administrativo
14	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Desagrado na consulta recepcionada	Saúde do Adulto	Anulado pelo próprio	Médico
15	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Dirigente Intermédio	Prosseguir	Médico
16	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Dirigente Intermédio	Prosseguir	Médico
17	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Dirigente Intermédio	Prosseguir	Médico
18	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Livre escolha	Serviço Administrativo	Anulado pelo próprio	Administrativo
19	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Falta de Informação aos utentes	Saúde Materna	Prosseguir	Médico
20	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Livre escolha	Serviço Administrativo	Anulado pelo próprio	Equipa
21	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Planeamento Familiar	Prosseguir	Médico
22	Unidade A	Elogio	Procedimentos	Relacionais/comportamentais	Saúde do Adulto	Prosseguir	Médico
23	Unidade A	Elogio	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
24	Unidade A	Elogio	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Recepção	Prosseguir	Vigilante/Segurança
25	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Livre escolha	Serviço Administrativo e de Apoio Geral	Prosseguir	Administrativo
26	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Livre escolha	Medicina Geral e Familiar	Prosseguir	Equipa
27	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Atraso na entrega de receituário	Saúde do Adulto	Prosseguir	Coordenação Intermédia
28	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Tratamentos Enfermagem	Prosseguir	Administrativo
29	Unidade A	Elogio	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Toda Equipa USF	Prosseguir	Administrativo
30	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
31	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Livre escolha	Pessoal Concessionado	Prosseguir	Vigilante/Segurança
32	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Relacionais/comportamentais	Secretaria	Prosseguir	Médico
33	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Relacionais/comportamentais	Cuidados de Enfermagem	Prosseguir	Enfermeiro
34	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Medicina Geral e Familiar	Prosseguir	Médico
35	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Extravio de vacina a administrar	Vacinação	Prosseguir	Médico
36	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Relacionais/comportamentais	Sala de Tratamentos	Prosseguir	Enfermeiro
37	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Falta de cortesia	Saúde do Adulto	Prosseguir	Médico
38	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Falta de Informação aos utentes	Medicina Geral e Familiar	Prosseguir	Médico
39	Unidade A	Reclamação	Tempo espera p. atendimento	Falta de pessoal administrativo	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
40	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Incumprimento de horário do serviço	Saúde Pública	Prosseguir	Administrativo
41	Unidade A	Reclamação	Tempo espera p. cuidado	Falta de pessoal administrativo	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
42	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Livre escolha	Saúde do Adulto	Prosseguir	Médico
43	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Falta de Informação aos utentes	Medicina Geral e Familiar	Prosseguir	Médico
44	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Perfil profissional desadequado	Saúde Oral	Prosseguir	Higienista Oral
45	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Falta de pessoal médico	Medicina Geral e Familiar	Prosseguir	Médico
46	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Falta de pessoal administrativo/apoio geral	Serviço Administrativo e de Apoio Geral	Prosseguir	Administrativo
47	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Relacionais/comportamentais	Saúde Pública	Prosseguir	Médico
48	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Falta de pessoal administrativo/apoio geral	Serviço Administrativo e de Apoio Geral	Prosseguir	Telefonista
49	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Falta de pessoal administrativo/apoio geral	Serviço Administrativo e de Apoio Geral	Prosseguir	Administrativo
50	Unidade A	Reclamação	Procedimentos	Livre escolha	Cuidados de Enfermagem	Prosseguir	Enfermeiro
51	Unidade A	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Cuidados de Enfermagem	Prosseguir	Enfermeiro
52	Unidade B	Reclamação	Doente sem cuidados	Falta de pessoal médico	Admissão de Doentes	Prosseguir	Médico
53	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Falta de médico sem aviso prévio	Medicina Geral e Familiar	Prosseguir	Médico
54	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
55	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Falta de cortesia	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
56	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Demora na transferência médico	Dirigente Intermédio	Prosseguir	Médico
57	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
58	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Falta de cortesia	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
59	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Livre escolha	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
60	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Livre escolha	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
61	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Demora no atendimento administrativo	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
62	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Livre escolha	Serviço Administrativo	Prosseguir	Administrativo
63	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Planeamento Familiar	Prosseguir	Médico
64	Unidade B	Elogio	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
65	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Livre escolha	Medicina Geral e Familiar	Anulado pelo próprio	Administrativo
66	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Falta de Informação aos utentes	Medicina Geral e Familiar	Prosseguir	Médico
67	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Atraso na entrega de receituário	Medicina Geral e Familiar	Prosseguir	Médico
68	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Medicina Geral e Familiar	Prosseguir	Médico
69	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Sala de Tratamentos	Anulado pelo próprio	Enfermeiro
70	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Falta de cortesia	Saúde do Adulto	Prosseguir	Médico
71	Unidade B	Elogio	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Toda Equipa USF	Prosseguir	Equipa
72	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Falta de Informação aos utentes	Enfermagem	Prosseguir	Enfermeiro
73	Unidade B	Reclamação	Tempo espera p. atendimento	Falta de pessoal administrativo	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
74	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Relacionais/comportamentais	Saúde Pública	Prosseguir	Administrativo
75	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Falta de pessoal administrativo/apoio geral	Serviço Administrativo e de Apoio Geral	Prosseguir	Telefonista
76	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Incumprimento de horário	Saúde Pública	Prosseguir	Administrativo
77	Unidade B	Elogio	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Saúde do Adulto	Prosseguir	Médico
78	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Falta de pessoal administrativo/apoio geral	Serviço Administrativo e de Apoio Geral	Prosseguir	Telefonista
79	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Relacionais/comportamentais	Saúde Pública	Prosseguir	Administrativo
80	Unidade B	Elogio	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Atendimento Administrativo	Prosseguir	Administrativo
81	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Saúde do Adulto	Prosseguir	Administrativo
82	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Não atribuição de isenção de taxa moderadora	Serviço Administrativo	Prosseguir	Administrativo
83	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Desagrado na consulta recepcionada	Saúde do Adulto	Prosseguir	Médico
84	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Relacionais/comportamentais	Sala de Tratamentos	Prosseguir	Enfermeiro
85	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Falta de cortesia	Saúde do Adulto	Prosseguir	Médico
86	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Falta de Informação aos utentes	Medicina Geral e Familiar	Prosseguir	Médico
87	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Relacionais/comportamentais	Saúde Oral	Prosseguir	Higienista Oral
88	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Relacionais/comportamentais	Saúde Pública	Prosseguir	Administrativo
89	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Falta de pessoal administrativo/apoio geral	Serviço Administrativo e de Apoio Geral	Prosseguir	Telefonista
90	Unidade B	Reclamação	Atendimento	Falta de Informação aos utentes	Planeamento Familiar	Prosseguir	Director Executivo
91	Unidade B	Elogio	Procedimentos	Relacionais/comportamentais	Saúde do Adulto	Prosseguir	Médico
92	Unidade B	Reclamação	Tempo espera p. atendimento	Falta de pessoal administrativo	Secretaria	Prosseguir	Administrativo
93	Unidade B	Reclamação	Procedimentos	Incumprimento de horário do serviço	Saúde Pública	Prosseguir	Administrativo

Comentários utentes
DÉ o lugar a outro que goste de trabalhar
Deixam as pessoas morrer por falta de médicos
Atendimento com qualidade e simpatia
Cada vez complicam mais a vida.
Venho enaltecer todo este trabalho
Profissionais arrugantes, sem perfil
É agressiva porque é Coordenadora
Descontamos tanto para quê com esta falta de enfermeiros
O serviço de saúde está muito mal p. falta de médicos
A funcionária está atrasada isto só se vê no Estado.
No seu trabalho constroí pontes onde aproxima pessoas
A médica já não é nossa amiga como era em tempos.
A isenção foi retirada e as finas não avisaram só c. portal
Esta médica não fez nada do que lhe pedi.
O atendimento permanente passou a ser reunião geral do c.s.
Isto de Centro de Saúde não tem nada
Coitado de quem é pobre.
Utente apenas se pronunciou em virtude de não ter tempo p/res.p
Utente queixa-se dos desencontros das consultas alteradas P.F.
Para que servem os telefones nesta casa se ninguém os atende
Fazem as alterações sem avisar ninguém
A médica foi muito preocupada e atenciosa com o bem estar das m.filhas
Quero elogiar a qualidade de atendimento desta profissional administrat.
Elogiar a prestavel colaboração do senhor segurança
O utente perdeu direito a consulta por não ser frequentador da Unidade
O utente comentou que as alterações nos equipamentos das unidades não se justificam
O médico ia de férias mas já sabia que sou doente crónico e preciso dos remédios
Pois tenho que fazer tratamento após cirurgico e recusaram-me atender.
Elogia a qualidade do profissionalismo, atenção, paciencia, alegria e dedica.
Não consegui consulta para a minha médica, que farsa o Ministro dizer tudo bom
O exponente não concorda que o segurança/vigilante desempenhe funções adic.
O profissional médico nunca faz o que lhe digo.
A exponente referiu que não concorda que as U.S.F. se tenham regras dif.UICSP.
A utente alegou que a médica a consultava a despachar por não simpatizar c. a p.
O utente pretende ser recarcido e não quer outra vacina de substituição por atras
A utente referiu que a EnF optou por chamar doentes por critérios de amizade
A utente reclamou porque não ficou satisfeita com a forma como a prof. Méd.ate
A utente reclamou porque a profissional médica faltou e não avisou antecipadam.
Utente reclamou porque só viu um prof.administrativo ao balcão a atender utent
Queixa incide nos serviços de saúde pública , ref. atrasos na abertura do serviço
A exponente reclamou porque só se encontrava uma administrativa para o tel.tb.
A exponente reclama a falta de delicadeza da médica de familia e do Coordenad
A exponente reclamou porque a profissional médica não lhe correspondeu aos pedidos
A exponente considerou a higienista oral sem perfil para trabalhar com crianças
Exposição demonstrando desagrado por não ter médico de familia atribuido
A exponente reclamou porque efectuou tentativas de contacto telefonico sem sucesso
A exponente reclamou porque foi mal informada e atendida de forma arrugante.
A exponente reclama porque não atendem o telefone e é obrigada a deslocar-se à USF
A exponente reclamou porque no periodo de cinco semanas tenta telefonar e não atend
A exponente reclamou porque a filha de cinco meses de idade não teve prioridade.
Exponente que chama a atenção que crianças de colo não devem estar doentes perto ad
O exponente reclama por não ter médico de familia e ter menores a cargo
O utente considera falta de respeito não ser avisado atempadamente quando o médico falta
Passam os problemas uns para os outros a nada se resolve, que confusão
É um exemplo de Centro de Saúde a não seguir até não cuprem ordem de chega
A utente reclama que já solicitou mudança de médico e não obtem resposta
O utente revela descontentamento face às diferentes informações confusas transmit.
O utente reclama porque considera a administrativa indelicada no trato com o mesmo.
A utente reclamou alegando que se deveria ter avisado que o centro estava a fazer greve
O utente pretendia atestado médico de carteira profissional passado por médico e não foi bem orientado
O utente fez a reclamação por ter aguardado 45m no atendimento administrativo podendo perder a consulta
Utente apenas se pronunciou em virtude de não ter tempo p/res.p
Fazem alterações na organização dos serviços e não avisam ninguém
Quero elogiar a qualidade de atendimento desta profissional administrat.
O exponente comentou que as alterações nos equipamentos da unidade não se justificam
A utente reclamou porque a profissional médica faltou e não avisou antecipadam.
A médica ao ir de férias já devia ter deixado preparado tudo ,poi sabe que sou doente de asmática
A utente alegou que a médica a consultava a despachar por não simpatizar c. a p.
A utente referiu que a enfermeira estava a chamar os utentes por via de amizades ou de forma desorganizada
A utente ficou desiludida pela forma como foi recebida pela médica
Elogia a qualidade do profissionalismo, atenção, paciencia, alegria e dedica.
A utente reclamou porque a profissional de Enfermagem faltou e não avisou
Utente reclamou porque só viu um prof.administrativo ao balcão a atender utent
A exponente reclamou porque foi mal informada e atendida de forma arrugante.
A exponente reclama porque não atendem o telefone e é obrigada a deslocar-se à USF
A funcionária está atrasada isto só se vê no Estado.
No seu trabalho os doentes sentem-se acarinhados
A exponente reclama, porque efectua tentativas de contacto telefonico sem sucesso
A exponente reclamou porque foi mal informada e atendida de forma arrugante.
Atendimento com qualidade e simpatia
Cada vez mais complicam a vida das pessoas
A isenção foi retirada e as finas não avisaram só c. portal
Esta médica não fez nada do que lhe pedi.
A utente considera a EnF arrogante
A utente reclamou porque não ficou satisfeita como a profissional médica a consultou
A exponente reclamou porque a médica não correspondeu ao seu pedido na totalidade
A exponente considera a Higienista Oral agressiva com as crianças.
A exponente reclama porque foi atendida com pouca simpatia.
A exponente reclama porque não atendem o telefone e é obrigada a deslocar-se à USF
Fazem as alterações sem avisar ninguém
A médica foi muito preocupada e atenciosa com o bem estar das m.filhas
Utente reclamou porque só viu um prof.administrativo ao balcão a atender utentes
Queixa incide nos serviços de saúde pública , ref. atrasos na abertura do serviço