

OS NÚMEROS DO SERVIÇO SOCIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: O CASO DA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL

Sónia Guadalupe¹

Ana Margarida Gonçalves²

RESUMO

O presente artigo reflecte um trabalho de sistematização de informação sobre o Serviço Social no contexto da história dos cuidados de saúde primários em Portugal. Contempla um estudo descritivo que nos revela a cobertura por parte de Assistentes Sociais, assim como os rácios profissional/população no âmbito dos centros de saúde das Sub-Regiões sob a responsabilidade da Administração Regional de Saúde do Centro. Apurámos que 65% da população da região está coberta por um Assistente Social, num total de 47 Centros de Saúde, sendo que em Coimbra, Guarda e Viseu o rácio de assistentes sociais por população inscrita é de 1 para cerca de 24 000, quase duplicando esta relação nos distritos de Aveiro, Leiria e Castelo Branco. Na Região Centro 62 Centros de Saúde não apresentam assistentes sociais nos seus quadros, abrangendo cerca de 900 mil utentes inscritos, ou seja, 35% da população desta zona geográfica do país.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social, Cuidados de Saúde Primários, Centro de Saúde

INTRODUÇÃO

Abordar a inserção do Serviço Social nos cuidados de saúde primários, num período de amplas transformações na configuração deste nível de cuidados, constitui o pano de fundo do desafio inerente a este texto³. É inquestionável a importância deste

¹ Assistente Social, docente da Licenciatura e Mestrado em Serviço Social e do Ramo de Especialidade em Família e Intervenção Sistémica do Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra, Portugal). E-mail: guadalupe@ismt.pt

² Assistente Social. E-mail: anamcgon@gmail.com

³ Este texto foi produzido com base no trabalho desenvolvido por Ana Margarida Gonçalves no contexto da pós-graduação em Serviço Social, Risco e Exclusão Social do Instituto Superior Miguel Torga em Julho de 2006. O desfasamento temporal leva a que alguns dados estejam desactualizados, tendo sido acrescentados elementos mais recentes relativos às mudanças na política de saúde nesta área, sem que, no entanto tenham sido desenvolvidos ou problematizados de forma mais aprofundada para evitar atrasar a divulgação das conclusões.

nível de cuidados, considerado na Lei de Bases da Saúde como base comunitária onde assenta o sistema, sendo os centros de saúde, por sua vez, tidos como “a base Institucional dos Cuidados de Saúde Primários e o pilar central de todo o sistema de saúde. (...) constituindo um património institucional, técnico e cultural que é necessário preservar, modernizar e desenvolver, porque continuam a ser um meio acessível e eficaz para proteger e promover a saúde da população” (MCSP, 2006). No entanto, já me parecem questionáveis, de diversos ângulos, os caminhos traçados nos últimos anos para estes mesmos cuidados basilares. A mesma convicção aplica-se à forma como temos vindo a assistir ao enquadramento profissional dos assistentes sociais nestes cuidados de saúde. Se o Serviço Social foi uma unidade orgânica de primeira linha nos centros de saúde deste país, os últimos desenvolvimentos verificados indicam-nos que esta profissão é tida como dispensável ou como serviço complementar numa equipa de prestação de cuidados que se querem universais, cumprindo direitos universais, baseados na equidade e justiça social.

O texto que aqui apresentamos não tem pretensões de analisar exaustivamente a situação do Serviço Social em Portugal neste nível de cuidados, mas antes de sistematizar um conjunto de informações que sirvam de base a discussões sobre a situação. Fica o contributo.

1. TRÊS GERAÇÕES DE CENTROS DE SAÚDE NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: PRINCIPAIS MARCOS LEGISLATIVOS

1.1 A criação dos Centros de Saúde: Centros de Saúde de Primeira Geração

Os primeiros centros de saúde também designados como Centros de Saúde de “Primeira Geração” foram criados pelo Decreto-Lei n.º 413/1971 de 27 de setembro, tendo persistido pouco mais de uma década (1971–1982). Estes centros estavam

essencialmente vocacionados para a protecção à população, prevenção das principais doenças infecto-contagiosas e para a assistência a grupos mais vulneráveis da sociedade, fundamentalmente mulheres e crianças. Paralelamente, os trabalhadores e suas famílias que descontavam para a respectiva “Caixa” recorriam aos “Postos das Caixas de Previdência” que desempenhavam funções assistenciais essencialmente curativas.

Reconhece-se pela primeira vez a responsabilidade do Estado em formular uma Política de Saúde e Assistência de acordo com as condições demográficas e sanitárias do país, cria-se uma rede interligada de Centros de Saúde de âmbito concelhio que incluía as diversas extensões de saúde. Considerava-se através do Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro que “os Centro de Saúde são serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência responsáveis pela integração e coordenação das actividades de saúde e assistência bem como pela prestação dos cuidados médicos de base de natureza não especializada, com o objectivo de assegurar a cobertura médico-sanitária da população da área que lhe corresponde” (artigo 55).

Aliás, até 1971, “o Estado, não querendo assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde dos portugueses, permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por um grande número de subsistemas independentes” (FERREIRA, 1990, p. 343) descoordenados e sobrepostos. Com a reforma de 1971 e a universalização dos cuidados de saúde inaugura-se uma nova filosofia de protecção da saúde. Em plena “primavera” Marcelista, e sob a égide de Gonçalves Ferreira, esta reforma coloca no eixo do sistema os cuidados que passam a ser apelidados de primeira linha ou essenciais. Esta reforma promove a integração desses serviços até então dispersos e, mais relevante ainda, reconhece o direito à saúde a toda a população, abrindo assim caminho à universalidade de cuidados. O decreto-lei que a institui é, por isso, descrito por Gonçalves Ferreira (1990, p. 344) como “a pedra no charco pantanoso em que nos

encontrávamos” pela doutrina defendida assim como pela estrutura de serviços nele proposta. Inaugura-se aqui a fase sanitária (GONÇALVES, COSTA, 2003) do sistema de saúde português, precedida por uma longa fase caritativo-corporativista (até 1945), assente nos serviços privados ligados à Igreja, assumindo o Estado alguma intervenção preventiva de saúde pública através da chamada “policia sanitária”, e por uma fase denominada como assistencial (de 1945 a 1971), dominada ainda pelo papel supletivo do Estado (*ibid.*).

Após a revolução de Abril de 1974, criam-se as condições políticas para que esta universalização seja plena, tendo o primeiro governo provisório previsto a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) em programa, sendo este consagrado na Constituição da República Portuguesa de 1976 no seu artigo 64. A institucionalização do SNS era assim possível, mas tal veio apenas a verificar-se após 3 anos, em 1979. A lei vai a debate e não passa no parlamento, o que obriga António Arnaut à aprovação, em julho de 1978, de um despacho ministerial que oferece a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde através de uma inscrição prévia nos Serviços Médico-Sociais. Finalmente a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 56/79 de 15 de setembro) é aprovada, ficando conhecida como Lei Arnaut, e é implementado o Serviço Nacional de Saúde. O 1º artigo desta lei consigna que o seu objectivo é assegurar o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição. São garantidas a universalidade, a generalidade e a gratuitidade (que se faz sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras, diversificadas, tendentes a racionalizar a utilização das prestações – artigo 7º). No 2º artigo é apresentada a constituição do SNS por uma rede de órgãos e serviços previstos neste diploma, que, actuando de forma e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população.

Uma nova filosofia teria reflexos na organização dos Centros de Saúde. Com o Despacho Ministerial emitido em 9 de junho de 1981 aprovou-se um regulamento-tipo para os Centros de Saúde integrados (com base em duas estruturas: os Serviços Médico-Sociais e a Direcção Geral de Saúde), onde se enfatizava a melhoria da qualidade dos serviços prestados e onde, para além da prevenção e promoção da saúde, se definiu como objectivos específicos fazer o diagnóstico precoce e imediato das doenças que não necessitavam de tratamento especializado e supervisionar periodicamente o estado de saúde de grupos populacionais de maior risco. Em 1982 são definitivamente extintos os Serviços Médico-Sociais, sendo nesse mesmo ano criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS), através do Decreto-Lei 254/82 de 29 de junho, constituindo-se como órgãos do SNS de âmbito inicialmente distrital, dotadas de autonomia financeira e administrativa, de património próprio, sob tutela do Ministério da Saúde, que tinham como funções promover e avaliar a execução de políticas nacionais de saúde.

1.2 Os Centros de Saúde de Segunda Geração

Com o Despacho Normativo 97/83 de 22 de abril regulamentam-se os Centros de Saúde de “Segunda Geração” (1983-1998), que resultam da fusão dos Centros de Saúde de “Primeira Geração” com os “Postos das Caixas de Previdência”, dependentes das ARS, de base distrital. O aparecimento destes centros foi potenciado pela alteração do conceito de saúde para uma visão mais lata trazida pela Organização Mundial de saúde, por questões de racionalização do sistema e pelo aparecimento da carreira de Medicina Geral e Familiar. Este despacho define que o Centro de Saúde é “uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários, que visa aprovação e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se globalmente, a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade” (capítulo I, artigo 2º,

alínea 1). Defende este regulamento que “o Centro de Saúde deve privilegiar, de modo especial, a personalização da relação entre os profissionais de saúde e os utentes” (*ibid.*, alínea 2).

O Decreto-Lei 335/93 de 29 de setembro) extinguiu as então ARS de base distrital e deu origem às actuais ARS, de base regional, em que lhes é reconhecida na lei personalidade jurídica, autonomia jurídica, autonomia administrativa e financeira, bem como património próprio. Surgem, a nível distrital, as Sub-regiões de Saúde (SRS), assumindo as funções anteriormente atribuídas às ARS, tendo sido criadas pelo Decreto-Lei 11/93 de 15 de janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde). Fica assim definida uma organização regional, sub-regional (ou distrital) e em áreas de saúde (equivalentes às áreas dos municípios). As ARS ficam assim responsáveis pela administração da saúde no seu espaço territorial, não gerindo serviços nem prestando cuidados. Esta prestação de cuidados é assegurada pelos grupos personalizados de centros de saúde. São fixadas normas de articulação provisória com vista à criação das futuras unidades de saúde. O Despacho nº 24/94 veio assumir que “as Unidades de Saúde não são estruturas mas sim funções que tem como objectivo assegurar a continuidade da prestação de cuidados mantendo-se a identidade das instituições que as integram”.

1.3 Os Centros de Saúde de Terceira Geração

Os Centros de Saúde de “Terceira Geração”, apesar de estarem desenhados desde 1999, têm conhecido muitos avanços e recuos, instituindo um período de (in)decisões, estando actualmente a conhecer novos desenvolvimentos. O *Manual para a Mudança* da Direcção Geral da Saúde (2002) designa assim os centros de saúde com “autonomia administrativa e financeira, providos de hierarquias técnicas e suportados por sistemas de informação e de apoio à decisão adequados”.

Face à insatisfação perante o modelo de unidades integradas de cuidados de saúde, previsto pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, são instituídos os Sistemas Locais de Saúde (SLS) pelo Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de maio. Os SLS são considerados como “conjuntos de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que se pretende facilitadores da participação social e que, em articulação com a rede de referenciação hospitalar, concorram para o efectivo desenvolvimento e fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde português (D-L n.º 157/99). Assim, “um SLS é constituído pelos centros de saúde, hospitais e 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” (artigo 2º), cabendo-lhe “assegurar, no âmbito da respectiva área geográfica, a promoção da saúde, a continuidade da prestação de cuidados e a racionalização da utilização de recursos” (*ibid.*).

Ainda segundo o Decreto-Lei n.º 156/99, os SLS “visam, através da racionalização dos recursos existentes na respectiva área geográfica, a melhoria do acesso dos cidadãos à prestação de cuidados, a obtenção de ganhos em saúde, e em especial identificar as necessidades em saúde, facilitar os acessos aos serviços, contribuir para a melhoria da eficiência do desempenho dos prestadores, contribuir para a racionalização e eficácia da distribuição dos recursos, facilitar a afectação de recursos ao desenvolvimento de projectos comuns, fomentar o conhecimento sobre tecnologias, gestão e financiamento dos serviços, assegurar a coordenação de actividades de investigação e de formação” (artigo 3º). Estes SLS definiam-se pela missão e finalidades constitutivos: a sua missão era a de proporcionar o máximo de ganhos em saúde para um colectivo populacional concreto; a principal finalidade do SLS é

melhorar o acesso, promover a saúde e reduzir as desigualdades (Ministério da Saúde, 1999). Os Centros de Saúde constituíam elementos fundamentais dos Sistemas Locais de Saúde e estava prevista a participação na sua coordenação.

Simultaneamente é publicado o Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde, reconhecendo-os como primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica, estes originam a sua acção à saúde de grupos e à comunidade, através dos cuidados que ao seu nível, seja apropriado prestar. Estes Centros de Saúde passam a ser entendidos como centros de responsabilidade, descentralizados, pretendendo estimular o atendimento personalizado e o trabalho na comunidade.

Este diploma vem, mais concretamente, dotar os centros de saúde de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde, sendo coordenados, orientados e avaliados no seu funcionamento pelas ARS (artigo 3º do Capítulo I), definindo também associações de centros de saúde. As atribuições dos centros de saúde (artigo 4º do Capítulo I) passam pela “promoção da saúde, designadamente através de acções de educação para a saúde e a prestação de cuidados na doença [...] garantindo a continuidade dos cuidados; [...] dirigem a sua acção tanto à saúde individual e familiar como à saúde de grupos e da comunidade; [...] devem promover a participação dos cidadãos e da comunidade, bem como colaborar em acções intersectoriais com todas as entidades cujos objectivos e âmbito de acção sejam convergentes com os da saúde, nomeadamente nas áreas da educação e da acção social; [...] têm atribuições de vigilância epidemiológica, de formação profissional, de investigação em cuidados de saúde, de melhoria contínua da qualidade dos cuidados [...]. Os centros de saúde passam a ter prevista uma estrutura organizacional (Capítulo

II) distinta da que conhecíamos anteriormente, designando-se os serviços de unidades funcionais. Estas unidades funcionais são as seguintes: Unidade de saúde familiar; Unidade operativa de saúde pública; Unidade de cuidados na comunidade; Unidade de meios de diagnóstico e tratamento e de especialidades; Unidade de internamento; Unidade básica de urgência; e Apoio administrativo e apoio geral.

Assim sendo, os Centros de Saúde de “Terceira Geração” configuram uma nova fase de vida dos Centros de Saúde em Portugal. Os seus elementos distintivos essenciais são a autonomia administrativa e financeira e a organização em unidades funcionais tecnicamente autónomas, mas funcionalmente interligadas e independentes que concretizam a organização por pequenos grupos e o trabalho em equipa garantindo uma grande proximidade e maior acessibilidade do cidadão (Ministério da Saúde, 2000). A sua regulamentação previa três tipos de situações: os centros de saúde de maiores dimensões nas grandes áreas urbanas e periurbanos teriam autonomia administrativa e financeira como centros de responsabilidade; os centros de saúde que manteriam o estatuto inicial; os centros de saúde que adoptariam formas de associação em “serviços comuns” para melhor utilizar os seus recursos.

Nas diversas vertentes está previsto que funcionem pequenas equipas multidisciplinares com critérios explícitos de desempenho e de qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Também se prevê, que a reforma dos Centros de Saúde, sendo um processo nacional, não seria uniforme no tempo e no modo, antes desenvolvendo-se de forma progressiva, flexível e o mais consensual possível ao nível local. Era assumida também como uma forma de colocar o cidadão no centro do sistema e situar os centros de saúde no centro de SNS (*ibid.*).

Com o Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de abril cria-se a rede de cuidados de saúde primários revogando o Decreto-Lei nº 157/99. Mas instala-se a confusão, já que,

entretanto, o Decreto-Lei nº 60/2003 foi entretanto igualmente revogado pelo Decreto-Lei nº 88/2005 de 3 de junho, e ripristinado o regime jurídico do Decreto-Lei nº 157/99 (alterado pelo Decreto-Lei nº 39/2002 de 26 de fevereiro), assumindo-se a “tentativa falhada de melhorar o acesso dos Portugueses à saúde, visto não ter tido aplicação prática à realidade do País. Aliás, nem podia tê-la tido, já que o respectivo normativo [referindo-se ao D-L n.º 60/2003] não tem em conta a enorme diversidade das dimensões dos centros de saúde, nem lhes confere qualquer autonomia. Além do mais, o Plano Nacional de Saúde pretende intensificar a abordagem da gestão integrada da saúde, não sendo, portanto, compatível com o diploma referido, o qual se baseia num obsoleto conceito de verticalização dos sectores, diminuindo, assim, a natureza multidisciplinar e integradora dos cuidados de saúde que devem ter no seu centro o utente” (D-L n.º 88/2005).

Este decreto, publicado curiosamente no dia 1 de abril popularizado como “dia das mentiras”, para além da reestruturação estrutural que previu e caiu por terra (definindo no seu artigo 1º que “a rede de prestação de cuidados de saúde primários é constituída pelos centros de saúde integrados no SNS, pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS [...] e por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades, com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação”), altera a denominação das unidades funcionais cada centro de saúde pode dispor (artigo 10º): unidade de cuidados médicos; unidade de apoio à comunidade e de enfermagem; unidade de saúde pública; unidade de gestão administrativa.

Os ditos Centros de Saúde de “Terceira Geração” criados pelo Decreto-Lei n.º157/99 de 10 de maio foram inicialmente implementados em experiências pontuais

alguns centros de saúde, mas é uma realidade que se pretende transportar para o quadro nacional. O XVII Governo Constitucional preparou um programa de saúde que propõe, ao nível dos CSP, uma reestruturação dos Centros de Saúde através da criação de Unidades de Saúde Familiares (USF). Estas unidades obedecem aos seguintes princípios: são pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas, têm autonomia organizativa funcional e técnica, assentam na contratualização de uma carteira básica de serviços, têm um sistema retributivo que premeia a produtividade, acessibilidade e qualidade, implicam o reforço e desenvolvimento, em cada Centro de Saúde, de um conjunto de serviços de apoio comum às USF (saúde oral, saúde mental, consultorias especializadas, incluindo a participação de especialistas do hospital de referência, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação), visam o reforço dos incentivos e formação dos médicos de família, atraindo jovens candidatas.

Para avançar no terreno com esta reforma, o Conselho de Ministros através da Resolução n.º 157/05, criou, na dependência directa do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)⁴ para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das USF⁵. A MCSP trabalhou na definição das Linhas de Acção Prioritárias, o despacho normativo que introduz o regulamento para lançamento e implementação das Unidades de Saúde Familiar, a Carteira Básica de Serviços e a Lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em cinco níveis de desenvolvimento. Estavam, então, lançadas as bases para a reforma dos CSP, inseridos numa nova estrutura dos organismos que tutelam a saúde em Portugal (Decreto-Lei n.º 212/2006 de 27 de outubro).

⁴ Cf. <http://www.mcsp.min-saude.pt/>

⁵ Cf. Quadro 1 onde constam os diplomas de regulamentação destas Unidades.

Tendo sido publicado o Decreto-Lei n.º 28/2008 em 22 de fevereiro, e estando nós a ultimar o artigo poucos dias depois, não podemos ignorar a sua existência, deixando de referi-lo e de caracterizá-lo brevemente, pois irá produzir reflexos importantes a curto prazo numa nova reestruturação dos cuidados de saúde primários. Este cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. Os ACES querem-se “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde” (artigo 2º), sendo, por sua vez, o “centro de saúde componente dos ACES um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinadas” (*ibid.*), ficando sob direcção das Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS,I.P.)⁶. Na introdução a este decreto-lei assume-se o diploma anteriormente em vigor (D-L n.º 157/99) como visionário porque “estabelecia um modelo ideal de centro de saúde”. Assume-se, no entanto, o seu desajustamento à realidade portuguesa, “motivo pelo qual teve pouca ou nenhuma aplicação prática”. Este modelo, aparentemente tido como utópico foi modificado por outro modelo desajustado que entretanto recuou, revogando-se o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, obrigando a que uma nova estruturação fosse estudada. Assim, a presente iniciativa legislativa apresenta como principal novidade a criação de agrupamentos de centros de saúde e a introdução de uma nova estrutura funcional.

⁶ A Lei orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 212/2006) transforma as ARS em Institutos Públicos (IP), no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado.

Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. VII–VIII, n. 7–8, Dez. 2009

Quadro 1 – Legislação para os Centros de Saúde (1971 – 2008)

Centros de Saúde de 1ª Geração (1971-1982)	Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro	Centros de Saúde de 1ª. Geração
	Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho	Reformulados com a institucionalização das primeiras administrações regionais de saúde
Centros de Saúde de 2ª Geração (1983- 1998)	Despacho Normativo n.º 97/83, de 28 de fevereiro	Centros de Saúde de 2ª. Geração Regulamenta os Centros de Saúde
	Decreto-Lei 11/93	Sub-regiões de Saúde
Centros de saúde de 3ª Geração (1999 – à actualidade)	Decreto-Lei 335/93	ARS de base regional
	Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de maio	Sistemas Locais de Saúde
	Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 maio	Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde de 3ª Geração
	Decreto-Lei n.º 39/2002 de 26 de fevereiro	Altera o regime jurídico do Decreto-Lei n.º 157/99
	Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril	Cria a rede de cuidados de saúde primários (Revoga o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio)
	Decreto-Lei n.º 309/2003	Cria a Entidade Reguladora da Saúde
	Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de abril	Cria a rede de cuidados de saúde primários. É revogado pelo Decret-Lei n.º 88/2005 de 3 de Junho (este ripristina o regime jurídico do Decreto-Lei n.º 157/99 alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/02)
	Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/05 de 7 de abril	Criou o Grupo Técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários
	Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/05	Criou a Missão para os Cuidados de Saúde Primários
	Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro, alterado pelo Despacho Normativo n.º 10/2007, de 26 de janeiro	Regulamento que estabelece os termos, as condições e os procedimentos necessários para as candidaturas a Unidades de Saúde Familiar.
	Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro.	Lei Orgânica do Ministério da Saúde
	Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, rectificado pela Declaração de Rectificação n.º 81 de 2007	Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos e remunerações dos elementos que as constituem. É complementado pelo Despacho 24101/2007 que define os modelos de organização das USF, e pela Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro que aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF)
Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro	Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).	

2 – INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Matias (s/d, citando PAYNE, 2002) remete para a história da profissão, afirmando-a enquanto “rica em ensinamentos, demonstrando que alterações no projecto societário dominante, se reflectem nas condições do exercício profissional e, por outro lado, que o exercício profissional assume algumas características da organização em que ocorre. Com efeito, as nossas condições de trabalho estão estreitamente dependentes do projecto societário dominante, nomeadamente, da compreensão das necessidades sociais e das formas consideradas adequadas para lhe responder. Daí decorre o ordenamento das políticas sociais, das organizações sociais e seus objectivos, a disponibilização de recursos, a legislação, as técnicas de gestão que afectam as condições de trabalho e os procedimentos de diferentes profissões e suas interacções, tendo em conta o seu estatuto e importância relativa em relação à obtenção dos objectivos das organizações em que se inserem”.

A prática profissional dos assistentes sociais é determinada por um jogo de forças e relações sociais das quais não pode dissociar-se, identificando, numa leitura ecossistémica, um conjunto de determinantes políticas e organizacionais que se reflectem na sua prática e no seu enquadramento institucional. Dá-se numa “realidade social concreta inserida num quadro geral que é o contexto sócio-histórico e cultural” (BAPTISTA, 2001, p. 17).

O Serviço Social encontra um campo profissional nos cuidados de saúde primários, essencialmente no domínio institucional dos Centros de Saúde, unidades do Serviço Nacional de Saúde que asseguram primordialmente este nível de cuidados. Tal contexto profissional, como vimos anteriormente, tem sofrido substanciais mudanças políticas e, conseqüentemente, organizacionais, por vezes traçando caminhos tortuosos e erróneos. Se atendermos apenas à volatilidade dos mandatos dos ministros que assumem

a pasta da saúde e à contestação social de que são permanentemente alvo as políticas de saúde, teremos um retrato conturbado do terreno onde desenvolvemos o nosso trabalho.

Não poderemos deixar de ter presente que a inserção dos assistentes sociais na saúde para além de ser mediatizada por um conjunto de necessidades ligadas ao desenvolvimento da saúde e da prestação de cuidados num determinado momento histórico e sócio-político, como já sublinhámos antes, também o é pelo reconhecimento social que a profissão assume (COSTA, 2000, *Apud.* Matias s/d) num contexto de trabalho onde o poder médico e o domínio de um modelo biopsicossocial (ou mesmo biomédico) impera ao invés de um verdadeiro modelo holístico de intervenção, apesar da sua dominância discursiva, remetendo o assistente social para a sua posição originária de complementaridade.

Matias (s/d) alerta para que, “sendo a intervenção dos assistentes sociais de natureza subordinada, procurando responder no quotidiano a necessidades emergentes [...], o aumento de pressão sobre os profissionais neste novo reordenamento da prestação de cuidados de saúde, poderá contribuir para aumentar a nossa desprofissionalização por nos remeter sobretudo para o tratamento de situações que envolvem os mais excluídos e inaptos e que são incapazes de receber total ou parcialmente os cuidados disponibilizados pelas unidades de saúde. [...] Importa por isso reflectir como a profissão pode criar condições para se fortalecer e assumir um posicionamento crítico que lhe permita afirmar-se contra a degradação dos serviços que devem ser prestados à população, na área da saúde e contra a sua própria desprofissionalização”.

O espartilho das políticas sociais da saúde e das transformações impostas e pouco dialogadas com os cidadãos em geral, cidadão-utentes e cidadãos-profissionais destes serviços, só o continuará a ser se não formos capazes de nos constituirmos como

promotores de mudança (como tanto gostamos de reafirmar a definição proposta pela IFSW em 2000 para a profissão), ou seja, como agentes políticos enquanto parceiros sociais com uma palavra a dizer na avaliação e definição das políticas sociais. Se por um lado as políticas são a nossa matéria-prima, como diz Myrian Veras Baptista (2001), a relação que com elas deve estabelecer não é da sua mera execução, por vezes acrítica, mas sim de participação na sua (re)definição. Não sendo fácil, não será impossível.

2.1. Enquadramento Funcional dos Assistentes Sociais nos Cuidados de Saúde Primários

O exercício profissional dos assistentes Sociais na área da saúde assume características particulares que nos remetem para a existência de um Serviço Nacional de Saúde organizado numa rede de unidades prestadoras de cuidados. No sistema de saúde português os cuidados de saúde primários são assegurados essencialmente pelos centros de saúde, esmagadoramente públicos, sendo, por sua vez, os cuidados diferenciados (também designados por especializados e secundários) prestados por hospitais, maioritariamente públicos ou de capitais públicos (as designadas entidades públicas empresariais), clínicas e profissionais liberais, e outras entidades prestadoras que constituem o sector privado de saúde.

O Serviço Social no Centro de 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 (ASSOCIAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL, GEPS, 1979). Entendia-se, na altura que o Serviço Social teria como objectivos preparar os indivíduos, para definirem os seus problemas, ajudando-os a encontrar eles próprios, tanto quanto possível, a sua solução e a modificar as situações sociais de modo a permitir as suas tomadas de consciência e soluções (*ibid.*). Uma perspectiva mais abrangente é advogada por um grupo de trabalho de assistentes sociais

que produz um documento que acaba por “ficar na gaveta”. Defende este grupo que o Serviço Social na Saúde deve prosseguir estratégias que contribuam para realçar a vertente social, dar visibilidade aos problemas sociais e fenómenos de exclusão e, contribuir para a concretização de novas medidas de intervenção no quadro das Políticas Sociais, que apontam para uma vez maior “participação dos cidadãos, através de um processo de auto-desenvolvimento e aprofundamento dos seus direitos e deveres de cidadania” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Nos **Centros de Saúde de Primeira Geração**, o Estatuto dos Centros de Saúde (como também é designado o Despacho Normativo nº 97/83 de 22 de abril), estabelece no artigo 70 que “o Serviço Social do Centro de Saúde é constituído por técnicos de Serviço Social, em princípio, na base de 1 técnico por 30 000 habitantes, sendo a sua chefia nomeada pela ARS, sob proposta do presidente da direcção do Centro de Saúde”. Este Despacho insere o Serviço Social nos programas preventivos, nomeadamente Saúde Escolar, Educação para a Saúde e Saúde Materna e define no artigo 71 as **atribuições do Serviço Social**, a saber:

- participar na definição, execução e avaliação da política de saúde concelhia;
- cooperar com os restantes serviços do Centro de Saúde nas acções dirigidas ao individuo, à família e à comunidade:
- colaborar em projectos de educação para a saúde, designadamente de alimentação, planeamento familiar, alcoolismo e droga;
- participar na recuperação e reabilitação dos utentes;
- acompanhar os utentes internados em lares e casa de repouso;
- coordenar as acções do corpo de voluntários.

Nos Centros de Saúde de Segunda Geração, os Assistentes Sociais dos estabelecimentos e serviços pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde estão integrados

na carreira técnica superior instituída pelo Decreto-Lei nº 296/91, de 16 de agosto, com funções, designadamente, de apoio e protecção aos cidadãos em situações de particular fragilidade e dependência. Daí designamos por vezes estes Assistentes Sociais enquanto Técnicos Superiores de Serviço Social (TSSS).

O Despacho nº21/86 de 30 de junho cria o **Gabinete de Utente** (GU) que é simultaneamente um instrumento de gestão de serviços e um meio de defesa dos utentes. Este gabinete, sempre que exista Assistente Social na instituição, deverá ficar a seu cargo. São atribuições do GU: informar os utentes sobre os seus direitos e deveres relativos aos Serviços de Saúde; receber reclamações e sugestões acerca do funcionamento dos serviços ou sobre o comportamento dos funcionários; reduzir a escrito as reclamações orais feitas nos termos da alínea anterior, quando os reclamantes não o possam fazer; analisar os recortes da imprensa local e regional dos assuntos respeitantes ao serviço e promover junto das populações da respectiva área a divulgação da existência do GU. A Portaria nº 355/97 de 28 de maio permitiu definir a organização e funcionamento do *livro amarelo* ou *livro de reclamações e sugestões*. Em algumas regiões institui-se o Programa SIM-CIDADÃO.

O documento de 1998, referido atrás, indica ainda outras **funções do Serviço Social** nos Centros de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998):

- a identificação, mobilização e accionamento dos recursos da comunidade (serviços, autarquias e organizações), facilitando a adequação e integração de recursos e serviços, de modo a rentabilizar e harmonizar a acção a desenvolver, possibilitando a participação dos cidadãos e grupos, para que colaborem de forma objectiva na resolução dos problemas de saúde;
- a mobilização dos utentes e a sua integração nos planos de saúde;

- a coordenação e cooperação entre os serviços de saúde, instituições e organizações existentes na comunidade;
- a participação na definição, planificação, execução e avaliação das políticas de saúde;
- a realização do diagnóstico social do utente, recorrendo muitas vezes a outras instituições e serviços, e à colaboração de outros elementos da equipa que constitui;
- a integração individual, familiar, institucional e comunitária;
- o acolhimento e integração dos utentes no Centro de Saúde, informando-os dos seus direitos e deveres, capacitando-os para a melhor utilização e acessibilidade aos serviços de saúde, tendo sempre presente os objectivos do Centro de Saúde, que são promover, recuperar e reabilitar a saúde;
- o encaminhamento dos utentes para os recursos existentes na comunidade e no centro de saúde;
- a coordenação e cooperação entre os serviços de saúde, instituições e organizações existentes na comunidade (equipamentos sociais, segurança social e outros), tendo sempre a noção que nenhum serviço por si só não dispõe de meios necessários para respostas integrais;
- sempre que se justifique, convocar e reunir serviços e instituições estimulando a cooperação inter-institucional com a finalidade de encontrarem respostas mais adequadas às necessidades dos utentes;
- a participação no trabalho de equipa, junto de grupos de risco;
- sistematização dos dados da Polineuropatia Amilóidótica Familiar e Doença de Hansen (com o qual se obtém o diagnóstico da situação);

- articulação com todos os profissionais do Centro de Saúde, de forma a melhorar o sistema de atendimento aos doentes;
- prestação de apoio psicossocial (não só enquanto elemento integrado na equipa, mas também individualmente nas entrevistas e contactos com os utentes), ao indivíduo, à família, e a outros elementos da rede pessoal de suporte;
- articulação com as redes de apoio formais e informais (envolvendo família, vizinhos, serviços locais, etc.).

O Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de maio vem relegar para segundo plano o papel do Assistente Social na rede dos Serviços de Saúde, uma vez que, apenas refere no seu artigo 13º, a prestação de apoio psicossocial no contexto da designada “Unidade de Cuidados na Comunidade”, remetendo este apoio psicossocial para um plano complementar. Este diploma esvazia as atribuições e funções ao Serviço Social, perdendo este serviço o até então estatuto de autonomia, passando os seus recursos humanos a estarem afectos à referida unidade, sob direcção de um enfermeiro, estando indefinida a hierarquia que ligava os Serviços Sociais dos Centros de Saúde a um coordenador da mesma carreira profissional. A alínea 2 do mesmo artigo introduz uma situação pouco clara relativamente ao estatuto dos assistentes sociais na instituição, definindo que “a actividade da unidade de cuidados na comunidade assenta numa equipa multiprofissional que inclui enfermeiros, técnicos superiores de serviço social e outros técnicos, os quais lhe dedicarão a totalidade ou parte dos seus horários de trabalho, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos”. Consistindo a missão da unidade na “prestação de cuidados de enfermagem e de apoio psicossocial de base geográfica e domiciliária, com identificação e acompanhamento das famílias com situação de maior risco ou vulnerabilidade de saúde, em especial quando existam grávidas, recém-nascidos, pessoas com marcada dependência física e funcional ou com

doenças que requeiram acompanhamento mais próximo e regular”, perdem-se diversos domínios da intervenção do assistente social, até aí conquistados.

Tanto quanto nos apercebemos empiricamente, estas novas directrizes não foram taxativamente implementadas nos Centros de Saúde, tendo estes apenas adoptado os seus organogramas formalmente, mas, no que concerne ao Serviço Social, a unidade funcional autónoma continuou em funcionamento em moldes idênticos aos anteriores por opção das chefias directas.

É de assinalar que, de acordo com revogado Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de abril, o Serviço Social viria as suas funções integradas numa Unidade de Apoio à Comunidade e de Enfermagem (artigo 13), à semelhança do previsto no diploma anterior que viria a vigorar novamente. Esta teria “por missão a prestação de cuidados domiciliários e, ainda, contribuir para o apoio psicológico e social à comunidade de utentes de cada centro de saúde, em estreita articulação com a unidade de cuidados médicos e de saúde pública, designadamente na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias em situação de maior risco, dependência e vulnerabilidade”. A sua actividade assentaria “numa equipa multiprofissional, constituída por enfermeiros, técnicos de serviço social e outros profissionais de saúde indispensáveis à prestação de cuidados globais e integrados aos utentes no centro de saúde, tendo em conta a realidade geodemográfica onde este se insere”. Caber-lhe-ia “assegurar os cuidados de enfermagem e outros que os indivíduos e famílias necessitem por forma a dar resposta aos problemas identificados que interferem no seu estado de saúde; cooperar com as restantes unidades do centro de saúde nas acções dirigidas ao indivíduo, à família e à comunidade; colaborar em projectos de educação para a saúde, designadamente de alimentação, planeamento familiar, alcoolismo e outras toxicodependências; participar na recuperação e reabilitação dos utentes; acompanhar os utentes internados em lares e

casa de repouso”. Este artigo 13º dizia ainda que esta unidade seria “coordenada por um enfermeiro, preferencialmente com mais de 5 anos de exercício, com formação adequada”, situação semelhante à referida para o diploma anterior.

O Departamento de Modernização e Recursos de Saúde, em maio de 2002, constatando a necessidade de transmitir algumas indicações quanto ao papel destes profissionais, publicitou um conjunto de funções que se afiguram pertinentes no contexto dos serviços de saúde, exercidas nas instituições hospitalares e nos centros de saúde, e que de seguida se transcrevem:

- identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio dos utentes, elaborando o respectivo diagnóstico social;
- proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respectivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;
- proceder à investigação, estudo e concepção de processos, métodos e técnicas de intervenção social;
- participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respectivos serviços ou estabelecimentos;
- definir, elaborar, executar e avaliar programas e projectos de intervenção comunitária na área de influência dos respectivos serviços e estabelecimentos;
- analisar, seleccionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação científico-profissional;
- assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros na comunidade;
- envolver e orientar utentes, famílias e grupos no auto-conhecimento e procura de recursos adequados às suas necessidades;

- articula-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a 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 as crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social.

Os **Centros de Saúde de Terceira Geração**, como já anteriormente referimos, têm sofrido ao longo dos anos avanços e recuos que acabou por retardar a sua implementação. O Serviço Social nos Centros de Saúde de Terceira Geração perde o seu enquadramento institucional conhecido até aí e coloca-se num plano indefinido. No entanto, como já referimos, a legislação publicada entre 1999 e 2006 nunca teve efectivamente aplicação, pelo que os centros de saúde continuaram a reger-se pelo enquadramento dos Centros de Saúde da geração anterior, continuando a existir uma unidade orgânica autónoma de Serviço Social.

A criação das Unidades de Saúde Familiares traz o principal ponto de viragem após o período de indefinição anterior. E é a sua criação que motiva o desenvolvimento do presente trabalho, pela incógnita que representava então relativamente ao reenquadramento dos assistentes sociais a nível dos cuidados primários.

A nível da prestação de cuidados, o núcleo essencial de serviços incluído nas USF atravessa quatro itens principais: vigilância e promoção da saúde nas diferentes fases da vida; cuidados em situação de doença aguda; cuidados prolongados em situações de doença crónica e patologia múltipla; cuidados no domicílio e, por último, interligação e comunicação com outros serviços e especialidades. É também definida uma “carteira básica de serviços das USF” (*In MÉDICO DE FAMÍLIA*, 2006), que entende como áreas prioritárias de intervenção as seguintes:

- 1) Geral (Vigilância e promoção da saúde nas diversas fases da vida), que se subdivide em diferentes áreas: Saúde da Mulher (Cuidados Pré-Concepcionais, Vigilância da gravidez, Planeamento Familiar); Saúde do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente; Saúde do Adulto e do Idoso.
- 2) Cuidados em situação de doença aguda e urgente;
- 3) Cuidados prolongados em situações de doença crónica e patologia múltipla;
- 4) Cuidados no domicílio;
- 5) Interligação e comunicação com outros serviços e especialidades e outros cuidados.

Para além do núcleo de cuidados básicos (“carteira básica”), as USF podem contratar a prestação de cuidados de saúde adicionais (“carteira adicional de serviços”), em função das necessidades identificadas ao nível da população da sua área de influência e dos meios técnicos de que dispõe. De acordo com o artigo 6º do Decreto-Lei n.º 298/2007 “podem colaborar com outras unidades funcionais do centro de saúde responsáveis pela intervenção: a) em grupos da comunidade, no âmbito da saúde escolar, da saúde oral e da saúde ocupacional; b) em projectos dirigidos a cidadãos em risco de exclusão social; c) nos cuidados continuados integrados; d) No atendimento a adolescentes e jovens; e) na prestação de outros cuidados que se mostrem pertinentes e previstos no Plano Nacional de Saúde.

Ora, se nos faz sentido a intervenção do Serviço Social no âmbito das actividades da dita “carteira básica”, atendendo às funções preconizadas e assumidas pelos assistentes sociais na área da saúde, o arranjo das alíneas b) e c) deste artigo parece trazer uma inserção mais notória nesta gama de actividades contempladas na “carteira adicional”, tornando-os supostamente menos indispensáveis das equipas multidisciplinares no caso das USF optarem pela “carteira básica”, em que são exigidos médicos, enfermeiros e administrativos. Tal coloca-nos uma vez mais no plano da

complementaridade herdada das primeiras intervenções do Serviço Social na Saúde no Hospital de Massachussets no início do Século XX.

Muito recentemente, foram criados os ACES, apresentados no ponto anterior. O artigo 7.º do decreto que os institui define como suas unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar (USF); Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); Unidade de cuidados na comunidade (UCC); Unidade de saúde pública (USP); Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP); Outras unidades ou serviços [...] que venham a ser considerados como necessários. Preconiza-se igualmente que em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta e que cada ACES tem somente uma USP e uma URAP.

Uma vez mais reaparece a inserção do Serviço Social na Unidade de Cuidados na Comunidade (artigo 11º), sendo que esta “UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”. A UCC será composta por uma equipa de enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.

Sendo que o n.º 3 do 11º artigo refere que o ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local, o número seguinte determina que à UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

O artigo 13.º define a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), como unidade prestadora de “serviços de consultoria e assistenciais às unidades

funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares”. Também nesta equipa se enquadra a intervenção do Serviço Social, sendo previsto que a URAP seja composta por “médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afectos totalmente a outras unidades funcionais”.

Na legislação que suporta esta transformação organizacional em curso, é extinto o Serviço Social enquanto unidade orgânica consagrada no regulamento dos centros de saúde em 1971, ou seja, desde a sua origem.

No entanto, e depois de percursos tortuosos que traziam uma ampla neblina ao Serviço Social nos cuidados de saúde primários em Portugal, o novo quadro legislativo, embora cumpra uma visão retrógrada da intervenção social na saúde, deixa um campo em aberto para que o Serviço Social se institua definitivamente como imprescindível nesta área de intervenção não exclusiva e meramente clínica, através dos ACES.

3 – O SERVIÇO SOCIAL NOS CENTROS DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL

“A intervenção dos Assistentes Sociais na saúde situa-se no centro da contradição entre necessidades e ausência de recursos, entre a racionalidade social e a racionalidade burocrática, entre a necessidade de integrar acções e a compartimentação das respostas, entre a concepção biomédica hegemónica e uma concepção 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).

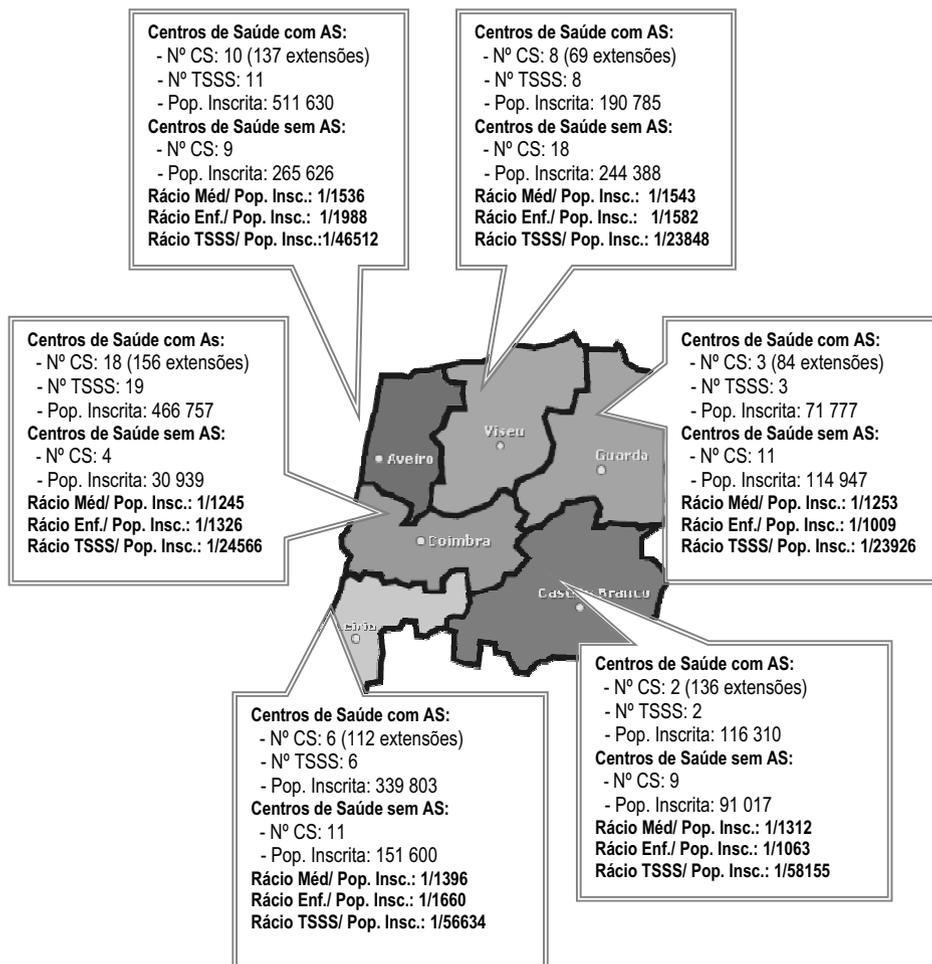
Para determinar o panorama dos Centros de Saúde na Região Centro de Portugal, foi feito um levantamento de dados, contemplando as seguintes variáveis:

número de unidades e extensões, população inscrita por unidade de saúde, o número de Médicos, Enfermeiros e Assistentes Sociais (AS). Os resultados relativos a cada Sub-região de Saúde foram sistematizados na Figura 1.

Podemos constatar através da análise do mapa e dos dados que, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários na Região Centro, 65% da população num total de 47 Centros de Saúde está coberta por um Assistente Social. Sendo que em Coimbra, Guarda e Viseu o rácio AS por população inscrita é de 1 para cerca de 24.000 habitantes, valor que se aproxima muito do definido no Despacho Normativo N° 97/83 que define o rácio “na base de 1 técnico por 30.000 habitantes”. Já nos distritos de Aveiro Leiria e Castelo Branco, o número de assistentes sociais por população inscrita é quase o dobro do que está definido por lei.

Na Região Centro de Portugal 62 Centros de Saúde não apresentam assistentes sociais nos seus quadros, abrangendo um total de 898 517 utentes inscritos, ou seja, 35% da população desta zona geográfica do país. Foi igualmente feito o levantamento exaustivo dos mesmos dados para cada Unidade de Saúde por cada uma das extintas Sub-regiões de Saúde abrangidas pela Administração Regional de Saúde do Centro, à data da realização do estudo, e informação recolhida junto dos então coordenadores de Serviço Social. Considerando-se informação demasiado extensa, gostaríamos apenas de destacar os dados relativos aos recursos humanos da área de Serviço Social. Os 49 Assistentes Sociais que trabalham no contexto dos cuidados primários de saúde apresentam na sua esmagadora maioria (43 ou 88%) uma situação contratual estável, com vinculação à função pública. Os restantes 6 casos (4 em Coimbra e 2 em Viseu) apresentavam à data do estudo um regime de contratação a termo certo.

Figura 1 – Número de Assistentes Sociais (AS) e Rácios nos Centros de Saúde da Região Centro de Portugal



Se o panorama na Região Centro ao nível de Técnicos Superiores de Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários estava em 2006 longe de ser o desejável, com a reforma em curso, que supostamente perspectiva numa melhoria de qualidade dos CSP,

estagnar. Uma vez que “só podem integrar equipas de USF profissionais que tenham algum tipo de vínculo à função pública, mesmo que precário. Este vínculo deve garantir estabilidade para o funcionamento da USF, através de, por exemplo, contrato individual de trabalho ou contrato administrativo de provimento” (MÉDICO DE FAMÍLIA, 2006). Será que estas contemplarão efectivamente Assistentes Sociais? Ficará dependente de que critério a sua contemplação?

No âmbito do processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários a Associação de Profissionais de Serviço Social (APSS) apresentou em setembro de 2005 uma Proposta Preliminar ao Grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários relativamente ao enquadramento dos Assistentes Sociais na reconfiguração orgânica dos Centros de Saúde, posicionando-se e reclamando a sua participação no processo em curso.

Na regulamentação do Serviço Nacional de Saúde, deveria estar claramente expresso que aos utentes, seja garantido o direito à prestação de Serviço Social e não “apoio social em articulação com os serviços da Segurança Social” dado que os Assistentes Sociais na Saúde têm um papel muito claro e diferenciado do apoio prestado pelos Assistentes Sociais na Segurança Social. Aliás, o papel destes técnicos deve ser entendido como complementar, visto que em cada serviço as funções desempenhadas são diferentes.

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

com as novas políticas defendidas e a implementar, assim como com o tão aclamado rigor orçamental. Parece que quando se opta por cortar ou conter, o Serviço Social é assumido como um luxo que só alguns cidadãos têm acesso.

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

Na Sessão de Abertura do Colóquio sobre “Reforma e Regulação da Saúde” realizado em Coimbra em setembro de 2004 o Presidente da República Jorge Sampaio durante o seu discurso afirma que: “o Centro de Saúde [...] deve ser a porta de entrada no sistema de saúde, o exemplo de uma cultura de proximidade e de continuidade de cuidados e onde se pratica não só o tratamento da doença, mas também a promoção da saúde. Impõe-se, por isso, que a introdução de uma diferente lógica de funcionamento

do centro de saúde não leve a prejudicar ou fazer esquecer a diversidade de tipos de intervenções dos cuidados de saúde primários. [...] Refiro-me à necessidade de a reflexão sobre modernização, racionalização de recursos e regulação na saúde não se desligar de uma outra reflexão – a que tenha em conta o agravamento de vulnerabilidades e a emergência de novos riscos sociais com que se confrontam sectores significativos da população [...] É um fenómeno que nos remete para as consequências do desemprego e da precariedade laboral, para os problemas da imigração, para o envelhecimento desprotegido afectando cada vez mais pessoas, para a desestruturação de modelos familiares e de solidariedades de proximidade, para a incidência de toxicodependências e da SIDA [...]”, problemáticas onde o Serviço Social assume um papel de relevo. Defende ainda Jorge Sampaio que

[...] perante dados tão preocupantes, a reflexão sobre os problemas da saúde não pode restringir-se a aspectos meramente técnicos, nem a critérios estritamente economicistas. Ela impõe a activação de um debate sobre as novas exigências do Estado em matéria de protecção social dos cidadãos, que, mais aberto do que outrora aos problemas da eficiência na utilização dos recursos públicos, não se coíba de abordar com frontalidade as obrigações do Estado na garantia de direitos sociais tão elementares como o direito à saúde dos mais desprotegidos e economicamente carenciados (SAMPAIO, 2004).

Se existe a consciência política de uma forte conexão e dinâmica entre as condições psico-sócio-económicas e a saúde, não se compreende como é que em termos práticos permanecemos com uma visão redutora de querer compartimentar as práticas profissionais tratando-as isoladamente. Sendo a Saúde um bem-estar físico, mental e social, esta implica um trabalho multidisciplinar, já que não se deve limitar a encarar o indivíduo no seu aspecto bio-fisiológico, mas como sujeito de inter-relações – na

família, no trabalho, na comunidade e de acções transformantes sobre o meio ambiente e sistema social, o que já é defendido desde 1979 pela Associação dos Profissionais de Serviço Social (GEPS, 1979).

A globalidade, a complexidade e a densidade dos fenómenos sociais e dos problemas humanos exige actualmente uma ampla intervenção. É pois imperativo que se agrupem as diversas práticas profissionais na prossecução do mesmo objectivo comum: saúde, mas saúde do Homem no seu todo, reclamando-se uma visão e acção verdadeiramente holísticas!

ABSTRACT

The present article reflects a systematization of the information about Social Work on the history of primary health care in Portugal. It provides a descriptive study that reveals the amount of social workers as well as the ratio professional/population on the health centres in sub-regions under responsibility of Administração Regional de Saúde do Centro (the regional administration of health of the centre of the Portuguese territory). We detected that 65% of the population of this region is covered by a social worker, from a total of 47 health centres. In Coimbra, Guarda e Viseu the ratio of social workers by population is 1 for 24000, being almost duplicated in Aveiro, Leiria e Castelo Branco. In the centre region of Portugal there were 62 health centres do not present a social worker on their staff, representing almost 900 000 users or 35% of population of this geographic region.

KEYWORDS: Social Work, Primary Health Care, Health Centres

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COUTO, B. A Reforma do Sistema de Saúde e Serviço Social. **Intervenção Social**, 17/18, p. 287–91, 1998.

FERREIRA, F.A.G. **História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

GONÇALVES, M.M.F, COSTA, J.B.M.F. O sistema de saúde português. *In*: R. Nunes (coord.). **Política de Saúde**. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique, p. 91–107, 2003.

GONÇALVES, M. Centros de saúde de terceira geração, a reconversão do sistema de saúde. *In*: R. Nunes (Coord.). **Política de Saúde**. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique, p. 175–82, 2003.

GUADALUPE, S. Serviço Social na Saúde, 2008 [site] *In*: <http://servicosociaisauade.wordpress.com>.

MACHADO, L. Ministério da Saúde, **I Curso de Mestrado em Administração Pública** (1993–1994). Braga: Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho, 1994.

MARTINELLI, M. L. Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. **Intervenção Social**, 28, p. 9–18, 2003.

MARTINS, A.M.C. **Gênese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 1999.

MATIAS, M.A. Gênese e emergência do Serviço Social na Saúde. **Intervenção Social**, 20, p. 91–114, 1999.

_____. **Condições do exercício profissional dos assistentes sociais na saúde**. Lisboa: CPIHTS, Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social, *In* www.cpihts.com, consultado em 2004/09/29, s/d.

MÉDICO DE FAMÍLIA **Luís Pisco e a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários**: III Série – nº 98D de 31 de Janeiro, 2006. *Online in* <http://www.jmfamilia.com/>

_____. XII Congresso Nacional de Medicina - Reforma dos CSP- USF na Berlinda!: III Série – nº 99A de 4 de Abril, 2006b. *Online in* <http://www.jmfamilia.com/>

Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. VII–VIII, n. 7–8, Dez. 2009

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. **Centros de Saúde da Terceira Geração** – Manual para a Mudança. 2002. *Online in* <http://www.dgs.pt/>, consultado em 2005/05/11.

_____. Ministério da Saúde e Assistência **O Serviço Social no Sector da Saúde**. Série de Documentos de Trabalho do Gabinete de Estudos e Planeamento da Secretaria de Estado da Saúde (GEPS), n.º 2. Lisboa, 1979.

_____. Ministério da Saúde **Serviço Social da Saúde**. Divisão de Estudos e Planeamento do Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde. Lisboa, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde um Compromisso – A estratégia de Saúde para virar o século**. Lisboa, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Novos Centros de Saúde – Critérios de Programação**. Lisboa, 2000.

_____. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. **Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários**, 2006. *Online in* <http://www.mcsp.min-saude.pt/MCSP/conteudos/documentos/documentosmissao.htm>

_____. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. **Incertezas ... gestão da mudança na saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa, 2004.

_____. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. **Novo Serviço Público da Saúde**. Novos desafios. Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa, 2005.

_____. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. **Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados (CEIS–UC)**: Coimbra, 2006.

SIMÕES, J. **Retrato Político da Saúde**. Livraria Almedina: Coimbra, 2004.