

RESUMO

Este estudo teve por objetivo compreender as implicações da reorganização do funcionamento dos serviços de saúde prestados a crianças e jovens em risco psicossocial no papel e na prática profissional do assistente social.

Foi realizado um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. A recolha de dados resultou da aplicação de uma entrevista semi-estruturada a oito profissionais de Serviço Social que trabalham em unidades públicas de saúde.

De acordo com os dados apurados, constatamos que os assistentes sociais têm um conhecimento mais teórico do que prático sobre a nova proposta de trabalho implementada nos serviços de saúde, uma vez que esta não se encontra em pleno funcionamento. No entanto, apresentaram uma opinião favorável de que tenderá para a uniformização de procedimentos. Os assistentes sociais vêem-se como executores de funções transversais a todas as áreas de intervenção do Serviço Social, pois estão aptos para desenvolver processos de intervenção social assentes em competências como a articulação, a negociação, a mediação e a interação intrainstitucional com os membros da equipa e os sujeitos da ação e, a nível interinstitucional, com os serviços da comunidade.

A operacionalização do trabalho em equipa intrainstitucional realiza-se de modo formal, através de pedido de colaboração e, na articulação interinstitucional, mediante o encaminhamento e o envio de ofício acompanhado de informação ou relatório social. É, portanto, uma prática multidisciplinar e interdisciplinar, que objetiva a prevenção primária e secundária com as entidades do mesmo nível de intervenção, sendo que, na prevenção terciária, o assistente social procede, no âmbito da articulação funcional, à sinalização para as Comissões de Proteção às Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) e, em última instância, para os Tribunais.

Com a realização desta investigação, concluímos que a nova proposta de trabalho introduzida nos serviços de saúde prestados a crianças e jovens em risco psicossocial é um processo cuja implementação ainda necessita da efetiva superação do paradigma tradicional de intervenção do Serviço Social que norteia as práticas, requerendo um modelo de intervenção em rede, no qual esta assente na articulação, na cooperação e na parceria.

Palavras-chave: Crianças e Jovens em Risco Psicossocial; Sistema de Saúde; Serviço Social.

ABSTRACT

This study aimed to understand the implications of the reorganization and operation of health services provided to children and youths at psychosocial risk in the role and practice of social workers.

We carried out qualitative exploratory study. The data collection resulted from the application of a semi-structured interview to eight Social Services' professionals who work at health public units.

According to the results, we found that social workers have a more theoretical than practical knowledge about the new work proposal implemented in health services, since it is not in full operation. However, they showed a favorable opinion that tends to standardize procedures. Social workers see themselves as functions' executors that cut across all areas of social service intervention, particularly in health, because, they are able to develop processes of social intervention based on abilities such as articulation, negotiation, measurement and intra-institutional interaction with the team members and the action subjects and the inter-institutional with the community services.

The operation of the intra-institutional teamwork takes place through formal request of collaboration and inter-institutional articulation by means of routing and dispatch of a letter accompanied by information or social report. It is therefore an interdisciplinary and multidisciplinary practice, which seeks the primary and secondary prevention with the entities of the same level of intervention, and, in tertiary prevention, the social worker within the functional articulation makes the sign for the CPCJ (Comission for the Protection of Children and Youths at Risk), and ultimately to the courts.

With this work, we conclude that the working new work proposal introduced in the health services provided children and young people at risk is a psychosocial process

whose implementation still needs effectively to overcome the traditional paradigm of social work intervention, that guides practices and requires intervention model in a network, in which the intervention is based on articulation, cooperation and partnership.

Keywords: Children and Youths at Psychosocial Risk; Health System; Social Service.

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento:

Aos assistentes sociais, pela disponibilidade que apresentaram, pois, sem a sua participação, este estudo não teria sido possível.

À Professora Doutora Paula Cristina Martins,
pela dedicação e paciência que teve comigo ao longo da
orientação deste trabalho.

A todos com quem aprendi.

EPÍGRAFE

Ouçamos um conselho sobre tempo:

O menino dizia: «quando eu for grande...»

Cresceu e dizia: «quando eu era pequeno...»

O menino sonhava com o futuro, porque ainda não podia;

O velho com o passado porque já não.

«Quando eu for, farei...»

«Quando eu era, fazia...»

E no intervalo, – Fazes?!

José Régio

ÍNDICE

RESUMO	I
ABSTRACT	III
AGRADECIMENTOS	V
EPIGRAFE	VI
ÌNDÍCE	VII
ÌNDÍCE DE QUADROS	X
ABREVIATURAS (SIGLAS E ACRÓNIMOS)	XI
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
CAPÍTULO I. NOVOS RUMOS E DESAFIOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO PSICOSSOCIAL	5
1.1.O risco social: na transição da sociedade disciplinar para a sociedade de risco	5
1.2. Mau-trato infantil: um olhar sobre a realidade Portuguesa	12
1.3. O sistema de proteção de crianças e jovens em risco em Portugal	17
1.4. Saúde Infantil: os principais marcos legislativos das políticas de saúde	23
CAPITULO II. O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE COM CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO PSICOSSOCIAL	32
2.1. A relação histórica do Serviço Social com saúde e infância	32

2.2. Abordagem Psicossocial	41
2.2.1. Níveis de prevenção	44
2.3. Um novo paradigma sustentado na “Parceria” e na “Interdisciplinaridade”	46
2.5. Competências e funções/atribuições do assistente social na saúde	51
PARTE II- ESTUDO EMPIRICO	58
CAPÍTULO III. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	59
3.1. Caracterização da investigação	59
3.1.1. Questões de investigação	61
3.1.2. Objetivos de investigação	62
3.2. Processo de amostragem teórica	63
3.3. Caracterização dos participantes	64
3.4. Recolha de dados	66
3.5. Procedimentos de análise e tratamento de dados	69
CAPÍTULO IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
4.1. Descrição dos temas, categorias e subcategorias	72
4.2. Interpretação e discussão dos resultados	86
Considerações finais	141
APÊNDICE 1	146

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Intervenção da saúde na detecção de fatores de risco e/ou sinais de alerta em CSP, em Meio Hospitalar e em Situação de Urgência	20
Quadro 2. Dados socioprofissionais dos participantes	65
Quadro 3. Apresentação do sistema de categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo dos dados	72

ABREVIATURAS (SIGLAS E ACRÓNIMOS)

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte
CNPCJR	Comissão Nacional de Apoio às Crianças e Jovens em Risco
CPCJ	Comissão de Protecção às Crianças e Jovens em Risco
DGS	Direcção-Geral de Saúde
EMAT	Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais
EMIC	Equipas Móveis de Intervenção na Crise
EPE	Entidade Pública Empresarial
EPIF	Equipas Psicossociais de Intervenção Familiar
IAC	Instituto de Apoio à Criança
IPSS	Instituição de Particular de Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização Nacional das Nações Unidas
PAFAC	Projecto de Apoio à Família e à Criança
PIAF	Projecto de Intervenção de Apoio à Família
PPP	Parcerias Público-Privadas
RMG	Rendimento Mínimo Garantido
NACJR	Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco
NHACJR	Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCF	Unidades Coordenadoras Funcionais
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UNICEF	United Nations Children's Fund
URAP	Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar

USP Unidade de Saúde Pública
WHO World Health Organization

INTRODUÇÃO

Os debates atuais acerca da problemática dos menores e jovens em risco assentam numa nova conceção de risco social multifacetada e complexa, sendo o maus-trato infantil a expressão última dos riscos decorrentes das transformações económicas, políticas, sociais e, até mesmo, ideológicas, atualizados nas relações de instituições, grupos e indivíduos com as crianças e jovens. Neste seguimento, o problema das crianças e jovens em risco psicossocial tem vindo a ganhar relevância social crescente. Este facto é visível, por um lado, na forma como as políticas sociais de promoção e proteção à infância têm evoluído e, por outro, no modo como as entidades responsáveis e a organização da dinâmica social têm respondido a esta realidade.

Dada a escassez de informação epidemiológica disponível, de preparação técnica dos profissionais, de ação organizada nos serviços de saúde e de articulação entre estes, o Ministério da Saúde, com a publicação do Despacho Ministerial n.º 31292/2008 de 5 de dezembro, desenvolveu um “novo” modelo para dar resposta ao problema dos maus-tratos a crianças e jovens em risco psicossocial, no qual o assistente social desempenha um papel fundamental.

O então “novo” modelo dos serviços de saúde para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial relaciona-se com o processo de constituição e definição de normas de funcionamento dos Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR) implementados nos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS); com a respetiva articulação funcional e cooperação com as outras estruturas e setores envolvidos e com os procedimentos em curso com vista ao reforço da capacidade de resposta da Linha de Saúde Pública a este problema.

O Serviço Social tem vindo a assumir papéis diferenciados nos vários contextos de saúde. Neste contexto, a relação entre o Serviço Social e a promoção e a proteção a

crianças e jovens em risco psicossocial recai sobre o papel do assistente social com base nas atribuições/competências requeridas pelo exercício profissional, decorrentes de um campo de saber específico e da sua ligação com as determinantes sociais comuns aos diferentes setores de intervenção.

A ação social organizada nos diversos serviços, como no caso da saúde, identifica os fatores de risco, de proteção e os de agravamento/crises de vida, de modo a potenciar a flexibilização dos diferentes níveis de proteção, em articulação com os níveis de prevenção. A simbiose destes fatores associados à história da profissão na área da saúde e à proteção a crianças e jovens em risco psicossocial evidencia uma conceção da figura do assistente social que se situa numa dimensão multidisciplinar e interdisciplinar e cuja natureza, marcadamente interventiva, se pauta por projetos coletivos e se direciona para um grupo específico de população.

Na revisão da literatura que irá apoiar o nosso trabalho, recorreu-se a diversas áreas do conhecimento no sentido de alcançar o objetivo primordial desta investigação, ou seja, compreender as implicações da reorganização e do funcionamento dos serviços de saúde prestados a crianças e jovens em risco psicossocial no papel e na prática profissional do assistente social.

O presente estudo, de carácter exploratório e de natureza descritiva, pretende abrir um espaço de reflexão e conhecimento sobre a profissão do assistente social no setor da saúde, sobretudo no tocante ao vínculo com o apoio à população infantil e a prevenção das situações de risco, indispensável para analisar criticamente as novas questões que hoje se colocam a estes atores sociais.

A originalidade desta investigação reside no seu enfoque, centrada numa mudança em curso, por um lado, confere relevo a uma nova política implementada nos serviços de saúde prestados a crianças e jovens em risco psicossocial, visando dar uma

resposta adequada e efetiva à premência da problemática do mau-trato infantil e, por outro, questiona se o Serviço Social neste domínio tem uma especificidade própria, isto é, se as suas competências/atribuições diferem de serviço para serviço ou, ainda, se, independentemente do contexto, refletem uniformidade, progressos e eficiência na prevenção do fenómeno em análise.

De forma a contemplar o objeto da presente investigação, desenvolveu-se um estudo empírico, tendo por base um conjunto de orientações teóricas e metodológicas bem delimitadas, de acordo com o seguinte itinerário de pesquisa:

Parte I – Constituída pelo enquadramento teórico, o qual se encontra dividido em dois capítulos: o primeiro incide nos novos rumos e desafios nos serviços de saúde prestados a crianças e jovens em risco psicossocial; e o segundo diz respeito à relação intrínseca que o Serviço Social tem com a saúde com as questões ligadas à infância. Assim, na fundamentação teórica, são abordados os vários pressupostos teóricos subjacentes à problemática em estudo.

Parte II – Organizada em dois capítulos: o primeiro descreve a metodologia, na qual apresentamos as opções metodológicas, as questões e os objectivos de investigação, os processos de constituição do grupo de participantes, bem como o instrumento de recolha e tratamento dos dados; o segundo sobre a apresentação e interpretação dos resultados expomos, interpretamos e integramos teoricamente os resultados a partir da descrição do sistema de categorias e da análise dos dados. Por último, finalizamos o capítulo com as principais considerações sobre algumas questões que poderão ser úteis para a prática e referências a aspetos relevantes para futuras investigações.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I. NOVOS RUMOS E DESAFIOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO PSICOSSOCIAL

Iniciamos o presente capítulo com uma introdução aos novos riscos e novos discursos sobre o risco social na transição da sociedade disciplinar para a sociedade de risco. O risco psicossocial de ocorrência de mau-trato infantil como centro de pesquisa, assume particular importância na compreensão da problemática das crianças e jovens em risco psicossocial.

Num segundo ponto desenvolvemos o tema baseado na análise da realidade portuguesa acerca do mau-trato infantil em termos da dimensão do fenómeno. Seguidamente, procuramos abordar o atual sistema de proteção à infância, de modo a realçar princípios norteadores da intervenção neste domínio e as entidades de maior relevância, tendo em conta os diferentes níveis de intervenção com particular ênfase para a saúde, nomeadamente o lugar ocupado pela saúde infantil nos principais marcos legislativos das políticas de saúde desde 1974 até à implementação do “novo” modelo organizativo para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial.

1.1. O risco social: na passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de risco

O fenómeno do risco social na sociedade atual tem vindo a tornar-se recorrente. Por um lado, o processo de evolução do conceito de risco envolve o lento desenvolvimento da teoria da probabilidade, que remonta ao século XVII, por outro, acarreta a sofisticação da estatística (Spink, 2001). Podemos considerar que a noção de risco está associada ao cálculo probabilístico do risco que, por sua vez, está intimamente ligado à conformação e valorização da segurança (Luiz & Cohn, 2006).

Beck (1992) e Giddens (1997) defendem que vivemos variadas formas de destradicionalização do risco, sobretudo associado à imponderabilidade e à volatilidade dos riscos manufaturados. Spink (2001) vai mais longe, alertando para o facto de o risco emergir como uma forma específica de relação com o futuro na Pré-Modernidade, ou seja, na transição da sociedade feudal para as novas formas de territorialidade, nomeadamente, os Estados-nação¹.

Beck (1992) e Giddens (1997) asseveram que os processos de modernização produzem não só benefícios e ganhos, mas também novos riscos, acrescidos, subsidiários de incertezas sociais e culturais. Assim, entendem que a noção de risco na forma como a conhecemos é uma invenção da modernidade tardia. Por isso, o risco moderno está diretamente ligado ao processo de industrialização e ao avanço tecnológico. Beck (1992) utiliza o conceito de sociedade de risco para se referir a esta transição; nela inclui três características: a globalização, a individualização e a reflexividade².

Neste sentido, o risco assume, hoje em dia, múltiplas funções, chegando mesmo a ser utilizado como uma metáfora da Modernidade tardia, que, nas palavras de Spink (2001), ao traçar o enredo arquetípico dos trópicos do discurso sobre o risco, coloca a ênfase no quadro da linguagem em uso para a sua definição. Os novos discursos sobre os

¹ A compreensão do risco social na infância, surge no contexto da passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de risco, associado ao cálculo dos riscos consiste na identificação dos efeitos adversos potenciais do fenómeno em análise, a estimativa da sua probabilidade e magnitude de seus efeitos; a perceção dos riscos volta-se à relação entre o público e os riscos tecnológicos; a gestão dos riscos compreende quatro estratégias integradas: os seguros, as leis de responsabilização por danos, a intervenção governamental direta e a auto-regulação; e a comunicação sobre os riscos, traduz-se na participação pública, quer na aceitação quer no autocontrole, passou a ser elemento imprescindível do controlo social dos riscos. Trata-se de um forma do indivíduo ter a capacidade de ultrapassar o modo particular de dizer as coisas de uma forma alternativa (Spink, 2001).

² Os novos riscos e os novos discursos sobre o risco social na sociedade de risco revestem-se de três características fundamentais: a globalização (relacionada com o desenvolvimento tecnológico); a individualização (destradicionalização da sociedade ao nível das principais instituições como a educação, família e trabalho); e a reflexividade que diz respeito à capacidade do indivíduo projetar o futuro como uma forma alternativa à sua sobrevivência (Beck, 1992; Giddens, 1997). De facto, Beck (1992) e Giddens (1997) concordam ao afirmarem que os processos de modernização produzem benefícios e ganhos, mas também produzem novos riscos – incertezas fabricadas. Mais: estes novos riscos são acrescidos por incertezas sociais e culturais.

riscos sociais compreendem, agora, a imprevisibilidade, a imponderabilidade e a complexidade, que marcam o quotidiano e constituem indicativos da passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de risco. A noção de risco surge neste contexto e move-se em dois níveis: o primeiro reporta-se ao cálculo e à simulação estatística do risco, o qual se transformou num sinal de sucesso para controlar o mundo; o segundo refere-se ao risco global das experiências quotidianas, cujos resultados se encontram em aberto, implicando incerteza nas decisões (Giddens, 2000).

Como afirma Martins (2004, p. 2), as noções de risco e perigo apresentam-se entrelaçadas, nutrindo uma relação de implicação mútua “o risco envolve o cálculo do perigo em função de possibilidades projectadas: a noção de risco projecta-se no futuro e projecta o futuro, desvinculando-se do passado”. O risco situa-se, assim, em dois âmbitos distintos: no substantivo, “refere-se à probabilidade de ocorrências desfavoráveis num dado domínio ou conteúdo: individual ou colectivo, físico, psicológico ou social ou mais especificamente, em áreas concretas ou de aplicação: risco escolar, de doença mental, de acidentes etc.”, e no temporal, “que se reporta à possibilidade de uma ocorrência desfavorável futura, primária ou secundária”.

A este propósito Giddens (1997, p. 37), menciona que “a confiança básica é um mecanismo de ocultação em relação a riscos e perigos nos cenários circundantes da acção e da interacção”. Desta forma, perigo e risco estão intimamente ligados: “a diferença não depende de um indivíduo pesar ou não conscientemente alternativas, ao adoptar determinada linha de acção. O que o risco pressupõe é precisamente o perigo” (Giddens, 2002, p. 24).

O conceito de risco de ocorrência de maus-tratos em crianças e jovens é mais abrangente do que o de situações de perigo. As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a não efectivação dos direitos da criança, nos domínios da segurança, saúde,

formação, educação e desenvolvimento (Direcção-Geral da Saúde, 2008). A “opção pela designação de crianças e jovens em perigo, constituída como um conceito jurídico, em detrimento da designação em alternativa de crianças e jovens em risco” (Epifânio, 2001, cit. em Martins, 2004, p. 92), justifica-se porque, de um lado, “nem todos os riscos para o desenvolvimento da criança legitimam a intervenção do Estado e da sociedade” e, de outro, por serem “tuteladas por esta lei apenas situações e circunstâncias que possam por em causa a segurança, saúde, formação e educação ou o desenvolvimento da criança ou jovem, cuja protecção [...] compete ao Estado garantir” (Martins, 2004, p. 92). O risco, sendo um conceito mais lato que o de perigo, diz respeito à vulnerabilidade da criança e jovem vir a sofrer maus-tratos; o perigo que adquire um sentido mais concreto, corresponde à materialização do risco.

A “noção de risco tem por orientação a prevenção. Crianças em risco podem não apresentar as características que permitam reconhecer o risco, porque não são ainda problemáticas, mas elas podem estar associadas a situações que podem conduzir ao risco” (Ferreira, 2004, p. 64). Na verdade, na protecção de crianças e jovens em risco psicossocial, permanece constantemente uma relação de coexistência entre risco e perigo, sendo que o risco se constitui “como organizador do conhecimento e dispositivo de medida e regulação do perigo” (Martins, 2008, p. 265), além de que se inscreve no tempo, na história e no espaço físico e social, individual e coletivo.

O risco psicossocial de ocorrência do mau-trato infantil/juvenil assenta na vulnerabilidade das condições inerentes ao desenvolvimento das crianças e jovens, ou seja, este conceito é aplicado a menores cujas necessidades básicas não são adequadamente satisfeitas, com eventuais repercussões ao nível do desenvolvimento e do funcionamento pessoal (Silva, 2009). O conceito de risco é interativo, ou seja, de natureza clínica, social, cultural, psicológica e jurídica, relaciona-se com o contexto em que a situação se inscreve.

Interessante é notar que o entendimento do que constitui risco para crianças e jovens constitui um instrumento analítico da evolução do conceito da própria infância, do seu valor e lugar social. Assim, na sociedade contemporânea, as consecutivas (re) construções sobre a infância vêm “reflectindo os passos de uma evolução entendida à semelhança de um percurso de vida que se vai manifestando nas múltiplas condições de ser criança em contextos históricos e socialmente definidos” (Carvalho & Ferreira, 2009, p. 105). Segundo Martins (s/d), são vários os olhares acerca da construção das concepções sociais sobre a criança e a infância, principalmente as centradas no discurso pediátrico, psicológico e jurídico, constituindo o mau-trato infantil na família um foco de análise crucial.

As diversas representações sociais sobre a infância foram, historicamente, suscetíveis de várias interpretações. No século XIX, predominava a imagem romântica e idealizada da infância; competia à sociedade a defesa das suas qualidades naturais. Já no panorama da revolução industrial, incluiu-se a designação de criança-operária, sendo, assim, vítima de exploração infantil. Desde o século XIX até ao século XXI, surge o conceito de criança delinquente, associada ao abandono e à marginalidade. A partir de então, emergem as concepções de criança-paciente e de criança-aluna, beneficiando de cuidados específicos, de criança como membro de uma sociedade de bem-estar destinatária de políticas de proteção e de criança pública e membro da família (Sarmiento, 1999).

Na atualidade, principalmente nas últimas duas décadas o risco social na infância enquanto conceito tornou-se recorrente e habitual nos discursos e na consciência dos indivíduos, nomadamente daqueles que têm percursos de vida marcados por experiências de maus-tratos infantis, apresentando-se, muitas vezes permeável às mudanças da sociedade e aos modos de vida por ela impostos.

Segundo Martins (2004, p. 60), quando tratamos do conceito de risco social na infância, colocamos a tônica no conjunto de “diversas situações de vida que, normalmente, afectam o universo de experiências das crianças em domínios distintos da sua existência”. Referimo-nos à ocorrência de elementos mais amplos que, sendo diferentes, podem concorrer, singular ou conjuntamente, para a constituição do risco psicossocial na infância:

O déficit experiencial – que se reflete nos percursos de vida de certas crianças, impossibilitando a sua evolução e desenvolvimento enquanto atores/cidadãos de um processo coletivo de vivências comuns, adequadas e particulares que permitem identificar o seu papel na integração social, de toda e qualquer criança, tendo em conta o seu bem-estar psicológico e social, enquanto consequência da efetiva aplicação e adequação do repertório de comportamentos e competências sociais e relacionais que vão ajudar à inclusão ou auto-exclusão no exercício da sua cidadania

A ausência de experiências positivas – trata-se de um grupo de crianças com o acesso limitado a determinado tipo de experiência positivas, o que inibe cada pessoa com capacidades de aprender e reaprender a ganhar novas competências enquanto ser humano e membro de uma sociedade que lhe exige um viver adaptado e funcional;

A diferença no tipo de experiências esperadas ou desejadas para as crianças em função da sua idade – caracterizada por um agregado de situações de desadaptação do indivíduo-meio são, geralmente, a expressão final ou pontual de trajetórias de vida, elas próprias desadaptadas ou geradoras de desadaptação, havendo lugar para itinerários de vida paralelos, relativos a situações de exceção e diferença.

A presença de experiências negativas - as crianças em risco que apresentam uma história pessoal pontuada por uma ou mais experiências negativas, podendo diferir no tipo de experiência, idade, da intensidade, cronicidade ou duração da mesma, assim como do contexto envolvente.

Neste circunstancialismo de vetores, a noção de risco social na infância, reveste-se de maior expressão. A percepção do risco na infância depende de três núcleos significativos, de acordo com os critérios usados na classificação das crianças: numa perspectiva psicossocial, crianças em risco são aquelas cujas necessidades básicas não são adequadamente satisfeitas, com repercussões a nível do desenvolvimento e funcionamento pessoal; numa lógica funcional e pragmática, crianças em risco são eventuais utentes de serviços sociais diversos; do ponto de vista jurídico-penal são consideradas em risco todas as crianças e jovens cuja conduta possa ter um impacto negativo no seu meio social (condutas anti-sociais, pré-delinquentes ou delinquentes) (Casas, 1998).

A história pessoal do indivíduo, nomeadamente as experiências vividas no seio da família, exercem uma influência determinante no seu desenvolvimento psicológico a nível social, emocional, comportamental e cognitivo (DeMause, 1991). Acresce que as condições de risco vividas por crianças e jovens são maioritariamente engendradas ou mediadas pela família, o que a configura como uma dimensão importante no estudo e análise do problema da criança e jovem em risco psicossocial, tendo em conta a sua formação e estrutura, condições de vida, necessidades, relações inter e intrafamiliares, fatores culturais, bem como os vínculos estabelecidos com o conjunto do corpo social e as suas funções (Ferreira, 2004).

Neste sentido, a família pode ser considerada como “um dispositivo identitário e de inclusão social essencial, veículo de inserção social da criança nos circuitos institucionalizados, com um papel relevante na constituição da subjectividade infantil, configurando-se como um vector operante do sentido de pertença e continuidade” (Martins, 2010, p. 329) determinado por várias dimensões: o espaço, o tempo e afetos. A família constitui, portanto, o espaço de socialização, isto é, de transmissão da cultura emanada da sociedade em que está inserida (Silva, 2001). É, além disso, um lugar

privilegiado para o desenvolvimento pessoal; uma estrutura intermediária entre a criança e o mundo (Alarcão, 2000) na definição da sua identidade. Quer isto dizer que a família é um referente de afetos e, ao mesmo tempo, de desempenho dos papéis parentais (Diniz, 2010), tendo um compromisso para com os seus membros, devendo apresentar flexibilidade e, ainda, a capacidade para utilizar os recursos externos ao seu núcleo, incluindo os da comunidade.

1.2. Mau-trato infantil: um olhar sobre a realidade Portuguesa

Um olhar transversal sobre os casos de perigo para crianças e jovens sinalizados em Portugal, baseado na análise dos Relatórios de Actividades da Comissão Nacional de Proteção às Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR), desde a promulgação da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, revela-nos, de forma sistematizada, a informação relativa a este fenómeno, nomeadamente o número de processos instaurados, perfis-tipo de crianças e das suas famílias, entidades sinalizadoras do risco e/ou perigo, tipo de medidas aplicadas, áreas afetadas, entre outras variáveis.

Relativamente ao número de situações de risco e/ou perigo sinalizadas e acompanhadas pelas Comissões de Proteção às Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), a partir de 2000 verificou-se um aumento significativo. Em 2004, o número de processos instaurados foi de 11043. As entidades sinalizadoras mais significativas foram, à semelhança dos anos anteriores, os estabelecimentos de ensino (27,2%) e os estabelecimentos de saúde (9,2%). Contrariando a tendência dos anos anteriores, as entidades policiais (9,1%) sinalizaram mais casos do que o Ministério Público. Os progenitores e os outros familiares (6,4%) têm vindo a assumir um papel cada vez mais relevante no que se refere à sinalização de problemáticas e perigos. Em 2004, a negligência representou (34,9%) das situações sinalizadas, o abandono escolar (20,1%), seguindo-se os

maus-tratos físicos e psicológicos, com (18,4%). De acordo com os dados apresentados, a grande maioria das crianças vive com a família biológica (86%), ou com a família alargada (10,8%). Quanto ao tipo de família, predominam a família nuclear com filhos (47,2%) e a monoparental feminina (21,2%), seguida da família recomposta ou reconstituída (10,3%) e da família alargada (10,1%).

Desde 2004 verificamos um aumento significativo dos processos instaurados. O volume processual global atingiu, em 2008, 666.596 processos, dos quais 29.279 foram instaurados nesse ano. Considerando as crianças e os jovens acompanhados pelas CPCJ, constatou-se que a faixa etária mais representativa foi a dos 11-14 anos no conjunto dos dois sexos (26,8%); seguem-se, por ordem decrescente, as crianças dos 6-10 anos (25,7%); dos 15-17 anos (20,6%) e, finalmente, a faixa etária dos 18-21 anos (2,1%), com maior incidência no sexo masculino, em igual comparação com os anos anteriores. Este relatório destaca como principais entidades sinalizadoras as escolas (23,2%); as entidades policiais encontram-se em segundo lugar (17,8%). Abaixo dos (9%), situam-se as outras entidades, nomeadamente a saúde, com uma variação percentual significativa entre 2006-2008, sendo que, em 2006, o número de casos sinalizados pelos estabelecimentos de saúde foi de 1924, com um aumento significativo em 2007 para 2115 e com uma diminuição em 2008 para 2067.

No conjunto das faixas etárias, continua a prevalecer a negligência como a principal problemática (36,5%) e, em segundo lugar, a exposição a modelos de comportamento desviante (16,8%). À semelhança de 2007, verifica-se que a grande maioria das medidas aplicadas pelas CPCJ correspondem a medidas em meio natural de vida (92%). Destas, destacam-se o apoio junto dos pais (80,7%). Quanto ao tipo de família, continua a observar-se a predominância da família nuclear com filhos (49,8%); em conformidade com 2007, sendo que a grande maioria das crianças vive com a família biológica (85,9). Pela

primeira vez, as CPCJ atribuíram apoios económicos, ao abrigo do disposto no Decreto-lei nº 12/2008 de 17 de janeiro (valor que ascendeu a 235.400.43), maioritariamente outorgados como medida de apoio junto dos pais.

Em 2009, comparativamente ao ano anterior, o número de processos instaurados diminuiu para os 28.701, o que representa um decréscimo de (3%). As entidades que mais sinalizam foram os estabelecimentos de ensino; de realçar que a saúde sinalizou 1878 casos, ou seja, (7,0%) do universo total. No que se refere às medidas aplicadas, tipo de família, problemáticas mais diagnosticadas e outras variáveis analisadas, mantém-se a tendência assinalada nos anos anteriores.

Por último, de acordo com o relatório anual publicado pela Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, em 2010, foram instaurados um total de 28.103 processos, dos quais 34.753 transitados e 5.444 reabertos, o que totalizou um acompanhamento de 68.300 processos. Uma vez que é possível um processo abranger mais do que uma criança, o número total de crianças e jovens acompanhados pelas CPCJ foi, em 2010, de 68.421. A entidade sinalizadora mais relevante continuou a ser a escola (24,2%). As restantes entidades mais significativas foram as autoridades policiais (19,0%), os próprios pais ou cuidadores habituais (8,4%) e os estabelecimentos de saúde (7,2%). Quanto à caracterização das crianças, o escalão etário mais representativo nas sinalizações foi o de 0-5 anos. Os escalões que se seguem na representatividade foram os de 11-14 anos e 6-10 anos; o menos representado foi o de 15-18 anos. Em todos os escalões, o sexo masculino predominou sobre o feminino no que respeita ao número de sinalizações.

As situações de perigo referenciadas às CPCJ incidiram, maioritariamente, em cinco problemáticas: negligência (38,2%), exposição a modelos de comportamento desviante (17,5%), abandono escolar (13,3%), maus-tratos psicológicos (13%) e maus-tratos físicos (7,1%).

A análise das estatísticas de maus-tratos a crianças e jovens de outros países permite-nos aferir que os principais tipos de maus-tratos são semelhantes aos que ocorrem Portugal. Nos Estados Unidos da América, em 2001, das 2000 crianças vítimas de maus-tratos, (55,0%) foram vítimas de negligência, (19,0%) de abuso físico e 8,0% de abuso psicológico. É de salientar que (85%) tinham idade inferior a 6 anos e (44%), menos de um ano (Bonner, 2003). Estes dados estatísticos também se apresentam concordantes em relação aos principais tipos de maus-tratos de outros países: a negligência e o abandono na Austrália representam (34%), no Canadá (41%), em Inglaterra (39%) e no Brasil (41%). O abuso físico na Austrália é de (28%), no Canadá de (25%), em Inglaterra de (19%) e no Brasil de (38%). Na Austrália, o abuso sexual é de (10%), no Canadá de (9%), em Inglaterra igualmente de (10%) e no Brasil de (9,5%). Por último, o abuso psicológico é, na Austrália, de (34%), no Canadá de (25%), em Inglaterra de (18%) e no Brasil de (15,5%) (Creighton, 2004).

Em síntese, com base no que foi referido, podemos constatar que em Portugal, ao longo dos últimos três anos, a expressão percentual dos processos instaurados tem diminuído, sendo o número de crianças e jovens do sexo masculino, em todos os escalões etários, superior ao do sexo feminino. Na análise por escalão etário, destaca-se o dos 11 aos 14 anos, que registou o maior número de crianças e jovens acompanhados. Ao cruzarmos as situações de perigo com os escalões etários verificamos, na negligência e nos maus-tratos psicológicos, uma diminuição da incidência com aumento da idade. Assim, é no escalão dos 0 aos 5 anos que encontramos os valores superiores de incidência, em oposição ao escalão etário dos indivíduos com mais de 15 anos que apresenta os valores mais baixos.

No que diz respeito às comunicações de situações de perigo às comissões, as principais entidades são, por ordem decrescente, os estabelecimentos de ensino, as

autoridades policiais, os próprios pais ou cuidadores habituais e os estabelecimentos de saúde. Em termos percentuais, podemos reconhecer uma tendência crescente no número de sinalizações feitas pelos estabelecimentos de ensino e pelas autoridades policiais. Em relação aos estabelecimentos de saúde, desde 2007, verificamos uma tendência para a estabilização da percentagem de sinalizações realizadas. Estes dados podem significar falta de eficiência da saúde enquanto entidades de primeiro nível de intervenção no tratamento dos casos de menores em risco, ou um papel pouco ativo ao nível da prevenção primária e secundária, intervindo-se só quando se verifica a materialização do risco (prevenção terciária).

É de realçar que o Relatório do Projeto “Ação da Saúde para Crianças e Jovens em Risco” da ARSCENTRO de 2009 dá conta de que de fizeram parte do projeto-piloto 63 núcleos, os quais foram implementados em 47 centros de saúde e em 16 hospitais. Dados do Relatório de 2010 da “Ação da Saúde para Crianças e Jovens Risco” demonstram que a realidade dos núcleos se generalizou a todo o país. Presentemente, existem 266 núcleos constituídos, sendo que este ano foi o primeiro ano de funcionamento efetivo da Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco nos centros de saúde e hospitais, o que permitiu detetar 3551 casos de maus-tratos em crianças e jovens. Destacam-se, em primeiro lugar, as situações de negligência (68%), seguindo-se os maus-tratos psicológicos (14%), os maus-tratos físicos (10%) e o abuso sexual (6%). Do total dos casos, (48%) foram tratados nos serviços de saúde, (40%) foram encaminhados para CNPCJR e (12%) para o Ministério Público. Importa ainda referir que estes relatórios mostram outros dados relevantes sobre o papel da Saúde e do Serviço Social. Assim, neste contexto, embora se tenha verificado um decréscimo no número de sinalizações, a saúde é a entidade que mais participa nas atividades das CPCJ e o Serviço Social é área que tem predominado com o maior número de técnicos.

1.3. O sistema de proteção de crianças e jovens em risco em Portugal

As políticas de promoção e proteção às crianças e jovens em risco em Portugal encontram-se num quadro de uma jurisdição especial de proteção da infância, que integra os princípios e as normas consagrados em diversos diplomas nacionais e internacionais, como a Constituição da República Portuguesa e o Código Civil Português, Convenção dos Direitos da Criança, entre outros.

A legislação Portuguesa, nomeadamente a Constituição da República (em particular, o art.º 69.º) e a Convenção dos Direitos da Criança, rectificada em Portugal em junho de 1990 (Resolução da Assembleia da República n.º20/90) atribuem à sociedade e ao Estado deveres de promoção e proteção das crianças. Da evolução do imperioso normativo sobre esta matéria, conclui-se que se optou claramente por atribuir à sociedade, nas diversas formas de atuação, o dever de promover e proteger as crianças e jovens em perigo. Assim, é criada a Lei da Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, Lei 147/99 de 1 de setembro, que vem definir as várias entidades de intervenção para a promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens em perigo. Deste modo, determina a intercomunicação das situações de perigo entre as diferentes entidades (Cap. IV); a ligação entre instituições da infância e juventude e as Comissões de Proteção, Ministério Público e Tribunais; a regulamentação do processo de proteção nas situações urgentes, quer nas Comissões de Proteção, quer nos Tribunais, e a definição do que consiste uma situação de perigo para criança e jovem.

Em primeiro lugar, esta Lei vem fazer uma distinção entre a intervenção relativa aos menores infratores e aos menores em situações de risco, sem esquecer que muitos jovens que praticam atos criminosos também necessitam de proteção, e atenta na vulnerabilidade social e económica destes. Assim, foi proposto um novo regime aplicável a menores com idade compreendida entre os 12 e os 16 anos que pratiquem um facto

criminoso e um novo regime de proteção para as crianças e jovens em perigo, devidamente articulados entre si.

A mesma Lei n.º 147/99 de 1 de setembro vem igualmente limitar a intervenção do Estado e da sociedade na vida, na autonomia da criança e na sua família, dado que nem todos os riscos para o desenvolvimento da criança legitimam a intervenção daqueles. Dito de outra forma, o sentido de reforma neste diploma consistiu em separar as situações de crime e de perigo, circunscreve a intervenção às situações de risco que ponham em perigo a segurança, a saúde, a formação, a educação ou o desenvolvimento da criança ou do jovem. Em relação aos direitos e à proteção da criança e do jovem em perigo, determina que estes competem, primeiro, às entidades públicas e privadas com atribuições em matéria de infância e juventude, depois às Comissões de Proteção; só em última instância, competem aos tribunais.

No que respeita à efetivação de alguns dos direitos sociais da criança, nota-se uma maior preocupação do Estado com as esferas da segurança social e da saúde com nova e maior intervenção que reforça o conceito de criança e o seu princípio de cidadania, como é descrito no art.º 4.º da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, afastando de vez o modelo de proteção tradicional de carácter paternalista e assistencialista (Clemente, 1998). Salientem-se, entre os princípios sobre os quais assenta esta Lei, os da subsidiariedade, intervenção precoce e mínima. A subsidiariedade privilegia a intervenção da comunidade e da administração, só se justificando a interferência judiciária quando se preveja a necessidade de limitar a responsabilidade parental ou quando a intervenção inicial se revela ineficaz; a intervenção precoce, que deve ser imediata ao conhecimento/sinalização da situação de risco da criança/jovem; a intervenção mínima, suficiente para a retirada da condição de perigo vivida pela criança ou jovem.

Na pirâmide de intervenção, neste domínio, a saúde situa-se no primeiro nível de ação no quadro das entidades com competência na área da infância e juventude, ou seja, as que tem uma ação privilegiada em domínios como os da saúde, educação, segurança social, formação profissional, ocupação de tempos livres, para atuar na promoção dos direitos e na proteção das crianças/jovens, em geral e, especialmente, das que estão em situação de risco e/ou perigo, sendo os seus objetivos prioritários: proteger a criança/jovem; intervir no risco para prevenir a sua evolução para o perigo; evitar a recorrência³. Os centros de saúde e os hospitais tem prioridade na intervenção, face às CPCJ e aos Tribunais, que só são chamados a intervir quando não for possível aos primeiros remover o perigo, esgotando todos os meios disponíveis, e os das outras instituições do mesmo nível de competências, cumprindo-se assim o princípio da subsidiariedade (Direção-Geral de Saúde, 2008)⁴

Apresentamos de seguida no Quadro 1 os procedimentos/intervenções dos serviços de saúde com crianças e jovens em risco psicossocial.

³ Os serviços de saúde têm, portanto, legitimidade – direito e obrigação – no que respeita a intervir para a proteção criança ou jovem, constituindo o mau-trato um crime público o procedimento não depende da apresentação de queixa por parte da vítima ou de quem tenha responsabilidades parentais por a mesma. Essa obrigatoriedade está descrita no art.º 152.º- a, art.º 152.º b e art.º 178.º do código penal e art.º 70 da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro. Deste modo, os profissionais de saúde, devem denuncia-la, por escrito, ao Ministério Público do Tribunal Judicial sempre que estejam esgotados todos os meios disponíveis para a remoção do perigo nas entidades de primeiro nível (Direção-geral da Saúde, 2011).

⁴ art.º 7.º e 8.º Lei 147/99 de 1 de setembro.

Deteção	Contexto	Objetivos da intervenção	Intervenção a realizar	Metodologia	Responsáveis pela intervenção
<p>- Fatores de risco na criança/jovem e Familiares/contexto de vida</p> <p>E/ou:</p> <p>- Sinais de Alerta</p>	<p>- Em Cuidados de Saúde Primários</p> <p>-Em Meio Hospitalar</p> <p>-Em Situação de Urgência</p>	<p>-Prevenir o aparecimento do mau-trato:</p> <p>- Deteção ativa de situação de mau-trato</p> <p>- Observar continuamente a evolução dos fatores de risco/de proteção especificamente no aparecimento de simanis de alerta e/ou sintomas de maus-tratos</p> <p>-Promover a continuidade, ou a complementaridade, da intervenção em Cuidados de Saúde Primários:</p> <p>- Valorizar as Caraterísticas e natureza do sintoma detetado</p> <p>- Prevenir o agravamento da situação de saúde detetada</p> <p>- Confirmar ou infirmar a evidência de mau-trato</p>	<p>-Procura de informação complementar dos (s) sintomas físicos (s) apresentados</p> <p>- Contactar o NACJR (hospital ou centro de saúde)</p> <p>-Registrar a informação recolhida</p> <p>-Articular a intervenção entre os NACJR (hospital e centros)</p> <p>-Colaborar com os cuidadores no desenvolvimento das competências parentais</p>	<p>-Exame Objetivo</p> <p>-Observação do comportamento da criança de saúde, em particular a interação com os pais/cuidadores</p> <p>-Entrevistas, em separado, quando possível</p> <p>-Discussão da situação</p> <p>-Nota de alta, descrição das intervenções realizadas</p> <p>-Envio de ficha de sinalização as NACJR do hospital ou Centro de Saúde</p> <p>-Visita domiciliária</p> <p>-Articulação entre os Profissionais das diferentes Unidades Funcionais dos ACES, hospitais e parceiros do 1.º nível</p> <p>- Envio de relatório pelo NACJR do hospital para o centro de saúde da área de residência</p>	<p>Enfermeiro/Médico/Psicólogo se aplicável</p> <p>Enfermeiro/Médico/Assistente Social Psicólogo se aplicável</p> <p>Enfermeiro/Assistente Social</p> <p>Elemento de referência do NACJR ou NHACJR</p>

Quadro 1: Intervenção da saúde na deteção de fatores de risco e/ou sinais de alerta em CSP, em Meio Hospitalar e em Situação de Urgência

Fonte: Adaptado do documento - Direcção Geral da Saúde (2011). Maus tratos em Crianças e Jovens em Risco. Guia Prático de Abordagem, diagnóstico e intervenção. Ação da saúde para Crianças e Jovens em Risco.

O Quadro 1 possibilita-nos verificar que os maus-tratos resultam da conjugação de diferentes fatores de risco, proteção e agravamento/crise de vida, que interagem entre si e que devem ser ponderados durante a avaliação da situação. Os fatores de risco (criança/jovem e familiares/contexto de vida) são variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações no desenvolvimento e socialização das crianças e jovens; os fatores de proteção (criança/jovem e familiares/contexto de vida) incluem variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos fatores de risco; e os fatores de agravamento/crise de vida são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre os fatores de risco e de proteção e podem precipitar a ocorrência de maus-tratos⁵ (Direção-geral da Saúde, 2011).

Em Cuidados de Saúde Primários, em Meio Hospitalar e em Serviço de Urgência Básico, os fatores de risco e/ou o alerta podem ser detetados através de sinais ou sintomas que revelam a disfuncionalidade no desenvolvimento físico ou psicológico da criança ou jovem para os quais não se encontra a causa orgânica. Consideram-se como “de alerta” os que: se encontrem associados à existência de mais que um sintoma; se forem persistentes. A deteção de sinais de alerta na criança/família consiste em recolher, analisar e registar, na

⁵ A intervenção na saúde na deteção de fatores de risco, proteção/familiar e contexto de vida e agravamento/crise de vida salienta-se: a observação ativa desses mesmos fatores e o aconselhamento e apoio aos pais/cuidadores no desenvolvimento de competências parentais, com o recurso observações periódicas da criança/jovem; registo na história clínica sobre - fatores de risco, proteção e de agravamento detetados e evolução dos mesmos e efeito na criança/jovem; articulação entre os profissionais das diferentes Unidades Funcionais do Agrupamento de Centro de Saúde (ACES) dos hospitais de outros parceiros do primeiro nível de intervenção, valorizando a possibilidade de visitas domiciliárias; avaliação da gravidade da situação através da ponderação do equilíbrio detetado entre fatores de risco, proteção e agravamento/crises de vida. Para melhor compreensão destes fatores consultar os algoritmos 2 e 3 e os procedimentos 2 e 3 (Direção-geral da Saúde, 2011, pp. 16-18).

história clínica, informação sobre a natureza e características dos sintomas detetados para excluir a causa orgânica. Perante um sinal de alerta qualquer profissional de saúde deve articular a sua intervenção, eventualmente, com a saúde mental, Serviço Social e outros parceiros de entidades com competência em matéria de infância e juventude, para elaborar um Plano de Intervenção e Apoio à Família, aumentando a frequência das observações periódicas da criança/jovem.

De acordo com o disposto na alínea c) do art.º 5.º da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, se, e de forma cumulativa se verificar a existência do perigo, numa situação de Urgência, justifica-se o recurso ao procedimento de urgência⁶. Entende-se por situação de urgência a que se reveste de perigo atual ou iminente para a sua vida ou integridade física da criança ou jovem.

Dado que, em matéria de promoção e proteção a crianças e jovens em risco, os serviços de saúde constituem uma das entidades do primeiro nível de intervenção (entidade com competência em matéria de infância e juventude), cada serviço deve assegurar a intervenção no limite máximo das atribuições que lhe são cometidas (Direção-Geral da Saúde, 2008), tendo sempre presente que a principal estratégia norteadora para a redução da emergência das situações de perigo⁷ deverá ser a prevenção. Assim, neste processo os responsáveis e protagonistas da intervenção são enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais, dinamizadores dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco nos hospitais e centros de saúde, para que se torne mais efetiva a sua ação nos serviços de saúde nesta matéria, impera melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da

⁶ O profissional de saúde ativa de Procedimento de Urgência (art.º 91º da Lei 1947/99 de 1 de setembro). Para conhecer a ação dos serviços de saúde em situação de urgência ver procedimento 4 e algoritmo 4 (Direção-geral da Saúde, 2011, pp. 22-23).

⁷As situações de perigo para a criança ou jovem encontram-se consagradas, art. n.º 2 e 3 da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro.

ocorrência de maus-tratos, de deteção precoce das situações de risco/perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento, no âmbito de uma articulação funcional eficiente (Despacho Ministerial n.º 31292/2008 de 5 de dezembro).

Graças às medidas de promoção e proteção da infância implementadas em Portugal, sobre as quais se sustenta a intervenção dos serviços de saúde, a situação global da infância melhorou nas últimas décadas, embora alguns dados ainda sejam manifestamente insatisfatórios (Torres et al., 2008). De acordo com Martins (2004), existem diversas debilidades nas medidas de apoio e proteção das crianças e jovens em risco, como, por exemplo, a fragmentação dos recursos e a ausência de redes de comunicação, geradora de situações lacunares e de sobreposição das respostas existentes, ou seja, a falta de articulação entre os programas, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco e as demais estruturas de intervenção, entre serviços centrais e periféricos, a insuficiência de recursos técnicos e a falta de continuidade na acção dos programas.

Ferreira (1998, cit. em Martins, 2004) sublinha que o Ministério da Saúde assume uma função primordial no sistema de proteção de menores, contribui para a prevenção do mau-trato infantil e para a promoção da qualidade de vida das crianças e das famílias – tarefas essenciais levadas a cabo pelos hospitais gerais e centros de saúde, hospitais pediátricos, maternidades, serviços de neonatologia, serviços de pediatria, médicos de família, pediatras e pedopsiquiatras. O seu papel passa pela sinalização, avaliação do risco, acompanhamento e execução das medidas de proteção das crianças e jovens em perigo, tornando-se primacial na execução das políticas sociais para a infância.

1.4. Saúde Infantil: os principais marcos legislativos das políticas de saúde

A Reforma de 1971, em vigor até 1976, representou, em Portugal, um marco histórico da evolução da política unitária de saúde nacional, defendendo o reconhecimento do direito à saúde e o delineamento do esforço legislativo e administrativo no sentido de se generalizar a toda a população. Foi admitida pela primeira vez a responsabilidade do Estado em formular uma política de saúde, assente na necessidade progressiva de instauração de um Sistema Nacional de Saúde (Decreto-lei n.º 203/74 de 15 de maio), com capacidade para executar essa política de saúde e de prestar assistência a toda a população.

Os modelos criados em 1971 eram fortemente centralizados. No Ministério da Educação, existia o Serviço de Medicina Pedagógica com equipas próprias de Saúde Escolar. Paralelamente, no âmbito do Ministério da Saúde, havia a Direcção-Geral de Saúde da qual dependiam os centros de saúde distritais que tinham as funções de Serviço de Saúde Escolar, desenvolvidas também por equipas próprias de Saúde escolar, dependentes dos dois ministérios (Carvalho & Vilaça, 1999).

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata visou a definição de objetivos essenciais para o Programa de Saúde Pública assentes nos Cuidados de Saúde Primários, que Portugal subscreveu e integrou a Lei Nacional da Saúde (Lei n.º 56/79 de 15 de setembro). Designada como Lei de Arnaut, resultou na reorganização e descentralização dos Serviços dos Cuidados de Saúde Primários com a criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e a integração de todos os serviços locais numa só estrutura: o Centro de Saúde Integrado. Esta lei apresenta um Sistema Nacional de Saúde constituído por uma rede de órgãos e serviços previstos neste diploma que, atuando sob uma direcção unificada e uma gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais a toda a população (Simões, 2004).

Neste sentido, a saúde passa a ser entendida como um direito fundamental que assiste a todos os portugueses (art.º 7º). Além da prevenção da doença e da promoção da

saúde, prevêm-se também como objetivos específicos o diagnóstico precoce e imediato de doenças que não necessitassem de tratamento especializado e a supervisão periódica do estado de saúde de grupos populacionais de maior risco (Guadalupe & Gonçalves, 2009), propósitos nos quais se incluíam as crianças e jovens. Nesta sequência de acontecimentos, a população viu, em 1983, a concretização de um programa-tipo de Cuidados de Saúde Primários em Saúde Infantil (Carvalho & Vilaça, 1999).

Baseada na Declaração de Alma-Ata sobre os Cuidados de Saúde Primários e no grande objetivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) de Saúde para Todos, no ano 2000 (1980), a Carta de Ottawa, de 1986, conduziu: à implementação de políticas governamentais (equidade na distribuição de recursos, preservação do ambiente e participação comunitária); à reorganização dos serviços de saúde (Cuidados de Saúde Primários como mediadores entre utentes e serviços administrativos) e ao desenvolvimento de competências das populações.

A Lei de Bases da Saúde (em particular, a alínea (c) do n.º 1 da Base II), aprovada em agosto de 1990, veio considerar as crianças e os adolescentes como dois dos “grupos sujeitos a maiores riscos” e preconizar a tomada de “medidas especiais” para ambos. Mais tarde, iniciativas de carácter legal e normativo acentuaram o protagonismo desta faixa etária no âmbito das políticas de saúde, colocando novos desafios e responsabilidades aos profissionais (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Em agosto de 1992, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º30/92, foi criado o Projeto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC), no qual se preconiza a constituição em cada Hospital Central de um “Núcleo do PAFAC”, integrando profissionais da instituição de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) e coordenado pelo próprio projeto.

Neste contexto, o PAFAC surge com o objetivo de prestar apoio e recuperar as crianças física e psicologicamente maltratadas, tendo inerente a gravidade das situações na origem dos maus-tratos. No âmbito das experiências hospitalares em curso, afigurava-se a necessidade de reforçar a acção pedagógica junto da família, de modo a estimular a relação interpessoal entre criança-família e a abordar o problema dos maus-tratos infantis de uma forma integrada no contexto familiar e social envolvente. Com a concretização desta proposta, pretendia-se “criar modalidades de trabalho específicas e adequadas a cada situação, e em qualquer caso integradas com as respostas existentes, em regime de parceria local, nomeadamente, apoio psicossocial à família da criança maltratada ou em risco, tendo em vista a promoção da sua capacidade de exercício da função parental, apoio terapêutico à família e à criança e apoio médico, psicológico e pedagógico à criança” (Martins, 2004, p. 116).

O PAFAC, por ser dirigido para uma população muito específica, previa como suporte técnico duas valências de intervenção, a saber, as Equipas Móveis de Intervenção na Crise (EMIC) e as Equipas Psicossociais de Intervenção Familiar (EPIF). As primeiras dispunham de um serviço telefónico de emergência à criança maltratada que permitia à comunidade em geral a sinalização, via telefone, de situações de menores vítimas de maus-tratos com potencial necessidade de intervenção urgente. As EPIF visavam assegurar o acompanhamento psicossocial das situações de risco de menores sinalizadas pelos Núcleos Hospitalares, em estreita articulação com a rede primária e secundária (Afonso, 1998).

O Ministério da Saúde iniciou em 1996 a elaboração de um Plano de Actividades para os Programas de Saúde 1997/2000, com vista a dotar os Centros de Saúde Regionais e Sub-regionais de instrumentos de trabalho na área de promoção e vigilância da saúde onde estão integrados os Núcleos de Formação e Educação para a Saúde. O Plano de Actividades contemplava vários programas, entre os quais destacamos o Programa de

Saúde Infantil e Juvenil, o qual visava a “deteção precoce de anomalias no crescimento e no desenvolvimento da criança e do jovem, permitindo um tratamento mais eficaz dos casos curáveis e reduzir as sequelas psicossociais dos que não o são” (Carvalho & Vilaça, 1999, p. 174).

A Direcção-Geral de Saúde estabelece, em 1997, um rumo diferente para a saúde infantil em Portugal, emitindo orientações a fim de promover e avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança (biológico, comportamental e social); fomentar comportamentos saudáveis (nutrição e estilos de vida); actuar na prevenção primária (programa nacional de vacinação, higiene oral, disfunções psicoafectivas, entre outros), na secundária (deteção precoce dos problemas), bem como na prevenção, diagnóstico e terapêutica precoces (que ultrapassem os Cuidados de Saúde Primários); prestar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e cuidados antecipatórios (Educação para a Saúde) (ibid.).

Em 1998, a OCDE publicou um relatório sobre Portugal, no qual foi feita uma apreciação profunda do nosso sistema de saúde, começando por caracterizá-lo como uma mistura complexa e atípica de prestações públicas e privadas que originava custos elevados, ineficiências e algum desperdício ao nível dos recursos (Baganha et al., 2005).

Logo depois, em 1999, foram propostas várias mudanças, salientando-se duas que parecem ter sido fundamentais: a criação dos chamados “Centros de Saúde da Terceira geração” e a criação dos “Sistemas Locais de Saúde” (Carapinheiro, 2000).

Os centros de saúde de “Terceira Geração” encontram, nesta época, o seu lugar, apesar de desenhados perante o modelo de unidades integradas de cuidados de saúde, previstas pelo Estatuto Nacional de Saúde; são instituídos os Sistemas Locais de Saúde (SLS) pelo Decreto-lei n.º 156/99 de 10 de maio. Além da racionalização e eficácia na distribuição dos recursos existentes na respetiva área geográfica, instituem também a

obtenção de ganhos em saúde, principalmente por identificar as necessidades em saúde, facilitar o acesso, contribuindo para a melhoria da eficiência do desempenho dos prestadores na afetação de recursos de projetos comuns. Estabelece-se o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, os quais passam a ser entendidos como centros de responsabilidade descentralizados, de forma a estimular o atendimento personalizado e o trabalho na comunidade (Guadalupe & Gonçalves, 2009)⁸, mais tarde alterado pelo Decreto-lei n.º39/2002 de 26 de fevereiro.

Concluimos que nos anos 90, Portugal teve como principal impulso o movimento reformista que resultou no desenvolvimento do processo de contratualização, que no setor da saúde representa um novo ciclo político de mudanças estruturais, à semelhança dos países da OCDE (Escoval, 2010). Assim, o processo de contratualização na saúde em Portugal poderá definir-se: “no contexto de uma nova política de saúde, como um processo de negociação que permite operacionalizar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e zelar pelos interesses de quem paga, directa ou indirectamente os cuidados de saúde, estando aqui implícitos a fixação de objectivos, a monitorização e avaliação” (ibid, p. 20).

Trata-se da defesa do redireccionamento das políticas sociais perante a incapacidade do Estado – Estado-Providência – para sustentar o ritmo de expansão dos seus serviços sem perda de qualidade. Por outro lado, o hospital assume um papel fundamental “pautando-se por critérios de racionalidade e eficiência, ganhando visibilidade a preocupação com a qualidade dos serviços” (Carvalho, 2003, p. 30). Não obstante, a existência legal de um estatuto jurídico hospitalar intitulado como Entidade Pública

⁸ Os Sistemas Locais de Saúde, conforme especifica o art.º n.º 2º, são constituídos “pelos centros de saúde, hospitais outros serviços e instituições, públicos e privados com ou sem fins lucrativos, com integração directa ou indirecta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde” (ibid.).

Empresarial (EPE), concebe a empresarialização hospitalar como um processo de maior amplitude. Além disso, hoje em dia alterou-se a “noção de utilizadores dos serviços de saúde assumindo-se a designação de consumidores” (Correia, 2009, p. 88) conferidas na Lei n.º 27/2002. Com vista à otimização dos recursos, as Parcerias Público Privadas (PPP), no âmbito do Sistema Nacional de Saúde “constituem um novo mecanismo de provisão e contratação da prestação dos cuidados públicos de saúde, abrangendo o nosso ordenamento jurídico, tanto os cuidados diferenciados e especializados a nível hospitalar como os cuidados primários e cuidados continuados de saúde” (Simões, 2004, p. 79) globalmente financiadas pelo Sistema Nacional de Saúde de acordo com os seus princípios edificadores – universalidade, acessibilidade, equidade e gratuitidade tendencial, baseia-se num contrato de gestão (Afonso, 2010; Carvalho, 2003; Correia, 2009; Escoval, 2010; Gomes, 2011; Valente, 2010; Santos, 1999). A partir de 2003, o modelo implementado visa “a maximização da eficiência dos prestadores, o aumento da qualidade dos cuidados e a responsabilização da gestão” (Valente, 2010, p. 26).

O XVII Governo Constitucional, através da Resolução n.º 157/2005, propõe ao nível dos Cuidados de Saúde Primários a reestruturação dos centros de saúde com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), constituídas por pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas, com autonomia e assentes também na contratualização de uma Carteira Básica de Serviços. Têm um sistema retributivo que premeia a produtividade, a acessibilidade e a qualidade; implicam o reforço e o desenvolvimento, em cada centro de saúde, de um conjunto de serviços de apoio. A criação das USF tem como principal ponto de viragem a vigilância e a promoção da saúde nas diferentes fases da vida, subdivididas em diferentes áreas: Saúde da Mulher (Cuidados Pré-concepcionais, Vigilância da Gravidez e Planeamento Familiar); Saúde do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente e Saúde do Adulto e do Idoso.

De acordo com o exposto no artigo 6º da Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, para lá dos cuidados básicos (Carteira Básica), as USF podem colaborar com outras unidades funcionais do centro de saúde da área de intervenção: em grupos da comunidade, no âmbito da saúde escolar, da saúde oral e da saúde ocupacional; em projetos dirigidos a cidadãos em risco de exclusão social; nos cuidados continuados integrados; no atendimento a jovens e adolescentes e na prestação de cuidados que se mostrem pertinentes e previstos no Plano Nacional de Saúde (Guadalupe & Gonçalves, 2009).

O Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro estabelece a criação, a estruturação e o funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), nomeadamente a definição das suas unidades funcionais, a saber: Unidades de Saúde Familiar (USF); Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e outras unidades que venham a ser necessárias (ibid.).

As políticas de proteção à infância e juventude em Portugal enquadram-se no âmbito geral das políticas setoriais. Nesta medida, pode considerar-se que o Projeto “Ação da saúde para Crianças e Jovens em Risco” assume particular relevo na reorganização organizacional e funcional em curso nos serviços públicos de saúde.

O “novo” modelo organizativo para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial teve origem numa inspeção que incidiu sobre o tema: “Atendimento e Encaminhamento, nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças e Jovens em Risco”, realizada em Janeiro de 2006 pela Inspeção-geral da Saúde. Esta inspeção revelou a escassa valorização dos Núcleos do PAFAC, a funcionar em alguns hospitais. Podemos concluir que a efetivação dos procedimentos ficou muito aquém do estipulado, devido, nomeadamente, à precariedade dos recursos e à atribuição de

mecanismos de coordenação a uma entidade fora do setor da Saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Neste contexto, através do Despacho Ministerial, n.º 3129/2008 de 5 de dezembro, surge o Projeto “Ação da Saúde para Crianças e Jovens em Risco”, relativo à constituição e criação de Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco nos centros de saúde e hospitais, coordenado pelas Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF). Assim, o “novo” modelo em estudo estabelece um conjunto de iniciativas que visam contribuir para a preparação técnica dos profissionais e valorizar, organizar e agilizar procedimentos que nesta matéria são adotados pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde que intervêm junto de indivíduos nestas idades. Pretende ainda fomentar a participação dos profissionais de saúde e das respetivas instituições no funcionamento das CPCJ, de acordo com a lei em vigor (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

Em suma, é possível concluirmos que, em geral, se tem verificado um esforço na tentativa de melhorar a organização e a gestão do sistema de saúde. Contudo, estas reformas bem-intencionadas foram, muitas vezes, implementadas de forma incompleta, quer por limitações de gestão, quer por resistência à mudança, quer ainda por descontinuidade das políticas de saúde. Há que reconhecer que ainda existe uma escassez de mecanismos formais e informais para encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde, o que conduz a situações de exclusão social no acesso aos cuidados básicos de saúde. Este facto é reforçado pelo Plano Nacional de Saúde (2004-2010, p. 100) quando refere que “as populações pobres e socialmente mais desfavorecidas continuam a sofrer de desvantagens substanciais em relação à saúde: a esperança de vida é menor, apresentam uma maior morbilidade, têm geralmente uma menor acessibilidade aos cuidados de saúde e estão também menos informadas sobre os cuidados preventivos”, onde estão incluídas as crianças e os jovens em risco psicossocial.

CAPÍTULO II. O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE COM CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO PSICOSSOCIAL

De forma a examinarmos o objeto de estudo proposto – o papel e as práticas profissionais do assistente social na saúde na proteção de crianças e jovens em risco psicossocial – torna-se necessário, neste capítulo abordar a relação histórica que o Serviço Social tem com a saúde e com as questões ligadas à infância, desde a sua gênese e institucionalização.

Neste âmbito faz-se ainda referência à importância da abordagem psicossocial no contexto da saúde, atendendo aos diferentes níveis de prevenção do mau-trato em crianças e jovens em risco psicossocial inerentes ao campo de intervenção do Serviço Social. É assim delineado o novo paradigma da Parceria e da Interdisciplinaridade que se impõe para a intervenção profissional neste domínio.

Concluimos o capítulo, expondo de forma sucinta as funções/atribuições e competências do assistente social. Para tal, recorreremos à legislação em vigor, fazendo também referência a estudos sobre o papel do assistente social na área da saúde.

2.1. A relação histórica do Serviço Social com a saúde e infância

A profissão de assistente social mantém uma relação intrínseca com a área da saúde e com as questões ligadas à infância, que têm sido e continuam a ser alvo da sua intervenção desde a sua gênese e institucionalização. Analisarmos a trajetória do Serviço Social como profissão “implica uma abordagem dos contextos sócio-históricos em que o Serviço Social se desenvolveu e a forma como os profissionais foram

respondendo às questões e aos desafios que se foram colocando na sociedade, nas várias conjunturas históricas” (Martins, 1999a, p. 45), nomeadamente na área da saúde.

Nos finais de oitocentos e primeiras décadas do século XX, o Serviço Social foi profissionalizado e institucionalizado, primeiramente, nos Estados Unidos da América e em Inglaterra, com a organização da assistência social, a criação de escolas e a abertura dos primeiros locais de trabalho para os assistentes sociais (Martins, 1999b). A institucionalização do Serviço Social iniciou-se pela mão de Mary Richmond, com a criação da primeira “Escola de Filantropia Aplicada” em 1897; dois anos volvidos, introduziu, em 1899, a formação em *Social Work*. Posteriormente, em 1917, publicou o Diagnóstico Social que então considera o primeiro método de trabalho sistematizado da prática profissional do trabalho social: consiste na construção de uma teoria da prática individualizada de intervenção em situações problemáticas. Introduziu, outrossim, “a visita domiciliária como a possibilidade de realização da prática profissional” (Martinelli, 2003, p. 10).

A profissão de assistente social nutre uma relação intensa com a área da saúde, perfazendo mesmo esta relação uma construção da própria identidade profissional. Consiste numa relação histórica datada desde os finais do século XIX e inícios do seguinte, nos Estados Unidos da América. Nessa altura Mary Richmond e Florence Nightingale tentaram demonstrar a pertinência do Serviço Social profissionalizado. Desde o início de novecentos, em Nova Iorque, os assistentes sociais trabalhavam já em equipas de saúde no tratamento e profilaxia da tuberculose. Foi, porém, em 1905 que o Dr. Richard Cabot criou o primeiro Serviço Social Médico, inserindo-o na estrutura organizacional do Hospital Geral de Massachusetts, dado que reconheceu na ação do Serviço Social um valioso instrumento, tanto para o diagnóstico, quanto para o

tratamento médico-social dos doentes; quer em regime de ambulatório, quer de internamento, era considerado indispensável às equipas de saúde.

Os assistentes sociais tiveram um longo caminho a percorrer na área da saúde para que se conseguissem afirmar profissionalmente face às demais profissões (Martinelli, 2003); “o trinómio higiene, educação e saúde, que caracterizara o Serviço Social nas suas origens, deixou marcas bastantes profundas em sua identidade e no modelo clássico de Serviço Social, no qual o relacionamento é a alma do processo” (ibid., p. 10). A expressão desta tríade e a forte vinculação entre o Serviço Social e a área da saúde inscrevem-se assim na génese desta profissão.

Em Portugal, a origem do Serviço Social remonta ao contexto do projeto social da I República, em que “são adoptadas medidas sociais, que reflectem uma certa sensibilidade para a Questão social” (Martins, 1999b, p. 46). Nesta conjuntura, conferindo à assistência e à educação grande importância, “desenvolvem-se medidas preventivas contra o crime e criam-se novos serviços como a Federação Nacional dos Amigos Defensores das Crianças e as Tutorias da Infância, destinadas a proteger os menores em perigo moral, abandonados, pobres, maltratados, desamparados ou delinquentes” (ibid.). O Serviço Social é encarado como uma forma laica de prestar assistência, dirigida particularmente para os mais pobres (incluindo as crianças), desvinculado dos valores da Igreja Católica como proposta de se profissionalizar os serviços públicos, como hospitais, instituições da assistência materno-infantil, tribunais de menores, entre outros.

Em Portugal, a emergência deste novo campo profissional na saúde surge em 1925, quando se começa a aprofundar a consciência da necessidade de uma organização eficaz dos Serviços de Higiene e Assistência (Matias, 1999). Ancoradas no projeto da Medicina Contemporânea, evidenciam-se as questões da Medicina Social, tanto pela

categoria médica quanto pelos poderes políticos, com particular destaque para a proteção materno-infantil⁹.

Sob as influências internacionais, em 1927, uma nova categoria profissional aparece para a realização do trabalho prático, subsidiária da necessidade de um profissional com conhecimentos de higiene social e de assistência sanitária¹⁰. Estes profissionais foram designados como “visitadoras sanitárias, visitadoras de higiene, visitadoras sociais, enfermeiras visitadoras, assistentes de serviço social” (Matias, 1999, p. 114). Em 1928, realiza-se o primeiro ensaio de Escola de Serviço Social, tendo por base I Congresso Internacional de Protecção à Infância e o I Congresso Internacional de Serviço Social, realizado em Paris, nesse mesmo ano, que visava a formação científica, pedagógica, psicológica e sociológica dos delegados de vigilância e dos demais trabalhadores dos Tribunais da Infância, sendo estudados os problemas do Serviço Social e a aplicação do Serviço Social de casos individuais (Martins, 1999a).

É em 1935 que assistimos à criação, em Portugal, da primeira escola de Serviço Social – o Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa – e, em 1937, a Escola Normal Social, como resposta a uma estratégia política de desenvolvimento social da zona do centro do país (Mouro, 2001). Mais tarde, em 1956, é criada a Associação de Cultura e

⁹ Aos pressupostos teóricos e ideológicos vêm aliar-se “os conhecimentos da medicina social e da natureza dos problemas médico-sociais, relativos às doenças epidemiológicas e à forma de os abordar. A medicina social parte do princípio que muitas das doenças têm causas sociais, sendo necessário a intervenção que melhorasse as condições de vida das populações e dos indivíduos em termos económicos e sociais e educacionais” (Carvalho, 2003, p. 34). As ações eram efetivadas sobretudo através da realização de conferências, distribuição de folhetos e, por vezes, concertadas com visitas domiciliárias e realização de inquéritos. O seu objetivo era pressionar o Governo para efetuar reformas a nível da saúde. Porém, na época, o Estado centrava a sua ação na comunidade, essencialmente na prevenção das doenças epidemiológicas.

¹⁰ Manuel Machado de Macedo, num artigo intitulado “Assistência” em que defende a prioridade na proteção das crianças contra a tuberculose, aponta um método para isso: a visitação domiciliária, pela visitadora da infância, cujas funções são: aconselhar sobre a alimentação, esclarecer e controlar o cumprimento do tratamentos indicados nas consultas, orientar para a obtenção de benefícios determinados pelas leis sociais e pelas associações de família e ensinar às mães os princípios essenciais de Puericultura (Matias, 1999).

Serviço Social, entidade de suporte jurídico ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto (Silva, 2006).

Na sequência de vários acontecimentos e notícias e à semelhança do que vinha a acontecer no estrangeiro, através de visitas e da participação em congressos, foi de facto na década de 50 que, em Portugal, se assiste à profissionalização do Serviço Social na área da Saúde, em plena vigência do Estado-Novo, cujo objetivo da intervenção social se constituiu no quadro de referências dos valores ético-sociais, orientados para um movimento social articulado com a necessidade de formação doutrinária e social dos laicos.

Somente nos anos 60 a profissão se torna objeto de pensamento pelos setores intelectuais da Esquerda, que a concebem como uma forma de regulação e controlo social. Neste sentido, os assistentes sociais viram-se obrigados a repensar os pressupostos teóricos e políticos da profissão. Nesta fase, o Serviço Social parte em busca da sua identidade e de conferir continuidade a novas teorias para a atuação, adotando um modelo de ação mais autónomo e tecnicista (Martinelli, 2003), tendo em vista “o redimensionamento da sua relegitimação profissional, em termos de presente e de futuro” (Mouro, 2001, p. 58), decorrente das mudanças sociais, políticas e económicas que ocorreram nos anos 70 e 80 do século XX.

Constatamos assim que a corrente higienista contribuiu para que o Serviço Social se integrasse nas organizações de saúde ao longo da sua história. A profissão possui uma relação intrínseca com a saúde e com as questões ligadas à infância, que reclama a sua origem na criação das primeiras escolas de Serviço Social, onde o assistente social conjugou a prática educativa com a intervenção normativa no mundo dos cidadãos relativamente aos hábitos de higiene e saúde e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas políticas de saúde instituídas, depositando a tónica nas

campanhas sanitárias (particularmente direcionadas para a saúde materno-infantil) e no combate das epidemias que se impõem em cada época (Bravo, 2006).

Esta política foi consolidada e teve como característica o acréscimo dos gastos com a previdência e com a assistência médico-hospitalar. A longa trajetória percorrida pelos assistentes sociais na área da saúde construiu-se passo a passo, assim como a sua identidade na relação com os demais profissionais que atuam nesse campo, ao ser implementado “um novo modelo de saúde, no qual o hospital passa a ser o centro de referência da prática médica, sendo o assistente social já considerado um profissional indispensável na equipe” (Martinelli, 2003, p. 11).

Aquele que constitui o campo original da emergência e institucionalização do Serviço Social é hoje atravessado por novas determinações e desafios. Deste modo, os formatos da organização dos Sistemas de Saúde estão intimamente associados “às possibilidades de produção e difusão dos bens e serviços de saúde, da medicina como ciência dominante, institucionalização das profissões de saúde e dos movimentos dos doentes como um movimento de consumidores” (Carapinheiro, 2001, p. 215).

Nas unidades dos serviços públicos de saúde, quer em hospitais, quer nos centros de saúde, o exercício da prática profissional do assistente social, nas suas múltiplas atividades especializadas, saberes e habilidades, organiza-se e mobiliza-se vertical e horizontalmente, coexistindo uma dualidade de poderes: o poder burocrático e o poder técnico (Matias, s/d).

Neste sentido, observamos uma intervenção fragmentada, que tem como finalidade a eficiência na recuperação dos aspetos físico-biológicos do Homem no menor espaço de tempo e com o menor gasto possível, bem como a hierarquização dos papéis profissionais (Witiuk, 2003). Neste processo, o assistente social atua como um mediador privilegiado entre a organização, o doente/família/contexto social e a equipa

de saúde, valorizando a relação humana e técnica a nível pessoal e social (Carvalho, 2003).

Em Portugal, sobretudo a partir da década de 90 do século XX, o desenvolvimento de uma política mercantilizada ao nível dos cuidados de saúde – associada a um Sistema Nacional de Saúde que nunca permitiu concretizar o direito à saúde, independentemente dos recursos – coloca alguns constrangimentos ao exercício da prática profissional do assistente social (Matias, s/d). Autores como Matias (s/d) salientam uma certa “promiscuidade” existente entre o setor público e o privado; a predominância do modelo médico curativo sem a devida atenção à promoção da saúde e aos aspetos psicossociais; a existência de grandes assimetrias regionais na distribuição dos recursos e nos níveis de cobertura e a falta de articulação entre os vários níveis de cuidados.

Fala-se, neste período, “de uma despolitização e instrumentalização do Serviço Social” (Rodrigues, Constantin, Hoven & Nunes, 2005, p. 165). As políticas sociais introduzem a ideia da contratualização como elemento incorporado no conceito de “ativação” ou de “políticas ativas” (ibid.), que representam a passagem do *Welfare* para o *Workfare*; passa-se a exigir do Serviço Social a ampliação do seu trabalho administrativo, em detrimento do trabalho profissional de relação com a população (Faleiros, 1997).

As políticas sociais começam a ser questionadas, nomeadamente as políticas de saúde, em que se verificou a articulação do projeto de saúde com o do mercado. Neste sentido, o projeto privado requisitou e ainda requisita ao assistente social, entre outros aspetos, a seleção socioeconómica dos cidadãos; a atuação psicossocial por meio de aconselhamento; uma ação fiscalizadora sobre os planos de saúde e o assistencialismo

através de uma ideologia do favor do predomínio de abordagens individuais (Bravo, 2006).

Ainda assim, este modelo de funcionamento não ilustra o facto de que, no campo da saúde “a premissa básica para o Serviço Social e fundamental para o trabalhador colectivo da saúde [...] é a centralidade do humano, expressa no reconhecimento da saúde como um direito básico de cidadania” (Martinelli, 2003, p. 14). Contudo, a história da profissão tem demonstrado que as alterações no projeto societário dominante se refletem nas condições do exercício da profissão. Assumindo algumas características específicas de determinada área de política social e das características da organização em que ocorre, muitas vezes as políticas de saúde não acompanham o desenvolvimento das outras áreas da política social (Matias, s/d).

A intervenção do assistente social situa-se num contexto de contradições entre o acesso e o não acesso; procura um conjunto de respostas imediatas, adotando uma postura de polivalência entre as necessidades e a ausência de recursos; a racionalidade social e a racionalidade burocrática; a necessidade de integrar ações e a compartimentação de respostas e a conceção biomédica hegemónica e uma conceção integrada das dimensões da vida humana, voltada para a prestação de cuidados de natureza preventiva/promocional, curativa e paliativa, articulados e adequados às necessidades de cada cidadão (Matias, s/d). Assim, a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas (Costa, 2000).

Compreendemos o modo pelo qual o Serviço Social se afirma, na contemporaneidade, como profissão e constrói conhecimento; fundamenta-se num processo dialético apreendido entre a realidade social (onde se inserem as inúmeras

manifestações da questão social) e o sujeito, aqui representado pelo assistente social, em especial inserido no âmbito da saúde. O Serviço Social encontra na “questão social”¹¹ a base da sua fundamentação enquanto especialização do trabalho.

Nesta perspectiva, a atuação do assistente social deve orientar-se para uma proposta que vise o enfrentamento das suas expressões, que se repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde. A intervenção do assistente social assume particular relevância no atendimento direto a determinadas populações na rede de serviços de saúde públicos. O assistente social vê ampliado o seu papel profissional, podendo desenvolver ações ligadas ao planeamento, gestão, assessoria, investigação, formação, recursos humanos e mecanismos de controlo social, em virtude das exigências do processo de descentralização das políticas sociais que vêm exigir ao Serviço Social atuação nestes níveis (Costa, 2000).

Tem-se verificado que os profissionais desta área, ao adotarem ações a estes níveis, tendem a não reconhecer o seu campo de trabalho e as funções exercidas em matéria do que são as suas atribuições específicas, colocando em discussão a sua desprofissionalização e, conseqüentemente, a própria reflexão profissional, o que cria condições para a emergência de uma crise de identidade profissional (Iamamoto, 2002).

Igualmente, uma das características do Serviço Social passa pelo facto de não haver emergido com a função social de produzir conhecimento, construindo um campo próprio do saber. A profissão não se construiu com base numa teoria própria, dispõe, sim, de uma história.

¹¹ A questão social é o objeto de intervenção do assistente social; aparece no final do século XIX, inerente ao processo de industrialização, tendo na desigualdade e na injustiça o seu núcleo orgânico, originada na confluência da relação capital *versus* trabalho. A questão social manifesta-se nas desigualdades sociais, desemprego, miséria, concentração do rendimento nas mãos de uma minoria, populações vivendo na periferia da sociedade, entre outras (Castel, 1998).

2.2. Abordagem Psicossocial

Numa perspetiva psicossocial, crianças e jovens em risco psicossocial são aqueles cujas necessidades básicas não são adequadamente satisfeitas, exercendo repercussões ao nível do desenvolvimento e funcionamento pessoal, como o aumento da probabilidade de desequilíbrios inter-adaptativos, criadores de situações problemáticas, a nível pessoal, familiar e social, para o desenvolvimento e o bem-estar das crianças (Casas, 1998).

Sendo os riscos de carácter psicossocial extremamente fragilizantes, especialmente para o desenvolvimento das crianças e dos jovens, a área da saúde, enquanto campo da intervenção do Serviço Social, apresenta-se como uma importante forma de intervenção face às atuais envolventes psicossociais. “A profissão de Serviço Social promove a mudança social, a resolução dos problemas nas relações humanas e o *empowerment* e a autonomia da pessoa para melhorar o seu bem-estar. O Serviço Social, através da utilização de teorias do comportamento humano e dos sistemas de protecção social, intervém nos problemas das pessoas no seu contexto social envolvente. Os princípios dos direitos humanos e da justiça social são fundamentais para o Serviço Social” (IFSW, 2000 cit em Ferreira, 2011, p. 77). Por isso, o profissional de Serviço Social não pode esquecer a declaração dos Direitos do Homem. Esta é o primeiro documento que apela à dignidade das crianças e jovens em risco psicossocial, ao respeito pelo direito à auto-determinação, promoção do direito à participação e exercício da sua cidadania, ao tratamento de cada pessoa como um todo e à identificação e desenvolvimento das suas forças trabalhando, segundo os princípios da justiça social e solidariedade social.

Assim, o Serviço Social na saúde no *campus* de intervenção da dimensão psicossocial não se centra no apoio à pessoa individualizada, mas sim na

pluridimensionalidade dos problemas sociais do ser humano, valorizando a pessoa em situação contextualizada, nos seus papéis sociais e nas redes de sociabilidades mais amplas (Carvalho, 2003).

A intervenção psicossocial é uma atividade da área das relações humanas dirigida para uma situação-problema, mediante um processo de trabalho que procura desenvolver a capacidade de resolução e o aumento de autonomia por parte do sujeito (Silva, 2001). Neste sentido, esta intervenção assenta numa proposta dialética no que se refere às várias dimensões do ser humano, ou seja, pressupõe uma visão integradora da pessoa, sem fronteiras entre o biológico, o psicológico e o social, “partindo do princípio de que a equipa de saúde integre essas mesmas dimensões no entendimento da pessoa como um todo” (Carvalho, 2003, p. 32).

Neste contexto, os eixos fundamentais e estruturadores que podem ser adotados numa relação profissional de qualidade dos serviços sociais na vertente da saúde recaem, segundo Jonhson e Côrte-Real (2000), no reconhecimento, que significa definir/perceber juntamente com o utente (criança/jovem e família) quais as necessidades, dificuldades e aspirações, enquadrando-as no contexto familiar, institucional e comunitário, para que seguidamente seja definido o tipo de intervenção necessária e a decisão sobre o tipo de processo, acolhimento ou acompanhamento; no envolvimento, que pressupõe a construção de uma relação profissional baseada na confiança, onde são definidos de uma forma não-diretiva os papéis do assistente social e do utente (criança/jovem e família), para a partilha e divisão de responsabilidades e liberdades, permitindo a participação plena e a autoavaliação profissional sobre as suas próprias condições de acompanhamento do processo de intervenção; na avaliação, que nos reporta para a avaliação das capacidades funcionais cognitivas, relacionais e de ação, efetivas e potenciais, do utente e do meio socioeconómico e cultural, exigindo,

muitas vezes, a redefinição do objeto de atuação intra e multirelacional; no planeamento, que depende das entrevistas sociais e das condições dos utentes, assim como do mapeamento (levantamento) dos recursos com vista à resolução e diminuição do problema; na aplicação, traduzida no uso dos tipos de atuação, antecipadamente planeados, segundo um consenso de decisão informada do utente e de acordo com o pacote de recursos adequados. Implica também uma intra-articulação (com os restantes profissionais) e uma inter-articulação (com a comunidade e outros profissionais), incluindo processos de intervenção social onde se procura a rentabilidade ética dos serviços e bens, disponíveis e potenciais inclusive do próprio Serviço Social; na reavaliação, que ocorre aquando a efetivação dos passos planeados, de modo a perceber a sua adequação às necessidades detetadas. Isto ocorre quando é pedido o *feedback* ao utente (autoavaliação), quando se realiza uma avaliação *in loco* (por exemplo, através da visita domiciliária) e, por último, no fim da atuação, que deverá decorrer por comum acordo, quando a pessoa já se encontra em situação de bem-estar e não necessita de acompanhamento do Serviço Social.

Assim sendo, nas situações de maus-tratos infantis, a intervenção psicossocial, por parte dos assistentes sociais, deverá ser centrada no apoio às famílias, através de programas de educação parental, visitas domiciliárias, acompanhamento às consultas materno-infantis e programas de apoio por grupos familiares anónimos, que visem a promoção das relações pais-filhos e da competência parental e a otimização do funcionamento das redes formais e informais de recursos.

No entanto, de acordo com o que foi descrito anteriormente e atendendo às debilidades do Sistema de Saúde Português atual, a intervenção psicossocial integrada nos serviços sociais na saúde não é totalmente eficaz, principalmente devido a limitações de gestão de serviços e financeiras. Assim, são necessárias estratégias de

manutenção de um modelo social, solidário e universal de atuação dos assistentes sociais no Sistema de Saúde.

2.2.1. Níveis de prevenção.

As instituições de saúde desempenham um papel fundamental na prevenção dos riscos de caráter psicossocial, promovendo a melhoria do acesso a cuidados de saúde a partir da base e a articulação de vários níveis de intervenção. Na abordagem psicossocial e cultural do mau-trato infantil, os processos e as estratégias de intervenção podem ser preventivos, de promoção e remediativos.

Neste âmbito, a prevenção primária tem como objetivo reduzir o número de novos casos identificados na população (incidência), de forma a evitar a existência de várias situações sociais, económicas, familiares, culturais e ambientais passíveis de estarem relacionadas com uma maior probabilidade de risco de mau-trato.

Esta forma de prevenção passa pela “implementação da investigação, da formação profissional, da sensibilização/informação pública [...], modificação da legislação e implementação de serviços específicos” (Alberto, 2006, p. 112). Nas unidades públicas de saúde, principalmente nos centros de saúde, a prevenção realiza-se através da consulta de saúde infantil/adolescência, de todas as crianças nascidas que fazem parte da população da sua área geográfica de influência (Biscaia et al., 2006). Este nível de intervenção concretiza-se ainda, nos serviços de saúde, através da vigilância dos cuidados com a nutrição e a higiene durante a gravidez, do desenvolvimento infantil e do plano de vacinação (Despacho Ministerial n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro).

A prevenção secundária tem como principal finalidade evitar os fatores de risco de mau-trato, atuando diretamente a nível da criança/jovem e dos pais, na tentativa de

recorrer “a formas de identificação, diagnóstico de casos e estratégias de intervenção precoce” (Gomes, Silva & Njaine, 1999, p. 172).

As estratégias de prevenção a este nível passam pela promoção do contacto de interação entre pais e recém-nascido; pelo desenvolvimento precoce de hábitos positivos de cuidados da criança na interação pais-filhos; pela educação parental; por linhas telefónicas de ajuda, vistas domiciliárias, ajuda na comunidade, garantias de emprego, redução da aceitação social da violência, suporte social para mulheres pobres, solteiras e adolescentes; pela promoção de comportamentos adaptativos da criança e jovem que contribuam para um desenvolvimento psicológico e pelos contactos com outras famílias. No campo da saúde visa a deteção precoce das situações de risco e de perigo, o acompanhamento e prestação de cuidados (Despacho Ministerial n.º 31292/2008 de 5 de dezembro).

A prevenção terciária representa a uma intervenção remediativa, tendo por finalidade “impedir a manutenção/reprodução das situações de maltrato e intervir para superar as possíveis consequências na criança/adolescente vítima” (Alberto, 2006, p. 115). Nesta intervenção, inclui-se, regra geral, o atendimento dos serviços hospitalares, de outras instituições e serviços sempre que a sua atuação se situa ao nível do tratamento e/ou reabilitação (Gomes, Silva & Njaine, 1999). Na saúde, preconiza-se a sinalização e/ou encaminhamento para outros serviços, no âmbito de uma eficiente articulação funcional, ou seja, quando necessário, avaliar acompanhar e/ou sinalizar a situação de risco a outra entidade ou nível de intervenção (CPCJ ou Tribunal) (Despacho Ministerial n.º 31292/2008 de 5 de dezembro).

Em síntese, as intervenções psicossociais dos serviços sociais no setor da saúde traduzem-se na prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais

vulneráveis, em situação de risco. No entanto, com base nos dados estatísticos apresentados no capítulo anterior, torna-se evidente que os recursos atuais não se mostram adequados aos desafios relacionados com a qualidade, efetividade e eficiência da prevenção dos maus-tratos em crianças e jovens em risco psicossocial.

2.3. Um novo paradigma sustentado na “Parceria” e na “Interdisciplinaridade”

Na área da saúde, o fenómeno social das crianças e jovens em risco psicossocial integra um leque de políticas que se têm gradualmente instituído e que requerem ao Serviço Social uma intervenção psicossocial constituída por redes de suporte formal e informal, ou seja, uma intervenção baseada na parceria entre o Estado e a sociedade civil na promoção e proteção destas crianças. Neste sentido, para fazer face a estas necessidades, tem-se assistido a uma alteração no modelo de intervenção do Serviço Social, para uma intervenção baseada na parceria e na interdisciplinaridade.

Para compreender melhor o paradigma do Serviço Social, é importante abordar os cinco níveis da prática interdisciplinar (Vasconcelos, 1997; Vasconcelos et al., 2000): a multidisciplinaridade, uma prática convencional em que profissionais de várias áreas trabalham isoladamente, geralmente, sem a cooperação e a troca de informação, a não ser coordenada de forma administrativa. A interdisciplinaridade é uma prática estrutural, implicando reciprocidade, enriquecimento mútuo e uma tendência para a horizontalização das relações de poder entre os campos envolvidos. Nesta prática, ocorre a identificação da problemática comum, o delineamento da plataforma de trabalho conjunto, a aprendizagem mútua que não se efetua pela simples adição ou fusão de conhecimentos e práticas, mas sim por uma recombinação de elementos internos. Consiste num sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos. A coordenação ocorre procedendo do nível superior com tendência à horizontalização das relações de

poder. A interdisciplinaridade auxiliar pode ser exemplificada através do recurso a manuais da especialidade que integram informação de outras áreas. A prática pluridisciplinar ocorre sempre que se existe troca de informações através de reuniões entre diversos profissionais ou com equipas técnicas, a fim de delinear formas de intervenção. Já a transdisciplinaridade implica a radicalização do nível anterior, com a criação de um campo teórico, operacional ou disciplinar de tipo novo e mais amplo, ou seja, visa criar novos tipos de profissionais com um campo de atuação mais vasto.

Neste sentido, uma intervenção social suportada por uma rede interdisciplinar, embora mais difícil por recorrer a “equipas de médicos, psicólogos, educadores e outros profissionais que trabalham no terreno com o menor e a família” (Fonseca & Pedroso, 1998, p. 28), é uma mais-valia, na medida em que permite uma ação mais eficaz e completa da intervenção social, em especial perante a realidade dos maus-tratos infantis. Ferreira (2011) também reforça a importância do desenvolvimento de um modelo de intervenção interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial. Segundo este autor, um modelo de intervenção baseado nestas características permite analisar o problema a nível interno das pessoas numa relação com o meio social envolvente. Assim, este modelo assume uma maior expressão como estratégia de ajuda e apoio social.

Assim sendo, reforçamos a importância do desenvolvimento do novo paradigma do Serviço Social na saúde, sustentado na parceria e na interdisciplinaridade, particularmente no caso dos maus-tratos em crianças e jovens, na medida em que, em caso de necessidade, um assistente social deve recorrer a profissionais de outras áreas, por exemplo, médicos, para a confirmação da ocorrência de abuso físico. O conceito de parceria encontra-se bem patente no novo paradigma da intervenção social, pelo facto de o assistente social assumir, no seu quotidiano profissional, o papel de mediador (entre utentes, famílias e instituição), percebido a três níveis: ao nível do doente e da

família; ao nível das parcerias e ao nível dos responsáveis pela definição das políticas. A esta função acresce um papel de facilitador de gestão de relações ao nível das famílias (ajuda à gestão do plano de intervenção) e da equipa multidisciplinar (Mariguêsa, 2002).

A parceria na intervenção social consiste numa função fundamental do assistente social, dado que este se apresenta como um “membro da equipa que tem vocação para estabelecer pontes, confrontando-se com os desafios que se colocam hoje aos sistemas de cuidados e as necessidades crescentes de articulação e de cooperação entre os diferentes parceiros trabalhando em rede” (Mariguêsa, 2002, p. 252).

De acordo com esta perspectiva, a intervenção do Serviço Social inscreve-se num “paradigma que traz consigo uma nova ordem organizacional no que respeita à matriz técnica/operativa, organizacional e concepção de políticas sociais” (Ferreira, 2004, p. 83). Trata-se de uma nova proposta de intervenção mais solidária, interativa e participativa, que contempla o princípio da cooperação e da transversalidade dos saberes e das respostas sociais, através da construção de redes, enquanto suporte essencial à intervenção profissional, fomentando uma articulação entre entidades públicas e privadas. A “lógica das redes assenta na diversidade, não na hierarquia, mas na multiplicidade das contribuições em pé de igualdade, por isso é a melhor ferramenta para o trabalho dos assistentes sociais com as comunidades, as organizações e os grupos sociais. Permite funcionar em parcerias para atingir os objectivos comuns através de estratégias partilhadas” (Fazenda, 2008, p. 130).

De forma a melhor compreendermos o modelo de intervenção em rede na prática profissional do assistente social, torna-se importante abordar os modelos de redes sociais existentes na sociedade. A particularidade do assistente social no modelo de intervenção em rede ocorre em quatro campos distintos: na família do sujeito em estudo e na sua relação com elementos constituintes (redes sociais primárias); na

restante rede primária (amigos, vizinhos, etc.); na rede secundária (escola, serviços, empresas) e na rede social terciária (grupos de auto-ajuda, serviços sociais).

Um modelo de intervenção baseado em redes sociais, primárias, secundárias e terciárias, implica um novo posicionamento perante a sua prática profissional, uma vez que obriga o assistente social à mudança no seu papel enquanto gestor de problemas de pessoas ou famílias. Este passa a ser um gestor dos recursos sociais de apoio, deixando de atuar a nível individual (Ferreira, 2011). Cabe-lhe, assim, promover, no seio da equipa, a implementação de instrumentos de ligação e de comunicação; estabelecer vias de acesso à informação e propor temas para a investigação em conjunto com os outros membros, de modo a suscitar novas parcerias para responder melhor à procura social (Mariguêsa, 2002).

De uma forma geral, a intervenção em rede associa-se à intervenção de parceria, como um meio de resposta ao cidadão e ao problema através da articulação e cooperação de diferentes estruturas comunitárias e, ao nível individual, através dos grupos de autoajuda. “Ao nível da rede social, os assistentes sociais referem ser uma mais-valia no encaminhamento e inserção das famílias nos programas existentes na comunidade local” (Ferreira, 2011, p. 237).

Em relação à realidade das crianças e jovens vítimas de maus-tratos, a intervenção social, baseada no novo paradigma de parceria e da interdisciplinidade, integra assistentes sociais que trabalham com as crianças; o sistema de saúde, que presta cuidados às crianças, constituindo um suporte médico de continuidade à família e funcionando como uma agência de pedagogia social; diagnóstico e intervenção relativos às situações de risco e às crianças vítimas de maus-tratos; o sistema legal e judicial, constituindo-se igualmente como agente de pedagogia social, de prevenção e punição do

mau-trato, bem como facilitador da resolução das situações conflituais entre o agressor e a vítima, pelo exercício da mediação.

No que concerne ao Serviço Social na área saúde, este novo paradigma assume especial relevância, pois “as diferenças de especializações permitem atribuir unidade à equipa, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (Iamamoto, 2002, p. 42). Portanto, ao participar no trabalho da equipa, o assistente social dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do utente dos serviços, possuindo uma competência também distinta para o encaminhamento de ações, o que o torna diferente do médico e dos demais profissionais com quem trabalha (Ferreira, 2010).

Em síntese, no novo paradigma da intervenção social, a função primordial do assistente social é estabelecer a ponte entre os familiares e os elementos da equipa, sendo este ator um profissional munido dos instrumentos técnicos que facilitam e promovem a integração e o desenvolvimento do trabalho intrainstitucional e interinstitucional.

O ponto fundamental a reter sobre a importância da utilização de intervenções sociais interdisciplinares e em parceria na saúde consiste no facto de, assim, se tornar possível proceder a uma intervenção não apenas mais abrangente, como eficaz na resposta à problemática dos maus-tratos infantis. Este tipo de intervenção deve estender-se não apenas ao nível das crianças e jovens, mas também ao do ambiente sociofamiliar que os rodeia, dado nos inserirmos numa sociedade que, ideológica e culturalmente, continua a defender a família como meio integrador da criança.

Nesta ordem de ideias, e particularmente no caso de maus-tratos em crianças, seria valorizado que as intervenções sociais se constituíssem, por exemplo, por técnicos com formação em Serviço Social, Psicologia, Saúde e Direito, de forma a se afirmarem

mais preparados para atuar ao nível do perigo, promover a segurança, a saúde, a formação, a educação, o bem-estar e o desenvolvimento integral do ser humano, bem como garantir a sua recuperação física e psicológica.

Apesar de todas as vantagens desta nova forma de intervenção, há que alertar para a existência de algumas dificuldades no desempenho profissional interdisciplinar dos assistentes sociais, devido ao desconhecimento que outros profissionais ainda revelam sobre o seu papel. Por outras palavras, em razão do escasso número de assistentes sociais, coloca-se a impossibilidade da realização do apoio psicossocial a todos os que recorrem aos serviços de saúde (Witiuk, 2003).

2.4. Competências e funções/atribuições do assistente social na saúde

Ao propormos a identificação da especificidade de um campo intervenção como o da área da saúde ao nível da proteção de crianças e jovens em risco psicossocial, importa identificar as competências profissionais requeridas ao assistente social. De acordo com Carvalho (2003, p. 43), a “competência remete-nos para saberes, saber fazer, saber ser [...] num sentido mais amplo para a qualidade e capacidades mobilizadas ou mobilizáveis no exercício das actividades profissionais, capacidades que são cognitivas, sociais, físicas [...]. A palavra de ordem é saber mobilizar, ou seja, ser capaz”. O autor salienta ainda “a especificidade do saber teórico, entendido como a formação de base académica; para o saber fazer – prática/refletida – progressão no conhecimento e para o saber ser, entendido como a capacidade de resolução de problemas em determinados contextos” (ibid., p. 45), designadamente com sujeitos de intervenção do contexto da saúde. Ou seja, ser assistente social na esfera da saúde, onde o profissional coloca o seu saber em ação na análise de determinadas necessidades,

potencialidades e competências sociais, implica que este articule o seu saber profissional com o dos restantes membros da equipa.

O assistente social insere-se no interior do processo de trabalho em saúde, como um agente de interação entre os diversos níveis do Sistema Nacional de Saúde e com as demais políticas sociais setoriais (Costa, 2000). A ação do assistente social na saúde pauta-se por um modelo de intervenção social de casos¹², o qual tem vindo a ser construído pela prática quotidiana da abordagem psicossocial. Jonhson e Côrte-Real (2000) apresentam, de forma preliminar, as funções genéricas do Serviço Social na Saúde, a saber:

- Acompanhamento psicossocial: ação dirigida ao indivíduo, à sua família, a outros membros da rede pessoal de suporte e a grupos sociais-alvo. É um processo interventivo, baseado na relação profissional de compreensão e de compromissos mútuos para promover a autonomia de decisão informada; fomentar a intersubjetividade emocional e funcional do indivíduo e da sua família; capacitar a interdependência ativa das várias redes de pertença e de suporte; reforçar capacidades relacionais, cognitivas e sociais, estimulando a assunção de novos papéis ou a recriação dos existentes rumo a um bem-estar funcional e efetivo¹³;
- Articulação qualificada: ação com as redes formais e informais de apoio, na esfera individual e coletiva, que implica um processo de prospeção e mapeamento dos recursos comunitários e a concretização no sentido da

¹² O Serviço Social de Casos é “um método de relacionar-se com o outro, na descoberta da natureza conjunta do indivíduo que está sendo ajustado, e do que ele procura na situação presente e no próprio relacionamento do Serviço Social” (Guerra, 2001, p. 278).

¹³ Perfazem eixos obrigatórios deste processo de intervenção o real interesse pelo utente, a postura de escuta ativa, a observação e o estabelecimento de uma relação profissional inspiradora, fundada na confiança implícita (Jonhson & Côrte-Real, 2000).

constituição de redes de parceria circunstanciais (ou temporárias) ou estruturais, formais ou/e informais, dotadas de flexibilidade suficiente para responder ao trinómio: recursos/necessidades/direitos e deveres;

- Supervisão, investigação e humanização: as três grandes funções aqui reconhecidas ao Serviço Social são as de supervisão técnica e orientação didática, a de investigação e conceção de processo, métodos e técnicas de intervenção e, por fim, a de contribuir para a qualidade e a humanização dos serviços de saúde e para a satisfação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde;
- Participação política: implica ter uma consciência crítica do imperativo ético de os assistentes sociais cumprirem a função de participarem ativamente na definição, promoção e concretização das políticas de saúde e (de proteção à infância), assim como das normas organizacionais, formais e informais, da instituição onde se inserem.

Segundo Couto (1998), relativamente às competências/atribuições previstas para os assistentes sociais, estes caracterizam-se por serem profissionais de apoio psicossocial aos doentes e às suas famílias; os responsáveis pela articulação e interserviços de saúde e pela interface desses serviços (exterior ao sistema).

Magalhães (2004) refere que, no âmbito dos maus-tratos infantis, as funções principais dos assistentes sociais são investigar e avaliar as situações suspeitas de maus-tratos infantis; identificar as necessidades das crianças e das famílias; elaborar planos de intervenção que respondam às carências diagnosticadas; criar condições de suporte psicossocial para a criança/jovem e sua família; apoiar o desenvolvimento do projeto de vida do menor; impulsionar o apoio domiciliário a fim de manter a criança/jovem no seio da família e do seu contexto de pertença; sensibilizar a criança/jovem e a família

para o plano de intervenção, através da informação contínua dos benefícios, motivando-os e explicando-lhes os procedimentos; monitorizar o caso, garantindo a continuidade e a coordenação das várias fases do processo de intervenção a nível da cooperação intrainstitucional e intersectorial, e por último, elaborar os relatórios sociais e participar em programas de prevenção de maus-tratos infantis.

Constatando a necessidade de atribuir algumas indicações quanto ao papel destes profissionais, o Departamento de Modernização e Recursos de Saúde emitiu um conjunto de funções que se afiguram pertinentes no contexto de saúde, exercidas nas instituições hospitalares e nos centros de saúde, nomeadamente através da Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro, que vêm reforçar o que foi mencionado anteriormente. Compete, assim, ao assistente social:

- Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio dos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico social;
- Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a elaboração prévia de planos de intervenção social;
- Participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respetivos serviços ou estabelecimentos;
- Definir, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária na área de influência;
- Analisar, seleccionar, elaborar e registar a informação no âmbito da intervenção profissional e da investigação científico-profissional;
- Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade;

- Envolver e orientar utentes, famílias e grupos de autoconhecimento na procura de cuidados adequados às suas necessidades;
- Articular-se com os restantes profissionais dos serviços ou estabelecimento para melhor garantir qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados;
- Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças/jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão.

O assistente social, no campo das suas competências profissionais com menores em risco, tem, segundo Ferreira (2004), a atribuição de efetuar: o estudo social da situação; o diagnóstico e a proposta de medidas de intervenção e acompanhamento. Estas competências tornam-se efetivas se a intervenção social originar e reforçar mudanças em diferentes planos da vida do indivíduo, das relações interpessoais, da família e do grupo, bem como a utilização dos recursos coletivos pelo indivíduo, dos organismos que se ocupam destes indivíduos e da legislação social. Como fases para a intervenção social, Ferreira (2011) propõe determinar o problema social (percebendo as suas causas, o porquê e a quem se refere); analisar a situação (o que envolve recolha de informação sobre a situação, incluindo o levantamento dos recursos institucionais e dos serviços de suporte à situação/indivíduo); avaliar preliminar e operacionalmente a situação (para elaborar um esquema de trabalho e de conhecimentos); desenvolver a ação (definindo o nível de intervenção: individual, familiar, institucional e comunitária) e aferir os resultados (verificando as mudanças produzidas na situação, no sentido de reajustar os objetivos iniciais, se necessário).

No novo enquadramento definido pelo Despacho Ministerial n.º 31292/2008 de 5 de dezembro, a ação dos serviços de saúde na promoção e proteção de crianças e jovens em risco psicossocial passa a usufruir de um estatuto especial, no qual se

enquadram as atribuições/competências do assistente social, assumindo este um papel complementar, visto que a prestação de cuidados e de apoio psicossocial assenta numa equipa multiprofissional que inclui médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros técnicos. Os profissionais que integram as equipas dos núcleos, além de se debruçarem sobre a prevenção primária e secundária do fenómeno, têm ainda como funções prestar consultoria aos profissionais/equipas que lidam diretamente com as situações e dinamizar o funcionamento das redes de interlocução a nível interno, no centro de saúde ou hospital, e a nível externo, com os parceiros da comunidade, apoiando-os no acompanhamento dessas situações, através da elaboração, para cada caso e a partir das necessidades identificadas, do “Plano de Intervenção de Apoio à Família”.

Apesar de todas as funções determinadas e legisladas, nem sempre se traduz fácil a sua aplicabilidade na prática profissional do assistente social, sobretudo devido a factores externos, como, por exemplo, a limitação financeira, de recursos humanos e/ou materiais. Neste panorama, deve este profissional mostrar-se apto a compreender a realidade social, adotando uma posição crítica frente à realidade e tendo as capacidades teórico-metodológicos, ético-políticas e técnico-operativas para a compreender e operar numa correlação de forças (Faleiros, 1997).

O Serviço Social possui outras funções essenciais e fundamentais na execução das políticas sociais dos direitos dos menores, especialmente as presentes na Lei de Promoção e Proteção das Crianças e Jovens em Perigo. Isto quer dizer que o assistente social “face à participação da sociedade nos direitos das crianças deverá assumir uma nova atitude, atitude integracionista das várias sensibilidades do saber, dada a sua especial vocação e poder para a evolução sócio-cultural a qual se faz contínua e gradualmente e por patamares culturais, dada abertura da actual sociedade portuguesa” (Neto, 2002, p. 14). À profissão de assistente social é atribuído um duplo papel: “estar

dentro do sistema como interveniente e fora do mesmo como observador; agir com empenho e reflectir, observar e pesquisar” (Knoch, 2003, p. 24).

Na área da Proteção de Crianças e Jovens, do Ensino, da Saúde, da Família e Laboral, a intervenção social deve obedecer justamente ao princípio do “interesse superior da criança”, sem prejuízo da consideração devida a outros interesses legítimos. Deverá atender-se prioritariamente aos interesses e direitos da criança (Rocha, 2009). O assistente social constitui parte integrante da equipa, o que lhe permite acolher, acompanhar e apoiar psicossocialmente todas as situações, sendo propício o desenvolvimento de competências sociais na população com quem trabalha, mobilizando os recursos internos e externos, necessários ao seu bem-estar (Carvalho, 2003). De acordo com Andrade (2001, p. 220) “o que na verdade interessa perceber reside na articulação do agir do assistente social com o agir dos destinatários da intervenção profissional, e também na rede de relações de oposição e de convergência que se engendra, na ligação que se estabelece com o campo de poder instituído e na capacidade instituinte destes sujeitos colectivos”. São agentes do verbo “agir” os assistentes sociais e os destinatários das suas ações, que compõem a “atualidade”, que acionam o processo de fazer passar algo meramente possível a um bem efetivo no *campus* e *modus operandi* do Serviço Social, no que toca, neste caso, a saúde de crianças e jovens em risco psicossocial.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresentamos as opções metodológicas, a abordagem qualitativa, as questões orientadoras e objetivos de investigação, os processos de constituição do grupo de participantes da pesquisa e o instrumento de recolha de dados elaborado – a entrevista semi-estruturada como forma de aceder ao conhecimento/experiência profissional dos participantes e análise de conteúdo como técnica de análise e tratamentos dos dados. O capítulo finaliza com as considerações finais sobre algumas questões que poderão ser úteis para a prática e com referências a aspetos relevantes para futuras investigações.

3.1. Caraterização da investigação

No decorrer de um projeto de investigação, podem ser adotadas metodologias de diversas modalidades que se agrupam em dois conjuntos fundamentais: investigação quantitativa, ligada a questões de mensuração, definições operacionais, variáveis e estatística, e investigação qualitativa, que enfatiza a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das perceções pessoais (Bogdan & Biklen, 1994). Assim, torna-se, antes de mais, essencial definir qual o paradigma mais adequado para abordar o problema sobre o qual incide a presente pesquisa. A natureza deste projeto que, por não se basear em teorias prévias, mas sim em dados observados; por não se preocupar tanto com uma generalização dos resultados, privilegiando antes a descrição e compreensão de dados recolhidos com base em contextos específicos, livres de expressão de ideias particulares do problema em questão, justifica que a opção recaia sobre o paradigma qualitativo (ibid.).

Para Olabuénaga (2003), encontrar o foco central de toda a análise qualitativa assenta na busca do significado. A definição desse significado corresponde, em princípio, a uma demarcação concetual aberta a múltiplos sentidos, quanto quer ao conteúdo, quer à compreensão do significado dos discursos. Este tipo de análise visa o conhecimento e a compreensão de significados e interpretações dos atores sociais relativamente às situações e acontecimentos em que estão envolvidos. Logo, a abordagem deste estudo pretende privilegiar a perspetiva dos atores sociais, representada pela “pesquisa no campo dos significados atribuídos ao sujeito no processo saúde/doença, morte/vida, inclusão/exclusão” (Martinelli, 2003, p. 16), que, na investigação, é desempenhada pelo assistente social inserido na área da saúde.

A investigação qualitativa foi efetuada por meio de um estudo exploratório e descritivo, uma vez que contém características essenciais da metodologia qualitativa. Deste modo, o presente estudo baseia-se em três pressupostos principais, suportados pela fundamentação teórica. O primeiro pressuposto consiste no facto de o papel de mediador e facilitador do assistente social ser fundamental para a interação profissional, permitindo uma reflexividade constante, não obstante a evolução das atribuições/competências deste profissional na saúde, especialmente no âmbito das equipas multidisciplinares que trabalham com crianças e jovens em risco psicossocial. Desta forma, “o lugar do Serviço Social na área da saúde é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de acções cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares” (Martinelli, 2003, p. 12).

O segundo pressuposto baseia-se na intervenção do Serviço Social na saúde, a qual deve ocorrer na dimensão “psicossocial”, ou seja, não se resumir a uma intervenção individualizada, fazendo, antes, uma “abordagem global”, tendo em vista o

acompanhamento das crianças nos seus papéis sociais e nas suas redes de sociabilidades mais amplas (Carvalho, 2003).

Por último, esta investigação assenta ainda num terceiro pressuposto, de que o “novo” enquadramento definido pelo Despacho Ministerial n.º 31292/2008 de 5 de dezembro, sobre a ação dos serviços de saúde com crianças em jovens em risco psicossocial, se sustenta no paradigma da “Parceria” e da “Interdisciplinaridade” que, no âmbito das políticas públicas sobre esta matéria, impõe uma nova intervenção profissional para o Serviço Social (Ferreira, 2011).

Nestas circunstâncias, a importância da problemática em estudo, e a consequente justificativa pela escolha do tema deste trabalho, prende-se com o facto de incidir sobre uma nova política introduzida nos serviços de saúde prestados a crianças e jovens em risco psicossocial, visando dar uma resposta adequada e efetiva à presença da problemática dos maus-tratos infanto-juvenis. Por outro lado, por advogar a neutralidade possível do papel assumido pelo investigador, esta pesquisa visa contribuir para uma melhor compreensão do Serviço Social, discernindo, nomeadamente, se, no domínio da saúde, tem uma especificidade própria, se as suas atribuições/competências diferem de serviço para serviço ou, ainda, se, independentemente do contexto, refletem uniformidade, progressos e eficiência na prevenção do fenómeno.

3.1.1. Questões de investigação

As questões de investigação representam o ponto de partida, orientador de um processo partilhado de construção de informação, no qual o destino não passa seguramente pela aferição de normas ou por tentativas de estabelecer generalizações. O objetivo desta pesquisa assenta na necessidade de estabelecer relações entre esta nova

medida de política social, designada de Projeto “Ação da Saúde para Crianças e Jovens em Risco”, e as suas implicações para o papel e para a prática profissional do assistente social na saúde.

Tendo em vista a problemática do estudo, formulámos as seguintes questões orientadoras de investigação:

- Quais as implicações da reorganização e do funcionamento dos serviços de saúde prestados a crianças e jovens em risco psicossocial no papel e na prática profissional do assistente social?
- Quais as competências/atribuições da prática profissional do assistente social neste domínio?
- Terá o Serviço Social no contexto da saúde uma especificidade própria no atendimento a crianças e jovens em risco psicossocial?

3.1.2. Objetivos de investigação.

Para responder às questões orientadoras de investigação previamente enunciadas, estabelecemos como objetivo geral deste estudo o seguinte: Compreender as implicações da reorganização e do funcionamento dos serviços de saúde prestados às crianças e jovens em risco psicossocial no papel e na prática profissional do assistente social.

Para atingir o objetivo geral, formulámos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o “novo” modelo organizativo dos serviços de saúde para o atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial, a partir da perspetiva do assistente social;

- Identificar, nas unidades em que as novas orientações já foram implementadas, que implicação trouxe a adoção deste “novo” modelo de organização para o papel desempenhado pelo assistente social;
- Identificar as competências/atribuições gerais e específicas do assistente social, no contexto da saúde, ao nível da promoção e proteção de crianças e jovens em risco;
- Verificar se, no âmbito do “novo” modelo organizativo, a intervenção do assistente social se situa preferencialmente a nível da prevenção primária, secundária ou terciária;
- Analisar a articulação entre os assistentes sociais e os demais profissionais entre os diferentes serviços de saúde e os serviços da comunidade implicados na intervenção de promoção e proteção das crianças e jovens em risco psicossocial.

3.2. Processo de amostragem teórica

Dada a natureza do objeto e dos objetivos desta investigação, optámos por um processo de amostragem cujo principal critério não foi o número/representatividade estatística dos participantes, mas o grau de profundidade do seu conhecimento acerca do objeto de estudo.

Nesta perspetiva, entendeu-se que os participantes escolhidos deveriam ser informantes privilegiados no conhecimento de um determinado conjunto de experiências profissionais. Nesse sentido, foi selecionado um grupo de participantes com base na sua experiência de contacto direto com crianças e jovens em risco psicossocial nos serviços públicos de saúde. Acabou por se definir como universo de análise os assistentes sociais a exercer a sua atividade profissional em unidades públicas de saúde do distrito de Braga.

Inicialmente, optámos por constituir um grupo composto pelos assistentes sociais que integraram as equipas do Projeto-piloto intitulado: “Ação da Saúde para Crianças e Jovens em Risco” relativo à criação e funcionamento dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco implementados no distrito de Braga em 2007. Estas instituições de saúde foram escolhidas pelo conhecimento/experiência profissional que os assistentes sociais que trabalham nestas equipas detêm sobre o fenómeno, tendo-se definido como critério de seleção o requisito de um mínimo de cinco anos de experiência neste contexto de trabalho.

Numa segunda fase de constituição do grupo de estudo, recorreu-se à técnica de bola de neve, inquirindo-se outros profissionais que, no decurso das entrevistas foram identificados pelos sujeitos inicialmente selecionados. Neste tipo de técnica, o investigador pretende, segundo Marconi e Lakatos (1990), estudar uma população específica, os chamados “casos excepcionais”.

No total, participaram nesta pesquisa oito assistentes sociais: quatro atuando a nível dos Cuidados de Saúde Primários com crianças e jovens em risco psicossocial e os outros quatro nos Cuidados de Saúde Diferenciados e Hospitalares (Serviços de Pediatria, Consultas e Serviços de Urgências Pediátricas) no distrito de Braga.

3.3. Caracterização dos participantes

Os participantes desta investigação revelaram-se agentes privilegiados do processo de intervenção com menores em risco no contexto de saúde. Esta constatação fundamenta-se em duas ordens de razão: em primeiro lugar, estes profissionais têm uma grande experiência de trabalho na saúde com crianças e jovens em risco, quer pela idade, quer pelos anos de serviço (Quadro 2); em segundo lugar, a maioria já trabalhou noutras áreas, o que lhes permite serem detentores de um conhecimento mais

aprofundado sobre um conjunto de medidas e dispositivos neste domínio, inscrito num quadro mais amplo de políticas sociais.

Quadro 1. Dados socioprofissionais dos participantes

N.º de entrevista	Idade	Tempo de serviço na área da Saúde	Outras áreas em que trabalhou	Serviço/departamento
E1	36 anos	8 anos	IPSS (5 anos) Segurança Social (1 ano e meio)	Projetos com minorias étnicas, sem abrigo, toxicodependência; Gestão de equipamentos; Projetos transnacionais; Ação Social (RMG e Assessoria aos Tribunais)
E2	42 anos	10 anos	IPSS (6anos) Segurança Social (4 anos)	Crianças com deficiência; Ação Social
E3	52 anos	8 anos	Segurança Social (18 anos)	Ação Social
E4	49 anos	10 anos	IPSS (3anos) Autarquia/ Desenvolvimento Local (10 anos)	Crianças com deficiência; Ação Social
E5	49 anos	14 anos	Segurança Social (8 anos)	Ação Social
E6	51 anos	25 anos	_____	_____
E7	55 anos	12 anos	Segurança Social (6 anos) IPSS (3 anos) Estabelecimento Prisional (18 meses) UCP Biotecnologia do Porto (2 anos)	RMG; Deficiência; Gabinete do Aluno;
E8	38 anos	11 anos	_____	_____

A observação atenta do Quadro 2 permite verificar que os entrevistados têm idades compreendidas entre os 36 e 55 anos de idade, uma experiência profissional na área da saúde que varia entre os 8 e 25 anos e uma experiência de trabalho noutros sectores, com principal destaque para a área da Segurança Social no Departamento de

Acção Social, Rendimento Mínimo Garantido (RMG), projetos com minorias étnicas e na Assessoria a Tribunais).

É também importante destacar a ligação de alguns profissionais entrevistados a Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), nomeadamente, à intervenção com crianças portadoras de deficiência e outras áreas com menor prevalência, embora de grande relevância, como é o caso de profissionais que estiveram associados ao Desenvolvimento Local (Autarquias), Estabelecimento Prisional e ao Gabinete de Apoio ao Aluno. Existem ainda aqueles que sempre trabalharam nos Serviços de Saúde.

Concluimos que este grupo de participantes é *sui generis*, ou seja, por um lado, é constituído por profissionais com um conhecimento mais amplo, dada a experiência que possuem noutras áreas de intervenção, nomeadamente na Segurança Social; por outro lado, uma minoria vê a consolidação da sua prática profissional confinada a um só espaço de ação – o da saúde –, o que pode trazer certas vantagens e, simultaneamente, algumas limitações, visto que a problemática das crianças e jovens em risco psicossocial é multifacetada e complexa.

3.4. Recolha de dados

Após a definição do universo do estudo, os dados foram recolhidos através da realização de entrevistas semiestruturadas. Estas baseiam-se num esquema ou guião flexível que apesar da estrutura, há espaço de manobra para alguma ambiguidade controlada (Ghiglione, 1997).

De acordo com Olabuénaga (2003), o acesso aos dados diretos para perceber o que ocorre realmente numa situação concreta é uma condição necessária e insubstituível, não sendo, contudo, fácil ou cómoda. A entrevista “fornece indícios sobre o sistema de valores, emotividade e atitudes; reconstitui processos de acção e de

mudança e denuncia os elementos em jogo e as suas relações, ajudando à compreensão dos fenómenos” (Pardal & Correia, 1995, p. 66).

A técnica da entrevista consiste, por isso, em conversas orais individuais, a fim de obter informações sobre os factos, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspetiva dos objetivos da recolha da informação.

Selecionámos este método de recolha de dados, uma vez que se trata de um trabalho cujo método científico se situa no domínio indutivo, não se pretendendo verificar, no campo empírico, a confrontação da informação recolhida com o quadro teórico, mas sim explorar o discurso dos entrevistados, de forma acrescentar outros aspetos não presentes na literatura. A investigação das implicações da reorganização e do funcionamento dos serviços de saúde prestados às crianças e jovens em risco psicossocial no papel e na prática profissional do assistente social coloca inúmeros desafios. Assim, a entrevista semi-estruturada apresentou-se como uma técnica privilegiada na compreensão do conhecimento/experiência profissional dos entrevistados, visto que é entendida como uma estratégia de abordagem dialética.

Tendo em conta os princípios éticos e deontológicos que orientam este tipo de investigação, os participantes foram informados dos objetivos do estudo antes de obtermos o seu consentimento informado para participarem nesta investigação. Foi assegurado o anonimato da informação recolhida. Deste modo, os entrevistados foram numerados de 1 a 8, ou seja, entrevistado n.º1, entrevistado n.º2, entrevistado n.º3, entrevistado n.º4, entrevistado n.º5, entrevistado n.º6, entrevistado n.º7 e entrevistado n.º8 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8, respetivamente).

As entrevistas foram realizadas no período de Novembro a Dezembro de 2010, posteriormente gravadas e transcritas com a permissão dos entrevistados.

De acordo com os objetivos e a abordagem escolhida, foi adotado um guião constituído por um conjunto de questões abertas, que serviu de orientação para o aprofundamento das questões de investigação. A elaboração do guião de entrevista (Apêndice 1) baseou-se em dois grandes temas pré-definidos: conhecer o processo de concretização e funcionamento dos Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e perceber o papel do Serviço Social na área da saúde na promoção e proteção de crianças e jovens em risco psicossocial.

O guião da entrevista está dividido em quatro partes: a primeira é constituída por questões que visavam recolher informação de carácter socioprofissional dos participantes na investigação. A segunda é dedicada à caracterização do “novo” modelo organizativo dos serviços de saúde para o atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial, a partir da perspetiva dos assistentes sociais que trabalham neste domínio. A terceira parte tem em vista identificar as competências/atribuições gerais e específicas do assistente social na saúde em matéria de infância e juventude, nomeadamente se há: a) partilha dessas competências/atribuições independentemente de o seu trabalho se realizar num centro de saúde ou num hospital; b) uniformidade e progressos ao nível da prática profissional; c) mudança na perspetiva e no âmbito de trabalho do assistente social depois da implementação desta política; d) um trabalho junto da população em geral, promovendo as suas condições de vida, ou junto das populações de risco, procurando evitar a ocorrência de situações de perigo ou, ainda, procurando minimizar as repercussões dos acontecimentos de maus-tratos ou de outros perigos já identificados. Por último, a quarta parte refere-se à operacionalização do trabalho em equipa inter e intrainstitucional, pretendendo-se verificar a que níveis da prática interdisciplinar se opera a articulação entre os profissionais e as equipas e outras entidades da comunidade

relevantes nesta matéria, de forma a demonstrar a eficiência deste contexto, enquanto entidade com competência em matéria de infância e juventude.

3.5. Procedimentos de análise e tratamento de dados

O material empírico recolhido nas entrevistas foi integralmente transcrito pela investigadora. Esta transcrição permitiu, deste logo, uma primeira imersão no material, ocorrendo numa alternância entre dois planos em interação: decorrente do grupo de questões pré-definidas no guião da entrevista; e da descoberta, mediante um processo indutivo a partir da construção de esquemas de interpretação, inferência e da evolução do próprio processo de análise dos dados, em simultâneo com a confrontação do quadro teórico (Guerra, 2006).

Os dados recolhidos no decorrer da pesquisa não respondem *per se* às questões de investigação, como tal necessitam de ser tratados. Vala (1986), citando vários autores, entre os quais Bardin (1977), Cartwrihth (1953) e Krippendort (1980), refere que a análise de conteúdo, como técnica de suporte de análise das entrevistas, permite a descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto na comunicação, permitindo também fazer inferências válidas e replicáveis do contexto estudado. Desta forma, existe um diálogo permanente entre a recolha e a interpretação, tendo sido *a posteriori* efetuada a respetiva análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (1977, p. 31), a análise de conteúdo define-se como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações (quantitativos ou não) que aposta no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade do seu objecto”. Neste estudo de carácter exploratório e natureza descritiva, seguimos os passos de uma análise categorial temática que compreenderam: a organização dos dados; a pré-análise, que consiste numa leitura superficial (flutuante) – trata-se de um primeiro encontro com

o material, podendo resultar num primeiro processo de interpretação, de extração de perspectivas e significações acerca do mesmo –, e a codificação, que pressupõe leituras exaustivas do mesmo e a possibilidade de fazer recortes de falas, a partir de unidades de registo e das unidades de contexto.

No campo de análise das entrevistas “ser a frase para a palavra e o parágrafo para o tema” significa que as unidades de registo correspondem às frases e as unidades de contexto aos parágrafos dos discursos dos inquiridos. A unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar as unidades de registo e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões são superiores às unidades de registo. O processo de interpretação e de codificação obedece a uma análise das categorias de acordo com a sua pertinência e relevância, podendo ser cortadas, fundidas ou anexadas noutras categorias. Segundo Maroy (1995), a categoria é uma ideia presente num conjunto de unidades de análise (frases, parágrafos, etc.), sendo, portanto, o processo categorização mais geral, englobante e concetualmente mais denso. As categorias são definidas de forma exaustiva e explícita, sem que este processo seja rígido nem estanque. Nesta análise de conteúdo, utilizou-se, como unidade de registo, a semântica, nomeadamente efetuando-se uma análise categorial temática (Ghiglione, 1997; Bardin, 1977).

CAPÍTULO IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é dedicado ao estudo empírico. Aqui apresentam-se, interpretam-se e integram-se teoricamente os resultados a partir da descrição do sistema de categorias e sub-categorias resultantes da análise de conteúdo dos dados.

Na apresentação dos resultados desta investigação, optámos por compilar num único capítulo os dados e a respetiva interpretação e discussão de resultados. Pareceu-nos este o modelo que melhor se adaptaria à natureza do material empírico e ao carácter hermenêutico que pretendemos imprimir a este estudo. Assim, as categorias serão apresentadas, descritas e definidas, recorrendo-se aos discursos dos assistentes sociais que exemplificam e traduzem a definição da categoria, contribuindo para uma visualização mais facilitada do processo indutivo e interpretativo realizado.

A partir da análise dos dados recolhidos emergiram, num primeiro momento, dois temas centrais presentes no guião da entrevista – processo indutivo – referentes aos Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco e ao papel do Serviço Social na saúde na promoção e proteção de crianças/jovens em risco psicossocial. Num segundo momento, através de um processo de interpretação e codificação das categorias inerentes ao discurso dos entrevistados, por inferência, emergiu um terceiro tema relacionado com a operacionalização do trabalho em equipa inter e intrainstitucional, necessário para descrever as experiências dos sujeitos investigados no contexto da saúde na promoção e proteção de crianças e jovens em risco psicossocial. Estes subdividem-se em dez categorias e nove subcategorias (Quadro 3).

Quadro 3. Sistema de categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo dos dados

Temas	Categorias	Subcategorias
A. Os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	A1. Caracterização do modelo	Objetivos da medida
	A2. Dificuldades relacionadas com a implementação da medida	
	A3. Avanços em termos de intervenção	
B. O papel do Serviço Social na saúde na promoção e proteção de crianças e jovens em risco psicossocial	B1. Atribuições/competências do assistente social	Etapas do processo de intervenção
	B2. Partilha de competências/atribuições pelos assistentes sociais nas unidades públicas de saúde	
	B3. Mudança de perspetiva e âmbito de intervenção do assistente social	Uniformização de competências/atribuições
	B4. Níveis de prevenção em que se situa a intervenção do assistente social	Prevenção primária
Prevenção secundária		
Prevenção terciária		
C. A operacionalização do trabalho em equipa intrainstitucional e interinstitucional	C1. Níveis da prática interdisciplinar	Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade
	C2. Progressos na articulação do trabalho em equipa	Alterações a nível da intervenção
	C3. Avaliação dos contextos de saúde em matéria de infância e juventude	Eficiência dos serviços de saúde enquanto entidade de primeiro nível de intervenção

Como já foi referido anteriormente este capítulo encontra-se dividido em duas partes: a apresentação dos dados obtidos através da entrevista e uma segunda parte referente à interpretação e discussão desses dados.

4.1. Descrição dos temas, categorias e subcategorias

Tema A: Os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

Este tema engloba as expressões mais significativas dos entrevistados relativamente aos Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco implementados nos Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares em unidades públicas de saúde. Incluem-se aqui as referências aos principais objetivos desta medida de política social, assim como as dificuldades sentidas na prática pelos assistentes sociais relativamente à implementação e ao funcionamento do “novo” modelo organizativo dos serviços de saúde em matéria de infância e juventude e aos avanços em termos de intervenção verificados neste domínio pelos inquiridos.

Em relação a este tema, o entrevistado n.º 2 (E2) refere que, com base na “[...] Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, já se previa que a saúde tivesse um papel de grande relevo na primeira linha de intervenção nas situações de risco. Mas o “Projeto Ação dos Serviços de Saúde para crianças e Jovens em Risco”, emanado pela Direção-Geral de Saúde (DGS), vem definir de uma forma mais adequada e autónoma o papel da saúde a este nível. Relativamente à organização do próprio serviço, surgiram determinadas orientações com o objetivo de definir um modelo de trabalho em rede entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Diferenciados e Hospitalares, não esquecendo, quando necessário, a articulação com outras entidades na intervenção de situações de risco/perigo [...]” (E2).

Categoria A1: Caracterização do modelo

Nesta categoria estão presentes os discursos que agrupam os principais objetivos da medida identificados pelos assistentes sociais. Todos os entrevistados referem que esta nova proposta de trabalho visa “a deteção precoce das situações de risco, daí que a criação destes núcleos [...] e a sua prevenção a nível primário e secundário”(E1), bem

como o “[...] desenvolvimento um trabalho interno e externo multidisciplinar na prevenção dos maus-tratos [...]. [N]o fundo, é responsabilizar mais os serviços de saúde nesta matéria antes de as situações serem simplesmente encaminhadas para as CPCJ [...]”(E8).

Categoria A2: Dificuldades relacionadas com a implementação da medida

Nesta categoria incluem-se todos os aspetos referidos pelos participantes relacionados com as dificuldades relativas ao funcionamento da medida, como o atraso na sua implementação e a falta de profissionais para a construção das equipas, resultado da falta de tempo e de recursos humanos e materiais. São apresentadas várias dificuldades experienciadas pelos entrevistados:

“[...] as instituições têm que disponibilizar tempo aos profissionais e um espaço próprio de trabalho para o núcleo [...].” (E2).

“[...] aqui a equipa do NACJR não funciona, porque nunca foi verdadeiramente constituída [...]” (E5).

“[...] falo na afetação de horas, tempo, um espaço próprio e recursos humanos e materiais, mas pelo que conheço ainda nada funciona devido à reorganização dos serviços [...]” (E7).

De acordo com o contexto de trabalho, estas dificuldades nos Cuidado de Saúde Primários, segundo os inquiridos são ainda mais visíveis na instabilidade do quadro de pessoal, que se deve à nova reestruturação de serviços.

“[...] a captação para as Unidades de Saúde Familiar (USF), para as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), etc. Não sabem muito bem onde vão ficar. [...] qual a integração da estrutura orgânica dos serviços, nomeadamente, como estão a ser organizadas em termos de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) [...] e qual a

estrutura que deveria enquadrar os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco [...]” (E1).

“[...] O que me parece que veio colocar algumas dificuldades para uma prática mais defeituosa [...] foi esta reorganização por serviços e por unidades. São Unidades de Saúde Personalizadas (USP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e os doentes sem médico que não têm nada a ver com esta reorganização e articulação [...] Eles proporem um NACJR por ACES, isso aqui não se justifica porque é uma área geográfica extensíssima [...]” (E8).

Em contexto hospitalar: “Atualmente o núcleo funciona mais de modo informal, uma vez que ainda não foi feita uma divulgação e sensibilização das pessoas por parte da instituição para a sua existência [...] Mas, a grande falha verifica-se sobretudo ao nível de articulação. A nível externo, nos hospitais, ainda não conseguimos estabelecer protocolos com os NACJR dos centros de saúde da nossa área geográfica [...]; os elementos das equipas dos NACJR são excelentes interlocutores pela relação privilegiada de proximidade que têm com a população para fazerem o respetivo acompanhamento” (E2).

“Embora este hospital não tenha integrado o Núcleo do PAFAC, nem o projeto-piloto relativo à criação dos núcleos, constituímo-nos como núcleo em 2008. Do ponto de vista legal e funcional, já somos considerados um núcleo [...]” (E4).

Categoria A3: Avanços em termos de intervenção

Esta categoria está relacionada com as vantagens identificadas pelos participantes, depois da implementação da medida. Com base nos dados obtidos, observámos que esta modalidade de trabalho permitiu melhorar o funcionamento interno, ao nível do trabalho multidisciplinar e da articulação interinstitucional, bem

como resultou num maior envolvimento e sensibilização dos profissionais para com a problemática dos maus-tratos em crianças e jovens. O entrevistado n.º 4 (E4) defende que “[...] este modelo veio responsabilizar os profissionais e torná-los mais atentos [...] no desenvolvimento do trabalho em equipa multidisciplinar e na articulação interinstitucional [...]”(E4). O entrevistado n.º 5 (E5) afirma ainda que o modelo “[...] permitiu inclusive uma maior sensibilização dos profissionais [...]”(E5), sendo esta opinião reforçada pelo entrevistado n.º 8 (E8), menciona que “[...] agora nas unidades de saúde os profissionais começam a ter mais sensibilidade para com a problemática dos maus-tratos em crianças e jovens [...]” (E8).

Segundo os inquiridos no contexto hospitalar os avanços em termos de intervenção são mais significativos:

“Houve uma reorganização do núcleo anterior do Projeto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC) que funcionava desde 1999 [...]. A nível hospitalar conseguimos dar uma resposta mais organizada e estruturada, porque esta medida veio definir determinadas orientações que na prática [...] têm um impacto positivo. [...] Os Pediatras sabem que existe uma linha telefónica, que é a do Serviço Social, utilizada pelo Serviço de Urgência quando há necessidade de intervenção” (E2).

“[...]. Do ponto de vista legal e funcional já somos considerados um núcleo desde 2008. A medida prevê reuniões semanais e a Consulta de Risco Social de Pediatria e de Neonatologia que ocupa uma tarde por semana [...] temos também uma base informática com todos os processos sociais e com o respetivo indicador social de risco [...] Mas, acho que se conseguiu um avanço em termos de funcionamento e de articulação entre os profissionais [...]; os ganhos tem se refletido, em termos de prática, no desenvolvimento do trabalho em equipa e na articulação interinstitucional [...]” (E4).

“Embora este hospital não tenha integrado o Núcleo do PAFAC, nem o projeto-piloto relativo à criação dos núcleos, antes de sermos constituídos como núcleos já tínhamos iniciado a Consulta de Neonatologia – consulta de risco [...] Em 2007, quando surgiu o documento, o número de núcleos que existiam e as experiências-piloto que existiam, nomeadamente os Núcleos dos PAFAC, já alguns hospitais eram experiência-piloto e passaram a ser obrigatoriedade de alargamento a todos os hospitais [...] a Consulta de Risco já existia, fui eu que a pedi a pedido das instituições externas. Foi o próprio Serviço Social, com o chefe de Pediatria, que criou a Consulta de Risco. [...] Fizemos um trabalho ligado à Comissão de Humanização (uns projetos), fizemos visitas domiciliárias, chegámos a fazer assim um trabalho muito articulado internamente [...] No nosso hospital, o núcleo está implementado desde 2008 com uma equipa multidisciplinar [...]. Quer dizer [...], foi legislado um trabalho que em grande parte já era feito, só que não era um trabalho tão reconhecido e agora está mais estruturado, mais organizado; nós fazemos reuniões internas e entre os parceiros [...]” (E6).

“[...] havia uma articulação direta com o Ministério Público, com a Delegada do Instituto de Medicina Legal e entre nós e o Tribunal de Família e Menores [...], no hospital, não tínhamos tão presente a presença do núcleo, mas havia um trabalho de articulação em termos dos técnicos na sinalização do risco, dos menores em risco que era absolutamente muito bom. Tínhamos e temos a Consulta Social que é composta pelo assistente social, médico pediatra, uma pediatra da Pediatria de Adolescentes e uma enfermeira [...]; desde 2007, somos um núcleo adaptado que funciona de forma informal” (E7).

Tema B: O papel do Serviço Social na saúde na promoção e proteção de crianças e jovens em risco psicossocial

Este tema refere-se às atribuições/competências do assistente social no contexto da saúde na promoção e proteção de crianças e jovens em risco psicossocial. A partir das respostas fornecidas pelo grupo pesquisado, inserem-se aqui as seguintes categorias:

Categoria B1: competências /Atribuições do assistente social

Nesta categoria, estão incluídas as produções das participantes relativas às etapas do processo de intervenção, de acordo com as funções que desempenham neste contexto. As funções descritas englobam os seguintes conteúdos:

“[...] deteto uma situação de risco, não faço encaminhamento sem fazer avaliação; essa avaliação pressupõe o apoio psicossocial [...] pode implicar a articulação com outras entidades [...] com a família restrita e alargada, falar com o médico, enfermeiro, professor, etc.” (E1).

“[...] as competências do assistente social na saúde passam por um conjunto de funções que incidem na aplicação de certas medidas da política social [...]”(E2).

“[...] nós trabalhamos o caso, o caso numa perspetiva humanista e de reabilitação, através de um plano de acompanhamento psicossocial que definimos” (E3).
[...] O assistente social é um executor de funções” (E3).

Categoria B2: Partilha de competências/atribuições pelos assistentes sociais nas unidades públicas de saúde

Estão presentes, nesta categoria, os discursos produzidos pelos assistentes sociais, relativos à partilha de atribuições/competências dos mesmos, nos serviços públicos de saúde. Constatámos que as atribuições/competências são transversais a

todas áreas de intervenção e essa partilha verifica-se ao nível de recursos, funções e métodos e metodologias de intervenção em Serviço Social.

“A intervenção neste domínio só é possível através da partilha de competências [...] nós somos executores de políticas sociais [...]” (E3).

“[...] o assistente social, regra geral, não tem competências que lhe são próprias para trabalhar neste domínio [...] tem uma *praxis* e formação comum a todas as áreas, tem que se adaptar ao seu contexto de trabalho [...]” (E2).

“[...] em conformidade com a sua formação e experiência profissional, as atribuições do Serviço Social são transversais a todas as áreas e as suas competências são adquiridas e adaptadas ao contexto em que trabalhamos [...]” (E5).

Categoria B3: Mudança de perspetiva e âmbito de intervenção do assistente social

Nesta categoria, os discursos dos participantes estão divididos: metade dos entrevistados refere que não houve qualquer mudança, mas, no futuro, com as novas orientações da política dos núcleos, a intervenção do assistente social tenderá para a uniformização de procedimentos. Os elementos que constituem e os que possam vir a integrar os núcleos poderão “[...] desenvolver um trabalho em equipa assente na multidisciplinaridade [...]” (E1) e “[...] criar uniformização de procedimentos de intervenção, supervisão [...]” (E4).

A outra metade menciona que a mudança de perspetiva e o âmbito de intervenção do assistente social não estão relacionadas com a implementação do “novo” modelo de intervenção, mas sim com as transformações sociais, económicas, políticas e ideológicas que ocorreram ao longo dos tempos, com impacto na prática profissional, nas próprias políticas de saúde e da infância, principalmente na forma como estas são

adotadas pelas instituições e operacionalizadas pelos assistentes sociais e outros profissionais.

“[...] mudam os serviços, mudam os gestores e as direções, depois depende de cada grupo e de cada profissional [...] o que interfere muitas vezes no trabalho multidisciplinar [...]” (E3).

“[...] cada um trabalha a sua própria metodologia e procedimentos no âmbito da formação geral em Serviço Social que teve [...]” (E6).

“[...] estão relacionadas com [...] a evolução da realidade social, o contexto de trabalho e o perfil pessoal e profissional de cada um [...]” (E7).

Categoria B4: Níveis de prevenção em que se situa a intervenção do assistente social

Nesta categoria incluem-se os enunciados dos inquiridos que dizem respeito aos níveis de prevenção em que atua o assistente social na saúde com crianças e jovens em risco psicossocial. Agrupa três subcategorias: a prevenção primária, a prevenção secundária e a prevenção terciária.

“Na prevenção primária, nós temos que jogar por antecipação; quando uma criança vai nascer e se tem um familiar problemático [...], relativamente à prevenção secundária, obviamente que aí, se já existe algum sinal ou indicador de risco que se mantém, tem que se acompanhar a situação em termos de visita domiciliária, de vigilância nas consultas [...]; quando chegamos à intervenção terciária já vamos ter que intervir juntamente com as CPCJ [...]” (E1).

“[...] a nossa intervenção realiza-se na prevenção primária, na secundária onde já é identificado o risco e na terciária em situações de perigo iminente, com carácter de urgência [que] são encaminhadas para os tribunais [...]” (E3).

Tema C: A operacionalização do trabalho em equipa intrainstitucional e interinstitucional

Encontram-se, neste tema, as descrições dos participantes que agregam as categorias referentes ao trabalho de articulação efetuado entre os profissionais de Serviço Social e as equipas e com outras entidades da comunidade.

Categoria C1: Níveis da prática interdisciplinar

Nesta categoria, são abordados os níveis da prática interdisciplinar, tendo sido identificados dois níveis, de acordo com os inquiridos: a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade.

“Já estamos habituados a trabalhar em equipa [...], muitas vezes nem passamos a informação formalmente, refletimos a situação em conjunto, com a equipa da CPCJ [...]” (E1).

“[...] desenvolvemos um trabalho interministerial (...), um trabalho multidisciplinar” (E2).

“[...] faço parte da comissão restrita e nesse papel sou chamada a desenvolver um trabalho de articulação a nível interno e externo [...], por exemplo, a Comissão de Proteção visa a articulação dos vários serviços representados”(E5).

Categoria C2: Progressos na articulação do trabalho em equipa

Nesta categoria, incluem-se todas as referências dos participantes associadas aos progressos relacionados com a articulação do trabalho em equipa, que contemplam as

alterações existentes na intervenção dos assistentes sociais, depois da implementação da medida.

“Têm-se vindo a desenvolver novas competências ao nível de articulação interna e externa, com a criação de novos instrumentos de trabalho e estruturas de apoio [...]” (E2).

“[...] e a uniformização de procedimentos na área do Serviço Social [...]” (E6).

Categoria C3: Avaliação dos contextos de saúde em matéria de infância e juventude

Presentes nesta categoria estão todos os conteúdos relativos à eficiência dos serviços de saúde enquanto entidades de primeiro nível de intervenção na promoção e proteção dos menores em risco. Segundo a maioria dos assistentes sociais, a avaliação da intervenção neste contexto é positiva.

“[...] permite fazer uma avaliação da sinalização e identificação da situação ao núcleo no internamento, consulta e urgência quanto ao diagnóstico do tipo e identificar a existência do mau-trato [...]” (E2).

“[...] penso que podemos vir a ter ganhos em termos de estruturação e monitorização da intervenção [...]” (E3).

Após a descrição do quadro do sistema de categorias e subcategorias resultante da análise dos dados passamos de seguida à interpretação e discussão dos resultados.

4.2. Interpretação e discussão dos resultados

Os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

Tal como foi referido no enquadramento teórico, o Projeto “Ação da Saúde para Crianças e Jovens em Risco”, com início 17 de abril de 2007, visa dar uma resposta

adequada e eficiente à problemática das crianças e jovens em risco psicossocial nas unidades públicas dos serviços de saúde. As instituições de saúde, detentoras de particular conhecimento dos riscos psicossociais, passam a ter, neste contexto, responsabilidades na deteção de fatores de risco e de sinais de alarme na sinalização de situações de crianças e jovens em risco, ou em evolução para o verdadeiro perigo (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Segundo alguns entrevistados, havia, por um lado, falta de controlo e de monitorização e, por outro lado, falta de conhecimento e de informação até concetual do que é o risco em crianças e jovens. Por isso, é fundamental reforçarmos a importância de ser obrigatória a formação para todos os elementos que vão integrar as equipas dos núcleos. Neste contexto, o conhecimento/experiência profissional dos assistentes sociais acerca da nova metodologia de intervenção torna-se interessante para esta investigação. Esta nova política caracteriza-se por um conjunto de objetivos que visam reestruturar uma prática que até então não estava legislada, com concretização formal, através do Despacho Ministerial n.º 3129/2008 de 5 de dezembro, no quadro de medidas previstas pela Lei n.º 147/99 de 1 de setembro.

Caracterização do modelo

Pretendemos, aqui, apresentar as primeiras reflexões proferidas pelos assistentes sociais em relação à nova medida de política social introduzida nos serviços públicos de saúde para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial. Segundo os inquiridos:

“A proposta basicamente vem atribuir um papel de maior responsabilidade aos serviços de saúde na promoção e proteção de crianças e jovens em risco e perigo. Segundo as novas orientações, nesta matéria, a saúde tem que assumir um papel mais

relevante na prevenção e deteção precoce de situações de risco social, de modo a evitar a sinalização das situações de mau-trato, negligência, abuso sexual, etc., para as instâncias de segunda linha. Pretende-se promover a cooperação entre profissionais e a complementaridade entre as instituições; através do trabalho multidisciplinar, dar visibilidade e criar oportunidades para reconhecer o papel dos intervenientes no processo de intervenção. Trata-se de uma nova estruturação do trabalho que vem corresponsabilizar os profissionais através da monitorização e avaliação [...]” (E2).

“[...] esta proposta da Direcção-Geral de Saúde (DGS) foi a criação de equipas multidisciplinares [...], pretendendo juntar numa só equipa profissionais da área da Medicina, Enfermagem, Saúde Mental e/ou Serviço Social, no caso dos hospitais, [havendo] a possibilidade de integrar um jurista numa equipa que se pretende pela sua multidisciplinaridade ser capaz de avaliar, de analisar, detetar precocemente as situações das crianças e jovens em risco e de saber também informar [...] tanto na comunidade como nos serviços, abordar a problemática e sensibilizar para a problemática e fazer formação dos profissionais [...]” (E5).

De facto, a opinião dos oito entrevistados é unânime ao defender que este modelo visa, globalmente, a reestruturação dos serviços de saúde, reunindo profissionais de várias áreas e colocando-os num contexto de responsabilidades partilhadas em matéria de infância e juventude. Perante os discursos, este modelo vem atribuir maior responsabilidade aos serviços públicos de saúde, no sentido de implementar uma intervenção que corresponsabilize muito seriamente os profissionais, principalmente, os médicos, os enfermeiros, os assistentes sociais e outros profissionais de saúde. Ora, vejamos:

“[...] responsabilizar e corresponsabilizar [...], nomeadamente, os profissionais de primeira linha [...] a assumirem também a sua responsabilidade enquanto gestores

de situações de risco que podem facilmente ser trabalhadas a este nível antes de se fazer, simplesmente, uma referenciação às CPCJ [...], até porque os NACJR (dos hospitais e centros de saúde) o que preconizam é que sejam um serviço de consultoria dentro das unidades de saúde e não uma CPCJ. Não é isso [...]; o que eu acho é que [...] o que se pretende com a criação dos núcleos é conseguir, de uma forma mais estruturada e se calhar até mais formalizada, nomeadamente, com os Planos de Apoio à Família (PIAF), que esta intervenção até seja muito mais facilmente monitorizada e que haja uma corresponsabilização dos profissionais” (E1).

“A saúde é um espaço privilegiado para termos conhecimento ou para despistar situações de risco ou potencialmente de risco [...]. Isto teoricamente [...]; se há situações que possam evidenciar qualquer tipo de risco (...), a política é que a deteção seja efetuada o mais precoce[mente] possível [...] e que se uniformize formas de trabalhar e de registo [...]” (E3).

“ [Este “novo” modelo] visa a prevenção e deteção da problemática dos maus-tratos e a proteção de situações de perigo. Visa também, uma uniformização dos procedimentos, para todos os profissionais de saúde que trabalham com estas situações. As orientações são abrangentes, quer a nível Clínico e de Enfermagem, quer a nível do Serviço Social e mesmo na área da Saúde Mental” (E4).

“[...] a base da criação destes núcleos teve origem num estudo efetuado pela Direção-Geral de Saúde, onde se deram conta da baixa sinalização de situações pela saúde, o que de alguma forma mostrava, atendendo aos números conhecidos nas Comissões de Proteção e nos Tribunais, que a saúde não estava a corresponder à deteção precoce das situações, daí que a criação destes núcleos tem a ver com isso, num serviço que é considerado de primeira linha e de primeiro nível [esperava-se] que subissem as sinalizações numa fase precoce, tendo nós a resposta à criança logo a partir

do nascimento, quando surgem as situações sinalizadas pelas escolas que habitualmente é o maior, é a entidade que mais sinaliza situações, sabendo nós que a criança entra para a escola só aos 6 anos, alguma coisa falha atrás não é?” (E5).

“Basicamente, esta legislação tenta o quê? Dar resposta para que as instituições se articulem de melhor forma – para quê? Para dar uma resposta adequada à criança e a jovens em risco através de um trabalho em equipa que se prevê multidisciplinar? [...] [E] esta legislação surgiu mais para isso, mas também para uma maior articulação entre as instituições, embora já existisse legislação nessa área, não na criação dos núcleos, mas na área das crianças e jovens em risco. Penso que o objetivo principal desta medida é a deteção mais precoce dos casos, um trabalho mais criterioso relativamente às situações com maior responsabilidade, quantos mais técnicos trabalharem a situação e forem conhecedores da situação, o trabalho concretizado para a criança e para o jovem será diferente [...]” (E6).

Com base em tudo que foi relatado, podemos concluir que o Serviço Nacional de Saúde atravessa, em várias vertentes, um processo complexo de reorganização estrutural e funcional relacionado com a nova filosofia de prestação de cuidados de saúde à população em geral, assente no processo de contratualização de serviços, quer nos Cuidados de Saúde Primários, quer nos Cuidados de Saúde Diferenciados e hospitalares, que se foi instituindo ao longo das últimas décadas, não sendo exceção no que toca à intervenção com crianças e jovens em risco psicossocial, com implicações na concretização do quadro de medidas de política social mais amplo para a saúde e para a infância.

Se atendermos aos modelos de prestação de cuidados de saúde instaurados nas unidades públicas deste setor, desde a Reforma de 1971 até à atualidade, enunciados ao longo do ponto 1.4. (capítulo I) da fundamentação teórica que sustenta este estudo,

podemos afirmar que os núcleos que estão integrados nos centros de saúde se enquadram nos novos modelos organizativos dos Agrupamentos de Centros de Saúde de Unidades Integradas de Cuidados de Saúde e nos hospitais (na modalidade de Entidades Públicas Empresarias e de Parcerias Público-Privadas). Em ambos os casos, além da racionalização e eficácia na distribuição dos recursos, tem-se em vista ganhos em saúde, com menor gastos e aumento de qualidade nos serviços prestados. Estes denominadores estabelecem uma política de mercantilização e de empresarialização no acesso e direito à saúde, ficando comprometidos os princípios da universalidade, generalidade e gratuidade (Constituição da República de 1976). Assistimos, deste modo, à concorrência entre os prestadores públicos e privados com a supremacia do mercado e a diminuição do papel do Estado. Isto deve-se à insustentabilidade do Estado-Providência para responder às inúmeras manifestações da “questão social”, o que exige um redimensionamento das políticas sociais de saúde e de proteção à infância.

O “novo” modelo organizativo dos serviços de saúde para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial, surge neste cenário e é um dos reflexos destas mudanças que se operam no contexto da sociedade contemporânea - designada por Beck (1992) de sociedade de risco -, espaço onde a Saúde Infantil ganha um lugar de destaque entre os diferentes grupos da população que se encontram numa situação de desfavorecimento, desproteção exclusão e vulnerabilidade social, como é o caso das crianças e jovens em risco psicossocial, provenientes de contextos familiares de risco e/ou perigo, estão regra geral, inseridas em famílias que não apresentam competências parentais cognitivas, relacionais e sociais para desempenharem o seu papel de cuidadores e garantir da satisfação das necessidades básicas da criança/jovem - a alimentação, educação, saúde, segurança, etc.

A premência de uma melhor sistematização e maior efetividade das ações no domínio da prevenção das situações de risco em crianças e jovens denota preocupação para que, com a introdução desta nova medida de política social, se proceda à reformulação dos procedimentos tidos como adequados até então nesta matéria, sendo o “novo” modelo caracterizado pelos assistentes sociais entrevistados por um conjunto objetivos cuja implementação visa a prevenção e a detecção precoce das situações de risco, a avaliação, monitorização e a uniformização de procedimentos. Nesse sentido, significa que a nova proposta de trabalho pretende responsabilizar e corresponsabilizar os profissionais de saúde ao criar um órgão de consultoria e assessoria dentro das unidades de saúde, composto por uma equipa multidisciplinar constituída por várias áreas (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, podendo ainda existir a possibilidade de integrar um jurista), capaz de sensibilizar e estabelecer canais de comunicação entre as instituições de saúde e os profissionais menos atentos para esta realidade. Por outras palavras, propõe-se criar um conjunto de mecanismos na tentativa de se reduzir a sinalização do número de casos para as entidades de segundo nível (CPCJ) e para as de terceiro nível (Tribunais) de intervenção. Estas só devem ser chamadas a intervir quando estiverem esgotados todos os mecanismos de intervenção das entidades do primeiro nível, conforme está previsto no quadro de medidas da Lei n.º147/99 de 1 de setembro, cumprindo-se assim os princípios da subsidiariedade, intervenção precoce e intervenção mínima imprescindíveis na prevenção do fenómeno e na identificação da coexistência de fatores de risco, proteção e de agravamento/crise de vida, com particular importância na efetivação da política de proteção que norteia a dimensão operativa das práticas sociais.

Dificuldades relacionadas com a implementação da medida

De acordo com os dados obtidos, verificámos a existência de algumas dificuldades relacionadas com a implementação do “novo” modelo organizativo dos serviços de saúde para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial, em especial nos Cuidados de Saúde Primários. Os discursos mencionados permitem-nos perceber que os núcleos ainda não se encontram em pleno funcionamento, embora no domínio hospitalar os trabalhos se encontrem numa fase mais avançada.

“Essa medida era suposta já estar a funcionar em pleno. Já foi lançada desde 2007, alegadamente com um plano de formação estruturado. O que acontece? [...] [N]ós estamos na fase pré-preparatória da implementação disto. Isto tem um atraso brutal em termos de cronograma para o lançamento, ou seja, uma tentativa de relançamento desta medida, porque algo que se preconizava era ter o seu projeto-piloto em 2007, ainda está no final de 2010, altura em que deveria estar a funcionar em pleno. Ainda há muitos técnicos sem formação e não existe uma plataforma informática a nível nacional para a monitorização e para o tratamento uniforme dos processos, nomeadamente, para a criação do Programa de Intervenção e Apoio à família [PIAF]” (E1).

Tendo em conta o universo dos sujeitos pesquisados e o seu contexto de trabalho, verifica-se que, nos Cuidados de Saúde Primários, a reestruturação dos serviços em curso representa a principal dificuldade na implementação da medida devido aos seguintes aspetos:

- integração dos centros de saúde nos Agrupamentos de Centros de Saúde;
- mudança da estrutura orgânica e funcional dos serviços que resultou na criação de várias unidades: Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Personalizadas e as Unidades de Recursos

Assistenciais Partilhados, sendo o objetivo desta reforma centralizar e agrupar os serviços, através da avaliação e monitorização.

Como refere o entrevistado n.º 3 (E3), nesta reorganização o importante são “ [...] os números, ao pedir números está a obrigar [...]; vamos ter que responder [...] têm objetivos. [...], não podem ter listas de espera e com os menores, eles vão ter que estar sinalizados,” (E3), procura-se a racionalização dos recursos. Corre-se assim o risco de perder a relação de proximidade com os utentes que, pela modalidade de prestação de serviços, passam a ser tratados como “ potências clientes”, coexistindo o poder burocrático e o poder técnico em que se verifica a articulação do projeto de saúde com o do mercado, estamos em presença de “movimentos dos doentes como um movimento de consumidores” (Carapinheiro, 2001, p. 215).

Por outro lado, o contexto hospitalar, antes da implementação desta medida, já contemplava esta realidade, principalmente os hospitais que integraram o Projeto do PAFAC. Segundo os inquiridos, a principal dificuldade reside na articulação com os Cuidados de Saúde Primários da respetiva área geográfica, pela proximidade que mantém com a população na sua perspetiva são um contexto privilegiado, a deteção e prevenção do risco.

De facto, a grande viragem na política de saúde, no que se refere à proteção de menores em risco ocorreu na década de noventa do século XX (Lei de Bases da Saúde (em particular, a alínea (c) do n.º 1 da Base II), aprovada em Agosto de 1990, veio considerar as crianças e os adolescentes como dois dos “grupos sujeitos a maiores riscos” e preconizar a tomada de “medidas especiais” para ambos. Nota-se que os Núcleos do PAFAC, emitido em Agosto de 1992, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º30/92 foram uma «tentativa falhada» por parte dos serviços de saúde para responder à realidade das crianças maltratadas (Afonso, 1998), de forma pouco

sustentável. O que se verifica nos discursos, atendendo à experiência profissional dos assistentes sociais, é que cada serviço tinha a sua própria forma de se organizar e de responder ao problema. Neste âmbito realçamos a estratégia positiva do projeto que consistiu em atribuir importância ao contexto hospitalar, como sendo um espaço privilegiado para a deteção e prevenção do fenómeno. A nova proposta de trabalho, agora, ainda em fase de implementação pretende consolidar e retomar os princípios de intervenção do então PAFAC, generalizando-se a todas as unidades públicas de saúde.

O atraso deve-se à dificuldade na construção das equipas, à sobreposição de tarefas profissionais devido à falta de tempo (afetação de horas) e falta de recursos (criação de um espaço próprio e aquisição de um plataforma informática de registo a funcionar em rede) indispensáveis para a uniformização, avaliação e monitorização da intervenção, sendo que ainda existem elementos sem formação. Para além das dificuldades atrás referidas, independentemente do contexto de trabalho, os enunciados produzidos demonstram que essas dificuldades são comuns aos profissionais que trabalham no contexto hospitalar e nos Cuidados de Saúde Primários. Nestes últimos, a formação de equipas tem sido o principal constrangimento, devido à reorganização dos serviços, principalmente com integração dos centros de saúde nos Agrupamentos de Centro de saúde com a criação de um conjunto de unidades, e à falta de recursos humanos e materiais. Esta dificuldade na formação das equipas fica bem registada nas respostas dos participantes.

A este propósito, o entrevistado n.º 3 (E3) salientou um aspeto muito importante: a formação é essencial para todos os elementos da equipa, pois nem todos têm o mesmo conhecimento prático sobre esta realidade, até mesmo na definição do conceito do mau-trato e do risco, no uso dos termos e na linguagem. “ [...] Não há a sensibilização e a atenção necessária dos profissionais para este tipo de problemática. Eu acho que esta

medida vem obrigar os profissionais a repensarem esta questão e a terem canais de comunicação que sejam eficazes [...]” (E3).

É um facto que o carácter multifacetado e complexo de que o risco social é investido na sociedade em que vivemos leva-nos a questionar esta falta de conhecimento por parte dos profissionais, quer do ponto de vista concetual, quer ao nível da prática profissional. Mais do que compreender os riscos, é também necessário para a intervenção dos profissionais de saúde que vão integrar as equipas dos núcleos conhecerem os reportórios interpretativos para a sua definição (Spink, 2001).

A assunção de diferentes aceções sobre o risco social na infância, na perspetiva dos inquiridos, reside na diferença entre as várias áreas de atuação, “as especialidades são diferentes e, por isso, assumimos papéis e posturas diferentes de acordo com a nossa formação e experiência profissional [...]” (E2). Aqui existe unanimidade no que toca a importância de que o perfil pessoal e profissional dos elementos que integram ou vão integrar as equipas dos núcleos assume particular relevância no funcionamento da medida. Para os assistentes sociais, “[...] as políticas são efetivadas pelos profissionais e dependem da sua formação, da sua experiência profissional, da perspetiva e da forma como acreditam; têm que acreditar na medida, mais do que isso, para eles, as crianças têm que ser uma referência no seu contexto de trabalho [...]; realmente quando nós não sentimos que algo é importante para nós, o nosso investimento em termos profissionais não é o mesmo. O funcionamento da medida vai depender do perfil de cada profissional e daquilo que se espera dele” (E7).

Em suma, os conteúdos produzidos refletem unanimemente o facto de ainda não ser possível determinar de forma exata e precisa o ponto em que se o funcionamento da medida, sendo a sua principal dificuldade refletida em termos de cronograma nas fases da sua implementação.

Isto decorre da falta de controlo e monitorização do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido. No âmbito desta mudança organizacional e funcional em curso, mesmo nos Cuidados de Saúde Primários, onde o impacto é mais visível, previa-se que o projeto fosse implementado ao longo de cinco fases: a preparatória, implementada no ano de 2007, que tem por base a redação dos documentos de suporte ao projeto, de carácter processual e organizativo, a preparação do sistema de informação e formação das equipas; a experimental, que representa o início da sua concretização, com a implementação do projeto-piloto em centros de saúde e hospitais a considerar; a de alargamento, a decorrer de janeiro até junho de 2008, em que seria integrado um segundo conjunto de centros de saúde e hospitais; a de generalização, com início em julho de 2008, com a criação e entrada em funcionamento dos núcleos em toda a Rede de Cuidados de Saúde Primários e dos hospitais de atendimento em idade pediátrica, com avaliação de dezembro de 2008 a junho de 2009; e, por último, a de consolidação, que visava assegurar a continuidade de funcionamento e desempenho dos núcleos através de um processo contínuo de avaliação e monitorização, de forma a responder adequadamente a este fenómeno, com pleno funcionamento em 2010 (Direção-Geral da Saúde, 2007), o que, efetivamente, ainda não se concretizou em 2011.

Em 2010, os trabalhos ainda se encontravam na fase pré-preparatória (criação do documento técnico, construção das equipas e formação dos profissionais) e na experimental (implementação do projeto-piloto que, nos centros de saúde ainda não funciona). A reorganização organizacional e funcional, em curso, exige que a intervenção na área da saúde com crianças e jovens em risco psicossocial seja enquadrada nos novos modelos organizativos dos Agrupamentos de Centros de Saúde (Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro), do mesmo modo que a reformulação estrutural das unidades de saúde hospitalares, nomeadamente as unidades locais e

centros hospitalares, têm que ser tomadas em consideração neste processo de implementação (Despacho Ministerial n.º 31292/2008 de 5 de dezembro).

Avanços em termos de intervenção

Na opinião dos assistentes sociais, o “novo” modelo que entrou em funcionamento traz um novo rumo para os serviços de saúde em termos de intervenção com crianças e jovens em risco psicossocial. Nos Cuidados de Saúde Primários, os discursos dos inquiridos ficam pelo registo da opinião, porque no universo pesquisado ainda não foram formadas as equipas dos núcleos.

Na perspetiva dos assistentes sociais esta medida é vantajosa, visa a criação de um organismo que responda eficazmente ao problema dos maus-tratos com uma melhor adequação dos serviços públicos de saúde. É uma metodologia de trabalho que vai permitir o envolvimento direto e sensibilização de todos os profissionais, principalmente nos Cuidados de Saúde Primários. Neste contexto as áreas de enfermagem e médica ainda não estão muito atentas para esta realidade; exige o desenvolvimento de um trabalho em equipa, baseado numa reflexão entre diferentes especialidades e o registo da intervenção passa a ser obrigatório numa plataforma informática que vai permitir o cruzamento de dados e de informação entre as diferentes instituições públicas de saúde, sendo assumido um compromisso para com a problemática das crianças e jovens em risco por parte dos profissionais.

Nos Cuidados de Saúde Diferenciados e Hospitalares, os assistentes sociais já se fundamentam em dados concretos e registam avanços significativos em termos de intervenção. Segundo os entrevistados, em alguns casos, os núcleos já não são uma novidade, uma vez que houve uma reorganização do Núcleo do PAFAC. Nos excertos produzidos, ressalta também a ideia de que os hospitais, antes da implementação desta

medida, já contemplavam uma modalidade de trabalho organizada em torno das crianças e jovens em risco, independentemente de terem estado integrados ou não no Projecto do PAFAC e o projeto-piloto. Embora não fossem do ponto de vista legal e funcional considerados um núcleo, criaram a Consulta de Risco social de Pediatria e Neonatologia, a pedido das instituições externas. Trata-se de uma consulta multidisciplinar que envolve o médico Pediatra, a especialidade de Neonatologia, o assistente social, o enfermeiro de Pediatria e, por vezes, um pedopsiquiatra. Os profissionais têm conhecimento da existência de uma linha telefónica, que é a do Serviço Social, utilizada pelo Serviço de Urgência quando há necessidade de intervenção. Havia também “[...] uma articulação direta com o Ministério Público, com a Delegada do Instituto de Medicina Legal e entre nós e o Tribunal de Família e Menores [...]”(E7).

O significado atribuído pelos assistentes sociais em contexto hospitalar em relação a esta nova medida realça importância da definição de normas e procedimentos de intervenção e de competências/atribuições para os diferentes grupos profissionais, que até à implementação do “novo” modelo não estavam legislados. Em alguns casos no contexto pesquisado funcionava tudo de modo informal, mas com um elevado grau de organização e sistematização informação, as situações eram sinalizadas ao Serviço Social através de indicadores de risco social definidos internamente pelas equipas, o que não acontece nos Cuidados de Saúde Primários. Apesar de desenvolverem um trabalho significativo nesta área os núcleos foram constituídos a partir de 2008.

Para os inquiridos, na sequência deste projeto e da reorganização em curso nos serviços de saúde, os profissionais passaram a ter um papel mais ativo em matéria de infância e juventude. Os núcleos, regra geral, são constituídos por um(a) médico(a) pediatra, um(a) enfermeiro(a) especialista em pediatria e um (a) assistente social,

podendo também integrar, um psicólogo(a), um jurista e profissionais da área da Saúde Mental, o que possibilita desenvolver o trabalho multidisciplinar.

Os assistentes sociais entrevistados salientam de forma muito positiva, sobretudo nos Cuidados de Saúde Diferenciados, as vantagens desta medida; consideram que desde a sua implementação há avanços em termos de intervenção que se refletem numa resposta organizada e estruturada para esta problemática. Permitiu, em certos casos, a criação de um espaço de trabalho próprio e personalizado para o funcionamento dos núcleos, com vista ao atendimento individualizado das situações de risco identificadas no seu contexto de trabalho. Outra vantagem mencionada é o desenvolvimento do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, com um avanço significativo na articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Diferenciados e Hospitalares e com outras entidades da comunidade relevantes nesta matéria.

Da mesma forma, esta política teve impactos em termos de prática ao reforçar e complementar um trabalho que ainda não estava legislado e ao atribuir maior responsabilidade aos profissionais de saúde para consolidar procedimentos no desenvolvimento de um trabalho mais próximo das situações de risco.

Síntese:

A análise do anteriormente exposto acerca dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) permite constar que esta nova proposta de trabalho (medida de política social) ainda não se encontra em pleno funcionamento, estando em fase pré-preparatória e experimental.

Nos hospitais que já possuem os núcleos os assistentes sociais salientam as vantagens desta medida, em termos de respostas mais organizadas e estruturadas, o que

permitirá uma melhor prevenção e detecção precoce das situações de risco, avaliação, monitorização e uniformização de procedimentos.

Com base numa reflexão crítica sobre os dados obtidos, identificámos dois pontos fundamentais, um positivo e um negativo. O positivo relaciona-se com o facto de a equipa, por ser multidisciplinar, constituída por várias áreas (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e até juristas) permitir responsabilizar e corresponsabilizar os profissionais de saúde sensibilizando-os para esta realidade. O ponto mais preocupante nestes dados consiste na falta de formação, por limitações quer financeiras, quer de recursos, quer de tempo, dos profissionais integrantes das equipas dos NACJR nos hospitais e centros de saúde. Esta dificuldade traduz-se como sendo muito marcante, na medida em que a formação é um componente básico e fundamental do processo do ensino-aprendizagem e da conceção/operacionalização da política, contribuindo decisivamente para a concretização da relação entre a teoria e a prática dos profissionais na sua relação com a demanda, com a instituição e com a realidade social. A formação é igualmente essencial para o desenvolvimento das habilidades técnico-operacionais necessárias à prática profissional (Faleiros, 1997; Cosac, 2003), no contexto particular dos núcleos.

O papel do Serviço Social na saúde na promoção e proteção crianças e jovens em risco psicossocial

A análise do papel e da posição que os assistentes sociais ocupam, no âmbito do "novo" modelo organizativo dos serviços de saúde prestados a crianças e jovens em risco psicossocial foi abordada em dois pólos: o primeiro refere-se ao conjunto atribuições/competências e à partilha das mesmas no âmbito, tendo em vista a mudança

em curso verificada nos seus contextos de intervenção; o segundo diz respeito ao processo de mudança, começando pela implementação da nova proposta de trabalho, em que é atribuída uma função primordial à prevenção das situações de menores em risco e/ou perigo no campo da saúde ao nível da prática profissional multidisciplinar e interdisciplinar.

Competências/atribuições do assistente social

A partir da análise das categorias referentes ao tema dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, fomos nos apercebendo de que a participação dos assistentes sociais está muito condicionada. Este facto constatou-se na hesitação que estes profissionais demonstraram em responder à segunda parte do guião da entrevista que orientou esta pesquisa, dedicada à caracterização do “novo” modelo organizativo dos serviços de saúde para o atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial, nomeadamente em relação ao que funciona melhor, ao que permanece igual devendo ser corrigido e ao que piorou. Considerámos que houve unanimidade, uma vez que todas as respostas assumiram um discurso generalista, demonstrando uma consciencialização, por vezes, menos clara das suas atribuições/competências neste domínio.

Etapas do processo de intervenção

As atribuições/competências relatadas pelos participantes, integradas nas etapas do processo de intervenção foram as seguintes:

- 1) Acompanhamento psicossocial;
- 2) Diagnóstico social;

- 3) Planeamento da intervenção /tratamento social;
- 4) Articulação/encaminhamento.

Os assistentes sociais na primeira etapa do processo de intervenção na saúde com crianças e jovens em risco psicossocial identificam o “acompanhamento psicossocial” como sendo uma atribuição/competência transversal a todas as etapas subsequentes. Os inquiridos põem a ênfase no acompanhamento e apoio psicossocial das crianças e jovens e respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a elaboração prévia de planos de intervenção social (Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro).

Ainda nesta etapa, salienta-se a função essencial que possuem na execução das políticas dos menores, especialmente na Lei de Promoção e Proteção das Crianças e Jovens em Perigo para criar as condições de suporte psicossocial para a criança e jovem e sua família; apoiar o desenvolvimento do projeto de vida do menor (Magalhães, 2004). É uma etapa fundamental para a promoção de uma relação de proximidade entre (criança/jovem e/ou família), uma vez que os assistentes sociais trabalham a dimensão “psicossocial” que está presente no seu discurso e atuação profissional. Neste sentido, o reconhecimento da situação de risco e/ou perigo torna-se essencial, significa definir/perceber juntamente com a criança e jovem e/ou família as suas necessidades, dificuldades e aspirações; o envolvimento pressupõe por parte do assistente social a construção de uma relação profissional baseada na confiança, em que são definidos, de uma forma não-diretiva, os papéis dos vários intervenientes, sobre as próprias condições de acompanhamento do processo de intervenção, numa perspetiva humanista (Jonhson & Côte-Real, 2000).

Os assistentes sociais entendem que: “[...] pela nossa formação, estamos atentos às questões não só físicas; até há crianças que, no acompanhamento médico,

cumprem todos os parâmetros de peso, altura, higiene [...]. O assistente social é um executor de funções, neste campo tem a função de fazer o acompanhamento psicossocial [...]" (E5).

Este pensamento pressupõe uma visão integradora da pessoa, sem fronteiras entre o lado biológico, psicológico e social. Isto significa que o assistente social vê o indivíduo na sua intersubjectividade, na especificidade das suas relações sociais e humanas mais amplas, das quais e nas quais é construtor e protagonista (Carvalho, 2003). Esta intersubjectividade na protecção das crianças e jovens em risco psicossocial implica que, neste contexto, sejam consideradas algumas dimensões como o espaço, o tempo e os afectos, visto que “a família é um dispositivo identitário de inclusão social para o menor” (Martins, 2010). Isto quer dizer que o assistente social adopta, no apoio psicossocial, uma visão holística e global na intervenção pessoa/sujeito, intervém nas dimensões social, económica, cultural e, sobretudo na relacional face às condicionantes associadas ao meio familiar, qualidade de vida e de saúde de crianças e jovens vítimas de diversos episódios e tipos de violência.

É interessante perceber, pelos discursos proferidos, que, no acompanhamento psicossocial das situações de risco, o assistente social orienta no contexto da saúde a sua prática por um modelo de intervenção social de caso (Serviço Individual de Casos), de abordagem psicossocial, “[...] porque na saúde o nosso desempenho profissional passa pela a análise social do caso, nesta matéria centra-se sempre no Serviço Social de Caso [...]” (E4).

Os inquiridos reforçam ainda mais esta ideia, utilizando as seguintes expressões: “trabalha-se muito no caso, muito à moda do «Behaviorismo», muito do «apaga-fogo porque houve incêndio e agora acalmou», parece que finalmente está tudo resolvido – não está nada resolvido só apagámos as chamas [...]” (E3). Também o entrevistado n.º

6 (E6) refere: “desde o início, faço também o apoio psicossocial à criança e à família. Nós, aqui, trabalhamos o caso, caso a caso [...] A solução tem que ser imediata” (E6).

Corroborando os discursos citados anteriormente, estes excertos acrescentam ainda que, neste domínio, o assistente social atua no imediato (nas consequências e não nas causas do problema), colocando em segundo plano a sua especificidade profissional enquanto ator privilegiado no processo de intervenção com menores/jovens em risco.

Entre os diferentes grupos profissionais, entende-se que, além das tarefas atribuídas por outros profissionais, todas elas têm, regra geral, carácter de urgência na operacionalização, fica a ideia que o assistente social tem que estar sempre disponível. As suas missões multiplicam-se por inúmeras e complexas tarefas, sendo por vezes difícil hierarquizá-las. O assistente social trabalha as condições de precariedade e de fragilidade e vulnerabilidade social da criança/jovem em risco psicossocial, no entanto, tem obrigação de dar resposta a todos os casos, mesmo perante os condicionalismos a que está sujeita a sua ação. Assim, muitas vezes não existem equipas de saúde com cunho formativo e preventivo. Sendo a instituição um espaço contraditório e antagónico na disputa de poderes, o assistente social deve construir mediações que legitimem o exercício profissional assente nas atribuições/competências consolidadas no âmbito do projecto ético-político (Witiuk, 2003).

Vale a pena reforçar que os assistentes sociais integrados nas instituições dos Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados, inquiridos neste estudo, compartilham todos da mesma opinião, na medida em que também trabalham o “caso” da criança e jovem em risco psicossocial. O assistente social parte de um processo interventivo baseado numa relação profissional de compreensão e compromissos mútuos para promover a autonomia de decisão informada, fomentar a intersubjectividade emocional e funcional do indivíduo e da sua família, bem como para capacitar a interdependência

ativa das várias redes de pertença e de suporte, reforçar capacidades relacionais, cognitivas e sociais e estimular a assunção de novos papéis de bem-estar funcional e efetivo (Jonhson & Côrte-Real, 2000).

De acordo com o grupo de profissionais do estudo, encontramos uma segunda etapa do processo de intervenção, em que o assistente social tem como competências profissionais elaborar o “diagnóstico social” da situação/problema do menor/jovem em risco psicossocial. O assistente social tem que saber: identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio dos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico social (Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro). Cabe-lhe, ainda, investigar e avaliar as situações suspeitas de maus-tratos infantis e identificar as necessidades das crianças/jovens e das famílias (Lei n.º 147/99 de 1 de setembro).

Este diagnóstico social é a base para a deteção das situações de risco da criança e jovem, perfazendo assim um meio privilegiado de acesso a um conjunto de informações junto da família, para identificar as necessidades/recursos dos vários intervenientes. Reporta-nos para a avaliação das capacidades funcionais, cognitivas, relacionais e de ação, efetivas e potenciais, do utente (criança/jovem e família) e do meio socioeconómico e cultural (Jonhson & Côrte-Real, 2000), podendo nesta fase o assistente social utilizar instrumentos e procedimentos de avaliação.

Este evento é confirmado pelos assistentes sociais no presente estudo, pelo entrevistado n.º 2 (E2): “é da responsabilidade do assistente social proceder à caracterização do contexto familiar, social e económico da criança, através de certos instrumentos de trabalho, como, por exemplo, a Escala de Graffar, o Genograma, etc. [...]. Avaliar o risco/perigo em que a criança se encontra e avaliar um conjunto de dados com a família e com a criança se tiver idade para tal envolvimento, com objetivo de traçar um projeto individual de apoio à família. Identificar necessidades dos

intervenientes com a finalidade de fazer cessar a situação de risco/ perigo” e pelo “[...] portanto, vamos avaliar e detetar as necessidades daquela criança e estar por dentro; inteirar-me da situação daquela criança [...]. Inteiro-me primeiro da situação junto dos profissionais e da família; faço a avaliação sociofamiliar; faço o diagnóstico; deteto necessidades e identifico recursos [...]” (E6).

Por definição dos assistentes sociais, o diagnóstico social deve abranger a análise do contexto familiar, social, económico e cultural onde se insere a criança e jovem, determinando as necessidades, as potencialidades e os mecanismos de mudança que aí se encontram e as aspirações dos vários grupos sociais face ao problema e à sua evolução. É uma etapa fundamental do processo de intervenção, na qual impõe-se ao profissional desenvolver um processo de ação, centrado nas necessidades específicas das crianças e famílias; identificar indicadores de risco que possam estar associados (estado, carências, problemas de conduta da criança e da família, características específicas dos pais ou outros elementos que tenham a criança a seu cargo, habitação, área de residência e equipamentos sociais implementados na comunidade local) e investigar e/ou estudar a operacionalização do conhecimento técnico-científico do assistente social, exigindo-lhe saber e profissionalismo na sua ação (Ferreira, 2011).

A fase do diagnóstico procura explicar em que etapa está o sistema de ação face ao problema identificado, através de evidências fundamentais, analisando se as necessidades dos menores estão acauteladas através de recursos familiares e sociais. Dentro desta etapa, os entrevistados expõem várias estratégias para fazer o contacto/atendimento social com família e/ou a criança e jovem em situação de risco psicossocial. Entre definidas estratégias, inclui-se a entrevista, uma vez que permite fazer o despiste da situação e identificar os indicadores junto da criança e dos pais ou

representantes legais. Para comprovar este argumento, atendamos aos seguintes discursos:

“Tem também competência para entrevistar os pais e os representantes legais da criança e outras pessoas que acompanham a mesma, colhendo o maior número de dados relativos à situação” (E2).

“Normalmente, são-me encaminhadas as situações. Faço uma avaliação, através da entrevista de avaliação sociofamiliar [...]” (E8).

À semelhança da entrevista, a visita domiciliária também constitui uma das estratégias (atividades) referidas pelos entrevistados, podendo constituir um instrumento de trabalho de recolha de informações corretas e completas da situação. Pela observação das condições e da organização da habitação e pela interação que os membros da família estabelecem com a mesma, torna-se exequível estudar a relação existente entre o utente e o ambiente envolvente (família e comunidade) (Ferreira, 2011). Partimos do princípio que a intervenção do assistente social dirige-se para os menores em risco, em articulação com as famílias, instituições, serviços e equipas da comunidade e rede social envolvente, sendo a visita domiciliária um meio que permite confirmar *in loco* a avaliação diagnóstica da situação realizada em contexto institucional, poderá ser considerada como uma segunda entrevista marcada por uma relação de grande proximidade ao nível das relações interpessoais e complementada pela observação.

“Eu deteto uma situação de risco; não faço encaminhamento sem fazer uma avaliação; essa avaliação pode ser feita de várias formas: pode implicar uma visita domiciliária, pode implicar a articulação com outras entidades a que a criança esteja ligada, pode implicar articular com a família restrita e alargada, pode implicar falar com o médico de família, com professor ou com enfermeiro de referência, quem quer que seja” (E1).

“[...] neste campo, tem a função de articulação com outros serviços, fundamentalmente o sair de portas, sair do gabinete e fazer a visita domiciliária e o acompanhamento na comunidade junto de família alargada, junto das instituições que acompanham e também podem ter alguma opinião sobre a situação [...]” (E5).

Os inquiridos acrescentam que, neste domínio, o assistente social tem competências profissionais para elaborar a informação social e o relatório social. Este constitui um procedimento essencial do acompanhamento da criança e jovem em situação risco psicossocial. Tem aqui a atribuição de analisar, seleccionar, elaborar e registar a informação no âmbito da intervenção profissional e da investigação científico-profissional (Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro). Compete-lhe, ainda, no âmbito da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, elaborar os relatórios sociais e participar em programas de prevenção dos maus-tratos infanto-juvenis (Magalhães, 2004).

Como instrumentos de registo, a informação social (utilizada na sinalização da situação de risco e/ou perigo para outras entidades) serve apenas para situar o assistente social na comunidade. O relatório social é mais extenso, contém “dados mais aprofundados com intenções compreensivas e explicativas” (Jonhson & Côte-Real, 2000: 40), são utilizados para situações mais problemáticas, em casos em que já persista o risco e/ou o perigo que necessitem de encaminhamento para instâncias de segundo ou terceiro nível, pois podem existir vários intervenientes, podendo ser considerado para o técnico que vai também intervir e acompanhar a situação dos menores em risco como um pré-diagnóstico.

A forma de agir, acima referida, é confirmada pelos inquiridos do estudo:

“Depois se considerar que é uma situação de risco [...] obviamente tem que se fazer uma informação, um relatório social para as entidades de segundo nível nomeadamente as CPCJ” (E1).

“[...] enviamos um ofício acompanhado de uma informação ou relatório social a solicitar colaboração [...]” (E5).

Determinar o problema social (perceber quem solicita a intervenção, o porquê e a quem se refere) e a análise da situação (recolha de informação sobre a situação) constituem tarefas fundamentais para a intervenção social neste domínio (Ferreira, 2011). Assim, os assistentes sociais, na etapa do diagnóstico social, valorizam três procedimentos essenciais: a entrevista, a visita domiciliária e a elaboração da informação social e do relatório social, estratégias cuja “finalidade principal é apoiar o diagnóstico” (Costa, 2000, p. 48).

Guerra (2002) refere que o diagnóstico social faz parte de um conjunto de ações que é definido a partir da identificação de recursos, atores, relações problemas e necessidades sentidas pelo grupo-alvo (criança/jovem e famílias), pela avaliação das potencialidades e fragilidades e, finalmente, por um desenho de um plano de intervenção que visa soluções, meios necessários e uma avaliação contínua.

Relativamente à terceira etapa identificada pelos assistentes sociais, estes reconhecem que só mediante o diagnóstico social fazem o “planeamento da intervenção/tratamento social”. Este depende das entrevistas sociais e das condições do utente (criança/jovem e família), assim como do mapeamento (levantamento) dos recursos com vista à resolução e diminuição dos danos causados pelo problema (Jonhson & Côte-Real, 2000). O assistente social participa na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social, a cargo dos respetivos serviços ou estabelecimentos de saúde (Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro). Na execução da Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, este profissional tem a atribuição/competência de elaborar os planos de intervenção que respondam às carências diagnosticadas (Magalhães, 2004). Esta competência/atribuição encontra-se descrita nos registos das entrevistas realizadas

no presente trabalho. “[...]. Mediante o diagnóstico faço o tratamento social àquela situação de risco [...], o tratamento social [...] implica definir um plano de intervenção que somos nós que o vamos executar” (E6). “É também da competência do assistente social refletir sobre medidas a adotar para diminuir o risco de recidiva (repetição) e reintegrar a criança na família, conforme o plano de intervenção definido [...]” (E2). “[Só] depois da avaliação, é feita a elaboração de um plano de intervenção e de um esquema conhecimentos [...]” (E8).

Como já tivemos oportunidade de expor, nesta etapa compete ao assistente social fazer a proposta de medidas de intervenção e acompanhamento. Segundo Ferreira (2011), estas atribuições/competências tornam-se legítimas se a intervenção social originar e reforçar mudanças em diferentes planos da vida do indivíduo, das relações interpessoais, da família e do grupo. Esta etapa consiste na avaliação preliminar e operacional da situação (para elaborar um esquema de trabalho e conhecimentos) e desenvolvimento da ação e definição do nível de intervenção – individual, familiar, institucional, comunitária.

Sendo a saúde uma instância de primeiro nível consagrada na Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, que define os níveis de intervenção em matéria de infância e juventude em perigo, o reconhecimento desta quarta etapa, segundo os participantes desta investigação, relaciona-se com a “articulação e encaminhamento” das situações ao nível da sinalização para as instâncias de primeiro, segundo e terceiro nível, designadamente as CPCJ e os Tribunais. O assistente social tem, neste contexto, como atribuição/competência assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade (Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro), desempenhando uma tarefa especial na sensibilização da criança e jovem e da família para o plano de intervenção, através da informação contínua dos benefícios, motivando-

a e explicando-lhe os procedimentos (Magalhães. 2004), especialmente com as entidades do primeiro nível de intervenção.

“A articulação com os outros profissionais que estão mais envolvidos ou que estão disponíveis para a participação em reuniões para a discussão do caso, esta é uma das tarefas mais importantes neste domínio [...] A sinalização e participação são feitas com todo o historial às entidades com competência em matéria de infância e juventude à CPCJ da área de residência ou ao Tribunal de Menores consoante o risco ou perigo eminente [...]” (E2).

“[...] temos a articulação direta com os tribunais se a situação é urgente em termos da medida de promoção e proteção a crianças e jovens em risco [...]. Desde que estou na saúde, na Pediatria e faço parte da Comissão de Proteção a Crianças e Jovens na modalidade restrita, evidentemente que eu tenho nessa função, desde a deteção das situações ao nível das sinalizações, o encaminhamento mesmo a nível forense, nomeadamente para o Instituto de Medicina Legal e para o Ministério público [...]” (E7).

Reforçamos que os assistentes sociais para realizarem todas as etapas do processo de intervenção têm que serem detentores de competências cognitivas, físicas e sociais, que fazem parte do seu perfil pessoal e profissional (que significam ser capaz, estar apto para). Essas competências remetem-nos para a coexistência de dois níveis de saberes: saber-saber/saber-fazer que reside na especificidade do saber teórico-concetual e técnico, como a formação de base académica; saber-ser/saber-estar que se baseia numa prática refletida no contexto da intervenção. O profissional coloca o seu saber em ação na análise de determinadas necessidades, potencialidades e competências sociais, articulando o seu saber profissional com os restantes membros da equipa de saúde, potenciando a aquisição de novas competências profissionais, quer para si quer para os

outros elementos em ação, permitido ao indivíduo assumir diferentes papéis sociais, tendo em conta as suas redes sociais e o contexto social onde se inserem (Carvalho, 2003).

Conclui-se que as competências/atribuições do assistente social na área da saúde com crianças e jovens em risco psicossocial inserem-se no âmbito geral das competências profissionais – saber-saber, saber aprender, saber-fazer e saber-estar/ser. Assim, salientamos que, na intervenção assistente social na área da saúde, em particular, relacionada com a proteção crianças e jovens em risco psicossocial é fundamental que este profissional possua competências teóricas e técnicas; competências relacionais; competências de operacionalização e competências de participação política, investigação e supervisão.

Estas competências/atribuições são fundamentais para a realização de todas as etapas do processo de intervenção, identificadas pelos assistentes sociais (acompanhamento psicossocial, diagnóstico social, planeamento/tratamento social e a articulação/encaminhamento). Deste modo, o assistente social tem de ser detentor de competências teórico-conceituais com vários saberes científicos; competências de âmbito técnico com domínio de metodologias e técnicas de investigação e intervenção social (Cunha, 2003; Jonhson & Côte-Real, 2000).

Em suma, importa referir que a prática profissional dos assistentes sociais entrevistados assenta numa abordagem individual de casos, com ênfase nas questões psicossociais, caracterizando-se por uma atuação jurídico-legal e social (reforçada ao longo desta análise) com o recurso a diferentes técnicas de avaliação como a entrevista, a visita domiciliária; e de registo a informação social e o relatório social. De sublinhar que os assistentes sociais destacam a etapa do “acompanhamento psicossocial” como sendo transversal a todo o processo de intervenção, sendo a entrevista e a visita

domiciliária técnicas privilegiadas e facilitadoras na avaliação e tratamento social do risco e/ou perigo no campo da saúde. A prática profissional neste contexto é, pois, resgatada nas dimensões técnica-operativa, teórico-metodológica e ético-política. Fora deste âmbito, o saber pode tornar-se inoperante dentro da correlação de forças institucionais em que o assistente social atua.

Partilha de competências/atribuições nas unidades públicas de saúde

As verbalizações das participantes relativas à partilha de competências/atribuições do assistente social nas unidades públicas de saúde refletem unanimidade, no sentido em que essas competências/atribuições não são específicas da área da saúde, são, antes, transversais a todas as áreas de intervenção do Serviço Social, como podemos verificar através dos seguintes excertos:

“Eu sou assistente social, não sou especialista em nenhuma área específica [...]. As minhas competências não são específicas da minha intervenção na saúde. O Serviço Social em Portugal não tem uma especialização na saúde, há outros países como o Canadá e os anglo-saxónicos. Tanto sou assistente social num serviço como noutra, posso, trabalhar com interlocutores e recursos ligeiramente diferentes de onde estou” (E1).

“Em conformidade com a formação e com a experiência profissional, as atribuições para o Serviço Social são transversais a todas as áreas e as competências são adquiridas e adaptadas ao contexto em que trabalhamos, seja na saúde ou em qualquer outro sítio onde haja Serviço social” (E5).

Esta partilha ajusta-se, todavia, ao modelo construído através dos excertos mencionados na categoria anterior, de forma implícita. Abrange as descrições relativas à

partilha de competências/atribuições dos assistentes sociais nas unidades públicas de saúde. Realiza-se, segundo os entrevistados ao nível dos recursos, funções, políticas, serviços e equipas internas e externas articuladas com os métodos e metodologias de intervenção em Serviço Social no âmbito geral da prática profissional, ou seja, resultam do saber teórico (vários saberes científicos) em articulação com o saber técnico (aplicação de métodos e metodologias de intervenção e investigação em Serviço Social), bem visíveis nas etapas do plano de intervenção enunciadas pelos assistentes sociais. Os entrevistados n.º 3 (E3) e n.º 7 (E7) e n.º 8 (E8) afirmam que:

“Sim, há traços que são comuns efetivamente, como, por exemplo, o apoio psicossocial, o perceber os contextos sociais e familiares em que o indivíduo e a família se integra, portanto, isso é transversal em qualquer área [...]” (E3).

[...]. Mas, na verdade, na nossa intervenção, é comum, na saúde, trabalharmos com a sistémica, trabalharmos com os modelos ecológicos, os modelos que nós usamos são transversais a outras áreas. Trabalhamos com pessoas que são as famílias que não nos aparecem apenas com um sintoma; um sintoma que pode ser de saúde, físico e mental, mas pode ser também de carácter social ao nível do trabalho e de outros e, portanto, isto aparece-nos na Segurança Social, no Tribunal, na Saúde, etc.” (E7).

“A entrevista, o diagnóstico e a avaliação e depois o plano de intervenção são, à semelhança de cada um, com o seu cunho pessoal no âmbito da formação geral em Serviço Social que tiveram. Estas funções, por exemplo, são comuns à prática de qualquer assistente social [...]” (E8).

A proteção de menores na saúde a intervenção do assistente social é sustentada nas dimensões técnico-científica, relacional, operativa e ético-política, passando por um trabalho sistemático (escrito e telefónico) que se fundamenta na perspetiva humanista, em que o atendimento social ocorre em contexto institucional e, só depois se alarga a

outros domínios. Por um lado, a dimensão relacional pressupõe que o acompanhamento psicossocial se assume como uma etapa de intervenção privilegiada, sendo as políticas sociais de saúde e as políticas de proteção à infância a principal base do trabalho utilizada pelos assistentes sociais. Por outro lado, o chamado processo de atendimento social, tanto no acompanhamento e como na intervenção social sustenta-se na elaboração do diagnóstico social com vista ao planeamento do plano de ação e se necessário à respetiva articulação e encaminhamento, no que respeita à proteção de menores em risco e ou perigo.

Como vimos ao longo do estudo o exercício profissional dos assistentes sociais no âmbito do “novo” modelo organizativo dos serviços de saúde para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial assume características particulares que justificam a existência de um Serviço Nacional de Saúde organizado numa rede de unidades prestadoras de cuidados, principalmente no contexto dos Cuidados de Saúde primários que tem impactos negativos relacionados com as dificuldades inerentes à implementação da nova proposta de trabalho. Deste modo, “o Serviço Social na Saúde deve assumir-se como um agente de prevenção, promoção, recuperação, e reabilitação da saúde, encarando-a como um bem de todos que deve ser salvaguardado” (APSS, 1979, cit. em Guadalupe & Gonçalves, 2009, p. 142). O Serviço Social passaria, assim, a ser um interlocutor privilegiado no sentido de ajudar os indivíduos a tomar consciência dos seus problemas e a encontrar soluções para modificar as situações sociais indesejáveis, tendo como fundamento a facilitação ou a criação de condições favoráveis ao bem-estar mais pleno das crianças e jovens que se encontram, por algum motivo em situação de exclusão, desinserção ou desvantagem social.

No seu quotidiano profissional, os assistentes sociais, mencionam também que através dos indicadores de risco, fazem a análise do caso, trabalham na promoção da

saúde (educação para a saúde e orientação inicial), avaliam o contexto sociofamiliar (um conjunto de sintomas de caráter social) e fazem a articulação/encaminhamento através da sinalização tendo em conta os interlocutores e recursos disponíveis na comunidade, como, por exemplo, as CPCJ e os Tribunais. Na perspetiva dos inquiridos, o assistente social faz parte integrante da equipa, o que lhe permite acolher, acompanhar e apoiar psicossocialmente todas as situações, sendo propício o desenvolvimento de competências na população com quem trabalha, mobilizando os recursos internos e externos, necessários ao seu bem-estar. São, portanto, executores de políticas sociais de apoio psicossocial e viabilizam um conjunto de procedimentos que fazem parte das etapas do processo de intervenção.

Mudança de perspetiva e âmbito de intervenção do assistente social

Uniformização de competências/atribuições

No âmbito do “novo” modelo organizativo dos serviços de saúde para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial, para os assistentes sociais que fizeram parte desta pesquisa, ainda nada mudou, visto que este ainda não se encontra a funcionar em pleno, o que poderá vir a mudar, pois acreditam que trará “estruturação do trabalho e uma maior facilidade em termos de monitorização e de avaliação das situações e do trabalho dos profissionais” (E1).

Os assistentes sociais confirmam que a dinâmica institucional e interinstitucional permanece inalterada, coexistindo algumas diferenças entre as hierarquias institucionais e os grupos profissionais e entre as diferentes especialidades em que se situa entre o

passado e o futuro, este com forte ênfase na implementação do trabalho em equipa e em parceria. Ora, vejamos:

“[...] acho que é um projeto que tem pernas para andar, depois vai também depender da própria equipa, porque um elemento sozinho a trabalhar não é representativo do trabalho de equipa, depois depende muito das relações internas e externas que os profissionais forem estabelecendo e do modo de trabalhar das pessoas. Trabalhar com profissionais como é o médico e o enfermeiro, que sempre trabalharam em modelos muito próprios, que é o modelo médico e o modelo de enfermagem, não é fácil. Efetivamente, a sensação é a de estar a trabalhar com duas pessoas cujo conhecimento é um conhecimento dum cidadão comum, não é como de profissionais [...]” (E5).

Este excerto demonstra que a visão de que a cultura do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar não faz parte da cultura institucional na saúde, subsistindo a predominância de um modelo de trabalho individualizado por grupos profissionais (especialidades), constrangimento que se verifica mais nos Cuidados de Saúde Primários, por isso, os inquiridos dizem que esta medida é positiva vem exigir dos profissionais maior responsabilidade, partilha e uniformização de competências/atribuições na intervenção com menores em risco. A nova proposta de trabalho prevê formação, avaliação e monitorização da intervenção desenvolvida nesta área pelos diferentes profissionais da equipa.

Note-se que, na opinião dos participantes indagados, a sua prática profissional é dinâmica, ou seja, vai-se adaptando à realidade e às mudanças sociais e económicas que vão surgindo em diferentes épocas e em diferentes contextos, convergindo para um processo de aprendizagem contínuo.

“Eu acho que a perspectiva e âmbito do meu trabalho vão mudando sempre que eu vou aprendendo mais qualquer coisa sobre a realidade; inserindo novos grupos aprendo com alguém novas formas de estar e de pensar, portanto, não vejo a minha prática como estanque [...] as pessoas devem estar sempre abertas à mudança” (E5).

“A perspectiva do meu trabalho não mudou, o que mudou foi a realidade em que intervenção passava por várias áreas e em várias dimensões, sei lá, ao nível económico, social e agora, atualmente, trabalho também ao nível relacional, da relação das famílias [...]” (E7).

“Mudou, essencialmente, a nível da prática, porque eu venho de uma realidade muito individual para uma prática; agora é um trabalho mais supervisionado, em que nos pedem mais responsabilidades. Mas isso é uma vantagem, uma monitorização da prática profissional” (E8).

Esta realidade adaptativa é citada por Carvalho (2003, p. 31) quando afirma que o modo como o assistente social se “ integra na cadeia processual hospitalar, é o lugar que a restante equipa de saúde lhe confere”. Assim, no novo enquadramento definido por Despacho Ministerial n.º 31292/2008 de 5 de dezembro, a ação dos serviços de saúde no domínio das crianças e jovens em risco psicossocial passa a ter um estatuto especial no qual se enquadram as competências/atribuições do assistente social num âmbito de responsabilidades partilhadas entre serviços e diferentes grupos profissionais, que assentam na deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, bem como no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos, de forma a estruturar ações mais concertadas, efetivas e exequíveis que permitam responder de modo mais adequado ao problema, através de uma intervenção mais pró-activa por parte dos profissionais.

Em suma, com esta medida, a avaliação, o diagnóstico e a intervenção em situações de maus-tratos tornam-se tarefas obrigatórias para os serviços de saúde. De um lado, as equipas de cuidados de saúde primários reúnem condições para a identificação de contextos específicos de risco e para a deteção, acompanhamento e encaminhamento, quando necessário, de casos problemáticos, propiciando uma rede de trabalho articulada. De outro lado, os hospitais, nas suas vertentes de ação e serviços/especialidades, funcionam como um “segundo filtro” na deteção de alguns casos e no apoio e acompanhamento, entre outros, nomeadamente, através dos serviços de urgência. Nesta medida, a intervenção do Serviço Social está integrada numa equipa de apoio na rede de cuidados de saúde prestados a crianças e jovens em risco num plano complementar.

No entanto, a dispersão da frequência das respostas não nos permite verificar se a nova proposta de trabalho trouxe mudança e uniformização de competências/atribuições e impactos em termos de prática profissional. Este resultado é, provavelmente, devedor do argumento de a medida ainda não estar a ser aplicada em pleno. O que nos remete para a problemática da falta de recursos e falta de tempo devido à sobreposição de tarefas com que são confrontados no seu quotidiano profissional, que traz implicações negativas na aplicação desta nova medida política social.

Níveis de prevenção em que se situa a intervenção do assistente social

O trabalho do assistente social na saúde, com crianças e jovens em risco psicossocial, realiza-se, segundo os inquiridos, a todos os níveis, estando a sua atuação mais ao nível da prevenção primária e secundária. “O âmbito do trabalho do assistente

social realiza-se a estes três níveis, embora se enquadre mais na prevenção primária e na secundária [...]” (E2). De seguida, serão discutidos os níveis de prevenção separadamente.

Prevenção Primária

No seu quotidiano profissional, os assistentes sociais entrevistados consideram que o seu trabalho se realiza ao nível da prevenção primária, quando sensibilizam e informam as famílias para os cuidados básicos de saúde a ter com a criança e jovem, por exemplo, em relação aos cuidados de higiene, alimentação, motivação da família para cumprir o plano de vacinação e também através da promoção da saúde da família. Nesta perspetiva de prevenção, o trabalho do assistente social poderá iniciar-se antes do nascimento da criança.

A este respeito o entrevistado n.º 1 (E1) diz, por exemplo, que “[...] no âmbito da prevenção primária, eu posso ter conhecimento de que uma mulher está grávida e pode estar com dificuldade no acompanhamento da saúde materna; eu aí já estou a trabalhar a este nível relativamente a esta criança, porque estou a preparar a gestação desta criança de forma devidamente vigiada, preparar esta mãe ao nível das competências parentais e prepará-la para a receção desta criança; obviamente que vai haver uma vigilância muito mais apertada numa fase inicial [...]” (E1). Também o entrevistado n.º 6 (E6) explica “[...] fazemos o apoio psicossocial e acompanhamento, por exemplo, na parte da alimentação, aspetos da higiene, etc.” (E6).

Mais uma vez, é usual nos discursos dos assistentes sociais na prática de certas medidas no contexto da saúde no que se refere a menores em risco, a noção psicossocial, através do apoio psicossocial o assistente social poderá sensibilizar as

famílias em situação de risco, oferecer a informação necessária como propósito contribuir para criar um suporte psicossocial, promover uma melhor interação entre pais criança/jovem e facilitar o aumento das competências parentais, emocionais, relacionais e sociais, ajudando, portanto, a família a tomar consciência das suas dificuldades e, eventualmente, da necessidade de ajuda terapêutica e social (Silva, 2001).

O Serviço Social, ao nível primário, não se baseia apenas em prestar o apoio psicossocial, deverá ser também um elemento facilitador e de articulação com a rede social, principalmente com as instâncias de primeiro nível, como as escolas e outras instituições ligadas à infância e juventude.

“A nossa intervenção [...] situa-se sobretudo no nível da intervenção primária. Eu integro a comissão alargada da CPCJ do Concelho e, nesse âmbito, faço parte de um grupo de trabalho restrito ligado à prevenção do fenómeno e que trabalha em articulação com a rede social. Dinamizamos ações de formação em todas as instituições ligadas à infância. Em setembro de 2010, foram realizadas em escolas, infantários e creches e todas as do concelho vão ser abrangidas por estas ações, que vão ser coordenadas pelo Pediatra (equipa) e pelos membros da Comissão de Proteção a Crianças e Jovens (CPCJ)” (E4).

A intervenção dos assistentes sociais a este nível de prevenção, constata-se que o seu papel tem em conta todos os níveis e etapas de intervenção identificadas, tudo vai depender dos interlocutores.

“Eu, se tenho uma situação de um menor com indicadores de risco, se estou num centro de saúde que, por si só, tem uma especificidade, somos a primeira linha de prestação de cuidados de saúde em que se trabalha a promoção da saúde; muito provavelmente os interlocutores que terei e a equipa que teria para trabalhar comigo será se calhar diferente do que se eu estivesse numa equipa de uma Instituição Particular

de Solidariedade Social (IPSS) ou se estivesse numa Segurança Social ligada a uma Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais (EMAT) e com outras instituições de primeiro, segundo e terceiro nível [...]”(E1).

“[...] tendo em conta o nível de tratamento, sim, a nível de inserção, sim, e a nível da prevenção ele acaba por se fazer através das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) que é um grupo onde efetivamente se faz um trabalho de prevenção, nomeadamente ao nível da segurança, aliás há um trabalho em articulação com as escolas por causa das cadeirinhas, isto no âmbito da prevenção primária” (E7).

“O trabalho que nós desempenhamos é o acompanhamento na comunidade: vamos às escolas, temos uma equipa, o assistente social e o enfermeiro, também trabalhamos algumas questões depois o grosso é cá, a nível da referenciação da consulta do médico e da enfermeira. Temos a consulta da infância e dos adolescentes onde são referenciadas situações concretas [...]; normalmente as situações são referenciadas ao assistente social. Assim, o nosso trabalho realiza-se sobretudo ao nível da prevenção primária [...]” (E8).

Neste sentido, a intervenção do assistente social na prevenção primária passa pela vigilância e supervisão de cuidados básicos de saúde. O seu papel será o de informar a família para a importância destes cuidados seja na sua articulação, quer intrainstituicional quer interinstitucional. Esta realidade é reforçada por Canha (2003), que defende que o assistente social, juntamente com outros profissionais de saúde, deve desenvolver a promoção de programas de visitas domiciliárias com equipas multidisciplinares, no sentido de serem efetuados exames médicos e vacinação, nos casos de impossibilidade ou recusa total em aceder aos serviços.

Com base nos dados obtidos, pudemos apurar que a prevenção primária tem por objetivo reduzir o número de novos casos identificados de crianças e jovens vítimas de

maus-tratos. Procura evitar a existência de certas de situações sociais, económicas, familiares, culturais e ambientais passíveis de se relacionarem com uma maior probabilidade de as crianças e jovens estarem em situações de risco de mau-trato.

Partindo do princípio de que a prevenção passa pela “implementação da investigação, da formação profissional, da sensibilização/informação pública [...], modificação da legislação e implementação de serviços específicos” (Alberto, 2006: 112), concluímos que o “novo” modelo organizativo neste domínio preconiza melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência dos maus-tratos (Despacho Ministerial n.º 31292/2008 de 5 de dezembro).

Prevenção Secundária

Na perspetiva dos entrevistados, o seu trabalho também se realiza ao nível da prevenção secundária, pois o Serviço Social constitui a ligação entre a família e comunidade/respostas sociais. Consideram fundamental trabalhar com a família no sentido da sua reabilitação, ou seja, quando existe algum indicador de risco, atuam junto das populações de risco, procurando evitar a ocorrência de situações de perigo.

“[...] relativamente à prevenção secundária, obviamente que na criança já existe algum sinal e algum indicador de risco que se mantém e, aí, temos de acompanhar a situação com uma intervenção diferente. Fazemos com certeza um acompanhamento em termos de visita domiciliária, de vigilância das consultas da criança de acordo com o plano de saúde infantil [...]. Dar algumas orientações à mãe, ao encaminhar inclusive para outros serviços da comunidade que possam vir a ser complementares à prestação de cuidados a esta criança” (E1).

“A nível da prevenção secundária trabalhamos a reabilitação destas situações na consulta de risco, agora designada por consulta comunitária, que é uma consulta semanal [...]. É uma consulta de grupo que reúne as várias especialidades, onde se faz o acompanhamento das situações que foram identificadas no hospital em vários momentos, pode ser do internamento para o núcleo ou do centro de saúde da área de intervenção. Define-se um plano de intervenção e acompanhamento com vista a cumprir as orientações em termos clínicos e sociais” (E4).

“[...] a nossa intervenção realiza-se mais ao nível da prevenção secundária onde já é identificado o risco, trabalham-se as competências parentais [...]” (E5).

Conforme indicam os enunciados produzidos, no âmbito prevenção secundária, o assistente social tem como principal finalidade atuar diretamente a nível da criança e dos pais, recorrendo a formas de identificação, diagnóstico de casos e estratégias de intervenção precoce (Gomes, Silva & Njaine, 1999). Centrada na prevalência dos maus-tratos, procura-se reduzir o número de casos existentes, identificados com um determinado problema, atuando junto de crianças e jovens em situação de risco.

Neste nível de prevenção, o assistente social tem que considerar logo as famílias em potenciais situações de risco, promovendo o contacto de interação entre os pais e o recém-nascido; o desenvolvimento precoce de hábitos positivos de cuidados da criança na interação pai-filho, educação parental, linhas telefónicas de ajuda, vistas domiciliárias, ajuda na comunidade, garantias de emprego, redução da aceitação social da violência, suporte social para mulheres pobres, solteiras e adolescentes; promoção de comportamentos adaptativos da criança que contribuam para o seu desenvolvimento psicológico e contactos com outras famílias (Alberto, 2006).

Em particular, no campo da saúde, os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco preconizam a deteção precoce das situações de risco e de perigo e o

acompanhamento e prestação de cuidados (Despacho Ministerial n.º 31292/2008 de 5 de dezembro).

Prevenção Terciária

Em relação à prevenção terciária, os assistentes sociais consideram que a sua intervenção está mais reduzida, porque não tem legitimidade para intervir, conforme está previsto na Lei n.º 147/99 de 1 de setembro. As suas competências/atribuições, quando há a eminência do perigo, ou seja, a ocorrência do mau-trato, consistem na articulação e encaminhamento da situação para as instâncias de segundo e terceiro nível, com competência para aplicar as medidas de promoção e proteção da criança e jovem em risco psicossocial, procurando minimizar as repercussões dos acontecimentos de mau-trato ou de outros perigos já identificados.

“A nível da prevenção terciária [...], há situações em que as CPCJ e até os Tribunais vão ter que intervir” (E1).

“Na prevenção terciária, da experiência que eu tenho, quando detetamos um caso de perigo, encaminhamos de forma formal para uma instância de segundo ou terceiro nível [...], fazemos as sinalizações em que identificávamos o menor a sua família, aquilo que entendíamos porquê suspeita [...], falta de cooperação ou não dos familiares, neste caso toda a informação que tínhamos recolhido” (E3).

“A nível da prevenção terciária, o hospital não desenvolve qualquer trabalho quando o perigo é identificado, quando há necessidade de aplicar uma medida de promoção e proteção. [Nessas circunstâncias], as situações são encaminhadas para a CPCJ ou para o Tribunal. A Comissão estabelece um plano que visa manter a criança na família (aplicar as medidas de promoção e proteção no meio natural de vida) ou decide

optar pela medida de colocação, neste caso, geralmente, a criança é colocada fora da sua área de residência ou área de influência do hospital – perdemos-lhe completamente o rasto [...]” (E4).

“Ao nível da prevenção terciária através da articulação com a rede social, nomeadamente com as Comissões de Proteção e com os Tribunais [...]” (E7).

De facto, na abordagem aos participantes, constatamos que a prevenção terciária constitui a intervenção remediativa e tem por finalidade o tratamento e impedir a manutenção e reincidência do perigo, aqui assumem particular relevo o atendimento dos serviços e instituições do primeiro nível de intervenção, como os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Diferenciados sempre que a sua atuação se situa ao nível do tratamento e/ou reabilitação.

No caso particular da saúde, preconiza-se a sinalização e/ou o encaminhamento para outros serviços, no âmbito de uma articulação funcional eficiente, ou seja, avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário, a situação de risco (Despacho Ministerial n.º 31292/2008 de 5 de dezembro).

No conjunto dos níveis identificados pelos assistentes sociais, verificamos que todos os indivíduos observados nos centros de saúde e hospitais pelos assistentes sociais são abrangidos por estratégias de prevenção primária, secundária. Na prevenção terciária, a sua ação é a articulação/encaminhamento, sobretudo com as CPCJ e, em última instância, com os Tribunais.

Neste sentido, as instituições de saúde desempenham um papel fundamental na prevenção dos riscos de carácter psicossocial, sendo essencial a necessidade de privilegiar uma política de prevenção, a melhoria do acesso a cuidados de saúde a partir da base e a articulação de vários níveis de intervenção, principalmente com as instituições do primeiro nível.

Síntese:

No presente trabalho, pudemos verificar que as competências/atribuições do assistente social, em especial, na saúde, na promoção e proteção de crianças e jovens em risco psicossocial, se encontram distribuídas nas seguintes fases: acompanhamento psicossocial; diagnóstico social; intervenção/tratamento social e, por último, a articulação/encaminhamento e sinalização das situações de risco e/ou perigo para as instâncias de segundo e terceiro nível. Também pudemos apurar que, em Portugal, o Serviço Social, não tem uma especialização na saúde, ou seja, as suas competências/atribuições são transversais a várias áreas e a intervenção desenvolve-se através de um processo dinâmico, na medida em que se vai adaptando a cada realidade e às mudanças económicas e sociais, convergindo para um processo de aprendizagem contínuo.

Não foi possível circunscrever a eventual especificidade do papel do Serviço Social na saúde na promoção e proteção de crianças e jovens em risco psicossocial, de acordo com o “novo” modelo organizativo, pelo facto de este modelo ainda não se encontrar a funcionar em pleno.

Tendo em conta os dados obtidos, podemos dizer que o papel do Serviço Social na saúde na promoção e proteção de crianças e jovens em risco psicossocial está relacionado com a legitimidade e extensão do seu campo profissional. Importa alertar que, como condição prévia da avaliação da intervenção dos serviços de ação social, urge definir rigorosamente a extensão e a intensidade das necessidades não atendidas salvaguardando sempre a defesa da criança e dos direitos que justificam as ações de proteção, que visam não apenas a minimização de determinados factos mas os efeitos reparadores das suas consequências, sendo esta uma competência dos serviços de saúde.

É de realçar que, no presente estudo, reconhecemos uma elevada diversidade de papéis/competências prestados pelos assistentes sociais, pelo que aqueles que elegem como população-alvo as crianças e jovens em situação psicossocial dirigem-se a um pequeno número de utentes, daí a importância da necessidade de os dotar de novas valências, com profissionais qualificados, normalizando os serviços já existentes.

Em relação a Portugal, é um facto que o Serviço Nacional de Saúde necessita de uma melhor sistematização e maior efetividade de ações no domínio da prevenção dos maus-tratos em crianças e jovens em risco. Considerando a revisão histórica previamente exposta sobre o Sistema de Saúde em Portugal no ponto 1.4. do capítulo I, aferimos que as medidas atuais presentes no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) determinam estratégias de saúde para todos, centradas em intervenções no ciclo de vida e na família. Também é de destacar o facto de estarem mais focalizadas em problemas de saúde através de uma aproximação à gestão da doença. A intervenção do sistema de saúde atua favoravelmente, em particular, no que diz respeito aos estilos de vida e aos problemas de origem social (Direcção-Geral da Saúde, 2008). Desta forma, reconhecemos que as instituições de saúde, por possuírem um conhecimento particular dos riscos psicossociais, devem ter responsabilidades na deteção de fatores de risco e na sinalização de situações de crianças e jovens em risco, ou de evolução para o verdadeiro perigo, sendo um dos objetivos das políticas de saúde a melhoria da capacidade de intervenção neste domínio a nível primário e secundário.

É amplamente sabido que o contexto familiar, normalmente favorecedor do desenvolvimento saudável das crianças, pode encerrar múltiplos fatores de risco para os menores, com consequências proporcionais ao número destes fatores, à sua natureza e ao modo como se conjugam entre si e com os outros, nomeadamente os fatores de proteção, moderadores e mediadores. Os inquiridos têm bem presente que família deve

ser o objeto da sua intervenção, principalmente as “famílias de risco” que, por dado motivo, podem colocar em crise um dos seus membros (criança/jovem). A crise ao longo do ciclo vital da família pode pôr em causa o desenvolvimento adequado das responsabilidades e das práticas parentais, gerando-se a ocorrência do risco (mau-trato infantil), passível de ser originado por fatores internos e externos à própria família, é causado por algo não esperado, algum disfuncionamento familiar ou da própria sociedade, quando o risco e/ou o perigo é influenciado, simultaneamente por fatores de risco e fatores de agravamento/crise de vida.

A operacionalização do trabalho em equipa intrainstitucional e interinstitucional

Esta categoria temática emergiu ao longo do processo em análise a partir das respostas que resultaram das entrevistas aplicadas aos assistentes sociais. Inclui os níveis da prática interdisciplinar, os progressos na articulação do trabalho em equipa e à avaliação dos contextos de saúde em matéria de infância e juventude no âmbito do “novo” modelo organizativo dos serviços de saúde para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial.

Níveis da prática interdisciplinar

Dos discursos dos sujeitos, emergiram várias descrições que se expressam através da prática interdisciplinar. No campo da saúde, o trabalho do assistente social realiza-se a dois níveis: multidisciplinaridade (intrainstitucional) e interdisciplinaridade (interinstitucional). A junção destes dois níveis remete-nos para a seguinte subcategoria:

Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade

Face ao “novo” modelo organizativo dos serviços de saúde para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial, verificou-se, segundo os inquiridos, que articulação interna entre os profissionais de Serviço Social e as equipas de saúde é, na maioria dos casos, realizada de modo informal, essencialmente ao nível multidisciplinar.

“A articulação no meu serviço faz-se de um modo informal, ou seja através de contactos pessoais por telefone, reuniões institucionais e interinstitucionais e relatórios sociais e clínicos. Procura-se a realização de um trabalho multidisciplinar: médico e assistente social, os elementos dos núcleos têm reuniões periódicas [...]” (E2).

“Há reuniões obrigatórias, portanto, quando há a sinalização do risco e toda a situação é tratada internamente, no sentido de ser feito o encaminhamento e o tratamento do risco [...] existe um trabalho multidisciplinar da equipa” (E7).

Este trabalho também é desenvolvido de modo formal, sobretudo no contexto hospitalar:

“Há um trabalho multidisciplinar no contexto interno que é feito sempre de modo formal; trabalhamos com o pedido de colaboração da especialidade, através de indicadores de risco. Embora o enfermeiro seja um agente privilegiado na deteção do risco quer pela proximidade, quer pelo tempo que passa com a criança, de acordo com as normas organizacionais do hospital, a responsabilidade de pedir colaboração ao Serviço Social é do médico, pois só ele pode pedir as diferentes especialidades [...]” (E4).

“No grupo do núcleo, desenvolve-se um trabalho multidisciplinar [...], se precisam de pedir ajuda ao Serviço Social, é a enfermeira que o faz e não é o médico.

[...] Trabalhamos sempre por pedido de colaboração [...] Ponho uma ficha no processo da minha avaliação e depois a enfermeira comunica ao médico. O médico põe o pedido à intervenção do Serviço Social e a enfermeira vê [...]; nós, por exemplo, só somos duas técnicas a nível do Serviço Social para todo o hospital, as mesmas desde há 20 anos [...]" (E6).

Por vezes, no contexto da prática profissional e à semelhança do que é mencionado na literatura, devido ao escasso número de assistentes sociais, coloca-se a impossibilidade da realização do apoio psicossocial a todos os que recorrem aos serviços de saúde, impondo um certo "individualismo funcional nos diferentes territórios ocupacionais, expondo cada elemento a frequentes solicitações, despojando-os assim de recursos de gestão e organização diária do trabalho" (Carvalho, 2003, p. 31), submetendo-o às tarefas burocráticas decorrentes da especificidade dos contextos quotidianos e das suas práticas.

Os entrevistados referem que, com as outras entidades fora do contexto da saúde, nomeadamente com as CPCJ e com os Tribunais, a sinalização é feita de modo formal, podendo ocorrer numa primeira fase o contacto telefónico, mas posteriormente é feito o encaminhamento através da informação ou do relatório social e clínico.

"A articulação com exterior ao hospital é sempre efetuada de forma formal; pode haver o contacto telefónico, mas posteriormente enviamos ofício acompanhado de relatório social a solicitar acompanhamento da situação; se for para uma instância de primeiro nível, existe o trabalho multidisciplinar; para uma instância de segundo nível CPCJ e Tribunal, faz-se a referenciação através de ofício e a intervenção fica por aí [...]" (E4).

"[...] Com as entidades do exterior, normalmente eu faço o contacto telefónico, depois pedem-me a minha informação social e a minha informação é enviada

juntamente com a do médico, porque o médico é muito comodista. Tenho uma ficha própria que é avaliação sociofamiliar, as diligências efetuadas em contexto hospitalar, o que é que eu fiz e o pedido de colaboração à entidade e a partir daí não tenho *feedback* [...]” (E6).

“[...] A situação é sinalizada e depois [...] depende da perigosidade que tem para a criança [...]. É contactado o Ministério Público, é contactada a CPCJ, é efetuado o encaminhamento das situações para as instituições da comunidade (...). A elaboração dos relatórios é o assistente social que faz. A sinalização depende. Se é uma situação que é fora de horas, é natural que se use o telefone, mas depois oficializa-se sempre, manda-se sempre um relatório [...]. A articulação e o encaminhamento das situações para outras entidades da comunidade com competência nesta matéria são sempre formalizados” (E7).

Nos discursos proferidos, averiguamos que a intervenção dos assistentes sociais com crianças e jovens em risco psicossocial está, a nível intrainstitucional, subordinada à prática da multidisciplinaridade (ou multiprofissionalidade), que consiste numa gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem aparecer as relações existentes entre elas. Esta prática pode ser vista entre profissionais de diferentes áreas que trabalham isoladamente, em geral, sem cooperação e troca de informação entre si, dependendo apenas da mesma coordenação administrativa que exige a formalização do pedido de colaboração. Na articulação interinstitucional, os entrevistados, além do trabalho multidisciplinar, identificam também, neste campo, a interdisciplinaridade que consiste numa prática com um sistema de objetivos transversais a todas as áreas, entendido como sendo uma prática estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados, originário numa teórica e/ou política básica com uma plataforma de

trabalho conjunto, visível na articulação e interação que o assistente social desenvolve no desempenho das suas funções com profissionais, serviços e instituições externas ao serviço em que trabalham.

Nesta sequência, um dos dados interessantes emergentes ao longo de processo de categorização foi o facto de o assistente social assumir o papel de protagonista e “agente principal”, no acompanhamento psicossocial, elaboração do diagnóstico tratamento social (Planeamento da intervenção), articulação e encaminhamento das situações de risco. Senão vejamos:

“[...] a intervenção social neste domínio só é possível através da partilha de competências. Existe uma articulação entre os vários profissionais do Serviço Social dentro e fora das instituições em que trabalhamos. O assistente social, regra geral, tem competências que lhe são próprias para trabalhar neste domínio [...] diferentes do médico ou de outro profissional qualquer [...]; uns têm uma *praxis* e formação mais rica neste domínio, daí poderão surgir determinadas habilidades inerentes ao trabalho de cada profissional [...]. Basicamente, é o assistente social que faz toda a articulação com o exterior. O médico faz a avaliação inicial, deteção do caso e a intervenção fica a cargo do assistente social [...]” (E2).

“Nestas questões, o assistente social é que tem permanecido, sendo o profissional de referência, até por algum comodismo dos outros profissionais, sendo sempre o assistente social que faz a articulação com o exterior e as diligências mais importantes [...]” (E5).

“É assim sempre que a criança entra e necessita da intervenção do núcleo [...], o Serviço Social é que intervém mais junto da criança e da família [...] Nós é que estabelecemos os contactos quando necessário, fazemos os relatórios [...]” (E6).

“Internamente existe um circuito, é detetada a situação de risco, dependendo da situação, normalmente é sinalizada ao Serviço Social, aliás normalmente não é sempre sinalizada ao Serviço Social [...]” (E7).

“A situação é sempre encaminhada para o assistente social [...], geralmente quem faz os relatórios para a Comissão sou eu sempre e envio através de ofício” (E8).

É de salientar que os discursos dos assistentes sociais refletem uniformemente que no campo da saúde, a atenção dos profissionais da área médica e de enfermagem centram a sua atenção na dimensão biomédica do problema dos maus-tratos infantis. Mas na realidade em análise, o assistente social assume o papel e “agente principal”, podendo esta realidade ser explicada por múltiplas perspetivas disciplinares, nomeadamente a partir das dimensões cultural e social, que são por excelência trabalhadas pelo Serviço Social (Pires, 2000).

Assim, a interdisciplinaridade é uma condição e um processo de “ações, decisões e relações socializadas entre os membros da equipe” (Martinelli, 2003, p. 14) que se impõe para a profissão na saúde. Aqui, torna-se indispensável para o assistente social, bem como para todo o profissional eticamente orientado no tempo, procurar descobrir a lógica que preside à realidade social e institucional envolvente e a interdisciplinaridade deve ser entendida como encontro entre diferentes disciplinas e a passagem entre diferentes realidades, torna-se visível quando o profissional se sabe posicionar numa intervenção e numa intervenção direta, tendo como ponto de partida o pleno exercício das suas competências (saber-fazer, saber-aprender e saber-ser).

Inferimos, através dos discursos, que, na intervenção com crianças e jovens em risco psicossocial nos serviços de saúde, ao Serviço Social, mesmo sendo-lhe atribuída pela nova política uma função de complementaridade no âmbito das várias áreas atuantes, compete-lhe o papel de interlocutor entre os utentes (criança e jovem e

família) e a equipa de saúde em relação às questões sociais e culturais, visto que a sua formação o prepara, com vantagem face aos outros profissionais de saúde, para compreender e intervir, tendo em conta estas dimensões. O assistente social, ao participar no trabalho da equipa, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do utente, dos serviços e de uma competência também distinta para o encaminhamento de ações, o que o torna diferente do médico e dos demais profissionais com quem trabalha (Iamamoto, 2002).

É preciso reforçar que o Serviço Social na área da saúde está inserido no trabalho multiprofissional e interdisciplinar. A articulação com as outras categorias profissionais que, neste âmbito, permite que sejam ativados e aplicados conhecimentos e metodologias provenientes de diferentes domínios e pessoas, a troca de opiniões e a partilha de perspetivas, principalmente a nível técnico (mesmo afastados do caso, logo, com uma opinião mais imparcial e neutra em relação a determinada situação). As funções dos vários intervenientes devem estar, contudo, claras e especificadas: cada profissional de cada área deve contribuir na medida do possível para o enriquecimento do trabalho em equipa.

Por fim, parece-nos importante salientar que a nova proposta de trabalho tendo em conta a fundamentação teórica e os discursos citados, requer do Serviço Social uma intervenção psicossocial constituída por redes de suporte formal e informal, baseada num conjunto de responsabilidades partilhadas entre o Estado e a Sociedade Civil na promoção e proteção de crianças e jovens em risco. A alteração no modelo de intervenção do Serviço Social assente na parceria (metodologia da rede) e na interdisciplinaridade, reflete uma certa exigência inerente à mudança do paradigma de atuação do Serviço Social que se pressupõe ser interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial (Ferreira, 2011). A análise do problema dos maus-tratos infantis no

contexto da saúde prevê também à semelhança de outros campos de intervenção, valoriza uma prática profissional assente nas redes sociais primárias, secundárias e terciárias (serviços sociais). Em suma, ao assistente social atribui-se o papel de facilitador na gestão de relações ao nível das famílias (ajuda à gestão do plano de intervenção) e da equipa pluridisciplinar.

Progressos na articulação do trabalho em equipa

Quanto à intervenção dos assistentes sociais no campo da saúde com crianças e jovens em risco psicossocial, no âmbito do “novo” modelo, já é possível referir alguns progressos na articulação do trabalho em equipa, que refletem as principais estratégias encontradas pelos inquiridos para a superação das dificuldades mencionadas na categoria A2 do Quadro 3, referentes à construção das equipas, ao atraso na implementação da medida e à sobreposição de tarefas profissionais.

Nos Cuidados de Saúde Primários, “ [...] tendo em consideração este atraso, como disse, na implementação [...], de imediato, tem que haver um levantamento dos técnicos [...]; eu sou a única que me tenho mantido nomeada na equipa sem intervenção efetiva, mas mantenho-me nomeada desde o início [...]” (E1).

“Não existe um trabalho multidisciplinar, como eu disse, o trabalho vai-se fazendo, as situações vão aparecendo, vai-se trabalhando de forma avulsa [...]” (E3).

Os participantes no estudo responderam de forma positiva, mencionando que a solução poderá passar pela abertura institucional, participação e cooperação entre os diferentes grupos profissionais e por uma boa articulação com a rede social, privilegiando o suporte formal e informal de apoio.

Alterações a nível da intervenção

Como veremos nos excertos discursivos transcritos a seguir, para os assistentes sociais inquiridos, dadas as especificidades do contexto empírico estudado, verificaram-se alterações significativas ao nível da intervenção no contexto hospitalar, dado que nos cuidados de saúde primários ainda nada está a funcionar.

“Há muito mais participação e cooperação entre os colegas [...], temos o e-mail, telefones, telemóveis de serviço e pessoal. É muito fácil a abordagem e colaboração. E, quando o caso passa para outra instância, temos o *feedback*, muitas vezes fazemos o acompanhamento conjunto, reuniões em conjunto, convoca-se a família em conjunto, fazem-se visitas domiciliárias conjuntas [...]” (E1).

De destacar ainda o seguinte: “tem-se tentado desenvolver competências e melhorar procedimentos a este nível, por exemplo, com a criação de novos instrumentos de trabalho e estruturas de apoio. Mais especificamente, no âmbito das Comissões de Proteção a Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), a estratégia a adotar no âmbito desta medida é termos um conhecimento aprofundado sobre os recursos existentes na comunidade para conseguirmos fazer o encaminhamento e uma boa articulação com a rede social” (E2).

“O documento traz uma uniformização de procedimentos e, ao nível da linguagem, abriu canais de comunicação e veio dar formação e esclarecimento na forma como se deveria proceder na articulação com outras entidades; veio também trazer uma maior responsabilização para os serviços de saúde, talvez ao pretender que muitas das situações não passem para as instâncias de segundo nível” (E4).

“[...] o modelo de intervenção nesta matéria preconiza a intervenção de várias áreas e, a nível interno e externo assenta num trabalho multidisciplinar e interdisciplinar” (E7).

Considerando os discursos dos assistentes sociais, a área da saúde, enquanto campo de intervenção do Serviço Social, apresenta-se com uma crescente complexidade face às actuais envolventes psicossociais, político-sociais e profissionais. Neste âmbito, a intervenção em rede é uma metodologia privilegiada para o assistente social, como referimos anteriormente, os profissionais inquiridos mencionam que o “novo” organizativo para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial impõe alterações ao nível da prática profissional que se realiza ao nível multidisciplinar e interdisciplinar.

Verificamos que na articulação intrainstitucional ficam apenas pela multidisciplinaridade e no âmbito interinstitucional vão mais além centra-se numa prática interdisciplinar e de parceria com o recurso a um trabalho articulado com outros profissionais e instituições. Trata-se de uma prática consolidada através: da informação legislativa (políticas de saúde e nas políticas de proteção à infância) e na dimensão ético-política (princípios e valores profissionais - Código de Ética e Deontologia Profissional de Serviço Social); dos vários saberes decorrentes da sua experiência profissional; procedimentos técnico-operativos utilizados (competências de operacionalização e relacionais); os conhecimentos técnico-metodológicos (competências de conhecimento e técnicas); e das orientações das entidades com competências em infância e juventude.

Avaliação dos contextos de saúde em matéria de infância e juventude

Eficiência dos serviços de saúde enquanto entidade de primeiro nível de intervenção

Os relatos dos assistentes sociais deixam transparecer algum entusiasmo por parte destes profissionais em relação ao “novo” modelo organizativo de saúde para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial. Avaliam positivamente os contextos de saúde em matéria de infância e juventude enquanto entidades de primeiro nível de intervenção no geral, colocando a sua perspetiva no futuro.

“Agora, se vierem a ser implementadas as metodologias dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco tal como está previsto nas orientações do ministério da tutela, penso que poderemos vir a ter ganhos em termos de estruturação da intervenção e da monitorização da intervenção, sem dúvida [...] também é um grande objetivo da tutela, é vir reduzir o número de situações que indevidamente estão neste momento a serem sinalizadas às CPCJ, porque, criando-se os núcleos dentro dos serviços, não vamos de maneira nenhuma ser uma CPCJ dentro dos serviços, mas irá levar a um maior envolvimento dos profissionais de primeira linha [...]” (E1).

“A minha avaliação da eficiência é positiva [...] Nós temos procurado efectuar um trabalho de sistematização dos dados que periodicamente têm que ser enviados à Direção Geral da Saúde [...] Um trabalho de sensibilização dos vários profissionais, do Serviço de Pediatria, incluindo a Urgência Pediátrica, na identificação e sinalização ao núcleo, regra geral, é do Serviço Social. Já existe uma ficha-modelo que foi criada para, no Serviço de Pediatra e na Urgência Pediátrica, o médico fazer a avaliação quanto ao diagnóstico do tipo e da existência de mau-trato” (E2).

“Neste momento, há um número reduzido de casos identificados através da saúde e esta medida vem responsabilizar e obrigar os profissionais de saúde a estarem

atentos, a «pôr óculos e a não deixar passar». Muitos dos casos eram sinalizados às comissões até por ignorância dos profissionais, nomeadamente da saúde [...]; muitas vezes a comunicação interna não passa. Os serviços têm informações, aparecem diretivas e isto e aquilo e, às vezes, só ao fim de anos é que nos aparece, por incrível que pareça [...]" (E3).

“Neste momento, procuramos ter uma intervenção direta e eficaz, tanto ao nível da deteção, acompanhamento e reabilitação destas situações. Trabalhamos numa perspetiva de detetar e acompanhar para avaliar se é necessário ou não o hospital encaminhar a situação de perigo para a CPCJ. No concelho os serviços de saúde, trabalham com bastante dinâmica e articulação, já estão sensibilizados para este tipo de problemática. A medida veio apenas estruturar e uniformizar os procedimentos de trabalho que até aí já era desenvolvido” (E4).

“[...] é evidente que o facto de estar numa equipa com as áreas, nomeadamente a médica que é uma área que por tradição só ouve [...] trabalha num modelo muito próprio, só ouve com muito mais facilidade os outros os colegas a passarem a mensagem do que os outros profissionais, esta equipa certamente vai falar a mesma linguagem que chegará mais longe ao facilitar a comunicação. Será também desenvolvido um trabalho em rede, através de uma articulação mais eficaz do trabalho realizado entre os centros de saúde e hospitais que ainda falha muito, a medida visa isso também [...] Considero que, com a criação do núcleo a nossa intervenção, será mais eficiente, embora não seja o desejável o facto de nós reunirmos com a equipa e discutimos os casos [...]; a sua criação vem responsabilizar a equipa pela situação das crianças e jovens em risco; em tempos não tínhamos esta equipa para reunirmos [...]" (E5).

“Das experiências que troco com outros profissionais, as instituições não são todas iguais [...] No meu caso, como faço parte da rede social da Comissão, fazemos um trabalho integrado, nomeadamente os elementos da rede faziam parte de projetos que eram desenvolvidos pelo hospital como, por exemplo, saúde de berço e outros. Existe eficiência, se bem que esta eficiência é relativa e difícil de medir. Neste sentido, acho que a política dos núcleos é boa; nós já tínhamos um núcleo que funcionava e, por isso, isto não é novo, mas vem estruturar o trabalho interno e externo entre profissionais e entre estes e as instituições, nomeadamente na saúde [...]” (E7).

Segundo a maioria dos inquiridos a eficiência dos serviços de saúde é difícil de medir. Consideram que a política dos núcleos não é nova no contexto hospitalar, o que neste momento é necessário, é que as pessoas conheçam os núcleos. Tem que ser criado um canal de comunicação por parte da política dos estabelecimentos de saúde e entre todos os profissionais. No entanto, o maior investimento deve passar pela sensibilização dos profissionais, pela articulação, a formação e a exigência de um registo escrito. Por isso, a sua eficiência vai depender das instituições, ou seja, vai interferir com o perfil pessoal e profissional dos elementos que constituem as equipas.

“Eu acho que, ao longo dos anos, se tem verificado mais consciência; a atenção à problemática do mau-trato em si está mais [...] penso que até pela divulgação efetuada pela comunicação social à problemática, os profissionais estão mais atentos [...] aquilo que eu sei também através dos relatórios anuais da Comissão Nacional de Proteção, não há uma grande diferença nestes últimos anos do número de sinalizações por parte da saúde [...]” (E5).

Considerando o conjunto dos inquiridos de acordo com o seu contexto de trabalho, verificamos que nem todos fazem uma avaliação positiva dos contextos de saúde em matéria de infância e juventude, sobretudo nos Cuidados de Saúde Primários

onde ainda as equipas não foram formadas e ainda existem alguns elementos sem formação e se constata que os profissionais estão pouco sensibilizados, até à emissão do novo diploma o assistente social ia respondendo a esta realidade de forma “avulsa” sem que houvesse comunicação entre os diferentes espaços profissionais, incluindo as hierarquias que presidem as unidades públicas de saúde, nomeadamente dos centros da saúde. Apesar de ser um espaço privilegiado para a deteção do risco e/ou perigo, exemplo disso, são as grandes reformas que têm ocorrido no Sistema de Saúde Português desde da Reforma de 1971 até à atualidade com uma atribuição especial ao desenvolvimento de mecanismos que promovam as Saúde Infantil.

Síntese:

A complexidade deste fenómeno, aliada à inexistência ou insipiência dos sistemas de registo nos serviços de saúde, não permite dar conta do seu carácter epidemiológico, uma vez que os maus-tratos em crianças e jovens em risco psicossocial são, cada vez mais, considerados como um problema de saúde pública e, simultaneamente, um problema social.

Tendo em conta os dados referidos no ponto 1.2. do Capítulo I do enquadramento teórico, referente aos relatórios da CNPCJR, na última década verificamos uma diminuição dos processos instaurados pelas CPCJ, em simultâneo, com a diminuição das sinalizações efetuadas pela saúde. Será que desde a implementação do projeto, podemos dizer que a saúde tornou-se um contexto mais eficiente para a deteção, prevenção e despiste das situações de mau-trato infantil? Mas este facto contrasta com o discurso dos entrevistados que para além da formação referem que esta iniciativa ainda não foi plenamente concretizada e, portanto, ainda não se reflectiu em termos de prática.

Conforme foi referido pelos assistentes sociais entrevistados, a Rede Nacional de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco ainda não dispõe de uma plataforma informática para o registo nacional dos casos, o que não permite ter uma visão sobre o panorama epidemiológico dos maus-tratos em crianças e jovens, funcionando tudo de modo informal. Finalmente, gostaríamos de referir que o contacto com estes profissionais e a diversidade das suas experiências, aliada à complexidade e singularidade do fenómeno da proteção dos menores e jovens em risco, nos leva a questionar também até que ponto se promove o apoio e a orientação às equipas técnicas que acompanham as situações e se estas são, efetivamente, multidisciplinares (tendo em conta que existem técnicos, em número insuficiente, mas qualificados e empenhados). Reduzir a burocracia na articulação entre as entidades que tratam as situações e mesmo no tratamento dos processos e, por último, regulamentar as medidas e decisões já consagradas são aspetos também a ter em conta na avaliação da eficiência e eficácia dos contextos de saúde a nível primário e secundário.

Ao promover e avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança (biológico, comportamental e social); fomentar comportamentos saudáveis (nutrição e estilos de vida); atuar na prevenção primária (programa nacional de vacinação, higiene oral, disfunções psicoafectivas, entre outros), na secundária (deteção precoce dos problemas), bem como na prevenção, diagnóstico e terapêutica precoces (que ultrapassem os Cuidados de Saúde Primários); prestar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e cuidados antecipatórios (Educação para a Saúde) a equipa de saúde poderá tornar este contexto mais eficiente?

Considerações finais

A presente dissertação constituiu apenas uma das aproximações possíveis ao objeto de estudo. Embora a produção científica sobre a temática da infância em risco seja abundante, a extensa pesquisa bibliográfica realizada revelou o escasso suporte teórico existente para a realidade em análise, o que justificou o carácter exploratório e descritivo deste estudo. Esta investigação implicou assim recorrer a diversas fontes, tendo sido considerado pertinente conjugar perspetivas teóricas das principais áreas do saber referidas: Saúde; Serviço Social; infância, entre outros documentos.

Em relação e às questões orientadoras de investigação – “Quais as implicações da reorganização e funcionamento dos serviços de saúde prestados às crianças/jovens em risco psicossocial no papel e na prática profissional do assistente social?”; “Quais as competências/atribuições da prática profissional do assistente social neste domínio?” e “Terá o Serviço Social no contexto da saúde uma especificidade própria no atendimento a crianças e jovens em risco psicossocial?” e ao objetivo geral definido neste estudo – “Compreender as implicações da reorganização e funcionamento dos serviços de saúde prestados às crianças e jovens em risco psicossocial no papel e na prática profissional do assistente social” –, podemos dizer que os objetivos delineados não foram atingidos na sua totalidade, na medida em que o “novo” modelo organizativo dos serviços de saúde para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial ainda não se encontrar em pleno funcionamento.

É necessário lembrar que se trata de um estudo com carácter exploratório e de natureza descritiva, cuja intenção foi apenas levantar temas e aspetos relevantes do contexto da prática do assistente social e do ponto de vista funcional das políticas de saúde na intervenção com crianças e jovens em risco psicossocial para posterior aprofundamento, assim conta com alguns limites, entre eles, o facto de termos

privilegiado a metodologia qualitativa participativa e descritiva das entrevistas dos assistentes sociais.

Assim, a perspectiva dos assistentes sociais inquiridos sobre o “novo” modelo organizativo dos serviços de saúde para atendimento de crianças e jovens em risco psicossocial baseia-se num conhecimento mais teórico do que prático. No entanto, foram referidas algumas dificuldades na implementação da medida, sobretudo ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, devido ao processo complexo de reorganização estrutural e funcional em curso nos centros de saúde (integração nos Agrupamentos de Centros de Saúde). Contudo, os assistentes sociais realçaram de forma muito positiva as vantagens desta medida, essencialmente no contexto hospitalar. Referiram avanços ao nível da intervenção, que se refletem numa resposta organizada e estruturada para com esta problemática e que permitiu em certos casos a criação de um espaço próprio e personalizado. Também é importante mencionar que a nova proposta de trabalho possibilitou, em alguns contextos estudados o desenvolvimento do trabalho multidisciplinar, com um avanço significativo na articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Diferenciados e Hospitalares e com outras entidades da comunidade relevantes nesta matéria.

Em geral, para os participantes, esta nova política caracteriza-se por um conjunto de objetivos que visam reestruturar uma prática que até então não estava legislada, sem esquecerem que a especificidade de cada área e o perfil pessoal e profissional dos elementos que integram as equipas interferem na forma como esta é operacionalizada.

A conjugação das orientações de vários documentos legislativos sobre as áreas abordadas e a perspectiva de autores de referência foi crucial para conseguirmos interpretar os discursos dos sujeitos, relativamente às suas competências/atribuições profissionais na saúde com crianças e jovens em risco psicossocial. Este facto

possibilitou-nos concluir que, neste campo de intervenção, as competências/atribuições do assistente social se inscrevem no âmbito geral das políticas setoriais, quer da saúde, quer das políticas de promoção e de proteção à infância e juventude, condicionadas neste momento pela própria implementação da política dos núcleos, visto que a intervenção do Serviço Social está integrada numa equipa de apoio na rede de cuidados de saúde prestados a crianças e jovens em risco psicossocial, num plano de responsabilidades partilhadas.

Na análise dos resultados, constatou-se que a prática profissional do assistente social ainda se orienta por um modelo de intervenção social individual de caso; trabalha no imediato sem fazer avaliação da sua intervenção. Por outro lado, a consciencialização que estes profissionais têm das suas competências/atribuições profissionais gerais e específicas que envolvem dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas ainda ficaram omissas neste estudo. Neste campo, têm também competências/atribuições, que lhes são conferidas pela lei, inerentes ao seu contexto de trabalho como supervisão (orientação de estágios), humanização (voluntariado, comissões) e investigação no estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção.

Não podemos deixar de ter presente que a inserção dos assistentes sociais neste domínio é mediada por um conjunto de necessidades ligadas ao desenvolvimento da saúde e da prestação de cuidados num determinado momento histórico e sociopolítico, como foi sublinhado ao longo do enquadramento teórico, é também facilitada pelo reconhecimento que a profissão assume no seu contexto de trabalho, demarcado pelo modelo biomédico hegemónico, mais centrado nas questões biológicas do indivíduo, que legitima a sua ação face à equipa e aos demais intervenientes no processo de intervenção.

Concluimos que a prática profissional dos assistentes é determinada por um jogo de forças e relações sociais das quais não pode dissociar-se, identificando, numa leitura ecossistémica, um conjunto de determinantes políticas organizacionais que se refletem na sua prática e no seu enquadramento institucional. Inscreve-se numa “realidade social inserida num geral que é o contexto sócio-histórico e cultural” (Baptista, 2001, p. 17). No entanto, fazendo uma reflexão neste âmbito, temos de realçar o facto negativo de ainda imperar um modelo de trabalho individualizado das áreas médica e de enfermagem, ao invés de um verdadeiro modelo holístico da intervenção de abordagem global e psicossocial, apesar da sua dominância discursiva, remetendo o assistente social para uma posição de complementaridade nas equipas de apoio social.

Neste contexto, o novo enquadramento legal assume uma elevada importância, uma vez que traz novas diretivas que vão alterar estes paradigmas de intervenção. Profissionais como médicos e enfermeiros (até agora mais centrados no tratamento) passam a ter um papel mais ativo na prevenção; como afirmam os entrevistados, “[...] mudaram as formas de agir [...]” (E1; E3; E5; E7). Foi reforçado ao longo deste trabalho que saúde, pelos serviços que disponibiliza, deveria ser um lugar de primazia para intervenção dos assistentes sociais, como intervenções precoces no período pré-natal, no acompanhamento da saúde infantil, na sinalização e em intervenções em situações de negligência, na articulação entre os Cuidados de Saúde Primários, hospitalares e comunitários e na participação nos programas de prevenção, entre outros.

Deste modo, constatamos que o assistente social assume, no contexto da saúde, uma função fundamental de mediação, facilitação e interação entre a equipa, a família e a instituição na identificação de recursos/necessidades/direitos e deveres, trabalha a “relação” do ponto de vista macro meso e micro, atendendo às dimensões cognitivas, económicas, políticas e sociais dos destinatários da intervenção.

Neste quadro de reflexão, podemos aferir e (re) aferir que o Serviço Social desde a sua génese e institucionalização enquanto profissão tem uma relação intensa com área da saúde e com as questões ligadas à infância. O *modus operandi* do assistente social articula-se entre o saber teórico e o saber prático que influencia e é influenciado pelas políticas sociais e pela legislação social que legitimam a gestão das respostas, necessidades e direitos sociais do cidadão, é presentemente uma área de saber reconhecida como privilegiada no âmbito da intervenção da parceria e da prática interdisciplinar no domínio da criança e jovem em risco psicossocial em contextos dos Cuidados de Saúde Primários, em Meio Hospitalar e em Serviço de Urgência Básica.

Parece-nos que a nova metodologia de trabalho introduzida nos serviços de saúde prestados a crianças e jovens em risco psicossocial é um processo cuja implementação ainda necessita da efetiva superação do paradigma tradicional (Serviço Social individual de casos) de intervenção do Serviço Social que norteia as práticas, e requer um modelo de intervenção em rede, no qual a atuação assenta na articulação, na cooperação e na parceria, que assumem um carácter primordial para a intervenção profissional neste domínio, conforme visa a política.

Dado que a nova política em vigor ainda não foi completamente concretizada, não foi todavia possível ir mais além na sua apreciação. Contudo, permanecem interrogações sobre a especificidade do Serviço Social no domínio da saúde, neste novo enquadramento organizativo, sobre as possíveis interferências de outros quadros jurídico-legais e das políticas vigentes de gestão dos recursos humanos e financeiros na implementação da medida e, finalmente, sobre os desafios e as perspectivas de futuro para o Serviço Social nos serviços de saúde prestados a crianças e jovens em risco psicossocial.

APÊNDICE

Apêndice 1. Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

N.º Entrevista _____

Data: ____/____/____

Informação:

Esta entrevista faz parte de um estudo em curso na Universidade Católica Portuguesa, com a colaboração da Universidade do Minho e incide sobre o papel do assistente social na área da saúde ao nível da promoção e proteção das crianças e jovens em risco. Basicamente, pretende-se compreender as implicações da reorganização e o funcionamento dos serviços de saúde prestados às crianças e jovens em situação de risco psicossocial no papel e na prática profissional do assistente social.

O seu contributo é fundamental para a realização deste estudo, estando garantido o anonimato das suas respostas.

Antecipadamente, agradeço a sua disponibilidade para participar neste estudo.

1. Idade: _____
2. Há quantos anos exerce a profissão de assistente social na área da saúde? _____
3. Já trabalhou, como assistente social, noutras áreas? _____
 - 3.1. Se sim, identifique-as, indicando o tempo de serviço prestado em cada uma

Instituição	Serviço/Departamento	Tempo de serviço

4. Conhece a reorganização proposta da Direção-Geral de Saúde relativamente à criação dos Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco nas Unidades de Saúde? _____

4.1. Se sim, por favor, caracterize-a

5. A sua experiência profissional ou a de outros colegas permite-lhe já ter uma opinião sobre esta medida.

5.1. O que funciona melhor?

5.2. O que permanece inalterado e deve ser corrigido?

5.3. O que piorou?

6. Centrando-se no seu papel enquanto assistente social no núcleo ou serviço em que está inserido, quais são as suas atribuições/competências em matéria de infância e juventude?

6.1. Atualmente, os assistentes sociais partilham atribuições, competências e habilidades, independentemente de estarem num centro de saúde, num hospital, ou de trabalharem na Psiquiatria ou na Pediatria?

6.2. Em caso afirmativo, quais? Em caso negativo, o que os diferencia?

- 6.3.** As suas competências, atribuições e o âmbito de intervenção são mais uniformes ou verificam-se diferenças conforme os serviços e unidades?
- 7.** A perspetiva e o âmbito do seu trabalho mudou?
- 7.1.** O seu trabalho se realiza sobretudo ao nível:
- a) Da prevenção primária, junto da população em geral, promovendo as suas condições de vida;
 - b) Da prevenção secundária, junto das populações de risco, procurando evitar a ocorrência de situações de perigo;
 - c) Da prevenção terciária, procurando minimizar as repercussões dos acontecimentos de mau-trato ou de outros perigos já identificados.
- 8.** Como se opera atualmente a articulação entre os profissionais e equipas e com outras entidades relevantes fora do Centro de Saúde/hospital?
- 8.1.** Considera que se têm registado progressos a este nível?
- 9.** Como avalia a eficiência do contexto de saúde em que trabalha, enquanto entidade com competência em matéria de infância e juventude que, nos termos da lei, constitui o primeiro nível de intervenção neste tipo de problemáticas?

Obrigada pela sua colaboração!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberto, I. M. M. (2006). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra: Almedina, Cap. 4.
- Andrade, M. (2001). Campo de intervenção do Serviço Social – autonomias e heteronomias do agir”. *Intervenção Social*, 23, pp. 217-251.
- Alvarenga, F., Fechas, G., & E., M. (2007). *Relatório Anual das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, 2006*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Azevedo, M. C., & Maia, A. (2006). *Maus-tratos à Criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Afonso, P. (1998). As políticas de protecção às crianças em risco. *Intervenção social*, 17/18, pp. 53-68.
- Afonso, P. B. (2010). Contratualização dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, pp. 59-64.
- Branco, F. & Fernandes, E. (s/d). O serviço social em Portugal: Trajectória e encruzilhada.
- Baptista, M. V. (2001). *A investigação em Serviço Social*. Lisboa/São Paulo: CPIHTS.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bravo, M. I. (2006). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez.
- Barros, M. & Tiekko, V. (2003). A interdisciplinaridade como instrumento de inclusão social: Desvelando realidades violentas. *Revista Virtual Textos & Contextos*, pp.1-7.
- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Beck, U. (2000). *A Reinvenção da Política – Rumo a uma Teoria da Modernização Reflexiva, Modernização Reflexiva*. Oeiras: Celta Editora.
- Biscaia, A., Martins, J. Carreira, M. Gonçalves, I., Antunes, A., & Ferreirinha, A. (2006). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para Novos Sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.

- Bonner, B. (2003). *Child Abuse and Neglect: An Overview*. Center on Child Abuse and Neglect. Oklahoma: University of Oklahoma, Health Sciences Center.
- Canha, J. (2003). *Criança Maltratada: O Papel de uma Pessoa de Referência na sua Recuperação: Um Estudo Prospectivo para Cinco Anos*. Coimbra: Quarteto.
- Carapinheiro, G. (2001). A globalização do risco social. In B. S. Santos (Org.), *Globalização: Fatalidade e Utopia?* Porto: Edições Afrontamento, Cap.5.
- Carvalho, G. & Vilaça, T. (1999). Saúde Infantil: preocupações sócio-políticas e produção de actividade científica e divulgação. In M. Pinto & M. Sarmento (Coords.), *Saberes sobre as Crianças: Para uma Bibliografia sobre a Infância e as Crianças em Portugal (1974-1998)*. Braga: Centro de Estudos da Criança da Universidade do Minho, pp. 170-180.
- Carvalho, M. (2003), Reflexões sobre a profissão do serviço social em contexto hospitalar. *Intervenção Social*, 28, pp. 29-55.
- Carvalho, M., & Ferreira, L. (2009), Infância e risco social. Retratos da imprensa portuguesa. *Sociologia: Problemas e Práticas*, 60, pp. 105-112.
- Casas, F. (1998). *Infancia: Perspectivas Psicosociales*. Barcelona: Paidós.
- Castel, R. (1997). *As Metamorfoses da Questão Social*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Colen, M. G. (2005). *Trajectórias de Vida das Crianças e Jovens Saídos dos Lares da SCML*. Lisboa: SCML.
- Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco [CNPCJR]. (2005). *Síntese do Relatório Anual de Avaliação de Actividades das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*.
- CNPCJR (2008). *Síntese do Relatório Anual de Avaliação de Actividades das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*.
- CNPCJR (2010). *Síntese do Relatório Anual de Avaliação de Actividades das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*.
- Convenção do Direitos da Criança (1990). Resolução da Assembleia da República n.º20/90, publicada no Diário da República – I Série, n.º 211 de 12/09/1990.
- Correia, T. (2009). A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, pp. 83-103.

- Cosac, C. M. D. (2003). Reflexões sobre a dimensão interventiva do Serviço Social. *Serviço Social & Realidade*, 12 (1), pp. 69-86.
- Costa, M. D. H. (2002). O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *Serviço Social e Sociedade*, 62, pp. 35-71.
- Couto, B. (1998). Reforma do Sistema de Saúde e Serviço Social. *Intervenção Social*, 17/18, pp. 287-291.
- Creighton, S. (2004). *Prevalence and Incidence of Child Abuse: International Comparisons*. NSPCC: Information Briefings.
- Cunha, P. (2003). Desafios contemporâneos e trabalho social: algumas ideias de base. In P. Cunha & E. Vaz (Orgs.), *Desafios Contemporâneos e Trabalho Social (Actas do Colóquio)* (2ª ed.). Porto: Edições da Universidade Fernando Pessoa.
- DeMause, L. (1974). *The History of Childhood*. New York: Alfred A. Knopp.
- Despacho Ministerial n.º 31292/2008 – Diário da República, II Série – n.º 236 – 5 de Dezembro de 2008, Ministério da Saúde.
- Diniz, J. (2010). Família lugar dos afectos. In A. Leandro, A. Lúcio & P. Guerra (Coords.), *Estudos em Homenagem a Rui Epifânio*. Coimbra: Almedina, pp.143-162.
- Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Crianças e Jovens em Risco – Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Crianças e Jovens em Risco da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2009). “*Relatório do Projecto da Acção da Saúde para Crianças e Jovens em Risco*”, Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Relatório da Acção da Saúde para Crianças e Jovens em Risco*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2011). *Maus tratos em Crianças e Jovens em Risco. Guia Prático de Abordagem, diagnóstico e intervenção. Acção da saúde para Crianças e Jovens em risco*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Equipa Técnica de Apoio à Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco. (2009). *Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção a Crianças e Jovens em Risco em 2008*. Lisboa: CNPCJR.
- Equipa Técnica de Apoio à Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco. (2010). *Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção a Crianças e Jovens em Risco em 2009*. Lisboa: CNPCJR.
- Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa: 9, pp. 7-24.
- Escoval, A. ; Ribeiro, R. e Matos, T. (2010). A Contratualização em Cuidados de Saúde Primários: O Contexto Internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa, 9, pp. 41-57.
- Falcão, M. C. (1978). *Serviço Social – Uma Nova Visão Teórica*. São Paulo: Edições Cortez e Moraes.
- Faleiros, V. P. (1997). *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortêz Editora, Cap. 3- 5.
- Faleiros, V. P. (2001). Desafios do serviço social na era da globalização. In H. Mouro & D. Simões (Coords.), *100 Anos de Serviço Social*. Coimbra: Quarteto, Cap. 1.
- Faleiros, V. P. (2006). O serviço social no mundo contemporâneo. In M. B. L Freire. & A. T. B. Castro (Orgs.), *Serviço Social, Política Social e Trabalho: Desafios e Perspectivas para o Século XXI*. São Paulo: Cortez, pp. 23-44.
- Fazenda, I. (2008). *O Puzzle Desmanchado: Saúde Mental, Contexto Social, Reabilitação e Cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores, Cap. 9.
- Fazenda, I. C. (1995). *Interdisciplinaridade: um Projeto de Parcerias*. São Paulo: Loyola.
- Fernandes, A. S. (2004). Os direitos da criança no contexto das instituições democráticas. In J. Formosinho (Coord.), *A criança na Sociedade Contemporânea*. Lisboa: Universidade Aberta, pp. 21-53.
- Ferreira, J. (2004). Questionar as práticas junto da criança/jovem. Da reflexão a uma proposta de intervenção do serviço social. *Intervenção Social*, 30, pp. 57-95.

- Ferreira, J. (2011). *Serviço Social e Modelos de Bem-Estar para a Infância: Modus Operandi do Assistente Social na Promoção da Protecção à Criança e à Família*. Lisboa: Quid Juris, Cap. 6.
- Ferreira, J. (2010). Sistema de protecção à infância em Portugal – Uma área de intervenção e estudo do serviço social. *Revista Katálisis*, Florianópolis.
- Figueiredo, B. (1998). Crianças e ao Adolescente: Situação e Enquadramento da Problemática aos Maus Tratos. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1.
- Fonseca, G., & Pedroso, J. (1998). As Comissões de Protecção: Caminho a percorrer na promoção da cidadania das crianças e jovens. *Intervenção Social*, 17/18, pp. 27-51.
- Frade, C. (2009). O direito face ao risco. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 86, pp.53-72.
- Forti, V. L. (2006). Ética e Serviço Social: formalismo, intenção ou acção?. In L. Freire, M. B. e A. T. B. de Castro (orgs.), *Serviço Social, Política Social e Trabalho: desafios e perspectivas para o século XXI*. São Paulo: Cortez, pp. 45-71.
- Gabinete de Planeamento/ Núcleo de Estudos e Conhecimento. (2008). *Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção a Crianças e Jovens em Risco em 2007*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Giddens, A. (1997). *Modernidade e Identidade Pessoal*. (2ª ed). Oeiras: Celta Editora, pp. 1-64.
- Giddens, A. (2000). Viver numa Sociedade Pós-tradicional. *Modernização Reflexiva*. Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, A. (2002). *As consequências da Modernidade* (4ª ed). Oeiras: Celta Editora.
- Gomes, J. S. (2001). Perspectivas da moderna gestão pública em Portugal. In J. Mozzicafredo & J. Salis (Orgs.), *Administração e Política. Perspectivas de Reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos*. Oeiras: Celta Editora.
- Gomes-Pedro, J. (2005). A criança no século XXI. In J. Gomes-Pedro et al. *A criança no século XXI*. Lisboa: Dina Livro, pp.23-48.

- Gomes, R., Silva, C., & Njaine, K. (1999). Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Ciências Saúde Coletiva*, 4(1).
- Guadalupe, S. & Gonçalves, A. M. (2009). Os números do serviço social nos cuidados de saúde primários: o caso da região centro de Portugal. *Revista Serviço Social e Saúde*, 7-8, pp. 127-160.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos para uma Sociologia da Acção. O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Princípia, Cap. 3.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e Formas de Uso*. Estoril: Princípia.
- Guerra, Y. G. (2001). As racionalidades do capitalismo e o serviço social. In H. Mouro & D. Simões (Coords.), *100 Anos de Serviço Social*. Coimbra: Quarteto.
- Iamamoto, M. V. (1998). *O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional*. São Paulo: Cortez Editora.
- Iamamoto, M. V. (2002), *Projecto Profissional e Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Actualidade. Atribuições do Assistente do(a) Assistente Social em Questão*. Brasília: CFESS.
- Jonhson, B., & Côrte-Real, F. (2000). O som do silêncio. Uma reflexão a partir do serviço social da saúde em hospital. *Intervenção Social*, 21, pp. 33-42.
- Knoch, M. (2003). A deontologia dos assistentes sociais como ética profissional. *Intervenção Social*, 27, pp. 5-30.
- Lei de Bases da Saúde (1990). Lei n.º48/90, publicada no Diário da República – I Série, n.º 195 de 24/08/1990.
- Lei de Protecção a Crianças e Jovens em Perigo (1990). Lei 147/99 de 1 de Setembro, publicada no Diário da República – I Série – A, n.º 204, 1999.
- Luiz, O. C., & Cohn, A. (2006). Sociedade de risco e o risco epidemiológico. *Cadernos de Saúde Pública*, 22.
- Magalhães, T. (2004). *Maus Tratos em Crianças e Jovens*. Coimbra: Quarteto.

- Mariguêsa, M. L. (2002). As redes de saúde e o serviço social hospitalar na Europa. O assistente social hospitalar, mediador ou facilitador de novas parcerias. *Intervenção Social*, 25/26, pp.243-254.
- Maroy, C. (1995). A análise qualitativa de entrevistas. In L. Abrello, F. Digneffe, J. P. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy & P. Saint-Georges, *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Matias, A. (1999). A génese e emergência do serviço social na saúde. *Intervenção Social*, 20, pp. 91-115.
- Matias, A. (s/d). As condições do exercício profissional dos assistentes sociais na saúde. Centro de Investigação em História e Trabalho Social [CPIHTS].
- Martinelli, M. L. (2003). Serviço social na área da saúde: uma relação histórica. *Intervenção Social*, 28.
- Martins, A. M. (1999a). *Génese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Martins, A. M. (1999b). Serviço Social e Investigação. In M. A. Negreiros, A. Martins, A. Henríquez & J. M. C. Donough, *Serviço Social, Profissão & Identidade: Que trajetória?* Lisboa/ São Paulo: Edição dos Autores/ Veras Editora.
- Martins, P. C. (2000). *Conceito de Maus Tratos a Crianças*. Braga: Universidade do Minho.
- Martins, P. C. (2002). *Maus-Tratos a Crianças – O Perfil de um Problema*. Braga: Centro de Estudos da Criança da Universidade do Minho.
- Martins, P. C. (2004). *Protecção de Crianças e Jovens em Itinerários de Risco: Representações Sociais, Modos e Espaços* (Tese de Doutoramento em Estudos da Criança). Braga: Universidade do Minho.
- Martins, P. C. (2008). Risco na infância: os contornos da evolução de um conceito. In: M. Sarmiento & M. C. Gouvea (Orgs.). *Estudos da Infância, Educação e Práticas Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Martins, P. C. (2010). A protecção das crianças e jovens em risco – Traços e percursos. In A. Leandro, A. Lúcio & P. Guerra (Coords.), *Estudos em Homenagem a Rui Epifânio*. Coimbra: Almedina.
- Martins, P. C. (s/d). *Das Dificuldades (dos) Menores aos Problemas (dos) Maiores: Elementos para uma Análise das Representações Sociais sobre as Crianças em Risco*. Braga: Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho.
- Mendola, S. (2005). O sentido do risco. *Tempo Social – Revista de Sociologia*, 2.
- Merriam, S. (2002). *Qualitative Research in Practice: Examples for Discussion and Analysis*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde. Orientações Estratégicas para 2004-2010. Mais Saúde Para Todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade. (2000). *Avaliação da Actividade da Comissões de Menores no Ano de 1999*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade. (2001). *Avaliação da Actividade da Comissões de Menores no Ano de 2000*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade. (2002). *Avaliação da Actividade da Comissões de Menores no Ano de 2001*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade. (2003). *Avaliação da Actividade da Comissões de Menores no Ano de 2002*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade. (2004). *Avaliação da Actividade da Comissões de Menores no Ano de 2003*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Mouro, H. (2001). Serviço social: um século de existência. In H. Mouro & Dulce Simões (Coords.). *100 Anos de Serviço Social*. Coimbra: Quarteto.

- Mozzicafreddo, J., & Gomes, J. S. (2001). *Administração e Política. Perspectivas de Reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos*. Oeiras: Celta Editora.
- Neto, M. (2002). Crianças e Jovens em perigo – A participação da comunidade. *Investigação e Debate em Serviço Social*, pp. 12-14.
- Olabuenaga, J. I. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao, Universidade de Deusto.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion Health and Welfare Canada* Ottawa: Canadian Public Health Association.
- OMS. (2001). *As Metas da Saúde para Todos. Metas da Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos*. Copenhaga: Bureau Regional da Europa, Edição Portuguesa do Ministério da Saúde, Lisboa.
- Pardal, L., & Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.
- Pires, A. (2001). *Crianças (e Pais) em Risco*. Lisboa: ISPA.
- Pires, L. (2000). A formação dos assistentes sociais na saúde. *Intervenção Social*, 21, pp. 53-59.
- Programa da CRSMCA-ARS Centro. (2009). *Plano de Acção da Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Região Centro*. Organização Materno-Infantil Nacional e Regional, Circuitos Assistenciais, Unidades Coordenadoras Funcionais, Consultas de Referência.
- Projecto de Apoio à Família e à Criança [PAFAC] (1992). Resolução de Conselho de Ministros n.º 30/92, publicada no Diário da República – I Série – B, n.º189 de 18/08/1992.
- Rocha, D. (2009). Intervenção social com crianças. *Intervenção Social*. 35, Lisboa: Universidade Lusíada, pp. 317-322.
- Rodrigues, E. A. (1998). Menores em risco: Que família de origem? In R. Carneiro, C. Benites e P. Garrinhas (Coords.), *Crianças de Risco*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Políticas, pp. 539-696.

- Rodrigues, F., Constantin, T., Hoven, V. D. R., & Nunes, M. H. (2005), *Pobreza e Perspectivas Europeias*. Frankfurt: Peter Lang, pp. 141- 174.
- Rosa, L. C. S., Garcia, I. C., Pereira, J. A. B. V., & Mourão, E. (Orgs.) (2000). *Saúde Mental e Serviço Social: O Desafio à Subjetividade e Interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez Editora.
- Sarmiento, M. (1999). Introdução. In M. Pinto & M. Sarmiento (Coords.), *Saberes sobre as Crianças: Para uma Bibliografia sobre a Infância e as Crianças em Portugal (1974-1998)*. Braga: Centro de Estudos da Criança da Universidade do Minho, pp. 9-21.
- Santos, B. S. (1998). *A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Silva, L. F. (2001). *Intervenção Psicossocial*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, M. C. (2006). *História e Conhecimento Profissional em Serviço Social: O Caso da Escola do Porto* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, pp. 20-26.
- Silva, S. C. (2009). *Famílias de Risco, Crianças de risco? Representações das Crianças acerca das Famílias e do Risco* (Dissertação de Mestrado em Estudos da Criança). Braga: Universidade do Minho, Cap. 3.
- Simões, J. A. (2004). As Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 4, Lisboa, pp. 79-89.
- Simões, J. A. (2004). *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percorso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Sousa, L. (2005). *Famílias Multiproblemáticas*. Coimbra: Quarteto.
- Spink, M. J. (2001). Trópicos do discurso sobre o risco: Risco aventura como metáfora da modernidade tardia. *Cadernos Saúde Pública*, 17, pp.1277-1311.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia em Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento, pp. 101-126.
- Valente, M. (2010). Contratualização em Contexto Hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 9, Lisboa, pp. 25-31.

- Vasconcelos, E. M. (1997). Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. *Serviço Social & Sociedade*, 54, pp. 132-147.
- Witiuk, I. L. (2003). O serviço social hospitalar: processo de trabalho do assistente social. *Intervenção Social*. 28, pp. 19-28.