



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**Sistemas Complementares de Saúde:
Um Campo de Intervenção dos Assistentes Sociais**

Susana Filipa Caiado Martins

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientador:

Doutor Jorge Manuel Ferreira Leitão, Professor Auxiliar
ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2018



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**Sistemas Complementares de Saúde:
Um Campo de Intervenção dos Assistentes Sociais**

Susana Filipa Caiado Martins

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientador:

Doutor Jorge Manuel Ferreira Leitão, Professor Auxiliar

ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2018

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é certamente muito minha, mas é também muito das pessoas que a tornaram possível concretizar. É um trabalho muito solitário, muitas horas à procura do que não sabemos sequer procurar, onde questionamos as nossas capacidades e onde somos colocados à prova. Mas são os desafios que nos fazem crescer e este trabalho não poderia ser mais enriquecedor e por isso mesmo estarei eternamente grata àqueles que fizeram parte da minha jornada.

Quero agradecer aos meus Pais, por me terem proporcionado ao longo destes anos investir na minha formação e por sempre desejarem mais para mim, incentivando-me sempre a continuar. Aos meus Avós, por terem sido sempre como uns segundos Pais, a vocês vos devo muito da pessoa que sou hoje.

Ao meu orientador, Prof. Doutor Jorge Ferreira, pelos momentos de reflexão, pelos seus conhecimentos partilhados, conselhos e disponibilidade.

Às entidades e às assistentes sociais que se disponibilizaram para me receber e que partilharam comigo as suas experiências profissionais. Sem os vossos testemunhos, a minha dissertação não seria a mesma.

Por último, e decerto, não o menos importante, um muito obrigado ao meu maior apoio, ao meu pilar, que ouviu sempre as minhas angústias, as minhas derrotas, as minhas vitórias, e que me dava força como ninguém.

A todos o meu sincero agradecimento.

RESUMO

A presente investigação analisa o serviço nacional de saúde, particularizando os sistemas complementares de saúde, identificando-os como um campo de intervenção do Serviço Social.

Identifica-se com um estudo exploratório, pelo que se optou por uma metodologia qualitativa assente no modelo indutivo. Considerando a natureza deste estudo, utilizámos como técnicas de recolha de dados a pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas a três assistentes sociais e observação não participante, pelo que se recorreu à análise de conteúdo como técnica de análise de dados.

Concluimos que, os sistemas complementares de saúde, surgiram no seguimento da evolução da proteção social em Portugal, constituindo-se por grupos de colaboradores organizados pela sua categoria socioprofissional que ambicionavam alcançar um maior bem-estar e qualidade de vida, que se repercutiram na proteção não só na saúde, essencialmente, mas também no domínio social.

Verificámos que aquando a criação do Serviço Nacional de Saúde e da Segurança Social muitas destas organizações foram privatizadas e as que se foram mantendo devem-se, em grande parte, à insustentabilidade dos serviços públicos condicionados pelo fator do envelhecimento demográfico. Na sua prática, os assistentes sociais promovem o bem-estar dos seus sujeitos de intervenção, na informação dos seus direitos como cidadão, na conciliação entre trabalho-família, contribuindo assim, para um clima organizacional saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social; Sistema Complementar de Saúde; Proteção Social; Bem-Estar; Envelhecimento.

ABSTRACT

The present research analyze the health national service, particularizing the health complementary systems, identifying them as a field of Social Work intervention.

It consists in an exploratory study, so we opted for a qualitative methodology based on inductive method. Considering the nature of this study we use as documentary research, semi-structured interviews with three social workers and non-participant observation were used as data collection techniques, reason why we chose and content analysis as data analysis technique.

We conclude that complementary health systems emerged because of the social protection evolution in Portugal, constituted by groups of employees organized by their socio-professional category with the intention to achieve a greater well-being and quality of life, which had repercussions on the protection, not only in health, but also in the social field.

We verify that many of these organizations were privatized when the health national service and social security service were created, and the reason of the maintenance of some of these organizations are due to insubstantiality of public healthcare conditioned by the population ageing factor. In their practice, social works promote the well-being of their beneficiaries by the information of their rights as a citizen and the promotion of reconciliation of work-family contributing to a healthy organizational environment.

KEYWORDS: Social Work; Health Complementary System; Social Protection; Well-Being; Ageing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – PERSPETIVAS EVOLUTIVAS DOS SISTEMAS COMPLEMENTARES DE SAÚDE	4
1.1. Evolução da Proteção Social na Europa e em Portugal	4
1.2. Mutualismo	6
1.3. Estado-Providência	9
1.4. Envelhecimento	14
1.5. Sistemas de Saúde	18
1.6. Serviço Social	23
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	29
1.1. Campo Empírico	29
1.2. Natureza da Investigação	30
1.3. Universo e Amostra	32
1.4. Técnicas de Recolha de Dados	33
1.5. Técnicas de Análise de Dados	35
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	38
1.1. Caracterização dos Entrevistados	38
1.2. Evolução dos SCS	39
1.3. Papel e Funções do Serviço Social nos Sistemas Complementares de Saúde	48
1.4. Práticas Profissionais	56
CONCLUSÃO	67
BIBLIOGRAFIA	72
DOCUMENTOS	77
LEGISLAÇÃO	78
ANEXOS	i

ÍNDICE ESQUEMAS

Esquema 1 – Sistemas de Proteção Social	6
Esquema 2 – Componentes da Economia Social	7
Esquema 3 – Razões para a Insustentabilidade do SNS	21
Esquema 4 - Levantamento dos SCS que têm contratações com assistentes sociais.	30
Esquema 5 – Sistemas envolventes na intervenção sistémica	64
Esquema 6 – Relações envolventes no Modelo de Intervenção em Rede	65
Esquema 7 – Situações envolventes no Modelo de Intervenção em Crise.....	66

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Índice de Envelhecimento na UE em 2016	15
---	-----------

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 – Proteção Social: Tipos de Associações.....	11
Quadro 2 – Tipos de Sistemas de Saúde.....	19
Quadro 3 – Composição do Sistema de Saúde Português.....	20
Quadro 4 – Critérios de Seleção da Amostra.....	32
Quadro 5 – Análise de Conteúdo por Categorias	36
Quadro 6 – Ano de Criação do SCS e do Serviço Social no SCS	41
Quadro 7 – Funções dos AS nos SCS.....	56
Quadro 8 – Principais problemáticas nos SCS	58

SIGLAS

AS – Assistente Social

ADM – Assistência na Doença aos Militares

ADSE – Assistência na Doença aos Servidores do Estado

APS – Associação Portuguesa de Seguradores

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IASFA – Instituto de Ação Social das Forças Armadas

IOS – CTT – Instituto Obras Sociais

SAMS – Serviços de Assistência Médico Social

SCS – Sistema Complementar de Saúde

SSCGD – Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SS – Serviço Social

SSGNR – Serviços Sociais da Guarda Nacional Republicana

SSINCM – Serviços Sociais da Imprensa Nacional da Casa da Moeda

SSMJ – Serviços Sociais do Ministério da Justiça

SSPSP – Serviços Sociais da Polícia de Segurança Pública

PT – ACS – Portugal Telecom – Associação de Cuidados de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

INTRODUÇÃO

A presente dissertação decorre de uma investigação em Serviço Social sobre o campo de atuação dos assistentes sociais nos sistemas complementares de saúde. No momento em que se debate o envelhecimento demográfico da população e a sustentabilidade de um serviço nacional de saúde e segurança social, é de particular interesse para o Serviço Social, a reflexão do assistente social neste contexto de profundas alterações socioeconómicas.

Portugal é um país que de acordo com Joaquim (2008) apresenta características muito próprias em contexto político e social. Trata-se de um país que detém um regime democrático muito recente, onde a cultura de cidadania ainda é muito débil e a consciência de direitos e deveres, por parte dos cidadãos e das suas instituições é muito fraca. O autor sustenta-se no facto de se tratar de um país onde o Estado, durante um período significativo de tempo, designadamente até 1974, pouco ou nada investiu em termos da despesa social e manteve sempre uma relação muito complexa com a sociedade civil, assumindo, neste domínio, um papel essencialmente supletivo. É, por outro lado, um contexto em que as iniciativas de carácter privado, de forma muito particular as incitativas ligadas à Igreja Católica, há muito têm assumido um protagonismo maior no que concerne à proteção social. A iniciativa privada era reconhecida como um instrumento do progresso e da economia, pelo que no período entre 1933 e 1974, o modelo governativo do Estado Novo se caracterizou como corporativo, onde apenas lhe competia coordenar e regulamentar as bases da previdência social, sem assumir qualquer responsabilidade direta pelo seu financiamento e gestão. O Estado reconheceu a iniciativa privada como o motor da organização da previdência social, mediante a constituição de instituições de previdência sob a égide corporativa, assumindo um papel supletivo e de apoio à iniciativa privada (Carvalho, 2013).

A Revolução do 25 de Abril de 1974 determinou diversas alterações políticas que proporcionaram uma grande incidência sobre o setor da saúde, tendo dois anos depois sido integrada na Constituição da República Portuguesa (1976) a criação de um serviço nacional de saúde, inspirado no modelo inglês, que garantia o acesso gratuito e universal

aos cuidados de saúde. Este alargamento da cobertura da população portuguesa na doença culminou no aumento exponencial da procura de cuidados, substanciado, segundo Maio (2010), por dois motivos: o acesso direto e gratuito aos serviços públicos de saúde e a assunção de encargos com a saúde por terceiros pagadores ou subsistemas de saúde constituídos pelos funcionários públicos, militares, bancários, entre outros.

O processo de transformação da sociedade decorrente da transição para um regime democrático, associado a alterações demográficas, sociais, económicas e políticas, implicou uma mudança na lógica de intervenção no domínio da ação pública, nas políticas públicas e, em particular, nas políticas sociais. Tendo em conta estes aspetos, foi preocupação central dos sucessivos governos democráticos dar respostas às novas necessidades e exigências que surgiram, definindo políticas públicas integradoras e orientadas para a promoção do desenvolvimento social, da inclusão e da coesão social (Carvalho, 2013). Neste sentido, o Estado deixa de atuar apenas como supletivo às iniciativas privadas e responsabiliza-se pela proteção social, pelo que no presente estudo se investigará a origem do Serviço Social nas organizações que antes da criação de um serviço nacional de saúde e de uma segurança social atuavam em primeira instância e que ainda hoje subsistem. Considerando que é uma área que a nível científico é desconhecida como pertencente ao Serviço Social, revela-se de grande pertinência realizar esta investigação a fim de se sistematizar uma conceção geral do que consiste a prática dos assistentes sociais nos sistemas complementares de saúde, apurar quais os seus propósitos e fundamentos.

A pergunta de partida para a investigação é fundamental, pois caso seja bem formulada, centrar-se-á numa área ou domínio concreto, conferindo à investigação direção e coerência, delimitando-lhe o estudo e servindo de guia para a revisão de literatura (Coutinho, 2015). Para Moltó (2002) *apud* Coutinho (2015), é desejável que a definição do problema seja o mais específica possível contendo os aspetos essenciais do estudo, ou seja, fazer referência ao que se estuda (objeto de investigação), com quem se vai levar a cabo a investigação (sujeitos) e como se estuda o problema (definição de variáveis). Neste caso, o objeto de investigação serão os sistemas complementares de saúde, e considerando a área de estudo – Serviço Social – revela-se premente estudar este

campo de intervenção juntos dos assistentes sociais. Seguindo esta lógica de pensamento construiu-se a questão de investigação da dissertação a realizar – Como é construído o campo de intervenção do assistente social nos Sistemas Complementares de Saúde? Além disso, foram também elaboradas outras questões secundárias, às quais se pretendem responder, nomeadamente:

- Quais são as especificidades dos SCS?
- Qual a lógica que orienta a intervenção social dos SCS?
- Que novos desafios se colocam aos SCS no atual contexto socioeconómico e político?

Desta forma, definiu-se como objetivo geral, analisar o sistema nacional de saúde particularizando os sistemas complementares de saúde, interpretar as potencialidades destes SCS como campo de atuação do SS e sistematizar a prática do AS, e como objetivos específicos da investigação os seguintes:

- Caracterizar o contexto histórico-político e social nacional e a lógica subjacente à criação dos SCS;
- Identificar as tipologias/dimensões sociais integrantes na estrutura dos SCS que são facilitadoras ou que interagem com os princípios e valores do SS;
- Correlacionar a política pública de saúde no quadro das suas orientações de assistência e intervenção social;
- Categorizar as perceções que o AS tem sobre o SCS.

A dissertação encontra-se dividida em três capítulos, pelo que o primeiro diz respeito ao enquadramento teórico, nomeadamente o percurso histórico do sistema de saúde português. O segundo capítulo prende-se com a metodologia orientadora da investigação, onde após a problemática definida se dá a conhecer o processo metodológico de seleção da amostra e as consequentes técnicas de recolha e análise dos dados. No último capítulo são apresentados os resultados da investigação e subsequente análise. Por fim, apresenta-se a conclusão, na qual são descritos os resultados finais do estudo e refletindo as perspetivas futuras da investigação, seguindo-se as referências bibliográficas.

CAPÍTULO I – PERSPETIVAS EVOLUTIVAS DOS SISTEMAS COMPLEMENTARES DE SAÚDE

1.1. Evolução da Proteção Social na Europa e em Portugal

Segundo Garrido (2016) as primeiras formas de proteção social surgiram na Idade Média, em várias partes da Europa, muito ligadas à assistência laica e como resposta solidária à pobreza que se propagava nas sociedades feudais, pelo que Mouro (2001) reforça ser neste período medieval que se dá a transformação da natureza dos problemas sociais e dos mecanismos de regulação social, tendo sido promovida a criação de instituições que tinham como objetivo primordial a reabilitação social, com especial destaque na área da saúde.

Neste âmbito surge no séc. XVI uma instituição social equivalente à confraria medieval, integrando características semelhantes às mutualidades modernas – irmandades de socorro¹ (Pitacas, 2009). É nesta época que os trabalhadores das sociedades europeias do Antigo Regime se agrupavam em corporações que reuniam pessoas da mesma profissão, onde eram partilhados os saberes técnicos artesanais e venerado o santo patrono (Garrido, 2016).

No entanto, nos séculos XVIII e XIX, os modos artesanais de produção de bens e serviços foram substituídos pelo sistema fabril, substituição que se repercutiu em alterações de foro económico e social e que desencadeou diversos riscos humanos (Garrido, 2016). Mozzicafreddo (2000) afirma que é perante um panorama de divisão social do trabalho, de hierarquias funcionais/profissionais, de urbanização e industrialização, ou seja, num quadro individualista, que surgem novas formas de regulação funcional e de coordenação das relações entre as estruturas sociais e os indivíduos.

Isto significa que se revela pertinente o desenvolvimento de um modelo de solidariedade nas sociedades mais diversificadas e divididas, pois quanto mais elevada é a diversificação, maior se torna a necessidade de organização institucional que assegura a integração e a interdependência dos indivíduos. Mouro (2001) vai de encontro ao que é

¹ As irmandades de socorro existiram até ao século XVIII.

defendido por Mozzicafreddo (2000) reconhecendo a importância da recriação da noção de solidariedade, como forma de fazer sobreviver o sistema das relações sociais e de trabalho. Em oposição, os liberais em meados do séc. XVIII, não incentivaram as irmandades ou confrarias, tendo sido concebido pelos mesmos a criação de montepios oficiais², que vieram a ser extinguidos, visto que os operários em plena revolução industrial se associaram a um novo tipo de associação – os socorros mútuos.

A tradicional organização da proteção social em Portugal foi fundada com base em critérios socioeconómicos ou ético-religiosos, pelo que as *“formas de ação assistencial foram desenvolvidas a partir de concepções de raiz medieval, ajudas caritativas e ajudas mútuas que se prolongam em organizações privadas de grande tradição, respetivamente as Misericórdias e as Mutualidades”*, como também informam a distinção entre os tradicionais esquemas da assistência e previdência³ (Hespanha *et. al*, 2000:121).

O Mutualismo surge assim na Europa, no decurso da revolução industrial, como reação às condições desumanas a que as classes trabalhadoras eram submetidas, sobretudo as da indústria, face aos inúmeros riscos a que estavam sujeitas, nomeadamente na doença, na invalidez e na sobrevivência dos seus familiares mais diretos (Rosendo, 1996).

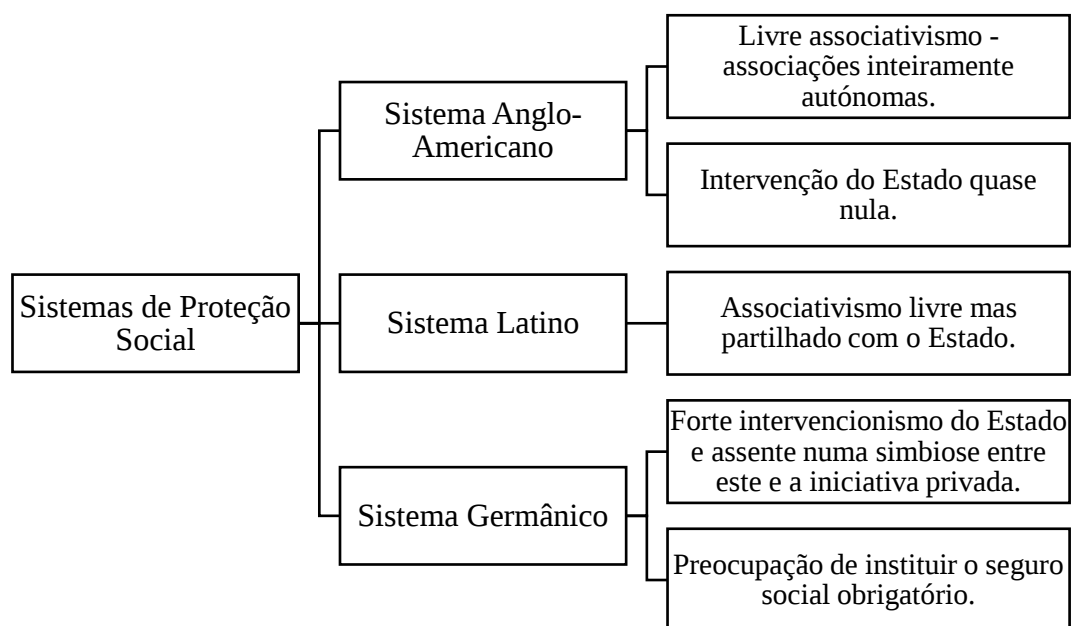
Para Neves (1998:251), *“em termos europeus, há uma enorme diversidade de sistemas, já que eles se baseiam na complexa combinação de algumas técnicas fundamentais de proteção, que têm objetivos e se regem por princípios muito diferentes entre si”* (cf. Esquema 1). A verdade é que o movimento associativo despertou por toda a Europa, depois da revolução socialista ocorrida em França, em 1848, eco que só se fez sentir em Portugal nos centros urbanos de maior dimensão, onde as associações representativas do trabalho seguiam a via do mutualismo: *“Em toda a parte e,*

² Os montepios oficiais protegiam os funcionários e as suas famílias com pensões de viuvez, orfandade, velhice e invalidez.

³ A assistência diz respeito ao esforço individual e coletivo através do qual as pessoas cumprem a obrigação fundamental de se ajudarem uns aos outros, enquanto que a previdência se traduz fundamentalmente num sistema de proteção que reconhece ou confere direitos aos indivíduos por ele abrangidos, pressupondo a participação das pessoas protegidas na organização da proteção (Leal, 1967).

designadamente no quadro europeu, vem sendo crescentemente valorizado o papel da sociedade na recomposição dos sistemas de proteção social, tendo como pressuposto uma nova repartição das competências do Estado de bem-estar entre o Estado e outros agentes privados de proteção” (Hespanha et al, 2000:119).

Esquema 1 – Sistemas de Proteção Social



Fonte: Elaboração própria com base na dissertação de Lobo D’Ávila Lima (1909) citado por Rosendo (1996).

1.2.Mutualismo

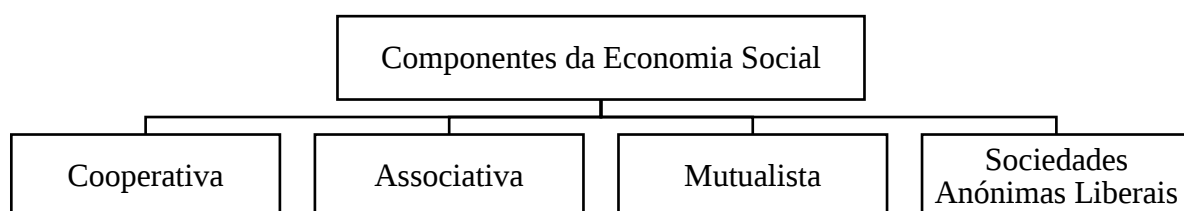
Pitacas (2009) retrata a mutualidade como uma forma coletiva de organização social que luta por objetivos comuns, que se fossem defendidos individualmente não eram possíveis de concretizar, nomeadamente a cobertura de riscos sociais e satisfação de necessidades sociais. De facto, o associativismo mutualista que surgiu como consequência das modificações políticas e sociais geradas pelos liberais, assentou nos princípios de colaboração e cooperação, contribuindo para a melhoria das condições de vida das classes trabalhadoras (Rosendo, 1996). Neste sentido, o mutualismo desenvolveu-se como uma alternativa institucional, que propiciou a criação de um sistema de prestação de benefícios sociais que possibilitava não só diminuir as consequências económicas dos riscos sociais do trabalho, como também defender diretamente uma maior segurança económica e social

aos indivíduos, seus associados, e indiretamente às suas famílias (Mouro, 2001). É por isso que Pereirinha e Carolo (2006:8) afirmam a constituição do mutualismo “*como embrião de formas de previdência coletiva face aos riscos sociais que ocorreram em resultado da industrialização: doença e morte, desemprego, acidentes de trabalho e doenças profissionais, invalidez e velhice*”. Rosendo (1996) alerta para a distinção formal entre assistência e previdência.

Enquanto as diferentes formas de assistência não preveem qualquer tipo de comparticipação dos assistidos e recebem gratuitamente as “ajudas”, a previdência praticada pelas associações de socorros mútuos – e mais tarde pelas instituições de seguro social obrigatório – é garantida por quotizações voluntárias ou obrigatórias dos indivíduos nelas inscritos. Este conjunto de fatores justificam sociologicamente o aumento do fluxo de criação de associações mutualistas verificado entre o ano de 1850 e o ano de 1891, altura em que foi publicada, a 28 de fevereiro, legislação reguladora sobre o seu funcionamento, situação que foi agudizada pela criação do Ministério do Trabalho em 1916 e do Instituto de Seguros Sociais em 1919 (Mouro, 2001).

Apesar desta visão otimista do mutualismo, Garrido (2016) acautela para o facto de estas pequenas associações de previdência garantirem apenas formas elementares de seguro na doença como contrapartida das quotizações pagas pelos seus membros, revelando-se deste modo insuficientes para cobrir riscos de tamanho alcance e regularidade, passando-se a apostar numa assistência pública conjugada com a ação das referidas associações. O Estado tem assim interesse em apoiar estas instituições de economia social, que já detêm da capacidade mobilizadora de recursos, sendo vistas como um fim para a garantia das regras de funcionamento democrático (Caeiro, 2005).

Esquema 2 – Componentes da Economia Social



Fonte: Elaboração Própria com base em Caeiro (2005:78).

De acordo com o autor (2005), a tradição em Portugal assentou não só nas Misericórdias que desde o séc. XVIII se revelavam como determinantes para as pessoas mais desfavorecidas, como também nas mutualidades que no decorrer do séc. XIX se demarcaram pela sua intervenção na área socioeconómica. Pitacas (2009) reforça que a tradição das mutualidades de saúde ou de previdência não se destacaram apenas em Portugal, mas na maior parte da União Europeia - *“Na Europa, onde os sistemas de proteção social se encontram mais desenvolvidos, as mutualidades precederam os sistemas públicos de segurança social e de saúde e têm vindo a constituir-se como instituições fornecedoras de bens e serviços complementares ou substitutivos, atuando como um parceiro privilegiado do sistema público”* (2009:25).

Segundo o que está publicado no *site*⁴ da União das Mutualidades Portuguesas (UMP), o mutualismo é um sistema privado de proteção social que visa o auxílio mútuo dos seus membros, tendo vindo a complementar e colmatar as falhas e limitações dos sistemas públicos de proteção social e das respostas das entidades privadas com fins lucrativos, pelo que se encontram empenhadas no desenvolvimento de novas soluções adequadas às necessidades dos cidadãos e das famílias. O Mutualismo, por constituir uma alternativa de carácter social, que não depende do Estado nem tem fins lucrativos, é uma solução indispensável para garantir uma autoproteção social de segurança social, saúde e ação social eficaz, com custos mais baixos e cuja rentabilidade se distribui por todos os associados (*Idem*). A questão da intervenção do Estado na sociedade foi colocada, desde os finais do século XVIII, pelos *“pensadores”* que estavam ligados aos assuntos político-sociais (Caeiro, 2000).

O autor (2000) afirma que o Estado moderno e as problemáticas que lhes estão associadas (desenvolvimento e crescimento económico acelerado, industrialização, massificação, etc.) impulsionaram a importância da intervenção do Estado. Até ao século XVIII poderíamos falar da existência de um estado protetor centrado na esfera individual dos cidadãos, mas muito limitado, assente principalmente nos direitos civis, nomeadamente como o direito à vida e à propriedade (*Idem*, 2000).

⁴ <https://www.mutualismo.pt/portal/index.php/pt/mutualismo>, acedido no dia 24 de Outubro de 2017.

As associações mutualistas a partir do início dos anos 30 ficaram intituladas por instituições de previdência, pelo que foram integradas no sistema de previdência (instituições de previdência de 2ª categoria) com fins de auxílio mútuo e com regras muito restritas de organização e funcionamento, tuteladas pelos organismos corporativos do Estado Novo, facto que acentuou as questões relacionadas com o controle e disciplinamento das associações e seus associados (Hespanha *et al*, 2000). Apesar de estas associações serem reconhecidas como complementares aos fins da Previdência Social, o Estado Novo limitou as suas atividades de tal forma que se assistiu ao isolamento das associações, orientadas geograficamente para o atendimento de carências básicas dos setores mais desfavorecidos, à sua estagnação e extinção de muitas das existentes” (*Idem*, 2000).

De acordo com Santos *et al* (1998) as associações mutualistas são instituições sem fins lucrativos, sem limite de associados, com um capital indeterminado de duração indefinida que praticam fins de auxílio recíproco, graças às quotizações dos seus associados. Nas mutualidades, o carácter não lucrativo deve-se à obrigatoriedade de se utilizar os excedentes de capitais investidos no enriquecimento do património global das modalidades e proibir-se a sua distribuição direta aos associados (*Idem*, 1998).

1.3.Estado-Providência

Garrido (2016) declara que a grande guerra teve graves proporções a nível económico e social repercutindo-se em profundas alterações na regulação do setor dos seguros, o que obrigou o Estado a atuar nas áreas de assistência (população pobre ou não inserida pelo trabalho) e previdência (população coberta pelo seguro obrigatório).

Neste sentido, Portugal aprovou em 1919, diversos seguros obrigatórios: doença e invalidez, acidentes de trabalho, velhice e sobrevivência, constituindo-se o Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral, sendo que o maior problema residiu no regime de contribuições adotado, onde a participação financeira do Estado era insuficiente para fazer face a um modelo tão amplo e ambicioso (*Idem*, 2016). Ainda no mesmo ano, Portugal aderiu à Organização Internacional do Trabalho que inspirada no modelo alemão de seguros sociais obrigatórios desafiou todos os países industrializados

a adotarem um conceito de Estado-Providência em matéria de direitos sociais, tendo o referido instituto ficado a depender do Ministério das Finanças.

Após a posse de Salazar, em 1928, a ditadura militar suspendeu toda a legislação de 1919, transitando-se para um modelo de previdência corporativa de inspiração fascista, onde o mutualismo viu restringida a sua liberdade e autonomia, apesar de não ter invalidado a necessidade da sua ajuda e da ação complementar das misericórdias no domínio da assistência social. Segundo Hespanha *et. al* (2000), o Estado Novo controlou todas as iniciativas da sociedade civil e manteve a intenção de generalizar o sistema a toda a população e a todo o território nacional, a par da intenção de coordenação e integração dos diversos setores da política social, tendo sido distinguida a ação da previdência social (a um mero assistencialismo corporativista) e da saúde e assistência⁵ (a um assistencialismo caritativo, organizado e concedido na base de critérios ético-religiosos – misericórdias). Monteiro (1995) corrobora que o Estado Novo se impôs contra uma situação de crise financeira, instabilidade governativa e conflitualidade social, alcançando numa fase inicial a convergência de apoio de interesses diversos, nomeadamente uma aristocracia e burguesia tradicional, a hierarquia da Igreja Católica e setores populares.

Fernandes (1996) partilha da mesma opinião que os outros autores, atestando que até finais dos anos 60, o Estado Novo, assente nas ideias de corporativismo, foi construindo um sistema de Previdência Social, baseado apenas na comparticipação financeira do trabalhador e do empregador, tendo a Constituição de 1933 sido o primeiro passo para a construção deste sistema – *“Ao Estado Novo corporativo competia apenas favorecer e promover as instituições de solidariedade, previdência e cooperação e mutualidade”* (Artigo 41º). Henríquez (2001) acrescenta que a proteção social que vigorou durante o Estado Novo, assentou essencialmente sobre três pilares: Constituição

⁵ O Sistema de proteção social continuava a distinguir a Previdência (população coberta pelo seguro obrigatório) e a Assistência (população pobre ou não inserida pelo trabalho), tuteladas por organismos diferentes, respetivamente o Ministério das Corporações e Previdência Social (a partir de 1973 designado Ministério das Corporações e Segurança Social) e o Ministério da Saúde e Assistência (até 1958 Subsecretaria de Estado da Saúde e Assistência, tutelada pelo Ministério do Interior).

da República, a partir da qual se identifica o espírito não intervencionista do Salazarismo; Estatuto do Trabalho Nacional (1933), que define o enquadramento corporativo de patrões e operários; Lei 1884 de 1935, que define as bases da Previdência Social portuguesa.

As alterações que se desenharam no quadro conjuntural do pós-guerra e a natureza das questões colocadas ao Estado Novo criaram ao Salazarismo sérios problemas de legitimação interna e externa da organização corporativa, suscitando estratégias de readaptação no plano político, económico e social (Monteiro, 1995). Neste sentido, procurou-se de acordo com a autora (1995) a expansão da organização corporativa e da consequente previdência social, através das iniciativas privadas no campo da assistência social, distanciando-se da alçada do Estado para enaltecimento dos papéis tradicionais da família/caridade cristã. Assim, as iniciativas particulares tiveram direito a proteção diferenciada pelo Estado, desde que a sua fundação assentasse em laços ético-religiosos (Misericórdias e outras associações de natureza canónica) ou caso estivessem agregadas em função das necessidades/interesses socioeconómicos ou socioprofissionais (as associações mutualistas), respetivamente enquadradas pelo sistema de saúde e assistência ou integradas no sistema de previdência, *“tendo sido sujeitas a distintos regimes de tutela administrativa, orientação e proteção governamental”* (Hespanha et al, 2000:123).

Santos *et al* (1998) revela que em inícios da década de 60 já se sentiam fortemente as limitações e incongruências do sistema de previdência social, pelo que pela Lei nº2115, de 18 de junho de 1962 se procedeu à reforma do sistema, criando-se condições para o desenvolvimento de um sistema de proteção social uniforme e geral onde as instituições se organizavam por critérios geográficos e das prestações (cf. Quadro infra).

Quadro 1 – Proteção Social: Tipos de Associações	
Caixas Sindicais de Previdência (comércio, indústria e serviços); Casas do Povo (agricultura); Casas dos Pescadores	Instituições de previdência de inscrição obrigatória destinadas a proteger fundamentalmente os trabalhadores por conta de outrem.

Caixas de Reforma ou de Previdência	Destinadas a trabalhadores por conta própria e de inscrição obrigatória.
Associações de Socorros Mútuos	Associações com fins de auxílio recíproco de inscrição facultativa.
Instituições de Previdência	Destinadas ao funcionalismo público, civil ou militar e demais pessoas ao serviço do Estado e dos corpos administrativos, compreendendo a Caixa Geral de Aposentações (1929) e o Montepio dos Servidores do Estado (1933)

Fonte: Elaboração própria com base em Santos *et al* (1995).

Hespanha *et al* (2000) chama ainda a atenção para a reforma da Saúde e Assistência (Lei 2120 de 1963) que definiu as bases de uma política responsável pelo alargamento do sistema de saúde, ampliação da rede hospitalar pública e privada, pela reorganização e qualificação técnica dos serviços e pela valorização das carreiras profissionais. Contudo, apesar dos esforços nos anos finais do Estado Novo, as necessidades de modernização do sistema de previdência social faziam-se sentir prementemente, porque a despeito de se ir abandonando o carácter corporativo, despontavam sinais de incapacidade de adequação do sistema à proteção de determinados grupos sociais (Santos *et al*, 1998). Foi neste sentido que a revolução de 1974 ocorreu a fim de satisfazer as exigências do movimento social popular e de eliminar as insuficiências que o sistema de proteção social transparecia, tendo-se iniciado uma nova fase na evolução legislativa da organização da previdência e da assistência social do Estado Novo, que só em 1984 é que foi revogada com a aprovação da Lei de Bases da Segurança Social (*Idem*, 1998).

No período imediatamente após Abril de 1974 começa a tornar-se significativo a responsabilização política do Estado, muito por pressão da sociedade civil emergente, com o objetivo de uma redistribuição mais igualitária e da garantia de um mínimo social de padrões nacionais de vida e proteção social – “Foi criado um conjunto de medidas, umas mais diretamente orientadas para a eliminação das formas de extrema pobreza

(fixação de um salário mínimo nacional, subsídio de desemprego e institucionalização da pensão social), outras orientadas para objetivos sociais que globalmente (se cumpridos) significariam a constituição de um Estado de bem-estar de tipo keynesiano, dos mais avançados da Europa” (Hespanha et al, 2000:127).

Até 1974 enquanto cerca de 40% da população portuguesa estava coberta por esquemas de proteção na doença, onde os encargos de saúde eram assumidos parcial ou totalmente pela Previdência Social, os restantes cidadãos (60%) suportavam os encargos com os seus cuidados de saúde (Maio, 2010). As movimentações políticas decorrentes do 25 de Abril de 1974, de acordo com as novas ideologias que orientavam as forças que detinham a hegemonia política, na confluência pós-revolucionária procuraram promover as condições para a construção gradual de um Sistema de Segurança Social, com o intuito de substituir o sistema anterior (Fernandes, 1996).

Segundo Branco (1933) a implantação e generalização do *welfare state* apoiou-se no plano concetual de modelos de sistemas públicos nacionais de serviços sociais inspirados nas propostas do Relatório de Beveridge de 1942. Este autor afirma que a conceção de Beveridge assenta no princípio da responsabilização e intervenção pública, isto é, na ideia de socialização de riscos sociais e satisfação de necessidades socialmente reconhecidas, assentando o papel do Estado em 3 domínios:

1. Um sistema de segurança social, eixo central do seu modelo, com o objetivo de libertar o homem e garantir uma segurança de rendimentos;
2. Um serviço nacional de saúde;
3. Uma organização nacional de emprego.

Para Soulet (1996) o Estado-Providência assentava, deste modo, sobre uma lógica de intervenção crescente do Estado no campo das relações sociais em face do constante aumento de necessidades insatisfeitas, o que conduziu à transformação das organizações espontâneas da sociedade num setor paraestatal, funcionando na base de subvenções estáveis e legitimadas pela satisfação pública das necessidades.

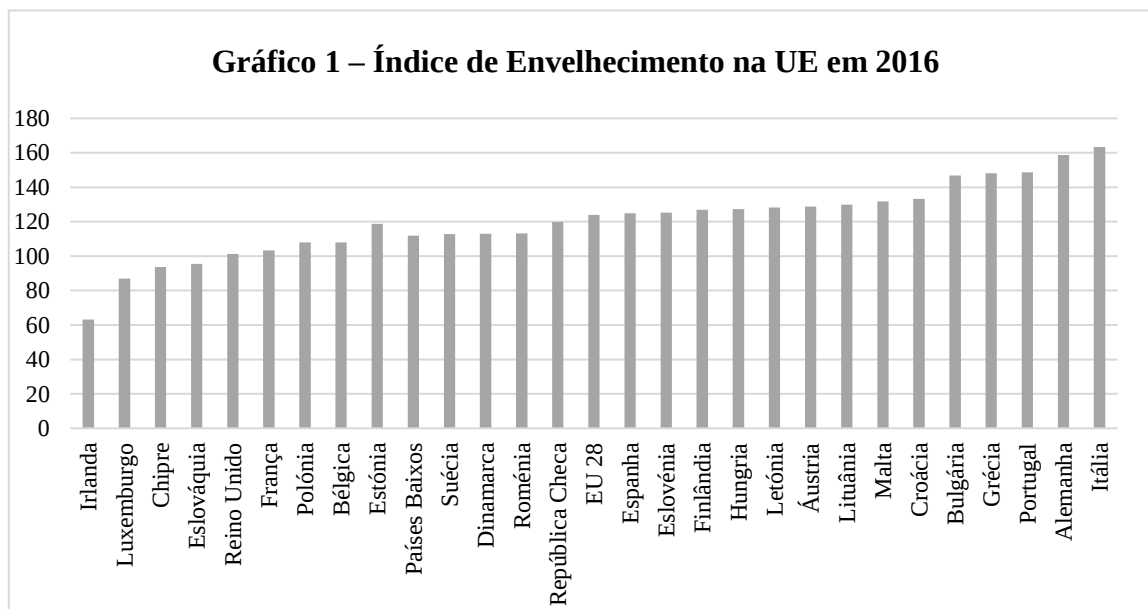
1.4. Envelhecimento

Numa era de profundas mudanças demográficas, económicas e das relações intergeracionais, é criada a necessidade de se preparar o Estado, a sociedade e as famílias para a longevidade, apostando numa cultura de respeito aos mais velhos como mais valia para a economia (Faleiros, 2013). A verdade é que se vive numa sociedade em que a personagem principal é a máquina e não homem, pelo que o apelo à cidadania, à solidariedade, nomeadamente à sociedade intergeracional é preponderante (Coutinho, 2010). Para isso, a autora enfatiza o repensar do Estado de Bem-Estar da sociedade e da família como fonte de suporte não só dos idosos, mas das diferentes gerações.

O envelhecimento demográfico traduz-se pelo aumento da população idosa no total da população, que decorre fundamentalmente da baixa taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida, quer à nascença, quer aos 65 anos de idade, associadas à baixa taxa de mortalidade infantil (António, 2013). Trata-se de uma dinâmica que não é exclusiva de Portugal, sendo entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI (INE, 2015). Um fenómeno que acarreta implicações nas esferas sociais e, por isso, desafia a sociedade a reorganizar-se para o encarar como uma prioridade (Moura, 2012).

É neste âmbito que se têm vindo a desenvolver na União Europeia recomendações e diretivas especificamente relacionadas com esta problemática (José e Wall, 2006). As diferenças na esperança de vida à nascença devem-se à melhoria das condições de vida material, às boas práticas de saúde, aos programas de promoção da saúde e prevenção de doença e aos acessos aos cuidados de saúde (DGS, 2017). O envelhecimento da população não é só, um dos maiores triunfos da nossa humanidade, como também o nosso maior desafio, pois provoca um aumento das exigências sociais e económicas em todo o mundo (OMS, 2002). António (2013) corrobora que, se por um lado, é sinónimo de melhoria nos mais diversos níveis (saúde, educação, higiene, trabalho, tecnologia, entre outras), tornou-se por outro lado, desafiante, por estar associado ao aumento de custos, ao nível da saúde, equipamentos sociais e segurança social.

De acordo com os dados da PORDATA (2018), Portugal é o 3º país, entre os 28 países da UE com a maior proporção de pessoas com 65 e mais anos (148,7%), valor apenas ultrapassado pela Alemanha (158,7%) e Itália (163,4%) – cf. Gráfico 1.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da PORDATA, 2018.

A Europa é um dos territórios mais envelhecidos, onde a crise financeira e económica tem colocado em causa as instituições políticas que produzem impactos negativos na vida dos cidadãos (Carvalho, 2011). São vários os autores que reconhecem o problema do envelhecimento demográfico preocupante, e Moura (2012) questiona a própria sustentabilidade financeira do modelo social europeu devido aos encargos relacionados com o aumento da longevidade e da respetiva redução dos contribuintes dos escalões etários ativos, e em especial, a sustentabilidade dos sistemas de saúde pelos desafios na acessibilidade/qualidade dos serviços.

Aliada às transformações demográficas, está a mudança que o papel do idoso adquiriu na sociedade. Como refere Mouro (2013), o papel do idoso ao ser confrontado com a sociedade industrial em termos da sua representação simbólica, no seu espaço na família e no mundo do trabalho, passando a estar mais ancorado ao trabalho do que à sabedoria pela experiência, convertendo-se o envelhecimento num problema social. Começou-se a valorizar o individualismo, a independência, a efemeridade num novo

contexto social e cultural marcado pela modernidade, pós-modernidade e pelo poder enorme das tecnologias da informação e da comunicação (Coutinho, 2010).

De acordo com o José e Wall (2006), o problema incide na existência de idosos, que com uma maior probabilidade de estarem em situação de dependência, não têm familiares potencialmente disponíveis para prestar cuidados, pois a conciliação do trabalho profissional com os cuidados aos idosos dependentes é bastante complicada. Capucha (2014) acrescenta que as famílias estão distantes e ocupadas com duplas carreiras profissionais, que têm de combinar com o cuidado dos filhos e com a luta pela sobrevivência diária a que todos estão sujeitos. Até porque cuidar de uma pessoa idosa dependente pode traduzir-se num trabalho árduo e exigente, tanto a nível físico como afetivo, o que requer disponibilidade considerável de tempo e energia (José e Wall, 2006). As famílias são as primeiras cuidadoras de idosos e a crescente complexidade de cuidados requeridos coloca em risco essa prestação, levando-as a contestar a falta de apoios e a inerente incapacidade física e psíquica para continuar a prestar cuidados (Carvalho, 2011).

Assim, existe a necessidade de se expandir os cuidados pessoais, sociais e de saúde, num quadro de diminuição de recursos familiares, cuidadores informais e recursos financeiros para investir em serviços (Carvalho, 2011). José e Wall (2006) fazem o reparo ao aumento da oferta de equipamentos e serviços (lares, centros de dia, apoio domiciliário) devido ao investimento do terceiro setor privado não lucrativo, contudo, existe um desfasamento devido aos apoios ineficientes para fazer face aos custos destes equipamentos e serviços, colocando a família sobrecarregada e percecionada como a única prestadora de serviços.

A inexistência de apoio traduz-se no isolamento e na perda de autonomia, provocando o enfraquecimento do quotidiano ao impedir a participação na vida da comunidade e criando degradação, por vezes até, limites chocantes das condições de vida (Capucha, 2014). Veras (2009) refere ainda que, o envelhecimento, traduz-se num maior peso de doenças na população, mais incapacitada e num maior aumento do uso de serviços de saúde. Gil (2013) alerta para a urgência de se criar serviços de âmbito social e de saúde que possam responder complementarmente à ação das famílias, às necessidades da

população em idade avançada e em situação de dependência. O aumento da esperança média de vida, mesmo no cenário mais otimista de recuo da morbilidade e incapacidade, vem potenciar a possibilidade de deterioração do estado de saúde com dificuldades acrescidas pelo aumento do número de casos, por um lado, e a insuficiência das ajudas disponíveis, sejam elas, formais ou informais (Fernandes, 2004).

Uma das características mais importantes da “nova medicina” é a sua maior dependência de aspetos sociais e económicos, o que implica equidade e reconhecimento de todos terem oportunidade justa para atingirem o seu potencial de saúde (Branco e Farçadas, 2012). Para isso, Capucha (2014) defende que a reposta política passa pelo desenvolvimento de serviços de ação social, que se vão adaptando à evolução das condições de cada pessoa. Simultaneamente, políticas e programas de envelhecimento ativo são necessárias para permitir que as pessoas continuem a trabalhar de acordo com as suas capacidades e preferências à medida que envelhecem, e para prevenir e retardar incapacidades e doenças crónicas que são dispendiosas para os indivíduos, famílias e sistemas de saúde (OMS, 2002).

O envelhecimento ativo visa reconhecer a pessoa idosa como um membro integrado na sociedade, que apresenta capacidades para manter a sua participação contínua nas questões sociais, económicas, cívicas, culturais, espirituais, etc. (Ribeirinho, 2012). Constitui-se, assim, como um desafio para os cidadãos, familiares, profissionais e inclusive para o Estado, promover o envelhecimento ativo através das três dimensões basilares do conceito: *saúde, participação e segurança* (Idem, 2012). Perante a configuração da sociedade atual, a atividade diária prende-se com a procura constante de novas respostas que colmatem as necessidades apresentadas pelos utentes/famílias, sendo que a aposta é responder aos desafios que, nesta época de crise, se evidenciam e se tornam mais complexos (Lopes *et al*, 2012). Prevenir a dependência e promover um envelhecimento ativo e saudável evidencia-se como tema central de debate e de discussão em torno da problemática da longevidade conquistada (Fernandes, 2004).

1.5. Sistemas de Saúde

Os atuais sistemas de saúde europeus desenvolveram-se com base em dois grandes modelos de seguro público: o de Bismarck: instituído na Alemanha, nos finais do século XIX e o de Beveridge, criado no Reino Unido, logo após a II Guerra Mundial. Ambos assentam no princípio de que o acesso aos cuidados de saúde não deve depender da capacidade de pagar do indivíduo, pelo que a contribuição depende do rendimento, mas a utilização depende apenas da necessidade (APS, 2009). Desde a década de 1980 que as mudanças nas políticas de saúde aceleraram em toda a Europa, com o intuito explícito de conter o crescimento da despesa de forma a garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Silva, 2012).

Pinto (1994) caracteriza um bom sistema aquele que, em princípio, será a combinação de quatro fatores: uma boa qualidade, um grau de satisfação razoável dos utentes, custos controlados e um sistema de financiamento repartido. Em Portugal, onde a saúde é um direito constitucionalmente garantido, o sistema assenta num quase exclusivo financiamento do Estado, o que levanta questões à cerca da sua sustentabilidade. Já, nos EUA, os cidadãos recorrem maioritariamente a seguradoras ou esquemas como os *Health Maintenance Organizations*⁶, no âmbito do setor privado, o que deixa muitas pessoas sem cobertura na saúde. A verdade é que segunda a autora, nem um sistema ou outro são perfeitos e criam problemas semelhantes: descontrolo nos consumos e nos custos, insuficiente cobertura, inflação galopante, diminuição de qualidade, grau generalizado de insatisfação e insegurança.

Silva (2012) atesta o facto de os países com serviços nacionais de saúde semelhantes ao português – sistemas de saúde universais, financiados através dos impostos e em que o Estado tem um papel relevante na prestação dos cuidados (Inglaterra, Suécia, Espanha e Itália) – prosseguirem políticas semelhantes às pressões de in(sustentabilidade), conforme é possível verificar no Quadro nº 2.

⁶ Os *Health Maintenance Organizations* são um tipo de plano de seguros de saúde. Neste tipo de organizações, os beneficiários escolhem um médico, semelhante ao médico de família em Portugal, que fará o acompanhamento dos utentes e encaminhará para as especialidades médicas necessárias (<https://www.healthinsurance.org/glossary/health-maintenance-organizations-hmos/>, acedido no dia 30 de Agosto de 2018).

Quadro 2 – Tipos de Sistemas de Saúde		
Tipos de sistema de saúde	Objetivos da mudança	Exemplos de políticas
Países sem seguro/cobertura universal (EUA)	• Esforços para garantir a universalização da cobertura	• Reforma “Obama” • Universalização
Países com seguros sociais/seguros universais (França, Alemanha)	• Alargar fontes de financiamento • Assegurar cobertura dos que não estão incluídos no mercado de trabalho	• Alemanha: os cuidados com as crianças passarem a ser pagos por impostos • França: uma taxa adicional sobre salários mais elevados com efeito redistributivo
Países com serviço nacional de saúde (UK, Suécia, Portugal, Espanha)	• Separação entre os papéis de financiador, regulador e prestador • Concorrência entre setor público e privado • Remercadorização	• Hospitais geridos por privados • Adoção de mecanismos de mercado • Privatização de parte dos cuidados de saúde

Fonte: Elaboração própria com base em Silva (2012).

A Associação Portuguesa da Saúde (2009) alerta para as vantagens que o setor da saúde ao ser financiado e regulado por intervenção pública pode ter, nomeadamente:

- A saúde é vista como um bem social – não pode depender de fator monetário;
- A saúde pode apresentar um impacto significativo na sociedade devido ao tratamento in(adequado) de um indivíduo;
- Os custos sociais da doença – uma população saudável implica uma maior produção e riqueza e o consequente investimento do Estado constitui-se como retorno positivo;
- Alteração do ciclo da pobreza e doença, o que dificulta o processo de exclusão;

- Garantia de tratamento a indivíduos de elevado risco, que num mercado organizado por seguros privados dificilmente poderiam ser segurados.

O sistema de saúde português tem sofrido diversas e variadas alterações, tanto por influência religiosa, política e social de cada época, pelo que antigamente era à família, às instituições privadas e aos serviços médico-sociais que competia dar resposta ao aparecimento de doenças (Lopes *et al*, 2012). O papel da assistência estatal era muito focado nos pobres e só em 1945 é que o Estado tem como necessidade responsabilizar-se pela saúde dos funcionários públicos e por alguns serviços de saúde específicos (saúde materna e mental), assim como o controlo de doenças infecciosas (Lopes *et al*, 2012; Moreira e Barros, 2009).

A saúde era garantida por várias vias sobrepostas e o sistema de saúde português apresentava-se muito fragmentado, (OPSS, 2001:11):

Quadro 3 – Composição do Sistema de Saúde Português

Misericórdias	• Instituições centenárias de solidariedade social que geriam grande parte dos hospitais e outros serviços de saúde pelo país
Serviços Médico-Sociais	• Prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação das Caixas Providência, onde existia quotizações
Serviços de Saúde Pública	• Vocacionados essencialmente para a proteção da saúde (vacinações, proteção materno-infantil, saneamento ambiental, etc.)
Hospitais Estatais	• Principalmente localizados nos (poucos) grandes centros urbanos
Serviços Privados	• Dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados

Fonte: Elaboração própria.

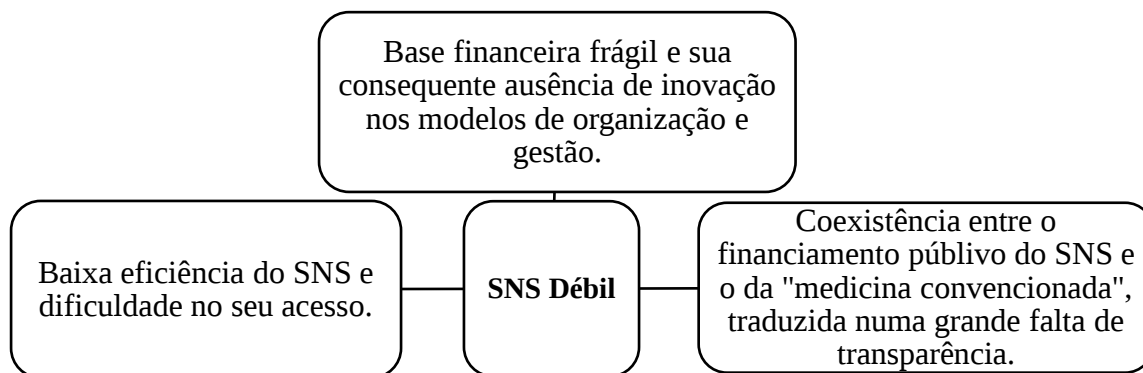
Em 1971, dá-se a reforma do sistema de saúde e assistência, conhecida como a reforma de Gonçalves Ferreira, onde foram criadas, a partir dos distritos, duas estruturas funcionais – Centros de Saúde e Hospitais – constituindo-se a base de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde, pois é reconhecido o direito à saúde de todos os portugueses

(Baganha *et al*, 2002). Em termos globais, a evolução do sistema do sistema de saúde prosseguiu para retirar aos hospitais o estigma de organismos de carácter meramente assistencial, para uma abertura a todos os cidadãos carenciados de cuidados de saúde (Lopes *et al*, 2012).

Após a revolução do 25 de Abril em 1974 e a Constituição de 1976, Portugal muda profundamente: “*novas políticas sociais, intervenção clara do Estado na definição da política de saúde, no planeamento e na execução, e intervenção face às assimetrias regionais e sociais, com o reconhecimento do direito à saúde por parte de todos os cidadãos*” (Sousa, 2009: 887). A verdade é que nos 8 anos que mediarão 1971 e 1979 a reforma do sistema de saúde e assistência nunca foi completamente implementada. Só com implementação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979, é que o Estado se assume como responsável pela concretização do direito à proteção na saúde previsto na Constituição (*Idem*, 2009).

O OPSS (2001) sintetiza dois aspetos fundamentais que caracterizavam a configuração do SNS: o financiamento do Estado que criou desde início diversos problemas devido à situação económica mundial dos anos 70 (crescimento súbito da energia e rápida expansão dos sistemas de proteção social na Europa), além de que Portugal enfrentava o início da democracia e o processo de descolonização, revelando-se um grande desafio as exigências de gestão do SNS; a sobreposição das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde, apesar dos hospitais das Misericórdias terem sido nacionalizados em 1975, a integração dos centros de saúde com os postos médicos dos Serviços Médico-Sociais só tiveram lugar em 1984.

Esquema 3 – Razões para a Insustentabilidade do SNS



Fonte: Elaboração própria com base no OPSS (2001).

O desenho fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado, refletindo muito claramente as contradições e as lutas internas entre o Estado e o associativismo/corporativismo médico (Mozzicafreddo, 2000).

A Constituição de 1976 possibilitou a criação do SNS – “*O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*”, pelo que a Lei nº 56/79 se constituiu, segundo Sousa (2009) a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura mais extensa e equitativa, de serviços de saúde. Contudo, na segunda revisão da Constituição, em 1989, procede-se à mudança de um SNS gratuito para “tendencialmente gratuito”.

Já a década de 1985-1995 foi de expansão económica e de estabilidade política, até porque Portugal tornou-se membro da CEE em 1986, o que permitiu a Portugal o acesso ao financiamento europeu para desenvolvimento de infraestruturas sociais e económicas, onde incluía a área da saúde (Sousa, 2009). Foi uma década que se caracterizou por uma competição entre prestadores como meio de melhorar a eficiência (Cortes, 2016). A saúde passa a ser da responsabilidade, não só do Estado, mas também de cada indivíduo, e das iniciativas sociais e privadas (Sousa, 2009).

O SNS assume-se como um modelo integrado, em que a mesma entidade é simultaneamente responsável pelas funções de financiamento, regulação e prestação (APS, 2009). Ainda assim, a tendência é a separação destas funções, sendo possível alargar (como, de resto, prevê a legislação que regula o SNS) a liberdade de escolha individual – e, por isso a concorrência. No entanto, o SNS não absorveu os sistemas de proteção na doença de base ocupacional – os chamados subsistemas – previamente existentes e que garantiam em 2009 20% da população (*Idem*, 2009).

Em nenhum deles os beneficiários podem escolher o segurador, uma vez que são incluídos no subsistema de forma compulsória, desde que cumpram as condições para serem incluídos, mas em contrapartida os benefícios são extensos e existe um significativo grau de liberdade na escolha do prestador – claramente superior ao do normal beneficiário do SNS (*Idem*, 2009),

Assistiu-se então a um crescimento exponencial da procura de cuidados, fundamentalmente como consequência de alargamento da cobertura da população

portuguesa na doença, quer através da assunção dos encargos com saúde por terceiros pagadores ou subsistemas – funcionários públicos, militares, bancários, etc. (Maio, 2010). Convém alertar para a existência de um subsistema público, financiando pelo SNS ou por componentes do orçamento do estado, que leva a situações de dupla cobertura, financiamento público diferenciado e acesso privilegiado a cuidados de saúde para os seus beneficiários em comparação com os beneficiários do SNS, gerando problemas de equidade no seio do sistema de saúde português (APS, 2009).

Esperava-se que a criação de um sistema de saúde público em 1979 levasse à integração dos sistemas dos funcionários públicos no SNS, o que não se verificou (Moreira e Barros, 2009). Os indivíduos abrangidos exclusivamente pelo SNS (a maioria da população) enfrentam alguns constrangimentos no acesso aos cuidados de saúde, em especial por causa dos serviços que (na prática) estão excluídos da rede pública e do difícil acesso aos custos de tempo (longas listas de espera) e das barreiras geográficas (*Idem*, 2009). A característica da complementaridade é relevante devido ao facto dos subsistemas cobrirem serviços de saúde quase inexistentes no SNS, mesmo que indiretamente, através do reembolso de parte dos custos dos pacientes quando estes recorrem a fornecedores privados - com ou sem acordos (*Idem*, 2009).

1.6.Serviço Social

Os processos de industrialização, urbanização e individualização ocorridos em meados do século XIX e as consequências inerentes ligadas ao processo de divisão social do trabalho, incitaram a emergência do Serviço Social associado às transformações políticas, ideológicas, económicas e sociais (Santos, 2009). Estes processos provocaram na classe operária um sentimento de revolta e descontentamento face às condições de trabalho que vivenciavam, pelo que se gerou uma união entre os operários na luta pela sua defesa dos seus direitos, e foram criadas as, já referidas, mutualidades, cooperativas, associações recreativas e culturais, sindicatos e partidos, em contrapartida com o Estado que apenas apresentava uma função complementar na protecção aos inválidos (Fernandes, 1996).

Esta complexificação deu origem ao Serviço Social e ao conquistar grau de tecnicidade, especificidade e reconhecimento social, demarcou-se de outras modalidades

de intervenção como a filantropia e a assistência (Santos, 2009). Esta área de trabalho institucionalizou-se como estratégia de coesão entre a Burguesia, o Estado e a Igreja, para enfrentar a Questão Social do século XIX (Monteiro *et al*, 1991). Perante este cenário, a coesão social, é considerada pelo Estado Liberal uma questão pública, que proporcionou a conceção de novas políticas sociais que demarcaram o início de um Estado de Bem-Estar (Monteiro, 1995). As políticas públicas permitiram ao Serviço Social regular os conflitos e atenuar as consequências sociais da industrialização (Fernandes, 1996). De acordo com Monteiro (1995), a nova estratégia de coesão social traduziu-se na garantia política do comprometimento estatal na reprodução de condições elementares de existência, na desvalorização das formas tradicionais de assistência filantrópica que se revelaram como insuficientes para fazer face às necessidades que não asseguradas pelo mercado.

O Serviço Social tem-se constituído sobretudo como o “*elemento (inter) mediador entre a existência de direitos formalmente estabelecidos e o pleno usufruto, em especial pelas populações vulneráveis e excluídas, e entre as diversas instâncias e agentes, quer do domínio público, quer do domínio privado e voluntário*” (Albuquerque *et al*: 170, 2013). Nesta linha de análise, o serviço social tem de ser encarado como multidisciplinar, decorrente da interação entre a compreensão dos problemas sociais, do comportamento humano e da conceção/execução das políticas públicas e sociais, dos recursos e das estratégias de ação, com a finalidade de promover os direitos humanos, o bem-estar e o desenvolvimento pessoal e social (Carvalho, 2012).

Apesar da Questão Social do século XIX ter incitado a emergência de um Estado de Bem-Estar, Almeida (2013) alerta para a existente quebra do compromisso social entre o Estado e os Cidadãos, devido às grandes transformações sociais, económicas e políticas, que se revelam de difícil alteração devido, não só, às inerentes dificuldades económicas individuais e familiares, como também aos sistemas de proteção social, que simultaneamente potenciam o conflito. Santos e Nunes (2013) reforçam que os sistemas políticos, económicos e sociais vigentes, têm vindo a ser questionados relativamente à sua ineficácia na resposta às crescentes exigências de precariedade social e dos movimentos de cidadania ativos, pelo que surge a necessidade de criação de respostas

alternativas pelo Estado e pelas organizações governamentais. Albuquerque (2013) atesta que a revalorização do papel da sociedade civil, dos cidadãos e do mercado, numa lógica de produção mista de bem-estar social tem-se constituído nas últimas duas décadas, como o eixo estruturante das reformas em curso nos modelos sociais europeus, e em particular no contexto português. Porém, se estas organizações desempenham um papel importante e insubstituível na satisfação de necessidades humanas e sociais, é igualmente verdade que existem fragilidades dentro das mesmas e que reduzem a eficácia das suas respostas (Santos e Nunes, 2013).

Para Carvalho (2012), a conceção de necessidades humanas implica em primeira instância, a capacidade dos indivíduos viverem com autonomia e com capacidade de decisão e, em segunda instância, o modo como as instituições contribuem para a formação das pessoas, ou seja, além da motivação, da liberdade e da autonomia, a sociedade tem de criar condições para que os indivíduos se formem enquanto seres sociais. É neste âmbito que a autora afirma a dimensão da saúde como preponderante, isto porque se o indivíduo não for considerado saudável a nível biopsicossocial, a sua capacidade de participação e autonomia está diminuída, desafiando o Serviço Social a reivindicar os direitos e valorizar estes indivíduos na sociedade. O profissional de Serviço Social deverá contribuir para a expansão dos direitos de cidadania dos usuários dos serviços de saúde, por meio da satisfação de necessidades, e do reconhecimento da importância da socialização de informações e de espaços de reflexão conjunta com o usuário (Castro e Oliveira, 2012). Devem ser estabelecidas estratégias partilhadas com os usuários, a fim de estes encararem, de forma clarificada, o processo de saúde/doença, instrumentalizando-os das ferramentas necessárias para a concretização dos seus direitos (*Idem*, 2012).

Mioto e Nogueira (2009) defendem existirem três pilares na ação profissional em saúde:

- Necessidades sociais, historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário;
- Direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, operacionalizado através dos sistemas de e serviços de saúde;

- Produção de saúde, entendida como um processo que se articula a partir das transformações económicas, sociais, políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde.

Almeida (2013) entende o papel do assistente social enquanto impulsionador de condições para que a relação entre o indivíduo e a sociedade se (re)estabeleça, que cria espaços de troca de informação, fornece ou acede a nova informação, atribui recursos, providencia serviços, encaminha e mobiliza recursos. São por estes motivos que a profissão de Serviço Social não pode ser compreendida como um somatório de construções individuais, devendo considerar-se uma prática-reflexiva, onde se recria a prática, constrói novas grelhas de análise, de acordo com os mundos que interage, emergindo como um espaço híbrido, entre a esfera pública e a esfera privada (Santos e Nunes, 2013).

Na verdade, as condições de trabalho dos assistentes sociais dependem do projeto societário dominante, das necessidades sociais e das formas consideradas adequadas para lhe responder (Matias, 2001). A intervenção do assistente social 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 ações e a comparticipação das respostas, entre a conceção biomédica hegemónica e uma conceção integrada das dimensões da vida humana voltada para a prestação de cuidados de natureza preventiva/promocional, curativa, paliativa, articuladas e adequadas às necessidades de cada cidadão (*Idem*, 2001).

O Serviço social não poderá ser encarado como uma ciência delimitada, clara, diferenciada, como ocorre com outras ciências, inclusivamente sociais, cujos objetos de investigação e sistematização, e os seus campos de aplicação, são claros, evidentes, diferenciados (Ribeiro, 2011). As transformações societárias do princípio deste século induziram mudanças complexas e céleres no contexto de vida de cada indivíduo, alterando-se as diretrizes do espaço público e do espaço político, as formas de democracia e de agir livre, o que se repercute na intervenção dos técnicos de Serviço Social (Andrade, 2001). A verdade é que devido a um mercado de trabalho cada vez mais competitivo se revela iminente dar-se a conhecer o Serviço Social e em como a intervenção dos AS é

insubstituível por outras profissões em certos domínios (Amaro, 2015). Surgem novas interrogações, novas matrizes teóricas, procuram-se novos parâmetros e redefinem-se limites e dinâmicas no campo do saber e do saber fazer, pelo que é preciso dar-se resposta, não descurando a estreita articulação com o agir dos destinatários da intervenção (Andrade, 2001).

Determina-se o lugar e o papel do Serviço Social que apela ao AS competências na área da gestão da complexidade, do imprevisto, da incerteza, do indivíduo e da sua posição face às organizações e à sociedade (Ribeiro, 2011). Para Faleiros (2001: 139) *apud* Ribeiro (2011), o Serviço Social vive uma crise de identidade profissional eterna, que *“(...) exige mais crítica, mais complexidade, mais comprometimento com as forças sociais de mudança para uma solução política dessa crise que não depende de metodologias, tecnocracias e burocratismo. Depende da construção teórica/prática de uma compreensão e de uma ação nas relações complexas do capitalismo de hoje”*. É perante este enquadramento que se torna premente uma reconfiguração do Serviço Social e do seu campo profissional, sendo neste caso pertinente investir na produção de conhecimento sobre o campo de intervenção dos AS nos SCS, pois apesar de não ser novo, muito pelo contrário, não têm merecido o devido destaque, revelando-se essencial perceber que contornos atuais envolvem esta área de atuação. É pertinente refletir-se sobre as práticas quotidianas e fazer uma leitura analítica à luz das mudanças sociais.

Atualmente o Serviço Social parece estar restringido ao domínio exclusivo da pobreza e da carência, considerando-se bastante limitativo do alcance que a sua intervenção pode ter (Amaro, 2015). Para a autora (2015), isto acontece devido à retração do âmbito das políticas sociais, cada vez menos universalistas e mais centradas nos problemas. No estudo realizado pela mesma (2015) sobressai a necessidade extravasar o exclusivo campo da pobreza e da precaridade económica, porém, o que sucede é falta de disponibilidade institucional para refletir, tornando o profissional incapaz de descobrir e construir novos ou reformular campos, que cada vez menos têm a ver com a pobreza. Mais uma vez, se revela pertinente o investimento no tema proposto para dissertação, visto estar ligado maioritariamente ao setor empresarial, onde o domínio da pobreza e da carência poderá estar mais distante, pois quem possui estes serviços são pessoas

empregadas que no geral terão um salário superior ao rendimento mínimo, pelo que as suas ansiedades e problemas, poderão não estar exclusivamente direcionadas para a precaridade. Não se trata, assim, de indivíduos pobres, mas de pessoas sós, dependentes, doentes e com problemas de adição (*Idem*, 2015).

Amaro, reforçando o estereótipo de um Serviço Social dirigido para os pobres, alerta para o problema do sobre-endividamento das famílias que cada vez menos tem a ver com os pobres, mas sim a um fruto de um crescente consumismo próprio do mundo contemporâneo, de cariz hedonista, é irresponsável, destrutivo e não sustentável tanto ao nível individual, como social, económico e ambiental. Uma outra dimensão da responsabilidade social passa por empresas que promovam a qualidade de vida dos seus trabalhadores, através da formação, da implementação de estratégias para a conciliar e da oferta de alguns serviços. Deste modo, os SCS ao pertencerem ao campo das organizações invocam a atenção para a conciliação da vida profissional com a vida familiar. Inseridas ainda neste contexto, estão as problemáticas do envelhecimento que assumem, nos dias de hoje, uma área de preocupação e de relevante atuação, em resultado do aumento da esperança média de vida.

Os espaços ocupacionais dos AS têm lugar no Estado, nas empresas privadas capitalistas e nas organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, pelo que estes profissionais atuam na formulação, planeamento e execução de políticas públicas, nas áreas de educação, saúde, previdência, assistência social, habitação, meio ambiente, entre outras, movidos pela perspetiva de defesa e ampliação dos direitos da população (Iamamoto, 2009). O Serviço Social confronta-se, desta forma, com novos destinatários que apresentam uma nova atitude perante os serviços e se colocam com um outro nível de exigência e expectativa sobre a intervenção a realizar. Em suma, considera-se que o Serviço Social está hoje colocado perante destinatários emancipados, mais informados, que procuram essencialmente a realização dos seus direitos, num pano de fundo de problemáticas cada vez mais complexas (Amaro, 2015).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1.1.Campo Empírico

A presente investigação pretende dar resposta aos objetivos elencados no início da dissertação, sendo necessário definir claramente qual é o campo empírico. Considerando que o objeto de estudo é a prática profissional dos assistentes sociais num campo muito específico da área da saúde, define-se como campo empírico de análise todos os sistemas complementares de saúde existentes em Portugal (públicos e privados), tendo o relatório sobre “*A Carta dos Direitos dos Utentes*” elaborado pela Entidade Reguladora de Saúde em 2011, sido o ponto de partida para o aprofundamento do conhecimento dos mesmos.

A partir do relatório supramencionado identifica-se a existência de dois tipos de “*subsistemas de saúde*”⁷:

- Os subsistemas públicos: entidades de natureza pública que assumem a proteção na doença, assegurando a prestação de cuidados de saúde uma faixa específica de população, beneficiando-a de uma comparticipação financeira sobre os encargos correspondentes às despesas de saúde;
- Os subsistemas privados: entidades de natureza privada, que à semelhança dos subsistemas de saúde assumem os gastos na saúde dos seus beneficiários. Constituem-se como um “*mecanismo de solidariedade intragrupal*”, caracterizados pela sua profissão ou empresa e são, regra geral, de regime obrigatório.

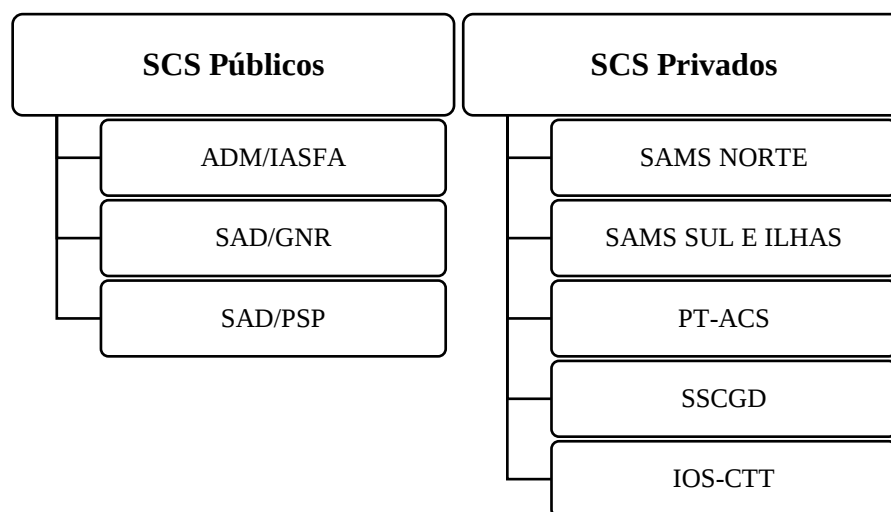
De acordo com o ponto 6 do artigo 25º do Estatuto do SNS⁸ é possível a transferência da responsabilidade dos encargos de saúde para entidades de natureza pública ou privada mediante uma comparticipação financeira a estabelecer em protocolo com o IGIF (atual ACSS). Embora alguns dos subsistemas privados já terem assumido a

⁷ Por subsistemas de saúde entendem-se os subsistemas de saúde públicos ou privados que assumem a responsabilidade perante o SNS, isto é, assegurando todos os encargos de saúde relativamente aos beneficiários de saúde, inclusive das despesas que são efetuadas nos estabelecimentos públicos.

⁸ O Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, contudo o artigo 25º foi alterado pelo Decreto-Lei nº 401/98 de 17 de Dezembro.

total responsabilidade pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários, tendo sido considerados “*equiparáveis*” aos subsistemas públicos, têm vindo a transformar-se gradualmente em “*meros sistemas complementares do SNS*” (ERS, 2011). Neste sentido, e com intuito de estabelecer um contacto inicial com o campo empírico, foi efetuado um levantamento com todos os SCS, fossem eles de natureza pública ou privada. Em segundo lugar, e porque a problemática deste estudo incide sobre o campo de intervenção dos assistentes sociais nos SCS, delimitou-se o campo de análise apenas às entidades que detinham estes profissionais enquanto pertencentes à categoria e estatuto profissional no seu quadro de pessoal (cf. Esquema nº 4). Para isso, realizaram-se pesquisas nas plataformas eletrónicas das organizações e recorreu-se a contactos telefónicos, a fim de se apurar quais as entidades que tinham profissionais de Serviço Social a executar funções.

Esquema 4 - Levantamento dos SCS que têm contratações com assistentes sociais.



Fonte: Elaboração própria com base na ERS (2011).

1.2. Natureza da Investigação

De acordo com Vilelas (2009:57) uma investigação científica é uma atividade que permite “*obter conhecimentos científicos, ou seja, conhecimentos objetivos, sistemáticos, caros, organizados e verificáveis*”. Para isso, são previamente formuladas questões de investigação que em conjunto com os objetivos do estudo servirão de linha condutora à

investigação e, por isso mesmo, deverão ser claras e não inequívocas, determinando quais os conceitos-chave e especificando a população-alvo (Fortin, 2000).

A resposta às questões de investigação, elencadas no início da dissertação, pressupõe um trabalho de leitura e interpretação do contexto histórico, político e social do surgimento dos SCS, do seu percurso, permitindo a identificação dos marcos historicamente relevantes, tendo em consideração dois períodos históricos: o período do Estado Novo e o período Democrático. Além disso, presume também que junto dos profissionais de Serviço Social, inseridos neste campo específico de intervenção, se investigue quais as suas funções, bem como quais desafios que lhe estão inerentes, visto enfrentarem uma sociedade em constante transformação.

Em termos metodológicos optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa devido às características e à natureza do objeto acima enunciado, o que possibilita uma maior proximidade aos profissionais e ao campo empírico. Vilelas (2009) assegura que o investigador não parte de teorias ou explicações à priori, mas do mundo ou da vida dos sujeitos que vivenciam o fenómeno em questão. Fortin (2000) corrobora que o investigador que utiliza este método está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo, ou seja, mais do que avaliar, o objetivo desta abordagem prende-se com o descrever e interpretar o fenómeno, sem o procurar controlar.

Escolheu-se este tipo de metodologia porque se pretendiam compreender de forma mais aprofundada os processos intrínsecos à relação dos atores e as diferentes variáveis dentro do seu contexto, ou seja, o interesse prende-se fundamentalmente em compreender como agem os AS no contexto organizacional dos SCS e que significados lhe são atribuídos pelos próprios e pelas chefias destas organizações.

A acelerada mudança social e a consequente diversidade dos universos de vida confrontam cada vez mais os cientistas com novos contextos sociais e novas perspetivas, pelo que a presente investigação recorrerá a estratégias indutivas – em vez de partir das teorias para o teste empírico. O que se exige segundo Flick (2005) são conceitos sensibilizadores para abordar os contextos sociais que se quer estudar, nomeadamente o conceito de Previdência Social, Saúde, Envelhecimento, Bem-estar/Qualidade de vida, Sistema Complementar de Saúde. Contudo, esta estratégia não deixa de respeitar critérios

científicos: objetividade, validade e fidelidade da investigação (Vilelas, 2009). Por outro lado, esta metodologia também pareceu ser a mais adequada por se tratar de um estudo de carácter exploratório, do qual se procurarão evidenciar algumas linhas de força de um fenómeno ainda relativamente desconhecido. O tema objeto de estudo desta investigação não é estudado, pelo menos da perspetiva social enquanto campo da área de Serviço Social, existindo algumas investigações de mestrado que se referem aos SCS, mas analisando-os apenas da perspetiva da disciplina da economia. Neste sentido, desenvolveu-se um estudo exploratório que visa uma maior familiaridade com o fenómeno, no sentido de obter informação e de o tornar explícito, facilitando a formulação de hipóteses para possíveis estudos (Sampieri, Collado e Lucio, 2013).

1.3.Universo e Amostra

Countinho (2015) define a amostragem como um processo onde são selecionados para participar no estudo os sujeitos que partilham características comuns. Considerando o tipo de investigação qualitativa, o interesse não é alcançar uma validade estatística, mas sim dar a conhecer um campo de atuação do Serviço Social desconhecido. Neste sentido, selecionou-se o método de amostragem não probabilística criterial e definiram-se quais os critérios de seleção – Quadro infra.

Quadro 4 – Critérios de Seleção da Amostra
1. Escolher, um ou mais, sistemas complementares de saúde de natureza pública; 2. Escolher, um ou mais, sistemas complementares de saúde de natureza privada; 3. Os sistemas complementares de saúde deverão ter no seu quadro de pessoal assistentes sociais a exercer funções.

Fonte: Elaboração própria.

A partir do levantamento dos SCS existentes em Portugal e segundo os critérios de seleção de amostra identificaram-se as organizações que tinham assistentes sociais a exercer funções. Para isso, foram estabelecidos, contactos telefónicos que permitiram estabelecer uma relação de maior proximidade às assistentes sociais que inicialmente se apresentaram disponíveis a prestar esclarecimentos, sendo que para conhecimento de

informação mais detalhada teriam de colocar a questão à responsabilidade dos seus superiores.

Foram efetuados pedidos formais de colaboração a todos os SCS, porém verificou-se ausência de respostas, indisponibilidade e não-aceitação por parte das chefias, apurando-se como universo acessível apenas três organizações: uma de origem pública e duas de origem privada.

Optou-se por este método, por se tratar de ser o mais adequado em estudos exploratórios que requerem uma maior riqueza informativa (Fernandéz, 2015). Em acréscimo e de acordo com a autora (2015) este método:

- Facilita o acesso aos núcleos de ação social;
- Apresenta maior proximidade à população-alvo;
- Garante um conteúdo mais rico;
- Dispõe de mais informação devido à sensibilidade e disponibilidade dos sujeitos selecionados;
- Caracteriza-se pela sua singularidade.

1.4.Técnicas de Recolha de Dados

Perante o objetivo geral da presente investigação recorreu-se a três instrumentos de recolha de dados: entrevista semiestruturada, pesquisa bibliográfica e observação não participante, com o intuito de explorar a origem dos SCS e a sua relação com o Serviço Social e a prática do AS.

Após a seleção criterial optou-se por se realizar entrevistas semiestruturadas a cada entidade⁹, que serviram de guias, para que cada vez que o entrevistado se distanciasse do que era o foco, fosse imediato reencaminhado para os objetivos da entrevista. Estas entrevistas são como *“um roteiro de assuntos ou perguntas”*, onde o entrevistador tem a liberdade de colocar outras questões para precisar conceitos ou obter mais informação sobre os temas desejados (Sampieri, Collado e Lucio, 2013). Neste sentido, foi elaborado um guião de entrevista, que se encontra estruturado em grandes capítulos em função dos

⁹ Uma das entrevistas foi efetuada por contacto telefónico devido a incompatibilidade geográfica do entrevistado e do entrevistador.

objetivos que decorrem da problematização, sendo desenvolvidas questões para orientar o entrevistado (Guerra, 2006).

De acordo com Quivy (1998), a principal vantagem desta técnica é não só o grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos, como também a flexibilidade que permitirá recolher os testemunhos e as interpretações dos interlocutores, respeitando os próprios quadros de referência – a sua linguagem e as suas categorias mentais.

O momento da entrevista não pode ser encarado como um processo mecânico, mas como um encontro social, uma relação pesquisador-pesquisado caracterizada pela empatia, a intuição e a imaginação – *“Na abordagem qualitativa, o investigador não se coloca como um perito, dado que é de uma nova relação sujeito-objeto que se trata. O investigador reconhece que a relação sujeito-objeto é marcada pela intersubjetividade”* (Fortin, 2000:148). Vilelas (2009) reforça que para se alcançar algo objetivo, anteriormente terá sido subjetivo, pelo que é a subjetividade que permite alcançar a objetividade.

As entrevistas efetuadas regem-se pelos princípios do anonimato e da confidencialidade, sendo que para que os mesmos sejam assegurados e respeitados, o aglomerado de respostas não poderá identificar o entrevistado, pelo que se deverá recorrer a códigos que apenas deverão ser conhecidos pelos membros da investigação (Fortin, 2000).

Para além desta técnica, foi efetuada uma pesquisa documental constituída por pesquisa bibliográfica que, devido à natureza exploratória da investigação, teve de se recorrer desde o seu início até ao fim, com o intuito de aprofundar os conhecimentos dos SCS, do seu percurso evolutivo, interpretando a sua relação com o Serviço Social e de complementar as entrevistas com informações que permitam uma melhor e maior compreensão sobre o que foi transmitido nas mesmas. Uma boa revisão de literatura reforça a credibilidade da investigação ao relacionar a investigação prévia com o objeto de estudo (Coutinho, 2015). Foi ainda efetuada uma consulta de documentos internos, relacionados com a prática dos assistentes sociais e com a evolução dos SCS. Das três entrevistas efetuadas, apenas foi conseguida a consulta física de documentos internos por parte de duas organizações, devido à incompatibilidade geográfica de uma das

entrevistadas, no entanto procurou-se informação afeta às três organizações¹⁰ nas plataformas digitais e de acesso público.

Foi ainda considerada como técnica a observação não participante da investigadora, enquanto profissional de Serviço Social a exercer num SCS, a fim de alcançar neutralidade face ao objeto de estudo. No que é defendido por Flick (2005) a prática só é perceptível pela observação e que as entrevistas apenas dão acesso à descrição das práticas, destacando-se a importância desta técnica por permitir como as situações acontecem ou funcionam. É por isso mesmo, preponderante que na análise descritiva e interpretativa das entrevistas seja considerada a observação. Através da observação o investigador consegue documentar atividades, comportamentos e características físicas sem ter de depender da vontade e capacidade de terceiras pessoas (Coutinho, 2015).

1.5. Técnicas de Análise de Dados

Para que fosse possível a análise dos dados recolhidos foi, necessário que os dados obtidos nas entrevistas efetuadas aos profissionais fossem transcritos. Para compreender os seus significados, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, que tem como objetivos a *“superção da incerteza”* e o *“enriquecimento da leitura”* (Bardin, 2009). De acordo com o autor, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa alcançar, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção das mensagens. Guerra (2006) corrobora que a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que tem como propósito dar a conhecer o que foi narrado à luz de uma dimensão interpretativa decorrente das questões de investigação face ao objeto de estudo.

Considerando que se trata de um estudo de carácter exploratório, Bardin (2009) distingue a análise de conteúdo em três momentos contínuos:

- Pré-análise: consiste na organização do material transcrito das entrevistas em conformidade com os objetivos do estudo;
- Exploração do material: é a fase que se pretende codificar o conteúdo das entrevistas, dividindo-as por categorias de análise;

¹⁰ Uma das organizações tem o seu acesso digital restrito aos seus colaboradores.

- Tratamento de dados (a inferência e a interpretação): consiste na etapa de relacionar a fundamentação teórico com as entrevistas, atribuindo-lhe sentido.

Flick (2005) alerta que a interpretação de textos pode ter dois objetivos que podem ser utilizados simultaneamente ou em oposição: enquanto um visa desvendar ou contextualizar as afirmações das entrevistas, orientado para o alargamento do material; o outro pretende diminuir o material textual, parafraseando-o, resumindo-o ou categorizando-o. Nesta investigação em especial, a interpretação dos dados pretende dar resposta aos dois objetivos, na medida em que conforme o que foi transmitido oralmente pelos entrevistados é confrontado com a pesquisa teórica, dividiu-se a análise de conteúdo por categorias (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Análise de Conteúdo por Categorias	
Categorias análise	Subcategorias
Caraterização dos entrevistados	• Idade • Sexo • Antiguidade na função e organização • Formação base • Formação complementar • Designação profissional
Evolução dos SCS	• História, processo e percurso evolutivo • Impacto da crise na prática profissional dos SCS • Ação do SS nos SCS
Papel e funções do SS	• Enquadramento na organização • Principais atividades do SS no SCS • Missão do SS nos SCS • Valores e princípios
Práticas profissionais	• Tipo de intervenção • Necessidade da intervenção do SS nos SCS • Constrangimentos e potencialidades • Metodologias

Estas categorias permitem ordenar os materiais recolhidos, classificando-os segundo critérios pertinentes, a fim de se encontrar as dimensões de semelhanças e diferenças, as variáveis mais frequentes e particulares (Guerra, 2006).

Para se proceder à interpretação dos dados à luz do quadro teórico, recorreu-se à análise documental, que Bardin:⁴⁷ (2009) define como “*uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência*”. Na perspetiva do autor (2009), enquanto que a análise documental é uma fase introdutória onde se constitui como um “*serviço de documentação*” de dados, a análise de conteúdo é consiste numa “*manipulação de mensagens*” que visa transparecer os indicadores que poderão induzir a outra realidade que não a da mensagem.

As técnicas de tratamento de dados utilizadas na presente dissertação – análise de conteúdo e análise documental – foram utilizadas de forma a serem complementares uma à outra, com o objetivo de incrementar o conhecimento em Serviço Social e em especial sobre a prática dos assistentes sociais no contexto de intervenção dos sistemas complementares de saúde.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No presente capítulo procuramos dar resposta às questões de investigação evidenciadas anteriormente, pelo que a análise se encontra dividida em conformidade com as temáticas englobadas nas mesmas. O desenvolvimento deste trabalho teve como ponto de partida os subsistemas de saúde existentes em Portugal, pelo que as entrevistas efetuadas às assistentes sociais permitiram corroborar a pesquisa teórica efetuada.

Apresentamos excertos das entrevistas às assistentes sociais dos sistemas complementares de saúde onde será possível analisar os tópicos pretendidos. Proceder-se-á, portanto, à análise das entrevistas sendo estas designadas como entrevista 1 (E1), entrevista 2 (E2) e entrevista 3 (E3) com o objetivo de preservar a identidade e privacidade dos entrevistados.

Neste sentido, a análise foi distribuída em quatro subpontos:

1. Caracterização dos Entrevistados;
2. Evolução dos SCS;
3. Papel e funções do SS;
4. Práticas Profissionais.

1.1. Caracterização dos Entrevistados

A análise compreendeu um universo de três assistentes sociais do género feminino, com as idades compreendidas entre os 39, 42 e 53 anos.

Todas as entrevistadas possuem uma licenciatura pré-Bolonha em Serviço Social, contudo e apesar de terem sido 5 anos de curso, uma das profissionais realizou uma pós-graduação na área da Gerontologia e outra está atualmente a elaborar o doutoramento na área de Serviço Social, com o intuito de aprofundarem os seus conhecimentos e de permanecerem atualizadas.

Duas das assistentes sociais iniciaram a sua atividade laboral nos SCS onde trabalham atualmente. Apenas uma das técnicas começou a trabalhar noutras entidades primeiramente, porém já executa funções no SCS há sensivelmente 14 anos.

No que diz respeito à designação profissional que ocupam nos SCS, destaca-se a nomenclatura de assistente social, apresentando-se uma das entrevistadas como chefe da Ação Social.

1.2.Evolução dos SCS

Desde sempre que as pessoas têm a necessidade de se proteger contra as ameaças ou os perigos que põem em causa a sua segurança individual ou coletiva, pelo que grande parte dos seus esforços e realizações são claramente motivados pela preocupação em garantir a segurança (Leal, 1967). De acordo com o autor: 7, *“a evolução da proteção contra os riscos sociais compreende as seguintes fases:*

1. *A fase primitiva da entreaajuda;*
2. *A fase em que, a partir da entreaajuda, se vão dentro dela distinguindo e contrapondo com crescente nitidez a assistência e a previdência¹¹;*
3. *A fase (...) em que se tende a superar as diferenças que separam a assistência e a previdência e a integrá-las na segurança social”.*

Ao longo da dissertação, apercebemo-nos de que as Santas Casas da Misericórdia se revelaram a base da assistência privada nos domínios da saúde e da ação social. Em acrescento, o surgimento do associativismo operário para dar resposta às consequências da revolução industrial, também se destacou pela sua importância, na proteção dos seus associados, tanto a nível da saúde-medicamentosa, como a nível social, através da atribuição de subsídios para os que apresentavam incapacidade para o trabalho e subsídios de funeral: *“Não haverá dúvida que o objetivo fundamental do sistema das nossas caixas sindicais de previdência consiste na proteção dos beneficiários em relação a seis eventualidades: doença, maternidade, invalidez, velhice, morte e encargos de família”* (Leal: 221, 1967). Leal (1998) realça a preocupação que os países industrializados da Europa demonstravam nos encargos que os trabalhadores e familiares possuíam em caso

¹¹ A assistência diz respeito ao esforço individual e coletivo através do qual as pessoas cumprem a obrigação fundamental de se ajudarem uns aos outros, enquanto a previdência se traduz fundamentalmente num sistema de proteção que reconhece ou confere direitos aos indivíduos por ele abrangidos, pressupondo a participação das pessoas protegidas na organização da proteção (Leal, 1967).

de acidentes ocorridos em contexto laboral, vindo a ser criadas duas modalidades de resposta e de proteção distintas – responsabilização patronal e seguro social.

A época das luzes conduziu à aceitação da visão de que o conhecimento advém da interrogação de fenómenos naturais, expandindo-se o conhecimento científico e a revolução industrial (Payne, 2002). A verdade é que foi graças a estes fenómenos e às suas repercussões que, após décadas, serviram de mote para a criação de uma segurança social e de um serviço nacional de saúde.

O sistema de segurança social português surgiu no movimento de profundas reformas económicas, políticas e sociais que estão na essência da formação do Estado democrático a partir de 1974: *“substitui-se o sistema herdado do anterior regime composto por um conjunto segmentado de seguros sociais obrigatórios, que excluía boa parte da população, por um sistema de tendência universalizante, no qual todos os cidadãos têm direito à proteção social, independentemente da sua condição de contribuintes e do seu percurso profissional”* (Silva:96, 2018).

Em paralelo, é também criado o sistema de saúde português, composto pelo SNS, pelos vários subsistemas¹² públicos e privados, pelo setor segurador, e pelo setor privado financiado por pagamentos diretos dos indivíduos. Félix: 41 (1999) separa o sistema de saúde em três redes de cobertura de riscos:

1. *“Uma rede pública e universal que cubra os grandes riscos e designadamente os riscos inseguráveis como sejam de epidemias, determinados tipos de doenças para as quais não há capacidade de oferta ao nível não público”;*
2. *“Uma rede pública opcional que continuaria a provisionar os cuidados de saúde para todos quantos não optassem por um sistema complementar alternativo”;*
3. *“Uma rede contratual – de seguros, de mutualidades, de subsistemas a nível empresarial – que cuidaria de quem decidisse prescindir, como regra, dos serviços estatais gratuitos do segundo anel (rede pública opcional). É o chamado opting-out.”.*

¹² Após a criação do SNS, foram re(criados) os subsistemas de saúde através do decreto-lei nº 401/98, onde as responsabilidades pelos encargos relativos a prestações de saúde foram transferidas para entidades públicas ou privadas (OPSS, 2001).

Nos três casos estudados verifica-se que o que havia inspirado o movimento operário, coincide com o sentimento de pertença a um grupo partilhado pelos colaboradores de uma instituição. Apesar da alteração do contexto sociopolítico, manteve-se o espírito de união entre grupos que ambicionavam a criação de melhores condições e qualidade de vida, sempre lutando e promovendo pelos seus direitos:

E1: “(...) surgiram no início dos anos 70, a partir da vontade sentida pelos empregados, de se organizarem com o objetivo de procurar resposta às necessidades que os próprios sentiam, tendo-se organizado de forma a poderem ter mais benefícios e regalias do que teriam apenas com o sistema de segurança social existente”;

E2: “em 25 de julho de 1827 foi inaugurado um hospital para dar resposta aos inválidos”;

E3: “Um dos principais subsistemas de saúde existentes em Portugal. A sua História e importância são sobejamente reconhecidos por todos os [colaboradores], dado que esta Instituição tem provas dadas na assistência na doença, na maternidade e noutras instituições afins de carácter social aos seus Beneficiários desde 1976¹³”.

A garantia de uma segurança social e de um SNS só é reconhecida como um direito da população em 1976, artigos 63º e 64º, pelo que de acordo com a tabela infra se averigua que os anos da criação destes subsistemas reportam à inexistência de proteção nos campos da saúde e do social, entendendo-se as razões que levaram os trabalhadores na procura de condições que até então praticamente não haviam.

Quadro 6 – Ano de Criação do SCS e do Serviço Social no SCS	
Ano de Criação do Subsistema	Ano de Criação do Serviço Social no Subsistema
1972	Anos 80
1976	1996

¹³ <https://www.sbn.pt/Default.aspx?tabid=222> acedido a 18 de junho de 2018.

1827 ¹⁴	Anos 60
--------------------	---------

Fonte: Elaboração própria.

Em paralelo, a área de Serviço Social também se foi destacando e difundindo a sua importância, pelo que Monroe (2003) destaca essencialmente dois períodos: o período que marcou a gênese e o desenvolvimento desta área e da profissionalização do social (desde início do século até 1968) e o período da institucionalização e da multiplicação das profissões sociais (desde o fim dos anos 60 até 1982). É neste segundo período, remetido pela autora (2003:4), que surgiu a necessidade da contratação dos assistentes sociais nos subsistemas de saúde analisados: *“O princípio dos anos 70 constitui uma época de charneira na história das profissões sociais”*. Autès (2003) reforça ser neste período dos anos 70 que a promoção do termo *“trabalho social”* se traduz pela tentativa de unificação de um campo de ação social no seio das políticas públicas. Em adição, Ander-Egg: 153 (1995), *apud* Santos:65 (2009), realça ainda que no início dos anos 60, antagoniza-se o termo social ao termo económico, articulando-se à noção de bem-estar social, no sentido de *“(…) oferecer à população um melhor acesso a bens e serviços disponíveis, assegurar a melhor distribuição e aproveitamento destes e, no geral, procurar a elevação dos níveis de vida da população. (...) Foi então que o “social” passou a ser associado aos “setores sociais”: educação, moradia, saúde, segurança social e serviços sociais, cujo desenvolvimento permite melhorar os níveis de vida da população”*. Neste sentido, as funções das assistentes sociais prendiam-se inicialmente com:

E1: *“Funções para dar apoio aos sócios e beneficiários (...) apoio nas colónias de férias, apoio na doença porque havia muitas participações, era quase tudo participado, fazia-se muito menos do que se faz agora. Uma assistente social chegava para tudo e era apenas para situações muito excecionais”;*

E2: *“Dar resposta à família na doença, porque o angariador de subsistência estava ausente, muitas das vezes estava inválido e não havia como manter a família, e os*

¹⁴ Este ano diz respeito à inauguração de um Hospital para os [colaboradores] inválidos. Apesar de não ter sido criado como um SCS, foi o que impulsionou a criação de um sistema de ação social complementar, que mais tarde veio a gerir um subsistema de saúde.

serviços sociais foram criados com esse intuito. Foi até criada uma escola para filhos destes [colaboradores] (...) para apoiar as famílias mais carenciadas, porque as mulheres não trabalhavam, era uma altura de profunda pobreza (anos 60)”;

E3: “Não sei dizer, nunca me explicado, aquilo que eu depreendo é que existiam alguns apoios, benefícios destinados aos nossos associados e que as colegas de outros departamentos não sabiam dar resposta e por isso chamaram uma Assistente Social para o fazer”.

O contexto de criação destes subsistemas insere-se numa época de profundas alterações socioeconómicas, de mudanças nas políticas públicas, destacando-se segundo as AS entrevistadas o período da guerra colonial, mais especificamente a guerra na Índia e posteriormente o Ultramar, e o período da entrada de Portugal na União Europeia. Transita-se de uma época de profunda pobreza para uma expansão económica – E1: *“contexto de vacas gordas (...) eu que estou aqui há 17 anos assisti ao período de expansão e agora ao retrocesso”.*

Os subsistemas têm vindo a sofrer diversas alterações, não só, por imposição de novas políticas públicas num contexto em que a população que beneficia destas regalias é predominantemente idosa e recorre em grande peso aos apoios médicos e sociais, quer pelos constrangimentos que estes sistemas têm vindo a ter a nível económico, pois tratam-se de entidades que dependem de um orçamento que é fornecido pelo Estado:

E1: “Têm sido mudanças galopantes, desde que entrou a troika em Portugal ainda se nota mais, porque como é uma empresa publica a dotação é inferior”;

E2: “Estou cá há 22 anos e o que me fui apercebendo é que esta casa tinha autonomia financeira e quando havia autonomia, havia lucro e bastante, consoante consta e tínhamos o triplo da população que temos hoje (...) Assim que o [sistema de ação social complementar] integra o [subsistema de saúde], essa cota¹⁵ é desviada para o [subsistema]. A ação social complementar deixou de ter

¹⁵ Os colaboradores descontavam uma cota que era usada única e exclusivamente para que beneficiassem de um sistema de ação social complementar, no qual detinham autonomia financeira. Assim que passa a ser integrado num subsistema de saúde, a cota é absorvida pelo mesmo.

financiamento, o [subsistema] e o orçamento de Estado é que dá uma dotação. Só que o orçamento nunca veio naquilo que era suposto.”.

Esta dependência do orçamento do Estado revela um financiamento público diferenciado, existindo uma dupla cobertura de cuidados, em termos de beneficiários e de prestadores de cuidados, um acesso privilegiado dos cuidados de saúde para os seus usufrutuários, face aos que apenas beneficiam do SNS, criando no sistema de saúde problemas de equidade (APS, 2009).

À semelhança das caixas de previdência, os colaboradores de uma instituição que detêm um subsistema de saúde próprio, são obrigados a pagar quotas mensais fixas, a fim de beneficiarem das regalias tanto a nível de saúde, como a nível social, pelo que se apresentam duplamente cobertos. Os indivíduos abrangidos exclusivamente pelo SNS estão em desvantagem e enfrentam diversos constrangimentos no acesso aos cuidados de saúde, em especial por causa dos serviços que estão (na prática) excluídos da rede pública e do difícil acesso devido aos custos de tempo (longas listas de espera) e das barreiras geográficas. Em contrapartida, os subsistemas de saúde disponibilizam cuidados de saúde através de contratos com entidades públicas e privadas, além de reembolsarem os seus beneficiários de parte de serviços privados não convencionados, cobrindo serviços quase inexistentes no SNS, e destacam-se pela complementaridade ao SNS (Moreira e Barros, 2009).

Ao longo das entrevistas verifica-se que devido:

- aos cortes que as instituições tiveram por diminuição da dotação do orçamento do Estado;
- ao aumento da população idosa que acarretou um peso maior sobre as despesas de saúde e sociais em oposição ao decréscimo da população no ativo que acabava por ser o sustento da população reformada – E2: *“(…) e depois também os constrangimentos a nível nacional que impede a contratação de pessoal e promovem a contratação de empresas que para mim são mais onerosas”*;

diversas alterações tiveram de ser implementadas, pelo que se destacam diminuições na área das comparticipações de saúde, na atribuição de subsídios semelhantes aos atribuídos pela segurança social e até no impedimento da contratação de mais colaboradores que

foram sendo substituídos por empresas externas – E2: *“As empresas têm vindo a ultrapassar as falhas do pessoal, muitos reformaram-se, outros pediram mobilidade, muitos se foram embora e fomos obrigados a fechar o piso de internamento. A lei só permite que seja através de outsourcing, o que para mim é um contrassenso, porque é um aumento da despesa e hoje ganha uma empresa, qualquer dia ganha outra e não há uma continuidade. Ganha a empresa que fizer mais barato”*.

Observamos que existe um desinvestimento no pessoal que trabalha há anos para uma instituição, que vestem a camisola diariamente, que ao serem reformados, não são substituídos, passando-se a recorrer a entidades externas para desempenharem funções a menor custo. É neste campo que as seguradoras privadas ganham mais terreno, assistindo-se a uma desumanização e burocratização dos serviços. De acordo com Silva (2012), estas transformações prendem-se com a sustentabilidade dos sistemas, daí nas últimas décadas ter-se apostado em estratégias de ganho de eficiência, através da alteração dos modelos de administração (empresarialização, nova gestão pública), na otimização dos procedimentos de gestão (por exemplo, centrais de compras, externalização de serviços) e em correções de ineficiências em rede (por exemplo, encerramento de unidades de pequena dimensão, centralização de serviços).

Após a criação do SNS foram levantadas questões relativamente ao acesso e proteção do SNS aos subsistemas públicos de saúde existentes em Portugal. Os beneficiários destes subsistemas deveriam ou não pagar o acesso ao SNS? A questão, de acordo com Barros (2009) prendia-se com a dúvida se estes subsistemas seriam sistemas de proteção complementares ou substitutos do SNS.

Todas as mudanças que têm vindo a ser referidas, obrigam a que os subsistemas de saúde, anteriormente conhecidos como substitutos do SNS, se tornem apenas como complementares ao SNS, pelo que o termo deixa de fazer sentido, devendo ser encarado e substituído por Sistema Complementar de Saúde:

E1: *“Nos últimos anos temos mais tendência a encaminhar para o SNS e apenas ajudar quando não há resposta da rede pública. Inclusivamente quando comecei a*

trabalhar não fazíamos distinção entre sócios e beneficiários¹⁶ e não obrigávamos as pessoas a ir ao seu sistema de saúde principal. As pessoas tiveram de se inscrever nos centros de saúde, mesmo no SNS, e passaram a ter o [subsistema] em complementaridade”.

A questão que também tem sido colocada após a criação do SNS é a sua sustentabilidade financeira. De acordo com Sousa (2009), o debate da possibilidade de o SNS não ser financeiramente suportável, está instalado não só em Portugal, como também nos seus congéneres europeu, e a menos que sejam introduzidas medidas no seu funcionamento que conduzam ao abrandamento do ritmo de crescimento da despesa pública de saúde, o SNS é insuficiente e jamais poderá ser justo e flexível. O autor reforça a importância da garantia de um SNS, defendendo ser uma condição indispensável para a dextra do modelo social, solidário e universal. Neste contexto de insuficiência do SNS, o subsistema da ADSE tem esse fenómeno em consideração e tem procurado combatê-lo. Para isso, além de cobrar uma quota mensal superior aos seus beneficiários, alargou a proteção na saúde também aos familiares dos seus beneficiários, mediante a cobrança de uma quota adicional (Decreto-Lei n.º 7/2017). Esta medida permite um orçamento maior para poder fazer face às despesas de saúde.

Considerando esta discussão da sustentabilidade do SNS, todas as entrevistadas são unânimes na opinião que tem acerca dos SCS. Apesar de reconhecerem as limitações do SNS e as vantagens ao beneficiarem de um sistema de saúde complementar de saúde, preferem a existência de um único meio de proteção de saúde eficiente em detrimento de todas as opções privadas e públicas (de adesão obrigatória e estando por isso mesmo duplamente protegidas):

E1: “Há medida que o SNS começa a melhorar, deixa de fazer sentido existirem os SCS”;

¹⁶ Por sócios entendem-se os colaboradores das instituições e por beneficiários os seus familiares diretos (ex.: cônjuges, filhos menores). Antigamente os cônjuges que eram duplamente beneficiados por subsistemas (o seu e o do seu cônjuge), não eram obrigados a recorrer para obter participações em primeiro lugar ao seu subsistema de saúde principal.

E2: “Os complementos existem porque o SNS não consegue abranger tudo, porque o ideal seria haver um SNS para todos, universal e aí não havia a necessidade de existirem os SCS e eu defendo mais isso”;

E3: “Se nós investíssemos mais no nosso país, em termos de serviço nacional de saúde, não havia necessidade de existir SCS. Obviamente que preferia um investimento do SNS e acabar com esta história dos privados”.

Uma das AS é da opinião que as verbas pagas mensalmente para as alternativas existentes deveriam ser revertidas para o SNS, a fim de se alcançar um serviço de qualidade e, nesse caso, não haveria a necessidade de as pessoas recorrerem a outras respostas para os seus problemas de saúde:

E2: “O SNS devia ser mais completo, nem que para isso seja necessário nós descontarmos, que não seja totalmente gratuito. Porque o que está na lei é que o SNS é tendencialmente gratuito, mas está a deixar de ser porque nós sabemos que é insuportável. Então se sabemos isso, porque não descontarmos para o SNS e não para o nosso SCS e juntarmos todos os meios nesse sentido. Acho que fazia mais sentido. Unir esforços.”.

Os SCS, os seguros privados pessoais ou de empresa, destacam-se por serem considerados como alternativas mais oportunas, personalizadas e confortáveis, para os problemas de saúde das pessoas, considerando a arrogância do SNS, traduzida no deferimento insuportável de consultas e exames, nos atrasos longos e inexplicáveis no atendimento, na burocracia excessiva e exasperante, no contacto nem sempre civilizado e cortês por parte dos funcionários e na frequente ausência de informação (Delgado, 1994).

Neste sentido, e apesar de dar preferência a um SNS forte e uma segurança social fonte, as assistentes sociais reconhecem algumas valias no usufruto dos SCS, entre as quais:

- O acesso privilegiado às consultas de especialidade e aos meios auxiliares de diagnóstico em curtos espaços de tempo e com redução das limitações geográficas (grande rede de protocolos estabelecidos com os serviços de saúde);

- O direito ao aconselhamento na escolha de casas de repouso ou de entidades que prestam apoio domiciliário, com a vantagem de beneficiarem de um desconto comercial sobre a mensalidade, sendo que alguns dos SCS possuem casas de repouso próprias;
- A preocupação da conciliação trabalho-família. Considerando o período extenso de férias das crianças e o número de dias de férias que os pais têm direito, um dos SCS organiza colónias de férias, comparticipadas, para os filhos dos colaboradores.

1.3.Papel e Funções do Serviço Social nos Sistemas Complementares de Saúde

O Serviço Social está normalmente inserido em contexto organizacional de instituição, ou seja, em associações de pessoas constituídas para atingir objetivos específicos, submetidas a influências de foro económico, político, organizacional e burocrático, que determinam as suas funções e a forma como os assistentes sociais devem lidar com os utentes (Payne, 2002).

Apesar dos SCS serem dotados de autonomia financeira e administrativa, não são inerentes às influências supramencionadas e os seus colaboradores estão, por isso mesmo, dependentes das regras estabelecidas pelas chefias e das normas implementadas pelos próprios SCS. Da análise das entrevistas, verifica-se que os assistentes sociais detêm certa autonomia face aos seus órgãos de poder e decisão, pelo menos no que concerne às funções que são técnicas. Isto porque, os profissionais têm sempre de reportar as situações às chefias e apresentar as propostas de solução que poderão fazer face aos problemas existentes e, desde que respeitem as regras definidas pelos serviços, são despachadas favoravelmente. Relativamente aos pedidos de resposta excecionais, que não estão previstos nas normas institucionais, os assistentes sociais deparam-se com mais dificuldades, principalmente se se referirem a assuntos que tenham como solução/consequência custos para os serviços; uma das AS alerta para o facto da “*ação do Serviço Social [ser] tão limitada e reduzida*” (E3).

O trabalho em saúde é compreendido como um trabalho que se efetiva no momento de encontro entre o trabalhador e o utente, e por esse motivo apresenta particularidades,

que se traduz, por parte do profissional de Serviço Social, numa intervenção de natureza essencialmente política (Castro e Oliveira, 2012):

E1: *“Todas as informações [sociais] que faço e as minhas atuações vão de acordo com as políticas existentes. Se há uns anos atrás a política era ajudar o sócio e pagarmos tudo, neste momento a política é encaminhar as pessoas, o mais possível, para o SNS, para gastarmos o menos possível”;*

E2: *“[o AS] é mais um executor [de políticas]”.*

Banks (2001) refere-se ao assistente social como um gestor e não como um trabalhador independente, isto porque se foca mais nas diretrizes das instituições e da eficiência do que nas necessidades e direitos dos utentes e nos valores profissionais. Carvalho (2011) corrobora e afirma que se está perante uma intervenção que é controlada por orientações de instituições com orçamentos restritos e que se traduzem na seletividade de necessidades, em função das possibilidades existentes nas organizações e não em função das expectativas dos utentes.

A primeira característica da relação em Serviço Social é que ela não é uma relação a dois, mas uma relação a três, onde a ação do Serviço Social atua numa lógica de mandato ou de missão confiada por uma política definida pela organização (Autès, 2002). A lógica organizacional prende-se com a determinação das funções desempenhadas por cada profissional, através de um organograma, sendo que raramente lhe é permitido exercer a sua atividade laboral livremente, pelo que a sua participação é solicitada a fim de fazer cumprir as missões da organização que o acolhe (Hazebrouck, 2002). Porém, apesar da lógica organizacional supramencionada, assiste-se a uma falta de regulamentação da profissão de Serviço Social nos SCS, pois apenas um deles possui um regulamento com as funções mais detalhadas da equipa de Serviço Social, contrariamente aos restantes que apenas possuem diretivas e instruções permanentes. Em oposição, existe preocupação na elaboração de um plano de atividades anual, sendo, à posteriori, realizado um relatório, onde as atividades executadas pelo Serviço Social, são integradas nos relatórios anuais gerais dos SCS.

A verdade é que apesar dos constrangimentos das instituições e das limitações que o Serviço Social possa sofrer, é determinante não só na prestação de informação aos seus

utentes e na orientação que lhes concede, como também, no papel preponderante que detém na mediação entre o beneficiário e o próprio SCS:

E1: *“Neste caso concreto caracteriza-se por ajuda aos sócios e beneficiários e essa ajuda tanto pode ser para o sócio [colaborador] e seus beneficiários [familiares diretos que beneficiam deste subsistema] que estão cá inscritos, como ajuda ao sócio em situação indireta. Há situações que nós ajudamos um sócio que tem um pai a precisar de um lar ou de um apoio domiciliário e também podemos orientar. Mas no fundo o nosso objetivo principal é ajudar o sócio.”;*

E2: *“No sistema complementar de saúde, temos de ter presente o SNS, as medidas que existem e sermos um complemento a isso. Informar os direitos que as pessoas têm do SNS. Eles são cidadãos como qualquer outro.”;*

E3: *“As pessoas vêm muito em busca daquilo que eu posso fazer enquanto assistente social, é um serviço que passa mais pela orientação, mas as pessoas não gostam muito que entre nas suas vidas.”.*

No discurso das assistentes sociais, verifica-se que o termo “ajudar” é bastante aplicado e de acordo com Robertis:⁷¹ (2011) este termo é muito utilizado na prática dos profissionais, e apresenta-se como um processo ou um conjunto dos processos e atos organizados que visam capacitar uma pessoa para a sua autonomia. A autora defende que este processo de ajuda compreende três protagonistas principais: o utente, o assistente social e o organismo de ação social – *“O objetivo da ajuda do trabalhador social é permitir às pessoas encontrarem ou reencontrarem o seu lugar na sociedade em função das suas capacidades e das suas potencialidades e ultrapassando, tanto quanto possível, os limites impostos pela história pessoal e por eventuais deficiências.”.*

As competências profissionais prendem-se, por isso mesmo, pela prestação de informação sobre os direitos, as possibilidades e os constrangimentos institucionais, pelo que o AS deve dar a conhecer quais as necessidades existentes e negociá-las coletivamente com os responsáveis políticos, a fim de facilitar o exercício da cidadania (Almeida, 2013). O Serviço Social visa melhorar o bem-estar da sociedade, dos indivíduos, dos grupos e das comunidades, através da promoção e da facilitação do crescimento e da realização pessoal, procurando cooperação e apoio na sociedade com o

objetivo de capacitar as pessoas mais oprimidas (*Idem*, 2013): E1: “se os empregados tiverem os problemas de saúde e sociais resolvidos, acabam por estar mais libertos, não só mentalmente, como de atividades para fazer e ter mais rentabilidade no trabalho”.

Barker: 455-456 (1999, referido por Santos:67, 2009) corrobora que o Serviço Social poderá ser definido como uma “(...) ciência aplicada, que procura ajudar as pessoas a atingir um nível efetivo de funcionamento psicossocial e promover as mudanças societárias, aumentando o nível de bem-estar numa sociedade. (...) [Os assistentes sociais] facilitam as interações entre os indivíduos, e entre estes e o seu meio ambiente, responsabilizam as organizações pelas pessoas, e influenciam as políticas sociais”:

E2: “Eu tenho uma dupla missão em defender o sítio e as pessoas com quem trabalho. É um equilíbrio. Não podemos estar a defender a “nossa casa” em prejuízo do utente. Tem que haver uma gestão, nós somos o mediador”.

É neste sentido, inquestionável, que a intervenção do assistente social, no âmbito das relações humanas, se deve reger por valores éticos. As organizações consideram de extrema importância que os seus colaboradores tenham bem interiorizado a missão e os objetivos das mesmas (Deus, 2004). É por isso que para Banks (2001) no caso de existirem conflitos entre os valores profissionais e os da organização, os valores que devem prevalecer são os pessoais e profissionais – equidade, respeito e confidencialidade. Na prática, o que se verifica são as dificuldades que os profissionais têm perante os dilemas existentes entre a defesa dos direitos dos utentes e as ordens dos superiores hierárquicos, prevalecendo os valores organizacionais. Por se estar perante organizações que advêm de um ambiente mais familiar, em que alguns dos colaboradores beneficiários foram colegas de trabalho das atuais chefias dos SCS, verifica-se um sentimento de superioridade em comparação com os restantes colaboradores, pelo que tentam recorrer nas demais e variadas situações recorrer a esse conhecimento e apelo à resolução dos seus problemas:

E3: “Muitos dos nossos beneficiários são colegas/ex-colegas que trabalharam lado a lado com os nossos administradores e por isso é fácil quando querem alguma coisa “ir bater à porta”; porque conhecem e fazem alguma pressão”.

Nestes casos o Serviço Social, destaca-se pela sua importância e detém um papel fundamental na oposição a este tipo de privilégios, atuando como um papel neutral: “O Serviço Social contraria tudo isso. Há regras e eu aplico as regras” (E3). Deus (2004) atesta a pertinência de se desenvolver uma atitude de escuta versus autoritarismo e também de respeito pelo outro.

De acordo com o que é defendido por Amaro (2015) e das funções que os AS expressam ter nas suas organizações, existem três pilares que caracterizam o seu trabalho, nomeadamente:

- A “*mediação de escala*” – capacidade de pensamento complexo que o AS tem de ter, isto porque, precisa de ter uma visão global, estrutural e macro dos fenómenos, encarando sempre o indivíduo como um ser único reconhecendo as particularidades da sua situação – E2: “*A postura é atender a pessoa na globalidade e não ser atendida parcialmente. Faço questão porque a pessoa tem de ser informada de tudo a que tem direito, para a pessoa sair daqui o mais informada possível*”;
- O acesso – o AS tem de estabelecer uma ponte entre os utentes e os recursos disponíveis da comunidade, garantindo a atribuição dos direitos dos mesmos – E3: “*A principal causa do serviço social é prestar a informação dos equipamentos que existem na comunidade*”;
- A relação – o AS tem de ser o mediador entre os indivíduos, entre as profissões, entre as instituições, articulando os diferentes níveis de relação, sendo que o nível interpessoal é parte integrante do processo de intervenção profissional – E2: “*uma das coisas que fazemos e que é obrigatório é estar um bocadinho com eles em casa, estar no habitat deles*”.

O assistente social integra um serviço ou uma equipa no âmbito de organizações sociais que providenciam serviços, designadamente em escolas, hospitais e outras instituições de saúde, serviços de reabilitação, equipamentos de proteção social a idosos, menores, deficientes e doentes mentais, servidos de formação e inserção profissional e social, onde estabelece relações de ajuda, avalia problemas complexos, competindo-lhe promover a resolução de problemas e ajudar os utentes a funcionar de forma eficaz (Almeida, 2013). Ultimamente os assistentes sociais têm tido uma maior procura nos

SCS, por parte dos seus colaboradores, devido às dúvidas existentes sobre a área da saúde, por se tratar de uma população muito idosa, e onde os custos com os internamentos e os meios auxiliares de diagnóstico atingem valores astronómicos, que se devem à insistente procura pela inovação que encarece os serviços:

E1: *“Com os avanços na medicina, com mais meios auxiliares de diagnóstico, cada vez se faz mais exames, vai-se gastando cada vez mais em saúde e têm de haver cada vez mais contenções nas despesas. A contenção como muitas vezes é impossível porque são coisas de saúde e as pessoas precisam, as pessoas passam a pagar mais, contudo muitas das vezes as pessoas conseguem ter planos de pagamento e determinadas coisas que não teriam se não fosse o Serviço Social”;*

E2: *“As pessoas procuram-nos na maioria por problemas de saúde, a nível de idosos. As pessoas mesmo que tenham uma pensão boa, não chega. Aí o SCS pode participar, desde que tenha critério, lar e apoio domiciliário”;*

E3: *“Tem havido uma procura maior por parte dos beneficiários, se as pessoas tiverem precaridade económica não temos subsídio. As pessoas vêm saber o que é que eu como assistente social lhe poderei dizer”.*

De acordo com Albuquerque (2013), o AS procura: *“otimizar possibilidades de resposta”*, através do estabelecimento de contactos com outros membros das equipas ou instituições, através do encaminhamento de situações; informar os direitos e deveres dos utentes potenciando a sua participação; reduzir a distância entre espaços e entre espaços e utentes:

E1: *“Os resultados que se pretendem atingir é o bem-estar dos sócios, que a pessoa se sinta bem, apoiada”.*

Ao Serviço Social interessa a questão demográfica, social e política. Uma das temáticas que interessa, em particular, como refere Philipson (2002:58) *apud* Carvalho (2011) é o aumento das pessoas muito idosas, sobretudo porque são estas que estão mais vulneráveis a problemas sociais e de saúde associados ao risco de pobreza, solidão, isolamento, necessidade de cuidados alargados e diferenciados, questões de discriminação pela idade, questões de violência e de pressão sobre os recursos no que diz respeito à sustentabilidade dos sistemas de proteção social e de saúde. São estas algumas

das questões que desafiam o conhecimento e a intervenção do Serviço social na área do envelhecimento, principalmente nos SCS, onde no decorrer das entrevistas se sentiu uma grande preocupação com a população idosa:

E1: *“As pessoas de idade têm muitas necessidades e se fosse um seguro, [seria] apenas para colmatar as falhas, e [teria] um limite. E a pessoa sente que isto é uma família”;*

E2: *“Sentimos idosos muitos sozinhos (...) mas, na ida a casa, embora sendo uma hora, é uma hora em que temos de estar com os sentidos atentos áquilo que não é dito, observar, e vê-se muita coisa”;*

E3: *“A nossa população está a ficar cada vez mais idosa, envelhecida, há cada vez mais reformados e menos ativos”.*

Os AS sentem que os idosos têm cada vez menos apoio por parte dos familiares, existindo diversas razões:

1. os cuidados que os idosos necessitam apresentam custos bastante elevados e a família tem dificuldades em suportar;
2. as exigências do campo laboral e o ritmo do quotidiano das pessoas dificultam a conciliação entre o trabalho e o apoio ao idoso;
3. a negação do idoso em requerer a ajuda de um familiar, por não querer incomodar;
4. a inexistência de familiares.

No que respeita especificamente ao tema da conciliação entre o trabalho profissional e os cuidados aos idosos, José e Wall (2006) afirmam que existem traços da sociedade portuguesa que provocam a dificuldade de conciliar estas duas esferas da vida social, nomeadamente o envelhecimento demográfico, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, a repartição desigual das tarefas domésticas e dos cuidados a pessoas dependentes entre o género feminino e masculino e, por último, o fraco desenvolvimento das políticas sociais de apoio aos idosos e às respetivas famílias. Os motivos elencados desafiam e dificultam o trabalho diário dos AS na procura pelos recursos existentes na comunidade que colmatem as necessidades médico-sociais desta população específica, pois são constantemente deparados por diversos constrangimentos, destacando-se o fator económico. Muitas das soluções existentes e que apresentam

parceria com a segurança social, estão maioritariamente lotadas, com listas de espera muito longas, o que deixa como alternativa as entidades privadas, que apresentam custos muito superiores e que dificilmente são suportados pelos idosos. Mesmo nos SCS, apesar de existir a possibilidade de se requerer a subsídios próprios que façam face a estes constrangimentos, à semelhança dos subsídios atribuídos na Segurança Social, os mesmos, apresentam limitações que se prendem com os cálculos realizados com base nos rendimentos brutos dos agregados familiares, o que exclui muitas pessoas deste benefício – E2: “*em termos de subsídios as pessoas vêm procurar, mas excedem os montantes que estão previstos, excedem a capitação (...) mesmo que as pessoas tenham uma pensão boa não chega*”. Uma das entrevistadas (E3) reconhece ainda o SS neste campo, como “*um bocadinho assistencialista, há meia dúzia de subsídios e as pessoas recorrem a isso*”.

No contexto da complexidade social em que mergulha a sociedade contemporânea, confrontada com um quadro social de cidadania ativa, de desenvolvimento de competências, autonomia do sujeito e com políticas económicas de restrição da ação social justificadas pela crise económica e financeira, exige ao assistente social a reorganização das práticas sociais sem perda de direitos sociais do cidadão em sociedade (Ferreira, 2011). Atualmente as políticas centram-se efetivamente nos sujeitos, mas enquanto clientes, como consumidor do serviço e não como sujeito de direitos. (Carvalho, 2011). Tem sido com este quadro de referência que os profissionais de Serviço Social têm tido a responsabilidade de gerir o envelhecimento em contextos de crescentes necessidades, de orçamentos escassos e orientado cada vez mais segundo *guidlines* (Carvalho, 2011).

Entender a vinculação entre a determinação social da saúde pelo Serviço Social é fortalecer as bases das ações profissionais, sem perder a especificidade disciplinar do Serviço Social (Mioto e Nogueira, 2009). É o reconhecimento de que a ação profissional exige a apropriação crítica dos aspetos sociais que determinam o processo saúde-doença na trilogia prevenção, promoção e cura no contexto das manifestações individuais, familiares, de grupos, de segmentos populacionais e até mesmo populações como um todo (Mioto e Nogueira, 2009).

De acordo com Ferreira (2011) o assistente social detém conhecimentos teóricos, práticos, políticos e económicos que transformam a sua ação como eficiente e eficaz enquanto interventor e gestor de gastos sociais públicos, seja no âmbito do sistema de proteção social como na dimensão do bem-estar e qualidade de vida do cidadão (pessoa): *“O assistente social desenvolve a sua intervenção com o objetivo final de criar oportunidades para o desenvolvimento das capacidades individuais e coletivas, para que cada cidadão possa exercer os seus poderes e responsabilidades individuais e sociais (cidadania social ativa /empower)”* (Idem, 2011:106).

Quadro 7 – Funções dos AS nos SCS
• Informar os direitos dos utentes, tanto ao nível interno da organização, como a nível externo – estatal; • Encaminhar para os recursos existentes na comunidade sejam de origem pública ou privada; • Prestar apoio psicossocial; • Promover o bem-estar dos colaboradores e seus familiares; • Contribuir para a conciliação trabalho-família; • Apoiar situação de precaridade económica/Endividamento; • Promover a justiça social.

Fonte: Elaboração própria.

1.4.Práticas Profissionais

A natureza do trabalho social relaciona-se com o debate da aplicação da teoria à prática e vice-versa, sendo que este debate se baseia em questões práticas que ocorrem no dia-a-dia sobre poder e autonomia entre grupos de interesses (constituídos pelos utentes, pelos profissionais e pelas instituições) dentro do trabalho social e que estão sujeitos a influências do exterior (Payne, 2002). O trabalho social surge através de uma instituição, pelo que se os profissionais seguirem as orientações impostas pela mesma, no que diz respeito à prática, podem conquistar um grau de segurança e apoio (*Idem*, 2002).

Os assistentes sociais trabalham em organizações públicas ou privadas e interferem nas relações sociais quotidianas, respondendo às mais variadas questões vividas pelos

indivíduos no trabalho, na família, na saúde, etc., afirmando-se como profissionais assalariados (Iamamoto, 2004). Perante este quadro, aliado às diversas influências internas e externas e seus constrangimentos, a formação do assistente social adquire grande importância para o mesmo – a *“formação dá-lhes confiança, consciência pessoal e um enquadramento pessoal quer da prática, quer da identidade profissional”* (Payne, 2002:71):

E1: *“[A formação] facultou os principais [conhecimentos], suficientes não são, os outros aprendem-se com a prática. Temos de pensar na formação ao longo da vida, e não só na escola; quanto mais informados estivermos, melhor podemos prestar o apoio”*;

E2: *“A base teórica é fundamental para sedimentarmos o que vamos aprender na nossa prática, e permite-nos ir adquirindo competências. Não se fica pelo curso. Estamos todos os dias a aprender, a formação é fundamental”*;

E3: *“O que facultou foi a relação, as entrevistas, outros conhecimentos técnicos não”*.

Para que os conhecimentos teóricos, adquiridos na formação, sejam bem aplicados na prática, ou seja, nas organizações onde os profissionais estão inseridos, é fundamental que exista conhecimento aprofundado sobre o contexto das mesmas, clarificando a população-alvo e problemáticas existentes. Neste estudo específico dos SCS, verifica-se que os beneficiários preferenciais são os colaboradores aposentados, em destaque, e os seus familiares diretos (cônjuges, filhos menores):

E1: *“São as pessoas de terceira idade, os aposentados, apesar de também [organizarmos] colónias de férias [para os filhos dos colaboradores]; mas é sem dúvida o apoio aos aposentados”*;

E2: *“População idosa. A população que está na reforma e reserva, a faixa etária após os 50 anos”*;

E3: *“Os beneficiários preferenciais são os idosos”*.

Por se tratar de uma população preferencial maioritariamente idosa, acarreta para os SCS diversos constrangimentos ligados à área da saúde e à área social – *“O aumento da esperança média de vida coloca em evidência a melhoria dos serviços de saúde e das*

condições de vida da população, mas traduz-se num envelhecimento demográfico com repercussões a nível da saúde e da segurança social” (Almeida, 2012:142).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2015), aos 60 anos de idade a deficiência e o falecimento surgem por diversos problemas de saúde relacionados com as perdas de audição, visão, coordenação motora, bem como doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, doenças respiratórias crónicas e demências. Os profissionais entrevistados confirmam este quadro clínico na população com quem lidam diariamente, pelo que o seu trabalho se prende, essencialmente, com as dificuldades que os utentes têm em encarar a doença e as suas consequências (cf. Quadro 8):

E1: “O apoio na doença é o principal, apoio na saúde, seja na doença crónica, seja na doença aguda, principalmente nas doenças crónicas [que em muitas das vezes se repercute no] endividamento e precariedade económica. As pessoas têm dificuldade em contratar ajudas técnicas. A deficiência também assume um papel importante e as crianças com problemas de desenvolvimentos, as adições, os cuidados continuados”;

E2: As doenças associadas à velhice e algumas doenças psiquiátricas e doenças degenerativas, e filhos deficientes. Muitos traumas e distúrbios psiquiátricos”;

E3: “Situações de saúde, incapacidades”.

Quadro 8 – Principais problemáticas nos SCS	
Área da Saúde	• Doenças degenerativas; • Problemas psiquiátricos; • Doenças súbitas (ex: AVC); • Descendentes diretos nascidos com deficiências profundas; • Crianças com perturbações no desenvolvimento (ex: dislexias, etc.); • Toxicodependências;
Área Social	• Precariedade económica/Endividamento

Fonte: Elaboração própria.

A complexidade dos estados de saúde das pessoas mais idosas suscita questões sobre a forma como se pode prevenir o aparecimento de doenças, promovendo o seu bem-estar. O estado de saúde da pessoa não pode ser encarado como uma mercadoria, mas como uma necessidade atravessada por níveis variáveis de angústia, ansiedade, sofrimento e de dor (Carapinheiro, 1999). Exige-se uma relação de maior proximidade ao assistente social com os seus utentes para desvendar quais os seus problemas, modos de vida, processos sociais e as suas dinâmicas, com o objetivo de alcançar a mudança e provisionar os recursos disponíveis ao nível das políticas existentes e das instituições (Granja, 2014). São por estas razões que os colaboradores aposentados dos SCS e os seus familiares procuram os AS, a fim de solicitar apoio para enfrentar os novos desafios que enfrentam. Perante as organizações, os AS são reconhecidos pelas suas competências na procura e atribuição dos recursos e serviços disponíveis, pelo que o utente deposita a sua esperança no que o AS lhe transmitirá (Almeida, 2013). Assim, quando o profissional é procurado pelo utente, deverá ter em atenção à forma como escuta o pedido, valorizando o que lhe está a ser dito e sentido, mesmo que sejam incapazes de dar uma resposta positiva ao pedido (Pena, 2013).

No dia-a-dia do AS, podem-se destacar a existência de três formas que os pedidos podem ser efetuados:

- Espontaneamente – os utentes ou familiares procuram diretamente os AS para pedirem orientações variadas ou para o acesso a serviços;
- Encaminhamentos internos – efetuados por profissionais de saúde¹⁷ ou pelos colegas do trabalho;
- Encaminhamentos externos – através dos recursos existentes na comunidade e que ao perceberem que os utentes beneficiam de um SCS, contactam diretamente os profissionais.

Esta relação e as atividades executadas pelos AS podem ser praticadas por três vias: telefónica, presencial, domiciliária. Neste sentido, o que foi transmitido pelas AS permitiu identificar uma metodologia de intervenção, que a autora Robertis (2011) classifica por

¹⁷ Os três SCS possuem centros clínicos próprios, pelo que podem rececionar pedidos através dos profissionais de saúde que recebem os utentes em consultas.

intervenção direta, quando a relação se confronta entre o AS e o utente e indireta, quando o AS é o único interveniente e o utente é apenas visto como beneficiário e não como um ator. A relação entre o utente e o assistente social apresenta para Payne (2002) características especiais e distintas das vulgares relações humanas. Isto porque, são as necessidades sentidas pelos utentes que originam a interação, não podendo a mesma depender de reações emocionais, mas reger-se por uma relação que apresenta disciplina e controlo, e onde os valores profissionais estão sempre envolvidos (*Idem*, 2002).

Pena (2013) reforça a importância em estabelecer uma relação que prima pelo reconhecimento do valor da pessoa, até porque a forma como os AS respondem às necessidades da pessoa afeta a relação e o facto de o profissional ouvir com respeito a pessoa, reconhecendo os seus desejos para o futuro, favorece uma reação positiva por parte desta e aumenta o sentimento de legitimidade por parte do profissional. Através do discurso dos profissionais confirma-se que os valores presentes nas suas atuações vão de encontro com o que fora defendido pelos autores referidos, primando pela/o:

E1: *“confidencialidade, respeito pela dignidade das pessoas, respeito pelas diferenças”*;

E2: *“respeito pelo outro, sempre presente a nossa conduta ética, respeito da humanidade”*;

E3: *“o valor da pessoa por si só, e também aqui e como no nosso país funciona-se com cunhas e o serviço social contraria tudo isso, porque há regras. Respeito pela pessoa independentemente de quem é, sejam amigos do presidente, do porteiro, as regras são aplicadas”*.

Banks (2001) sumariza os principais valores e princípios que os assistentes sociais se devem guiar, compostos por:

- Respeitar o valor e a dignidade de todos os seres humanos;
- Facilitar a autodeterminação dos seus utentes;
- Promover o bem-estar;
- Atuar de acordo com a sua integridade profissional e suas competências;
- Promover a justiça social.

De acordo com Almeida (2013) é esperado pelo utente que o assistente social atinga um comprometimento com o mesmo, na procura de uma solução, seja de carácter pessoal/familiar, institucional ou político, a fim de atenuar os efeitos do problema, pelo que os resultados que os AS pretendem atingir são:

E1: *“O bem-estar dos sócios, que a pessoa se sinta bem, apoiada, ainda há pouco estava a falar como uma pessoa que me disse “eu sei que ninguém me pode resolver a situação”;*

E2: *“A mudança da situação em que a pessoa se encontra”.*

Ao longo das entrevistas verifica-se que existe uma preocupação partilhada – a falta de reconhecimento das suas profissões, tanto por parte dos seus superiores, como pelos seus utentes, mas apenas uma das AS destaca, atingir como resultados da sua intervenção – *“ser conhecida pelos sócios”* (E3). A verdade é que se carece do reconhecimento e da legitimação académica dos assistentes sociais, isto porque não atuam em campos de intervenção circunscritos e não se consideram validados pela ciência, muito pelo contrário, pois o Serviço Social constituiu-se como uma *“especialização do conhecimento inter, multi e transdisciplinar”*, onde seus profissionais atuam mediante os seus conhecimentos, adaptando-os aos problemas dinâmicos e complexos da vida real (Granja, 2014: 64).

Considerando que a atuação do assistente social é marcada por relativa subjetividade, pois cada caso apresenta as suas especificidades, enaltece-se a necessidade de refletir sobre a forma de trabalho diariamente executada, pelo que uma das entrevistadas chamou a atenção para uma lacuna e que é de extrema importância: *“Uma coisa que eu acho uma falha, é a falta de supervisão à nossa profissão (E2)”*. O processo de supervisão beneficia e desperta o assistente social na procura de alternativas, habilidades, auferindo-lhe competências na colocação dos conhecimentos teóricos em práticos (Lewgoy e Scavoni (2002). Trata-se de um processo que permite ao profissional fomentar o seu crescimento pessoal e profissional e pode ser percecionado como um meio se afirmarem nas suas organizações (Tsui, 2005 *apud* por Carvalho (2016). Assume-se como relevante para o aumento da eficiência e da eficácia dos assistentes sociais e para o controlo da profissão (Idem, 2005). Este processo atuará como um “escudo de defesa”,

tanto para a profissão que carece de reconhecimento, como também para os profissionais que executam funções nas organizações. No que é defendido por Granja (2014) a imposição da autonomia dos AS está dependente da forma como estes desenvolvem a sua atividade profissional, como a avaliam e mediante os valores que estão presentes nas suas decisões e por fim, na forma como as negociam com as chefias.

Aliada à questão do envelhecimento demográfico já elencada, existem outras mudanças a ocorrer nas organizações, devido à crise económica e à consequente redução de recursos humanos e cortes nos orçamentos, o que provoca *“um desequilíbrio entre os [colaboradores] ao ativo e os reformados”* (E2). Os SCS ao sofrerem condicionantes internas e externas, condicionam o trabalho do assistente social, revelando-se segundo Payne (2002), criadores de barreiras, com sistemas formais de gestão, deixando os profissionais alienados e isolados. Assim, o assistente social que visa implementar e viabilizar os direitos sociais e os meios para os exercer, vê-se limitado, visto que as suas ações dependem de recursos, condições e meios de trabalho cada vez mais escassos (Iamamoto, 2004).

Entende-se que é fundamental para o trabalho diário de um AS num SCS, ou em qualquer outro contexto, além das suas competências e conhecimentos adquiridos em formação, conhecer a organização onde está inserido e claro, a sua população e *“juntar isso tudo numa boa dose de bom senso e equilíbrio”* (E2). É preponderante que os profissionais tenham uma visão multifocal, considerando as pessoas beneficiárias dos SCS e os seus problemas inerentes, no contexto da organização em que estão inseridas, a fim de alcançarem um equilíbrio entre todas as partes interessadas. A profissão de Serviço Social não poderá ser encarada como conjunto de construções individuais, pelo que deverá desenvolver-se em consonância com os seus utentes, na dialética entre a teoria e a prática, procurando responder às exigências dos mesmos, num quadro de valores éticos demarcados pela instabilidade do contexto social emergente (Santos e Nunes, 2013).

De acordo com Andrade (2001), os AS atuam em simultâneo num mundo de sujeitos e sistemas, pelo que ao estarem sujeitos a diversos constrangimentos, não podem limitar-se a “fórmulas” prontas e acabadas, mas estar em constante adequação à realidade.

Contudo, existem atividades que são comuns a todos os AS nos SCS, nomeadamente, o apoio psicossocial, o encaminhamento, a prestação de informação, a orientação:

E2: *“Nós fazemos atendimento e encaminhamento, o apoio psicossocial é feito pontualmente, não é tão frequente. É mais quando estamos no direto, mas como isto é um posto de atendimento com beneficiários externos é mais difícil.”*

E3: *“O acompanhamento não existe, as coisas são muito pontuais, aquilo que faz é prestar basicamente informações, existe algum acompanhamento quando se faz renovações de subsídios, mas isso não tem a ver diretamente com a intervenção do assistente social”.*

Estas atividades são na maioria as que constituem o dia-a-dia destes profissionais, porque a sua prática está marcada por uma intervenção a nível nacional, a partir da sede das suas organizações, o que exige também um maior conhecimento dos recursos existentes nas diferentes comunidades que a população-alvo do assistente social está abrangida. O Serviço Social nos sistemas complementares de saúde é percecionado pelas assistentes sociais, como uma área de extrema importância, considerando as lacunas existentes ao nível do SNS e da Segurança Social. Isto porque, na inexistência dos SCS as pessoas estariam menos informadas acerca dos seus direitos e dos recursos existentes na comunidade para fazer face aos problemas vivenciados:

E1: *“Os impactos são bastantes, sentimos que as pessoas se sentem bastante aliviadas por falarem connosco, principalmente em situações que surgem de repente, nos casos de doença súbita (ex. avc) em que a pessoa está perdida porque nunca teve contacto com situações semelhantes. O principal é o que fazemos com as pessoas, o que lhes dizemos, os encaminhamentos que fazemos (...) e damos os recursos para a pessoa se poder movimentar”;*

E2: *“Satisfação das necessidades deles, suprimento de dificuldades que eles têm, em termos económicos, sociais”.*

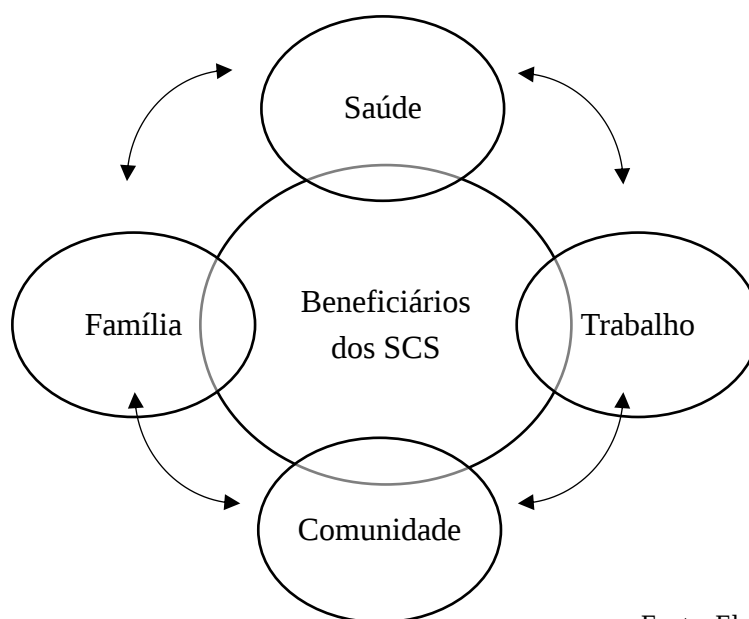
Verificamos a partir dos testemunhos das assistentes sociais que a prática nos sistemas complementares de saúde se rege por vários modelos teóricos, nomeadamente:

- Modelo Sistémico;
- Modelo Psicossocial;

- Modelo de Intervenção em Rede;
- Modelo de Intervenção em Crise.

O modelo sistémico sustenta os seus princípios teóricos num paradigma “totalizador” e generalista dos atos sociais, partindo-se do particular (beneficiários dos SCS) para o geral, mediante a interação/relação circular com os sistemas envolventes (família, saúde, comunidade e o trabalho¹⁸), ou seja, os problemas têm uma causa circular, podendo ser considerados o ponto de partida ou de chegada (Caparrós, 1998). Dentro da orientação sistémica, cabe destacar a importância que se dá aos observadores como elementos suscetíveis de incitar mudança no sistema observado, ou seja, mediante a simples observação de uma situação, está mudada. Qualquer pessoa, ato ou situação, que apareça numa dada realidade, entra e faz parte dele e do seu funcionamento (*Idem*, 1998).

Esquema 5 – Sistemas envolventes na intervenção sistémica



Fonte: Elaboração própria.

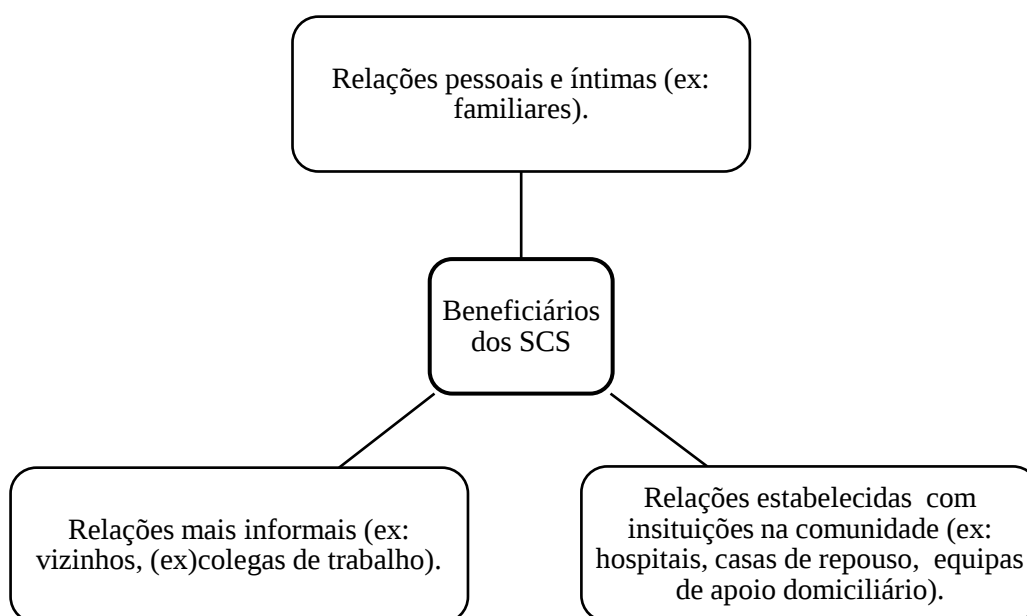
O modelo psicossocial caracteriza-se pela preocupação do bem-estar dos beneficiários dos SCS; isto não implica que tenham de se sentir conformistas com a sociedade, antes pelo contrário, tentar prevenir ou remediar as ameaças às pessoas

¹⁸ Os assistentes sociais lidam maioritariamente com a os beneficiários dos SCS que se encontram na situação de aposentado. Contudo, também existem situações onde se presta apoio a beneficiários que estão no ativo e que por razões de saúde ou familiares poderão necessitar de intervenção social. Nestes casos, o ambiente laboral onde estão inseridos é de extrema importância.

decorrentes das crises ou das privações (Caparrós, 1998). O modelo psicossocial requer que o caso social não está determinado nem pelo tipo de utente, nem pelo tipo de problema, mas sim um “*acontecimento vivo*”, composto por fatores internos e externos (mentais, emocionais, físicos, sociais e económicos) (*Idem*, 1998).

O modelo de redes centra-se interação/relação entre as organizações na persecução dos melhores resultados, pelo que o envolvimento de diversos *stakeholders* e o trabalho em equipa se revelam fundamentais (Almeida, 2013). Contudo, o relacionamento entre os vários atores não é uma tarefa fácil, podem existir dificuldades no estabelecimento das relações e, por isso mesmo, trata-se de um modelo que constitui um desafio permanente (*Idem*, 2013).

Esquema 6 – Relações envolventes no Modelo de Intervenção em Rede

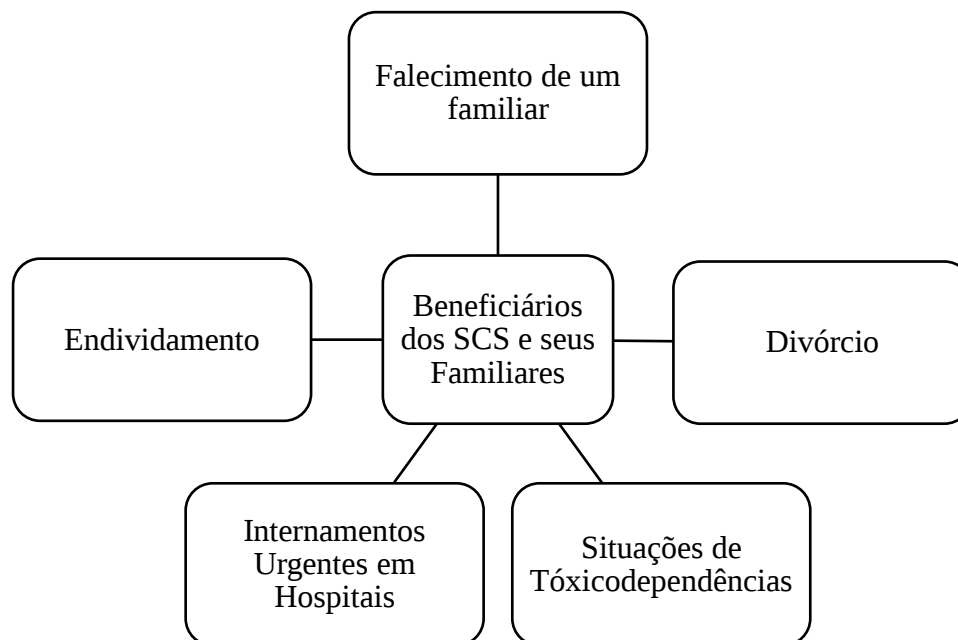


Fonte: Elaboração própria com base em Payne (2014).

O modelo de intervenção em crise destina-se à pessoa/família que enfrentaram uma ou variadas situações que apresentaram como consequência o desconforto e instabilidade dos mesmos (Caparrós, 1998). Consiste numa terapia breve que reduz a tensão e ansiedade dos utentes com o intuito de promover a capacitação, ensinando-os a procurar alternativas à resolução dos problemas, considerando os recursos internos dos utentes para o alcance do equilíbrio (*Idem*, 1998). A crise caracteriza-se por se acompanha de

sentimentos ambivalentes e desorganizados, entre os quais medo, depressão, raiva e culpa.

Esquema 7 – Situações envolventes no Modelo de Intervenção em Crise



Fonte: Elaboração Própria

De acordo com Caparrós (1998) a técnica fundamental do assistente social é o apoio, sendo importante fazê-los sentir melhor, mais fortes e confortáveis, pelo que destacam quatro categorias de apoio:

- Proteção (orientações e conselhos);
- Aceitação;
- Capacitação (valorizar, dar esperança, elogiar, reforçar comportamentos);
- Educação: ensinar os utentes a confrontarem-se com os novos papéis sociais.

O Serviço Social aparece, assim, no contexto de um sistema complementar de saúde como uma alternativa à resolução de problemas de saúde e sociais que o serviço nacional de saúde e a segurança social dificilmente responderiam tão celeremente, apresentando como base uma relação de ajuda, onde os assistentes agem como mediadores dos diferentes grupos de atores.

CONCLUSÃO

A presente investigação teve como intuito, não só analisar a proteção social em Portugal, em especial a evolução dos sistemas complementares de saúde como integrantes do sistema de saúde público, como também identificar a lógica que orienta a intervenção social nestas organizações.

No início deste estudo colocamos questões de investigação que serviram de guias para o seu desenvolvimento, estando as mesmas em conjunto com os objetivos definidos respondidas.

Uma das grandes dificuldades/desafio para o alcance dos objetivos deveu-se à escassa bibliografia sobre os sistemas complementares de saúde e pela quase inexistência de ligação ao Serviço Social, pelo que esta investigação se traduziu num trabalho muito exigente, mas também muito gratificante a nível pessoal e profissional.

Através da pesquisa bibliográfica verificou-se que a proteção social se apresentou desde sempre muito ligada à Igreja, à caridade, como uma resposta mais assistencialista, destacando-se como área dominante a proteção na doença. Um dos fenómenos que marcou, e muito, a história da proteção social foi a Revolução Industrial que desencadeou diversos riscos humanos e incitou o individualismo, o que originou a necessidade dos operários se unirem para atingir um fim comum – melhoria das condições de vida. É neste âmbito que, paralelamente à assistência fornecida pela Igreja, surge a previdência social, composta pelas associações que protegiam os seus associados mediante o pagamento de quotas mensais. Porém, estas associações revelavam-se insuficientes para cobrir situações de alto risco, percecionando-se a carência, cada vez maior, de uma intervenção por parte do Estado, o que despoletou a implementação de seguros obrigatórios com o intuito de proteção nas situações de doença, invalidez, acidentes de trabalho e velhice. O Estado, em paralelo, às iniciativas mutualistas, criou subsistemas de saúde próprios para os seus funcionários, com a diferença se serem de adesão obrigatória. Enfrentava-se um sistema de proteção insuficiente e desigualitário, tendo a Revolução de 1974 sido preponderante para a atenuação destas disparidades, culminando na criação de um serviço nacional de saúde universal.

No decorrer da evolução da proteção social, a área de Serviço Social foi ganhando terreno, e por esse motivo, as organizações promotoras da saúde contrataram assistentes sociais, principalmente para os conhecidos subsistemas de saúde. Isto porque, a missão destas organizações coincidia e coincide com um dos papéis do assistente social – promoção do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas.

Esta investigação permitiu sistematizar que grande parte dos subsistemas de saúde existentes em Portugal, após a criação do SNS, transitaram de substitutos para complementares ao SNS. Algumas destas organizações, além de se terem tornado como um serviço complementar, foram adquiridas por entidades privadas, onde o Serviço Social foi integrado nos Recursos Humanos das empresas.

A realidade dos SCS atualmente é outra, isto porque embora os objetivos da sua criação se mantenham, outros contornos tiveram de ser assumidos. Se à data da sua criação, os colaboradores eram maioritariamente adultos, nos dias de hoje defrontam-se com uma faixa etária muito mais elevada, o que acarreta inevitavelmente mais despesas em termos de cuidados de saúde. Este incremento galopante de despesas, face ao decréscimo de novas contratações, que se traduziriam na entrada de mais riqueza, resulta num grande desequilíbrio financeiro, o que torna o trabalho do assistente social muito mais exigente.

Aliados ao problema do envelhecimento demográfico e à expansão das empresas privadas conhecidas como “*mão-de-obra*” mais barata, estão os cortes aos orçamentos que são disponibilizados para a proteção dos problemas de saúde e sociais. Perante este contexto de grande complexidade e de diversas alterações, onde a intervenção social se vê restringida por políticas cada vez mais limitadas, o assistente social tem de apelar à sua criatividade para reorganizar a sua prática, sem nunca perder o foco.

O acesso a respostas sociais e de saúde (nos casos de recuperação – ex.: cuidados continuados) adequadas à população apresenta um grau de dificuldade cada vez mais elevado, principalmente para os idosos que estão muito dependentes de terceiros e que não possuem qualquer suporte familiar. Os apoios existentes na comunidade e que têm parceria com Estado estão lotados, com listas de espera muito longas e as entidades privadas apresentam mensalidades exacerbadas face aos rendimentos da população-alvo.

Apesar dos beneficiários dos SCS apresentarem vencimentos/pensões acima dos da média nacional, os mesmos são insuficientes: insuficientes para conseguir suportar as despesas de uma resposta adequada (casa de repouso, apoio domiciliário, clínicas de recuperação, etc.) e insuficientes, ou deverá dizer-se superiores, para poderem beneficiar de um apoio económico.

A questão que se coloca é: Fará sentido a existência de SCS, quando o Estado fornece um SNS e uma Segurança Social para todos os cidadãos? A resposta poderia ser bastante clara. Se os SCS surgiram e foram criados para colmatar as falhas ao nível da proteção social existentes no País, a partir do momento em que o Estado se assume como garante dessas “falhas”, poderíamos pensar que estas organizações deveriam ser integradas no sistema público, contudo isso nunca aconteceu. O que nos remete para uma segunda questão: Porquê? Quais as razões? Dos resultados alcançados nesta investigação, leva-nos a afirmar que a razão se prende com a insustentabilidade do SNS, que cada vez é maior, e as organizações pretendem continuar a garantir uma qualidade de vida melhor, e não submeter os seus colaboradores, ex-colaboradores e seus familiares a condições de saúde e sociais precárias. Até porque, ao alcançarem o bem-estar dos mesmos, alcançam uma maior satisfação que se traduzirá numa maior produtividade para as organizações. Falamos do que as entrevistadas comentaram como o *“vestir o amor à camisola”*.

Além da preocupação demonstrada pela população envelhecida, considerada como área prioritária pelo seu destaque no quotidiano, existem outras funções igualmente importantes e que melhoram e muito o bem-estar dos colaboradores que ainda estão ao ativo, nomeadamente a preocupação com a conciliação entre o trabalho e a família, que se traduz pela organização de colónias de férias de verão para os filhos dos colaboradores. Verifica-se também que os beneficiários dos SCS reconhecem valor aos assistentes sociais pela escuta ativa que prestam e pelas suas funções desempenhadas, com o intuito de os fazerem sentir menos “perdidos” e que se compreendem essencialmente em: Informar; Orientar; Mediar; Encaminhar e Apoiar – apoio psicossocial.

O assistente social nestas organizações é constituído como um profissional que detém as ferramentas necessárias para a resolução dos problemas que põem em causa o bem-estar, tendo sempre em consideração a expansão dos direitos de cidadania e a

promoção dos direitos humanos. A profissão é certamente muito marcada pela relação, pelo que o respeito pela dignidade da pessoa, a salvaguarda da confidencialidade, pressupõe uma relação onde deverão estar presentes os valores pessoais do assistente social, do beneficiário do SCS e da organização, e em conjunto alcançar um serviço de qualidade.

É determinante nestas organizações que exista uma relação de equilíbrio entre as três partes integrantes na intervenção social: o assistente social, o beneficiário do SCS e a organização, pelo que o assistente social assume uma posição de mediador. A mediação nem sempre é fácil, pois devido à complexidade das situações e do seu grau de gravidade perante o cenário presente de escassos recursos, acarretam para o assistente social um sentimento de frustração, de desgaste psicológico e emocional. Em acrescento, deparamo-nos com uma falta de reconhecimento da profissão de Serviço Social pelas chefias, que procuram controlar a sua atividade, com pouca margem para situações de exceção, pelo que a regulamentação das funções do assistente social nas organizações poderá ser uma forma de dar a conhecer o trabalho desempenhado pelos profissionais, considerando que a intervenção social dificilmente é quantificada. É neste contexto de profundas alterações socioeconómicas, traduzidas em restrições e imposições das organizações, que se alerta para a importância da supervisão em Serviço Social, com o objetivo dos valores de todos os interesses fiquem assegurados, tendo em especial atenção o código deontológico da profissão.

Realçamos que os SCS constituem um campo de intervenção para o Serviço Social muito rico, abrangendo diversas áreas, a área da saúde, essencialmente, a área da segurança social e área de lazer/cultura. Porém, tendo em consideração o panorama atual das organizações, podemos colocar algumas questões para refletir: pressupondo as restrições das organizações e a insustentabilidade do SNS, conseguirá o assistente social assegurar e promover o bem-estar? Até que ponto a ação do Serviço Social está a ser limitada? Estaremos a distanciarmo-nos de um sistema de saúde universal em contraposição com a expansão dos seguros de saúde privados? É preponderante que se unam esforços e que em oposição a uma SNS fragmentado, exista um único que consiga abranger todos os cidadãos garantindo serviços de qualidade.

Como perspectivas futuras, consideramos que uma possível futura investigação decorrente desta, deverá consistir num maior aprofundamento da análise deste campo de atuação do Serviço Social, pelo que seria interessante estabelecer relação com o Serviço Social de Empresa, pois estão ambos muito ligados. Considerando a privatização recente de muitos dos SCS que anteriormente eram organizações públicas, seria importante aprofundar se essa alteração se repercutiu na modificação da intervenção do assistente social. Poderá ser também interessante e enriquecedor incluir a participação dos beneficiários dos SCS e a sua perspectiva acerca do trabalho desempenhado pelos assistentes sociais. Por fim, importa referir uma vez mais que a intervenção do assistente social nos SCS é de extrema importância para a contribuição do bem-estar dos seus beneficiários, para a promoção dos seus direitos, é o “motor de arranque” para uma cidadania ativa e plena.

Concluimos que os sistemas complementares de saúde, constituintes do sistema de saúde português, destacam-se, não só pela importância no combate às limitações do serviço nacional de saúde como também se apresentam como um campo de atuação fundamental do Serviço Social na expansão de uma cidadania mais informada, consciente dos seus direitos, na prevenção de eventuais situações de crise e na promoção da saúde e do bem-estar social/laboral, tendo em especial consideração o atual panorama demográfico e sociopolítico.

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, Cristina, Almeida, Helena e Santos, Clara (2013), "Pensar o Serviço Social Hoje: Entre Mutações, Constrangimentos e Oportunidades", em Clara Santos, Cristina Albuquerque, e Helena Almeida, *Serviço Social: Mutações e Desafios*, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Almeida, Helena (2012), "Envelhecimento, Qualidade de Vida e Mediação Social Profissiona na Saúde", em Maria Irene de Carvalho, *Serviço Social na Saúde*, Lisboa: Pactor.
- Almeida, Helena (2013), "Gestão de Caso e Mediação Social: Abordagens, Processos e Competências Cruzadas na Agenda do Conhecimento em Serviço Social", em Clara Santos, Cristina Albuquerque, e Helena Almeida, *Serviço Social: Mutações e Desafios*, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Amaro, Maria (2015), *Urgências e Emergências do Serviço Social: Fundamentos da Profissão na Contemporaneidade*, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.
- Ander-Egg, Ezequiel (1995), *Introdução ao Trabalho Social*, Petrópolis, Editora Vozes *apud* Santos, Maria, *O Discurso Histórico sobre o Serviço Social em Portugal*, Lisboa, Universidade Católica Editora.
- António, Stella (2013) "Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social do Envelhecimento", em Maria Irene de Carvalho, *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa: Pactor.
- Autès, Michel (2002), "Les Logiques de Service", em Michel Chauvière, *Qualifier le Travail Social: Dynamique Professionnelle et Qualité de Service*, Paris, Dunod.
- Autès, Michel (2003), "As Metamorfoses do Trabalho Social", em Jean-Noel Chopart, *Os Novos Desafios do Trabalho Social: Dinâmicas de um Campo Profissional*, Porto, Porto Editora.
- Baganha, Maria *et. al* (2002). "O Setor da Saúde em Portugal: Funcionamento do Sistema e Caracterização Sócio-profissional". *Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, Oficina*, nº 182.
- Banks, Sara (2001), "Ética em Fragmentos", em Helena Mouro e Dulce Simões, *100 Anos de Serviço Social*, Coimbra, Quarteto.
- Bardin, Laurence (2009), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- Barros, Pedro (2009), "Sistemas Privados de Saúde: Que Relação com o SNS?"
- Barker, Robert (1999), *The Social Work Dictionary*, Washington: National Association of Social Workers *apud* Santos, Maria (2009), *O Discurso Histórico sobre o Serviço Social em Portugal*, Lisboa, Universidade Católica Editora.
- Branco, Francisco (1993), "Crise do Estado-Providência, Universalidade e Cidadania: Um Programa de Investigação e Ação para o Serviço Social" *Intervenção Social*, 8.

- Branco, Francisco e Farçadas, Maria (2012), "O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspetivas e Desafios", em Maria Irene de Carvalho, *Serviço Social na Saúde*, Lisboa: Pactor.
- Caeiro, Joaquim (2000), "Mais Estado ou Menos Estado? Melhor Estado?", *Intervenção Social*, 31.
- Caeiro, Joaquim (2005), "Economia Social: Conceitos, Fundamentação Teórica e Principais Desafios" *Intervenção Social*, 31.
- Caparrós, María (1998), *Manual de Trabajo Social: Modelos de Práctica Profesional*, Alicante, Aguaclara.
- Capucha, Luís (2014), "Envelhecimento e Políticas Sociais em Tempos de Crise", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 74.
- Carapinheiro, Graça (1999), "Depoimento", em Imprensa Nacional Casa da Moeda, *Problemas e Propostas para o Sistema de Saúde*, Coimbra.
- Carvalho, Maria (2011), "Serviço Social e Envelhecimento Ativo: Teorias, Práticas e Dilemas Profissionais", *Intervenção Social*, 38.
- Carvalho, Maria (2012), *Serviço Social, Desafios do Passado e do Futuro: Perspectivas*, Alemanha, Editorial Académica Espanhola.
- Carvalho, Margarida. (2013). *Dos Serviços Sociais das Forças Armadas ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P: Transformações e Desafios*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.
- Castro, Marina e Oliveira, Lêda (2012), "Serviço Social e Saúde: Os Instrumentos e Técnicas em Questão", *Intervenção Social*, 39.
- Cortes, Maria (2016), "Breve Olhar sobre o Estado de Saúde em Portugal", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 80.
- Coutinho, Clara (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*, Coimbra, Edições Almedina, S.A.
- Coutinho, Maria (2010) "Sociedade Contemporânea e a Problemática do Envelhecimento: A Importância da Solidariedade Intergeracional" *Intervenção Social*, 36.
- Delgado, Manuel (1994), "A Privatização de Serviços de Saúde em Portugal", *Revista Portuguesa de Gestão*, III/IV.
- Deus, Paula (2004), "A Condição Ética das Instituições Sociais", *Intervenção Social*, 29.
- Faleiros, Vicente (2001), *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo, Cortez *apud* Ribeiro, Ana (2011), *Práticas de Gestão no Agir do Assistente Social: Uma Análise Exploratória. Dissertação de Mestrado em Serviço Social*, Braga, Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Católica Portuguesa.

- Faleiros, Vicente (2013) "Desafios de Cuidar em Serviço Social: Uma Perspectiva Crítica", *Katálisis*, Florianópolis, 16.
- Félix, António (1999), *Problemas e Propostas para o Sistema de Saúde*, Coimbra, Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Fernandes, Ana (1996), "Previdência Social e Estado-Providência", comunicação apresentada no *III Congresso Português de Sociologia: Práticas e Processos da Mudança Social*, 20 a 24 de Fevereiro. Lisboa.
- Fernandes, Ana (2004), "Quando a Vida é mais Longa: Impactos Sociais do Aumento da Longevidade", em Quaresma *et.al* (2004), *O Sentido das Idades da Vida: Interrogar a Solidão e a Dependência*, Lisboa, CESDET Edições.
- Fernández, Carmen (2015), "La Muestra en la Investigación Cuantitativa", em Neus Civera e Esther Díez, *Métodos y Técnicas de Investigación en Trabajo Social*, Madrid, Grupo 5.
- Ferreira, Jorge (2011), "A Investigação em Serviço Social: Modelos para a Compreensão da Realidade", *Intervenção Social*, 38.
- Flick, Uwe (2005), *Métodos Qualitativos da Investigação Científica*, Lisboa, Monitor.
- Fortin, Marie-Fabienne (2000), *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*, Loures, Lusociência.
- Garrido, Álvaro (2016), *Cooperação e Solidariedade: Uma História da Economia Social*. Lisboa, Edições Tinta-da-China, Lda.
- Gil, Ana (2013), "Voluntariado ou Trabalho de Cuidados na Esfera Familiar?: Controvérsias em Torno do Envelhecimento Ativo" em Maria Irene de Carvalho, *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa: Pactor.
- Granja, Berta (2014), "Contributos para a Análise das Formas Identitárias dos Assistentes Sociais", em Maria Irene de Carvalho e Carla Pinto, *Serviço Social: Teorias e Práticas*, Lisboa, Pactor.
- Guerra, Isabel (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e Formas de Uso*, Estoril, Pincipia.
- Hazebrouck, Alain (2002), "Associer Logiques Professionnelles et Logique d'Organisation", em Michel Chauvière, *Qualifier le Travail Social: Dynamique Professionnelle et Qualité de Service*, Paris, Dunod.
- Henríquez, Alfredo (2001), "O Estado de Mal-Estar Salazarista e a Política Social do Estado Novo", *Intervenção Social*, 23/24.
- Hespanha, Pedro (2000), *Entre o Estado e Mercado: As Fragilidades das Insituições de Protecção Social em Portugal*, Coimbra, Quarteto Editora.

- Iamamoto, V. (2004). As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo: Trajetória e Desafios. *XVIII Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social*. Costa Rica.
- Iamamoto, Marilda, (2009), "O Serviço Social na Cena Contemporânea".
- Joaquim, Henrique (2008), *O Serviço Social nos Centros Sociais e Paroquiais*, Lisboa, Universidade Católica Editora.
- José, José e Wall, Karin (2006), "Trabalhar e Cuidar de Um Idoso Dependente: Problemas e Soluções", em António Neves, *Proteção Social*, Lisboa, Direção Geral de Estudos, Estatística e Planeamento.
- Leal, António (1967), *Organização da Previdência*, Lisboa, Instituto de Estudos Sociais.
- Leal, António, (1998), *Temas de Segurança Social*, Lisboa, União das Mutualidades Portuguesas.
- Lewgoy, Alzira e Scavoni, Maria (2002), "Supervisão em Serviço Social: A Formação do Olhar Ampliado", *Revista Virtual Textos e Contextos*, 1.
- Lopes, Maria *et. al* (2012), "Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar", em Maria Irene de Carvalho, *Serviço Social na Saúde*, Lisboa: Pactor.
- Maio, Pedro, (2010), *Proteção na Saúde: Subsistemas e Equiparados*, Curso de Promoção a Oficial Superior da Força Aérea, Lisboa: Instituto de Estudos Superiores Militares de Lisboa.
- Matias, Aurora (2001), "Campo de Intervenção do Serviço Social: Autonomias e Heteronomias do Agir", *Intervenção Social*, 23/24.
- Mioto, Regina e Nogueira, Vera (2009), "Serviço Social e Saúde: Desafios Intelectuais e Operativos", *SER Social*, Brasília, 11.
- Moltó, M (2002), *Introduction a los Métodos de Investigación en Educación*, Boston, Houghton Mifflin Company *apud* Coutinho, Clara (2015), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*, Coimbra, Edições Almedina, S.A.
- Monrose, Murielle, (2003), "Uma História Estatística da História dos Trabalhadores Sociais", em Michel Chauvière, *Qualifier le Travail Social: Dynamique Professionnelle et Qualité de Service*, Paris, Dunod.
- Monteiro, Alcina (1995), "A Formação Académica dos Assistentes Sociais: Uma Retrospectiva Crítica da Intitucionalização do Serviço Social no Estado Novo", *Intervenção Social*, 11/12.
- Monteiro, Alcina *et.al* (1991), "As Práticas dos Assistentes Sociais num Serviço de Assistência Pública", *Intervenção Social*, 5/6.
- Moreira, Sara e Barros, Pedro (2009), "O Impacto da Dupla Cobertura na Utilização de Cuidados de Saúde", *Boletim Económico*, 15.
- Moura, Cláudia (2012), "As Novas Tendências Demográficas", em Maria Quaresma, *Processos e Estratégias de Envelhecimento: Intervenção para um Envelhecimento Ativo*, Euedito.

- Mouro, Helena (2001), *Solidariedade e Mutualismo: Um Espaço Partilhado*, Coimbra, Quarteto Editora.
- Mouro, Helena. (2013), "Envelhecimento, Políticas de Intervenção e Serviço Social", em Maria Irene de Carvalho, *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa: Pactor.
- Mozzicafreddo, Juan (2000), *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.
- Neves, Ilídio (1998), "Alguns Problemas sobre a Reforma da Segurança Social", *Intervenção Social*, 17/18.
- Payne, Malcom (2002), *Teoria do Trabalho Social Moderno*, Coimbra, Quarteto Editora.
- Payne, Malcom (2014), "Redes Sociais em Serviço Social", em Maria Irene de Carvalho e Carla Pinto, *Serviço Social: Teorias e Práticas*, Lisboa, Pactor.
- Pena, Maria (2013), "A Relação Profissional no Quadro da Intervenção do Assistente Social" *Intervenção Social*, 55-70.
- Pereirinha, José Carolo, Daniel (2006), "Construção do Estado-Providência em Portugal no Período do Estado Novo (1935-1974): Notas sobre a Evolução da Despesa Social", comunicação apresentada no XXVI Encontro da Associação Portuguesa de História Económica e Social, 17 e 18 de Novembro de 2006, Ponta Delgada.
- Phillipson, Chris (2002), *The Frailty of Old Age*, London, Blackwell apud Carvalho, Maria (2011), "Serviço Social e Envelhecimento Ativo: Teorias, Práticas e Dilemas Profissionais", *Intervenção Social*, 38.
- Pinto, Maria (1994), "Sistemas de Saúde: A Reforma Portuguesa", *Revista Portuguesa de Gestão*, III/IV.
- Pitacas, José (2009), *Utilidade Social e Eficiência no Mutualismo*, Dissertação de Mestrado em Economia e Política Social, Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa.
- Quivy, Raymond (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- Ribeirinho, Clara (2012), "As Novas Tendências Demográficas", em Cláudia Moura, *Processos e Estratégias do Envelhecimento: Intervenção para um Envelhecimento Ativo*, Euedito.
- Ribeiro, Ana (2011), *Práticas de Gestão no Agir do Assistente Social: Uma Análise Exploratória*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Braga, Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Católica Portuguesa.
- Robertis, Cristina (2011), *Metodologia da Intervenção em Trabalho social*, Porto, Porto Editora.
- Rosendo, Vasco (1996), *O Mutualismo em Portugal*, Lisboa, Montepio Geral.
- Sampieri, Hernández, Collado, Carlos e Lucio, Maria (2013), *Metodologia de Pesquisa*, Porto: Penso.

- Santos, Boaventura, (1998), *Uma Visão Solidária da Reforma da Segurança Social*, Coimbra, Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra: União das Mutualidades Portuguesas.
- Santos, Clara, e Nunes, Vanessa (2013), "Desafios da Gestão Social no Serviço Social", em Clara Santos, Cristina Albuquerque e Helena Almeida, *Serviço Social: Mutações e Desafios*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Santos, Maria (2009), *O Discurso Histórico sobre o Serviço Social em Portugal*, Lisboa, Universidade Católica Editora.
- Silva, Armindo (2018), *O Setor dos Serviços e os Desafios da Segurança Social*, Lisboa, Confederação do Comércio e Serviços de Portugal.
- Silva, Mariana (2012), "Políticas Públicas de Saúde: Tendências Recentes", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69.
- Soulet, Marc.-Henry (1996), "Crise do Estado-Providência e Recomposição da Intervenção Social", *Intervenção Social*, 13/14.
- Sousa, Paulino (2009), "O Sistema de Saúde em Portugal: Realizações e Desafios", *Ata Paulista de Enfermagem*, 22.
- Tsui, Ming-Sum (2005). *Social Work Supervision, Contexts and Concepts*, London, Sage Publication
- apud Carvalho, Martia (2016), "Supervisão Profissional em Serviço Social: Uma Experiência de Supervisão Externa a Coordenadores de Serviços Domiciliários para Pessoas Idosas", *Revista Textos e Contextos*, 15, Porto Alegre.
- Veras, Renato (2009), "Envelhecimento Populacional Contemporâneo: Demandas, Desafios e Inovações", *Saúde Pública*, 43.
- Vilelas, José (2009), *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*, Lisboa, Edições Sílabo.

DOCUMENTOS

- Associação Portuguesa de Saúde (2009), "Os Seguros de Saúde Privados no Contexto do Sistema de Saúde Português" Disponível em: <http://pns.dgs.pt/aps-ss/>
- Direção Geral da Saúde (2017), "Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020". Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>
- Entidade Reguladora da Saúde (2011), "Relatório sobre a Carta dos Direitos dos Utentes". Disponível em: https://www.ers.pt/pages/73?news_id=177
- Instituto Nacional de Estatística (2015), "Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia". Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001), “Relatório de Primavera 2001: Conhecer os Caminhos da Saúde”. Disponível em: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2001/>

Organização Mundial da Saúde (2002), “Active Ageing: a policy framework”. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/

Organização Mundial da Saúde (2015), “Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde”. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/who_fwc_alc_15.01_por.pdf

PORDATA (2018), “Índice de Envelhecimento”. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>

LEGISLAÇÃO

Constituição de 1933.

Constituição de 1976.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro – Estatuto do SNS.

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases do SNS.

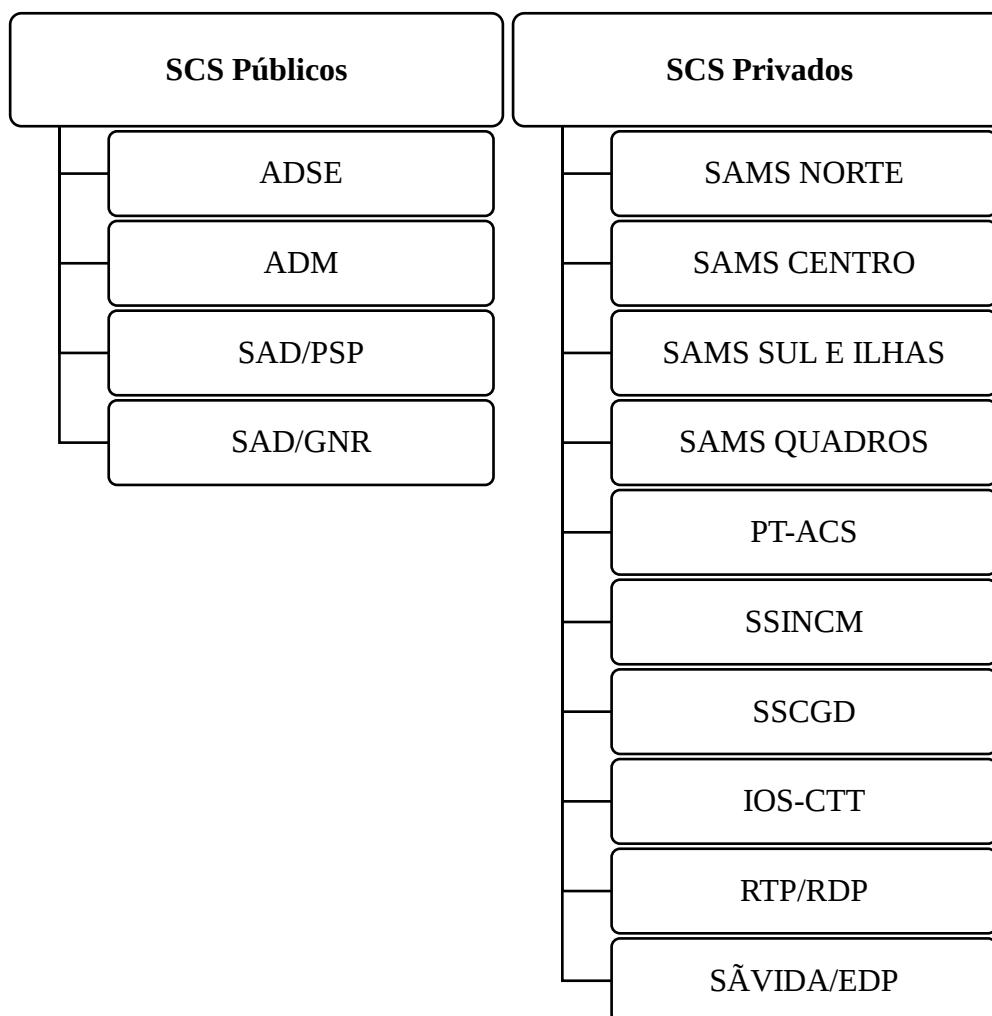
Lei n.º 56/79 – SNS.

Lei nº 1884/35 de 16 de Março – Instituições de Previdência Social.

Decreto-Lei n.º 7/2017 - Instituto de Proteção e Assistência na Doença.

ANEXOS

ANEXO A – Levantamos dos Sistemas Complementares de Saúde existentes em Portugal



Fonte: Elaboração própria com base na ERS (2011).

ANEXO B – Grelha das Entrevistas

Tópicos	Perguntas
Dados de Identificação	Idade Sexo Formação Académica Designação profissional/ cargo que ocupa na organização Ano ingresso na função
Evolução dos SCS	Quando foi criado o SS nesta SCS? Com que funções e enquadramento institucional? Qual era o contexto empresarial? Como caracteriza o S.S. no SCS? De que forma as mudanças socioeconómicas dos últimos anos têm afetado a sua prática profissional? Que mudanças significativas o S.S. tem proporcionado aos seus beneficiários e ao plano estratégico da empresa? A organização tem passado por processos de mudança? Quais os condicionantes externos que mais tem afetado aa organização?
Papel e Funções SCS	Qual o grau de autonomia face às hierarquias? Qual o enquadramento organizacional, funcional e legal? Existe algum regulamento sobre as funções do SS? Plano de atividades? Relatório de atividades? Qual a missão do SS no SCS?
Práticas profissionais	Que impactos incita a ação do SS na vida dos beneficiários e na organização? Quem são os seus beneficiários preferenciais? Quais as problemáticas mais frequentes? Quais as principais razões para a existência do SS no SCS?

	Na sua opinião que conhecimentos e competências são necessários para o exercício profissional do AS no SCS? A formação em Serviço Social facultou-lhe os conhecimentos e competências suficientes para o desempenho da sua profissão? Que valores estão presentes na sua atuação diária como AS?
Organização da prática	Pode descrever as atividades identificadas com o SS, por exemplo o tipo de acompanhamento social/apoio psicossocial que faz nesta atividade? Como desenvolve essas atividades? Quais os resultados que a atingir e atingidos com a sua intervenção profissional? Quais as metodologias de intervenção mais usadas na sua prática profissional?
Políticas dos SCS	Conhece as políticas empresariais no quadro de SCS da empresa? Se sim, de que forma influenciam a sua atuação? Considera o A.S. um gestor de políticas? Explícite.
SCS	Na sua opinião justifica-se haver um SCS na empresa? Se sim, explicita. Como relaciona as mais-valias do SCS com o SNS? Como define o SCS enquanto AS? De acordo com a sua experiência, que tipo de perceção as pessoas/beneficiários têm do SCS?