

ISCTE  **IUL**
Instituto Universitário de Lisboa

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em
contexto de saúde

Carolina Calhau Martins

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

Orientador:

Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, Professor Auxiliar

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora:

Doutora Maria Inês Lopes Andrade Espírito Santo, Professora Auxiliar Convidada

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro 2018

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em
contexto de saúde

Carolina Calhau Martins

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

Orientador:

Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, Professor Auxiliar

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora:

Doutora Maria Inês Lopes Andrade Espírito Santo, Professora Auxiliar Convidada

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro 2018

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

DEDICATÓRIA

Em memória do meu Pai,

Hélder Martins

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à minha Mãe, mulher lutadora, que permitiu que eu chegasse a esta fase da minha vida. Quero agradecer por todo o amor e dedicação que deposita em mim, pelo incentivo que me deu, por me dar oportunidade de lutar pelos meus sonhos e objetivos, pelo apoio e força que me deu/dá em tudo ao longo da minha vida, por nunca deixar de acreditar em mim.

Em segundo lugar ao meu irmão que sempre me incentivou e nunca deixou que baixasse os braços mesmo nos momentos mais difíceis, que sempre acreditou em mim e depositou tranquilidade ao longo desta caminhada.

Em seguida aos meus avós que são a minha fonte de inspiração.

Ao João Pedro que esteve sempre ao meu lado nos momentos menos bons, que sempre me ajudou quando mais precisei, que sempre me apoiou e nunca deixou que desistisse, por ser o meu porto de abrigo.

Quero agradecer também a todos os meus amigos/as que sempre estiveram do meu lado e me incentivaram ao longo deste caminho.

À Patrícia, por ser a minha companheira neste trajeto universitário, por me ter ajudado imensamente ao longo de todo o Mestrado, por ser o meu sol.

Quero agradecer muito ao meu orientador Professor Doutor Jorge Ferreira e coorientadora Professora Doutora Inês Espírito Santo que me acompanharam ao longo desta caminhada, obrigada pela paciência, conselhos, incentivo e disponibilidade, assim como a todos os professores que me acompanharam ao longo destes dois anos.

Quero fazer um agradecimento especial à Professora Doutora Helena Carvalho pela imensa ajuda que me deu, pela paciência e pelo tempo que tirou da sua vida para me ajudar.

Às pessoas que me ajudaram a concretizar este trabalho, nomeadamente aos assistentes sociais do CHLC, do HESE e do ACES ARLVT, assim como aos docentes do ISCTE – IUL, Universidade de Coimbra e Universidade Católica de Lisboa, um muito obrigado pela colaboração prestada.

Um Muito Obrigado de Coração a Todos!

RESUMO

A presente dissertação intitulada “*Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde*” tem como objetivo geral identificar e analisar as competências adquiridas no processo de formação académica e de que forma é que influencia a prática na construção de saberes específicos em saúde, nomeadamente junto de docentes que prestam formação em Serviço Social e junto de profissionais que exercem o Serviço Social em contexto de saúde. Como objetivos específicos definimos: analisar a formação académica em Serviço Social, mais especificamente os Planos de Estudo das três Universidades de natureza Pública e Semipública do país que prestam formação nos três ciclos, nomeadamente o ISCTE – IUL, a Universidade Católica Portuguesa e a Universidade de Coimbra. Procuramos perceber junto dos docentes qual a sua perceção acerca dos atuais Planos de Estudo no que diz respeito ao campo da saúde e qual a sua visão acerca do perfil da profissão enquanto generalista ou especializada, assim como junto dos assistentes sociais qual a sua perceção acerca da relação que existe entre as competências adquiridas em contexto de saúde e as competências que são adquiridas durante a formação académica, isto é, se a formação adquirida faz face ao papel desenvolvido enquanto profissional de saúde ou se se torna necessária a aquisição de uma formação complementar. Para tal recorreu-se a uma estratégia metodológica de natureza mista, nomeadamente através da aplicação de entrevistas e inquéritos por questionário onde se verifica que efetivamente a formação obtida e as competências adquiridas influenciam a prática uma vez que a saúde surge como uma área específica com conhecimentos muito característicos.

PALAVRAS-CHAVE

Competências, Formação académica, Práticas Profissionais, Saúde, Serviço Social

ABSTRACT

The current dissertation titled “*From generality to specialization in the intervention of Social Work on a health context*” has a main goal to identify and analyze the competencies acquired during the process of academic education and in what way does practice influence the development of specific health knowledge in particular with lecturers that provide formation in Social Work and professionals that practice Social Work related to healthcare. As specific goals we’ve defined: to analyze academic education in Social Work, more specifically the Study Plans of three Public and Semipublic Universities from Portugal that provide three cycle formation, namely ISCTE – IUL, Universidade Católica Portuguesa and Universidade de Coimbra. We try to understand what is the lecturers’ perception regarding the current Study Plans, in terms of the healthcare field and what is their insight regarding the profession’s profile as general or specialized, as well as social worker perception regarding the relationship existing between competences acquired in a healthcare context and the ones acquired during academic formation, this is, if the acquired formation is up to date with the work developed as a healthcare professional or if a complementary formation is required. To do so use was made of a methodological strategy of mixed nature, namely through interviews and survey questionnaires where it’s possible to verify that the formation obtained and the acquired competences do indeed have an impact on the practice since healthcare appears as a specific area that requires very specific knowledge.

KEYWORDS

Academic Teaching, Competences, Healthcare, Professional Practices, Social Work

AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE QUADROS	vii
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	viii

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E LEGAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	5
1. Enquadramento do Serviço Social na Saúde.....	5
1.1 Atribuições, competências e especificidades do Serviço Social em contexto de saúde	9
2. Políticas e Sistemas de Saúde em Portugal	18
CAPÍTULO II – FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL PARA A INTERVENÇÃO EM SAÚDE	27
1. Formação académica do Serviço Social em contexto de Saúde – Formação Generalista.....	27
2. De Generalista a Especialista – Necessidades e Argumentos para a formação especializada de Serviço Social na Saúde	33
CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	39
1. Campo empírico	39
2. Método e natureza da investigação	39
3. Universo e Amostra.....	41
4. Técnicas de recolha e tratamento de dados	42

CAPÍTULO IV – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	45
1. Formação académica de Serviço Social tendo em conta o campo da saúde.....	46
2. Planos de estudo de Serviço Social no campo da saúde.....	47
3. Competências do Serviço Social no campo de intervenção na saúde.....	50
4. Da formação à prática profissional do Serviço Social no campo de intervenção na saúde.....	57
5. De Generalista a Especialista – particularidades e exigências.....	61
CONCLUSÕES FINAIS	65
BIBLIOGRAFIA	69
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR	74
FONTES	74
ANEXOS	I
ANEXO A – CONSENTIMENTO INFORMADO	I
ANEXO B – ANÁLISE DOS PLANOS DE ESTUDO TENDO EM CONTA UNIDADES CURRICULARES DE SAÚDE	II
ANEXO C – GUIÃO DO QUESTIONÁRIO	IV
ANEXO D – GUIÃO DA ENTREVISTA	IX
ANEXO E – TABELAS DE ANÁLISE NO SPSS	X

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura IV. 1. - Género	45
Figura IV. 2. – Grupo etário	45
Figura IV. 3. - Unidades Curriculares no âmbito da saúde	49
Figura IV. 4. - Planos de Estudo adequados face à intervenção que desempenha atualmente no campo da saúde	50
Figura IV. 5. - Competências mais referidas pelos inquiridos	56
Figura IV. 6. - Necessidade de adquirir uma formação/conhecimentos específico(a) para exercer a profissão na saúde.....	58
Figura IV. 7. - Os Planos de Estudo devem direcionar a profissão para que tipo de formação.. ..	61
Figura IV. 8. - Dificuldades sentidas pelos inquiridos na prática profissional	62

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro II. 1. – Marcos que ocorreram na formação e profissão do Serviço Social.....	28
Quadro II. 2. - Universidades Públicas e Semipúblicas que prestam formação nos três ciclos de estudos de Serviço Social em Portugal	32
Quadro IV. 1. - Habilitações	46
Quadro IV. 2. - Competências divididas por categorias.....	53
Quadro IV. 3. – Formação de 1º ciclo suficiente segundo Planos de Estudo adequados.....	57
Quadro IV. 4. – Planos de Estudo adequados segundo a direção dos mesmos para o tipo de formação.....	58

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACES ARSLVT – Agrupamentos de Centros de Saúde Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AIDSS – Associação de Investigação e Debate em Serviço Social

AIESS – Associação de Iniciativas de Economia Social e Solidária

APSS – Associação de Profissionais de Serviço Social

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CISSEI – Centro de Investigação em Serviço Social e Estudos Interdisciplinares

COS – Charity Organization Society

CPIHTS – Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

CSE – Conselho Superior de Estatística

DGES – Direção Geral de Ensino Superior

FIAS – Federação Internacional dos Assistentes Sociais

GEPMSA – Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde e Assistência

HESE – Hospital Espírito Santo de Évora

IASSW – International Association of Schools of Social Work

IFSW – International Federation of Social Workers

IPO – Instituto Português de Oncologia

IUL – Instituto Universitário de Lisboa

ISCSP – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNESS – Rede Nacional de Escolas de Serviço Social

SHM – Settlement House Movements

SNPSS – Sindicato Nacional dos Profissionais de Serviço Social

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

SNS – Serviço Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

“*Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde*” é um tema relevante tanto para o Serviço Social como para a área da saúde. O mesmo procura estudar a formação do Serviço Social tendo em conta os conhecimentos e o conteúdo transmitido no que diz respeito à saúde, assim como a prática profissional e a construção de competências dos assistentes sociais em contexto de saúde de acordo com a formação adquirida.

A questão central que surge como ponto de partida para a investigação e que acaba por dar origem a toda a revisão da literatura acerca do presente tema englobando a escolha do quadro teórico-conceitual é: “Que processo de construção de competências na área do Serviço Social é promovido pela academia e que de forma esta influencia a prática do assistente social na área da saúde?”. Trata-se de uma análise de natureza qualitativa e quantitativa centrada na formação dos assistentes sociais que exercem a profissão em diversas unidades de saúde do país, hospitais e centro de saúde, tendo em conta as competências adquiridas durante a formação académica.

No século XXI a formação académica em Serviço Social engloba três ciclos (1º ciclo – Licenciatura, 2º ciclo – Mestrado, 3º ciclo – Doutoramento), completando a mesma existem inúmeras pós-graduações, formações especializadas, cursos de especialização ministradas em diversas Instituições de Ensino Superior em Portugal, quer de carácter público quer privado, que enriquecem os profissionais a vários níveis, pois toda a aquisição de conhecimento complementar torna-se numa mais valia para nos tornar-mos mais competentes.

Foi através do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março¹ referente ao Processo de Bolonha em Portugal que a formação em Serviço Social sofreu alterações no que diz respeito à adequação das Licenciaturas assim como a criação de novas Licenciaturas (Despacho n.º 7287 – C/2006 2.ª série do Diário da República). No Preâmbulo do referido Decreto-Lei foi mencionada “a necessidade de transição de um sistema de ensino baseado na ideia da transmissão de conhecimentos para um sistema baseado no desenvolvimento de competências”², contudo torna-se errado para o ensino superior desvalorizar ou opor o conceito de competências à transmissão de conhecimento, pois o conhecimento adquirido na formação académica contempla um domínio macro através do conhecimento da sociedade atual, um domínio meso através do conhecimento da organização social atual do Estado e da sociedade

¹ Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março de 2006. Disponível em:

https://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pd

² *Ibidem*

civil e ainda um domínio micro através do conhecimento da realidade social, do contexto sociocultural e familiar e das condições de vida da pessoa (Ferreira, 2014).

O Processo de Bolonha assume-se como uma política educacional supranacional, comum aos estados-membros da União Europeia, com o intuito de construir um “espaço europeu de educação superior”. É através de cada governo nacional que tanto o processo político como as reformas institucionais levam ao estabelecimento efetivo sob um sistema europeu de educação superior até ao ano de 2010. O Processo de Bolonha trouxe consequências para o Ensino Superior Português a nível geral incluindo assim algumas implicações para a formação académica em Serviço Social. A estruturação dos planos de estudo na área do Serviço Social levou “a uma redução do número de anos de formação, do número de horas letivas e da diversidade de áreas científicas complementares à formação nuclear (enfraquecendo o perfil de formação interdisciplinar), fragilizando assim a qualidade da formação e preparação do assistente social para o desempenho de uma intervenção mais sustentada numa sociedade mais complexa, caracterizada por conceitos de democracia, cidadania e neoliberalismo” (Ferreira, 2014: 330), conduzindo dessa forma a que a formação se centre mais em dimensões técnicas-administrativas (*ibidem*).

Neste contexto, em Portugal atualmente existem assistentes sociais com uma formação de cinco anos, quatro anos, três anos e meio e três anos, o que certamente provoca implicações para a qualidade da intervenção e prática profissional (Duarte, 2009). A presente dissertação pretende analisar quer os Planos de Estudo Pós-Bolonha quer a formação e prática profissional em contexto de saúde, porém como referido anteriormente tornou-se impossível filtrar os profissionais somente com formação Pós-Bolonha, contudo os resultados obtidos tornaram a análise e conclusão mais enriquecedora por abarcar um leque de profissionais com uma formação Pré e Pós Bolonha a exercer o Serviço Social em contexto de saúde.

O assistente social sendo um profissional “generalista na sua formação intervém em diferentes problemas sociais, possibilita a intervenção em diferentes áreas e desenvolve diferentes abordagens teórico e metodológicas” (Ferreira, 2014: 335), isto é, exerce funções em diversas áreas nucleares à profissão, nomeadamente a saúde, onde inevitavelmente é sujeito a algumas particularidades específicas, porém é através da análise do conteúdo recolhido que vamos analisar se efetivamente o conjunto de competências adquiridas na formação académica influencia a prática profissional na área da saúde.

A metodologia de investigação utilizada baseou-se no modelo dedutivo-indutivo que consiste em correlacionar duas premissas partindo do particular para o geral, isto é, produzir conhecimento através das experiências dos participantes (Santo *apud* Coutinho, 2015) e do

geral para o particular, partir de teoria já existente e produzir conclusões incontestáveis (Freixo, 2009). De forma a realizar um aprofundamento da investigação optou-se pelo método de investigação misto, que se traduz quantitativamente pela recolha de informação junto de três docentes que prestam formação em Serviço Social em três entidades de ensino universitário, e qualitativamente pela aplicação de inquéritos por questionário a 19 assistentes sociais que exercem profissão em três entidades de saúde.

A presente dissertação é composta por quatro capítulos, sendo que o primeiro consiste numa revisão bibliográfica aprofundada de todo o enquadramento histórico e legal do Serviço Social na saúde, isto é, a história e evolução da profissão na saúde assim como das questões políticas e sistemas de saúde em Portugal, num segundo capítulo é abordada a questão da formação do Serviço Social em contexto de saúde tendo em conta a formação generalista assim como o tema que tem sido debatido à algum tempo sobre a formação especializada em Serviço Social na saúde, apesar da fraca informação acerca desta questão. O terceiro capítulo encontra-se relacionado com a metodologia de investigação dividido em campo empírico, universo e amostra, método e natureza da investigação assim como as técnicas de recolha e tratamento de dados utilizada e no último capítulo são analisados e interpretados todos os resultados obtidos através da investigação realizada.

Por fim, apresentamos a conclusão, no qual são apresentadas as considerações finais da presente dissertação com perspectivas futuras de investigação, seguindo-se as referências bibliográficas, fontes e anexos.

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E LEGAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

1. ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O Serviço Social teve a sua emergência nos Estados Unidos em meados do final do século XIX durante a Revolução Industrial, o que exigiu a necessidade de um grande número de trabalhadores, e “posteriormente a imigração em massa, a urbanização e uma série de consequentes problemas” (McNutt, 2013: 2; Garvin & Cox, 2011). Devido às questões resultantes dessas condições, a sociedade entrou em ação com resposta aos mesmos, especialmente às necessidades de uma população imigrante em rápida expansão e pobreza. O papel da família também estava a mudar durante esse período, as mulheres da classe média e alta estavam a libertar-se das responsabilidades familiares e a servir-se de “visitantes amigáveis” aos pobres, com o objetivo de conquistar a missão de eliminar a pobreza (Day & Schiele, 2013), sendo que como resposta a esses problemas surgiram a *Charity Organization Society* (COS) e os *Settlement House Movements* (SHM).

Mary Richmond (1861 – 1928), uma das pioneiras do Serviço Social, contribuiu em grande escala para a terminologia do mesmo, assim como para o Serviço Social na saúde, com a publicação de diversas obras, tais como o “*Diagnóstico Social*” (1917), que segundo Idáñez e Ander-Egg (2007: 27) consiste “num processo de elaboração e sistematização de informação que implica conhecer e compreender os problemas e necessidades dentro de um determinado contexto”. É efetivamente com a publicação desta obra que a prática do Serviço Social se consolida como profissão institucionalizada, propõe um conjunto de procedimentos organizados para o agir profissional, assim como sistematiza a intervenção (Amaro, 2009).

Fundadora do Serviço Social de Caso (*Casework*) e do Diagnóstico Social, Mary Richmond, “deu um enorme contributo para o desenvolvimento europeu e internacional da profissão e a sua conexão à metodologia científica” (Richmond, 1917; 1922; Agnew, 2004, *apud* Cortês, 2017: 2), desempenhando dessa forma “um papel preponderante na interligação – metodologia científica – Serviço Social – profissão – disciplina – saúde” (Cortês, 2017: 2).

Na contemporaneidade, o Serviço Social não é considerado uma profissão integrante da área da saúde, porém “é uma área científica que está há várias décadas integrada nas equipas de saúde interdisciplinares” (Cortês, 2017: 2), uma vez que a relação do Serviço Social com a saúde apesar de não ser recente “faz parte da própria identidade da profissão, pois o conceito de saúde tem sido reconfigurado ao longo dos anos” (Carvalho, 2012: 23). Atualmente o conceito de saúde está associado à promoção da mesma, entendida como um conjunto de

esforços coletivos e individuais para potenciar o máximo de saúde a que podemos aspirar (Loureiro & Miranda, 2010), onde o Serviço Social tem cooperado em equipa inter e multidisciplinar, tornando a mesma mais humanizada e efetiva na prestação dos cuidados de saúde.

A dimensão social na saúde relaciona-se com os determinantes desta área, que envolvem as experiências do sujeito, a trajetória de vida, a situação económica e de atividade profissional, o nível de integração e participação no desenvolvimento comunitário com relação às possibilidades e limites dos recursos, e tal como os profissionais de saúde também os assistentes sociais atuam em função dos determinantes da saúde, com destaque para os sociais, sobretudo os que influenciam negativamente a promoção da saúde dos sujeitos (Carvalho, 2012: 25). O conhecimento e a intervenção do Serviço Social na saúde desenvolvem-se na relação e a mesma constrói-se nas redes sociais: indivíduo, família e instituições (*ibidem*). Atualmente a profissão é incentivada a intervir em várias dimensões no campo da saúde, desde a conceção e dinamização, execução e avaliação das políticas.

No que diz respeito à profissão de Serviço Social em contexto de saúde, em 1930, Alfredo Tovar de Lemos, diretor do Dispensário de Higiene Social foi o grande “responsável pelo curso que deu prossecução ao precedente curso das designadas visitadoras, iniciado no Posto de Proteção à Infância que funcionava desde 1930 no Instituto de Higiene. Este curso surgiu com a preparação de voluntárias dando formação para conseguirem colaborar ao serviço da luta antivenérea.” (Martins 2010, *apud* Cortês 2017: 3). Em 1934, Tovar de Lemos intitulou o curso como sendo o “1.º Curso de Assistentes Sociais” abrindo assim caminho para a formação especializada das *visitadoras* na prestação de Serviços dos Dispensários de Higiene Social (Martins, 2010: 72 *apud* Cortês, 2017: 3).

O ano 1941, encontra-se marcado pela admissão da primeira assistente social na área da saúde hospitalar, situado nos Hospitais Universitários de Coimbra, um ano depois, no Hospital Psiquiátrico de Lisboa (Júlio de Matos), e em 1948 no Instituto Português de Oncologia (IPO), acabando por se alargar a outras instituições de saúde (Soares, 2015). A integração dos assistentes sociais em contexto de saúde é mediatizada por esse mesmo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades ligadas ao desenvolvimento da saúde e da prestação de cuidados nos diversos momentos históricos e sócio políticos, que têm concorrido para o reconhecimento profissional neste setor (Matias, *s.a. apud* Costa, 2000).

Segundo dados da Administração Central do Sistema de Saúde, em 2016 e 2017 foram inseridos somente 6 assistentes sociais em todos os níveis de cuidados do Serviço Nacional de

Saúde. O seguinte quadro mostra efetivamente a evolução do ano de 2017 de assistente sociais por regiões.

Quadro I. 1. - Dados da ACSS de 2017 referente à inserção dos assistentes sociais no Serviço Nacional de Saúde

Setores de cuidados		Regiões de saúde			
Tipo de Entidade	N.º	Região	2015	2016	2017
Hospitais	476	Norte	321	324	328
Administrações Regionais de Saúde	393	Centro	196	204	204
Unidades Locais de Saúde	99	Lisboa e Vale do Tejo	314	334	336
Outros Serviços	12	Alentejo	50	55	55
Total	980	Algarve	46	45	45
		Serviços Centrais ³	14	12	12
		Total Geral	941	974	980

Fonte: APSS (2017)

³Estes Serviços integram o Instituto Português do Sangue e Transplantação e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Através da análise do quadro I. 1., é visível que o contexto de saúde integra maioritariamente os assistentes sociais nas entidades da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Ao nível dos Cuidados Continuados são contextualizados serviços como IPSS, Hospitais e Unidades Privadas onde são igualmente inseridos assistentes sociais que integram as equipas existentes.

O Serviço Social, enquanto profissão interventiva fundada nos direitos humanos e na dignidade humana, destaca os princípios da autodeterminação, liberdade e autonomia, ao mesmo tempo que ao longo dos anos a mesma assumiu sempre o respeito pela pessoa e pela diversidade humana, direcionada para os direitos humanos e para a justiça social. A definição global da profissão de Serviço Social aprovada pela Assembleia Geral da IFSW e da IASSW, define-se como:

“(…) uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do serviço social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o Serviço Social relaciona as Pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social” (IFSW, 2014⁴).

À profissão importam tanto os direitos e liberdades individuais, como os coletivos também chamados positivos, que se orientam para a justiça social e potenciam um tratamento justo e equitativo em saúde (Carvalho, 2012: 24), ao mesmo tempo que são intrínsecos quer da teoria e dos valores, quer da ética, da deontologia e da própria prática do Serviço Social. A definição que a IFSW disponibilizou, constitui em si mesma conceitos e princípios que não sendo uma novidade para o Serviço Social anunciam o trabalho desenvolvido pela profissão, assim como a sua missão no que diz respeito à defesa dos direitos humanos.

Segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (2010) - aprovada pela 14.^a Deliberação do Conselho Superior de Estatística (CSE) de 5 de maio de 2010 que se encontra publicada em Diário da República na 2.^a série – n.º 106 de 1 de junho de 2010⁵- o Serviço Social está inserido como profissão no grupo de Especialista do trabalho social na designação base de Especialista das atividades intelectuais e científicas, incluindo também a profissão de conselheiro familiar, matrimonial, para crianças e jovens e responsável de reinserção. Como

⁴Definição Global da Profissão de Serviço Social (IFSW, 2014). Disponível em: <http://www.apross.pt/profissao/defini%C3%A7%C3%A3o/>

⁵Disponível em: <http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/PPP2010.pdf>

principal objetivo desta área de intervenção está o bem-estar e a auto-realização dos utentes, o desenvolvimento e o uso disciplinado do conhecimento a respeito do comportamento humano e social, assim como, o desenvolvimento de recursos para ir ao encontro das necessidades e aspirações, tanto dos indivíduos, como dos grupos e da sociedade, em ordem a uma maior Justiça Social (APSS).

Tal como está presente no documento “Ética no Serviço Social – Princípios e Valores” adaptado pela Assembleia Geral da FIAS/IFSW em julho de 1994, baseado no Código Internacional de Deontologia para o/a assistente social (FIAS/IFSW, 1976)⁶, um conjunto de normas de Serviço Social no que diz respeito à relação deste com os utentes, também no mesmo documento se encontram normas relativas à profissão, nomeadamente:

- Manter os valores, princípios éticos, conhecimentos e metodologia da profissão e contribuir para a sua clarificação e aperfeiçoamento;
- Promover o nível da prática profissional e o emprego dos assistentes sociais;
- Defender a profissão contra a crítica injusta e trabalhar para desenvolver a confiança na necessidade da prática profissional;
- Realizar uma crítica construtiva da profissão, suas teorias, métodos e práticas;
- Encorajar novas abordagens e metodologias necessárias para ir ao encontro das necessidades existentes.

1.1 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E ESPECIFICIDADES DO SERVIÇO SOCIAL EM CONTEXTO DE SAÚDE

O Serviço Social enquanto profissão de cuidado, depara-se na sua intervenção perante “um conjunto de situações problemáticas que se produzem na relação dos indivíduos tanto com o seu meio social, como com o seu mundo físico e material, nomeadamente problemas psicossociais, relacionados com a sua génese, podendo estar subjacente carências ao nível pessoal ou do meio” (Muñoz, *s.a.*: 101). Perante isto, é importante referir que a prática profissional do Serviço Social incide quer na supervisão quer no aconselhamento da interação com sujeitos e terceiros (Santo, 2015: 48), em prol do melhoramento de determinada situação, capacitando as pessoas a enfrentarem com êxito os seus problemas, colocando ao alcance oportunidades de melhoria e contribuindo à implementação de políticas de saúde e bem-estar,

⁶Disponível em: http://files.apss4.webnode.pt/200000257-b15fdb25bb/Portugal_Etica.pdf

recorrendo às aptidões dos sujeitos, à disponibilidade do meio e à influência da própria relação profissional (*ibidem*).

O assistente social na intervenção em saúde presta apoio psicossocial a doentes e suas famílias, ajudando-os a adaptarem-se da melhor forma aos diversos contextos da vida, que de forma natural acabam por interferir na dinâmica familiar e vida pessoal, diferindo de sujeito para sujeito (Cortês, 2017). Perante estas interferências é relevante compreender o contexto em que os sujeitos estão inseridos. Dependendo da patologia ou sequelas decorrentes do processo de doença que podem surgir quer para a família quer para o utente, é inevitável que vão haver alterações ao nível das rotinas “suspendendo responsabilidades que até ao momento do episódio estavam asseguradas (laborais, familiares, económicas, sociais...), tornando a pessoa mais vulnerável e fragilizada emocionalmente” (Masfret, 2010 *apud* Santo, 2015: 49). Segundo Erickson (*et. al* 1994 *apud* Santo, 2015), em contexto de saúde, o assistente social intervém ativamente de forma específica pelas atividades e funções desenvolvidas nesta área, partindo da doença até às consequências que daí advêm, onde a intervenção clínica se encontra sempre integrada com a social, vendo a pessoa como um todo numa perspetiva biopsicossocial (Santo, 2015).

O agir profissional do assistente social é basilar na defesa dos doentes, das famílias e ou cuidadores, assim como na prestação de auxílio e suporte, pois assume um compromisso perante a profissão, ao mesmo tempo que “modifica, transforma e fomenta o desenvolvimento das capacidades de mudança face a um processo de doença” (Santo, 2015: 51). Estes profissionais prestam aconselhamento e promovem relacionamentos, pois intervém com diferentes dinâmicas familiares que acabam por gerar conflitos, perante tais situações o assistente social coadjuva na resolução e no atenuar de problemas de ordem prática e emocional (origem psicossocial), integrando e privilegiando o trabalho em equipa interdisciplinar (Cortês, 2017).

São vários os aspetos referidos no que diz respeito ao agir do assistente social em saúde que requerem um conhecimento específico na sua intervenção nomeadamente: “o lidar com situações de luto; a intervenção em crise no cuidado agudo de utentes com determinadas doenças/patologias; o apoio, a educação e promoção de condutas saudáveis de saúde, o planeamento e alta hospitalar; o desenvolvimento e aplicação de programas preventivos e o fomento e apoio a grupos de utentes com patologias crónicas ou paliativas” (Masfret, 2010 *apud* Santo, 2015: 49). Estes são alguns dos fatores em que o assistente social desenvolve a sua intervenção no contexto de saúde, que surgem como primordiais no bem-estar e promoção da saúde dos utentes em consonância com o resto da equipa hospitalar.

Perante tais factos é notável que a prática do Serviço Social é particularmente específica no que diz respeito à intervenção multifacetada neste campo, porém em termos de formação académica no âmbito da licenciatura em Serviço Social em Portugal esta assume-se como generalista na sua formação (Ferreira, 2014), não existindo ainda no nosso país num ciclo posterior uma especialização na área da saúde, o que ressalta alguma inquietude por parte desta categoria profissional, como irá ser abordado mais à frente.

A intervenção do assistente social em contexto de saúde, apesar de ter um objetivo comum que consiste no bem-estar e aconselhamento dos utentes e famílias, pode diferir consoante as Unidades Hospitalares, se for geral ou especializado, isto é, “a especificidade pode ser concebida como uma intervenção única e específica, uma qualidade que diferencia saberes e práticas nos diversos contextos” (Argueta, 2006 *apud* Santo, 2015: 50), pois a especificidade nesta área expressa-se “através de linguagem com termos específicos e exclusivos dimensionada e determinada por aceções e como entender o ser humano e a sua problemática” (*ibidem*). A especificidade do Serviço Social na saúde deve ser entendida pelo seu contexto histórico, pela diversidade das políticas de saúde, pela acessibilidade aos cuidados de saúde e pelas particularidades das organizações de saúde. Entender o processo de doença, o seu prognóstico e os tipos de tratamento é fulcral. Por isso os assistentes sociais que trabalham em saúde são especialistas sobre as questões psicossociais associadas às doenças e necessitam de desenvolver e atualizar uma base de conhecimentos mais ampla, assim como competências e habilidades para garantir uma intervenção de qualidade, um bom diagnóstico social, e a capacidade de elaborar um plano de intervenção adequado a cada situação particular (APSS, 2017), sendo dessa forma necessário clarificar o conceito de competências. Esta conceção tem ganho ao longo dos anos discussões de nível académico e empresarial relacionado com instâncias de compreensão ao nível da pessoa, das organizações e dos países (sistemas educacionais e formação de competências), (Fleury e Fleury, 2000).

Contemporaneamente o conceito de competência é utilizado para designar uma pessoa qualificada na realização de alguma coisa, porém completando a ideia, segundo Webster (1981: 63), competência consiste numa “qualidade ou estado de ser funcionalmente adequado ou ter suficiente conhecimento, julgamento, habilidades ou força para uma determinada tarefa”. Apesar de não existir um consenso quanto a este conceito não só de carácter filosófico e ideológico, existem por sua vez diferentes expressões com diferentes enfoques e igualmente em diferentes áreas do conhecimento (Manfredi, 1998). No que diz respeito ao conceito de competência, são vários os pontos em comum segundo uma panóplia de autores, como o facto de estar subjacente um conjunto de características - saberes, conhecimentos, aptidões,

habilidades – como mote para resolução de problemas (Spencer e Spencer, 1993), ao mesmo tempo que o conceito pode ser sintetizado por um conjunto de características individuais observáveis referidas em cima com capacidade para “causar um desempenho efetivo ou superior no tratamento ou em outras situações da vida” (McClelland e Dailey, 1972). Em contrapartida, outros autores como Le Boterf defende a tríade de saber, saber-fazer e saber-ser, pois entende que “a competência não reside nos recursos (saberes, conhecimentos, capacidades, habilidades) a serem mobilizados, mas na própria mobilização desses recursos” (1994: 16). A competência é:

“(…) a capacidade de um indivíduo de mobilizar o todo ou parte dos seus recursos cognitivos e afetivos para enfrentar uma família de situações complexas, o que exige a conceituação precisa desses recursos, das relações que devem ser estabelecidas entre eles e da natureza do “saber mobilizar”. Pensar em termos de competência significaria, portanto, pensar em sinergia, a orquestração de recursos cognitivos e afetivos diversos para enfrentar um conjunto de situações que apresentam analogia de estrutura” (Perrenoud 1999: 21).

Para além deste conceito que pode ser adquirido através da formação, existem autores que referem que a competência não se limita a um conjunto de conhecimento teóricos e empíricos adquiridos pelo indivíduo, segundo Zarifian (1999 *apud* Fleury e Fleury, 2000) é uma inteligência praticada para determinadas situações que se fundamenta nos conhecimentos adquiridos e os transformam tanto mais quanto a complexidade das situações, isto é, não se reduz a um conhecimento ou *know how* específico, porém no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, foi mencionado por diversas vezes a necessidade de “transição de um sistema de ensino baseado na ideia da transmissão de conhecimentos para um sistema baseado no desenvolvimento de competências”, sendo errado desvalorizar o conhecimento, ou artificialmente opô-lo à noção de «competências», pelas quais supostamente deveria ser substituído ou nas quais deveria ser sempre englobado (Preâmbulo Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto⁷).

É de notar que com o avançar das inovações ao nível tecnológico, os profissionais necessitam de ser cada vez mais qualificados e dotados de competências a vários níveis, não só na saúde como em todas as áreas, sendo muitas dessas competências valorizadas como fator de diferenciação para com os demais (Souza, Ribeiro, & Horizontes, 2002). A competência profissional é um conceito que tem vindo a ser discutido, nomeadamente no âmbito empresarial, desde a década de oitenta (Deluiz, 2001) em que as empresas procuravam cada vez mais

⁷Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto de 2013. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/135815>

profissionais qualificados no desempenho de funções com efetividade. Hoje em dia este conceito é um processo em que a formação é a etapa inicial no que diz respeito ao desenvolvimento profissional com o intuito de abranger a compreensão na construção de um processo de formação contínua (Klaumann, 2002), pois o profissional deve saber e saber-fazer de modo a desempenhar o que lhe compete de forma eficiente, possibilitando o desenvolvimento dos serviços com qualidade.

A competência pode ser compreendida como já referido por uma combinação múltipla de saberes – saber, saber-fazer, saber-ser -, porém segundo Sant’anna (2002) tendo em conta a perspetiva anglo-americana e francesa, a mesma identificou um conjunto de competências profissionais que surgem como fundamentais para um bom desempenho, nomeadamente dominar novos conhecimentos técnicos, adquirir novos conceitos e tecnologias, criatividade, comunicação, inovação, relacionamento interpessoal, trabalho em equipa, autocontrolo emocional, lidar com incertezas e ambiguidades, iniciativa e decisão, capacidade de compromisso com a organização, gerar resultados e capacidade empreendedora, ou seja, todas estas competências surgem como um conjunto de qualificações que permitem ao indivíduo um melhor desempenho em diversas situações ou contextos (Fischer, 2008), pois cada vez mais as organizações procuram maior competitividade e diferenciação no mercado tendo em conta os indivíduos e as competências profissionais de cada um (Adler, 2002).

Posto isto, a prática profissional do assistente social identifica dois tipos de competências, as técnicas, que não só utilizam “um conjunto de dispositivos operativos das políticas sociais (ferramentas), como também desempenham um conjunto de funções especializadas no domínio do diagnóstico, do planeamento e da resposta social que exigem do profissional uma capacidade e competência de conceção e estratégia para conciliar com eficácia uma resposta ao problema no contexto institucional em que se insere” (Ferreira, 2014: 335), onde se destacam essencialmente a “conceção, relação, comunicação, intervenção e avaliação sendo esta a menos exercitada pelos profissionais e a mais necessária” (*ibidem*), e as competências teóricas, onde os assistentes sociais dominam o conhecimento em Serviço Social no âmbito do “saber-fazer, saber-ser/estar, respeito, autodeterminação, não fazer juízos de valor (*Empowerment*), e elaboração do diagnóstico social” (Ferreira, 2011: 208 *apud* Ferreira, 2014: 335). Existem outros autores que ainda acrescentam as competências políticas como fulcrais na prática profissional, que correspondem “à capacidade de identificar o significado sociopolítico da sua intervenção, e de eliminar os mitos da neutralidade e da imparcialidade que são frequentemente confundidas com a objetividade da intervenção” (Netto, 2000). De acordo com o mesmo, esta competência permite “fazer análises institucionais, estabelecer leques de aliança, identificar

aliados, adversários, inimigos e ainda detetar e prospetar a viabilidade de projetos de intervenção” (*ibidem*). Segundo Paulo Netto, se na formação académica estiverem asseguradas as dimensões de ensino, pesquisa e extensão, assim como, as competências teóricas, técnicas e políticas, os profissionais formados estarão aptos a “constituir uma categoria profissional com perfil próprio e capaz de servir a sociedade” (*ibidem*).

O Serviço Social é uma área das Ciências Sociais que se rege por princípios, valores, atitudes, habilidades e conhecimentos, onde a prática profissional ocupa um lugar significativo para a profissão, e é nesse sentido uma disciplina que confere competências bastante significativas, não só por intervir em diferentes contextos da prática, como também em diferentes momentos do desenvolvimento do ser humano. Do ponto de vista da saúde a intervenção do assistente social consiste na prestação de cuidados a pessoas em diversos contextos, necessita “ter um claro entendimento dos objetivos e de encontrar *standards* normativos”, sendo o seu objetivo central tratar bem dos doentes (Simões, 2009 *apud* Santo, 2015: 96), onde a competência profissional é fundamental no auxílio do desempenho e normal funcionamento de uma entidade de saúde. Do ponto de vista do enquadramento funcional, os assistentes sociais, segundo a Circular Normativa n.º 8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde (16 de maio de 2002)⁸ estabelece as funções que vigoram atualmente nos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde, tais como:

- a) “Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico social;
- b) Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;
- c) Proceder à investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção social;
- d) Participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respetivos serviços ou estabelecimentos;
- e) Definir, elaborar, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária na área de influência dos respetivos serviços e estabelecimentos;
- f) Analisar, selecionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação;

⁸Circular Normativa n.º 8 (16 de maio de 2002). Disponível em:

<https://servicosociaisau.de.files.wordpress.com/2008/03/ms-circular-normativa-n-8-16-maio-2002.pdf>

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

- g) Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade;
- h) Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades;
- i) Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados;
- j) Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social”

A FIAS (Federação Internacional dos Assistentes Sociais) emitiu um documento com os fundamentos da reflexão ética, apresentados no documento, “Ética no Serviço Social – Princípios e Valores”, composto por dois documentos, nomeadamente a “Declaração Internacional dos Princípios Éticos do Serviço Social” e o “Código de Deontologia em Serviço Social”. Os documentos supracitados indicam os princípios éticos que alicerçam a profissão de assistente social, assim como, recomendam a adoção dos mesmos face não só às situações problema, como ao relacionamento profissional com os utentes, colegas e outros intervenores sociais (APSS).⁹ É importante referir que não existe nenhum documento concreto que aborde um código de ética direcionado especificamente para o Serviço Social em Portugal, o mesmo é regido pela Declaração Internacional dos Princípios Éticos do Serviço Social, supramencionada, onde o mesmo se rege com base nas normas e princípios éticos presentes na mesma.

É responsabilidade das organizações nacionais membros da FIAS e da AIESS desenvolver e atualizar regularmente os seus códigos de ética ou linhas de orientação, de modo a estarem em consenso com estes membros, ao mesmo tempo que devem informar o/a(s) assistentes sociais, assim como as Escolas de Serviço Social sobre estes mesmo códigos e linhas orientadoras. Os profissionais devem agir de acordo com os mesmos vigentes no seu país, no caso de Portugal, pela Declaração Internacional dos Princípios Éticos do Serviço Social, sendo que esses códigos incluem a orientação ética mais pormenorizada da prática profissional específica de cada contexto nacional (APSS).

A ética conduz o profissional na forma como deve agir e intervir sendo que nesta última são destacados três valores básicos nomeadamente: os direitos humanos, o respeito pelo valor inerente e a dignidade com todos os utentes; a justiça social, na responsabilidade de promover

⁹APSS – Associação dos Profissionais de Serviço Social. Disponível em: http://files.apss4.webnode.pt/200000257-b15fdb25bb/Portugal_Etica.pdf

a mesma com os utentes com quem trabalha; e a integridade profissional, ao respeitar e defender os valores e princípios inerentes à profissão, e ainda promover um agir profissional confiável e honesto (Código de Ética para o Serviço Social – Declaração de princípios, p. 8 *apud* Santo, 2015: 85). O assistente social enquanto profissional interventivo na área da saúde tem como funções primordiais informar e orientar os utentes de acordo com os recursos existentes, acerca dos direitos e deveres enquanto doente, tendo sempre por base os direitos inerentes ao mesmo através de um aconselhamento coeso e responsável para uma tomada de decisão racional e participada.

Segundo Banks (2006), a ética corresponde à representação de um conjunto de normas que regem o comportamento, neste caso concreto que conduz a prática profissional dos assistentes sociais, sendo que estes são caracterizados por valores já supramencionados como o respeito pela pessoa e a justiça social, ou seja, pela dignidade e valores intrínsecos a todos os cidadãos. O peso tanto da ética como dos valores na carreira de qualquer profissional, surgem, por definição, relacionados com a mudança social, a liberdade e a justiça social (*ibidem*).

Relativamente ao trabalho desenvolvido em organizações de saúde, particularmente hospitais, estes prestam serviços em inúmeras especialidades, porém cada estrutura de saúde detém determinadas características que lhe confere a sua própria especificidade. A identidade profissional define quem somos enquanto agentes interventivos, nomeadamente no que agimos e como agimos, reconhecendo dessa forma que a intervenção do assistente social em contexto de saúde diverge, porém complementa os outros campos do conhecimento científico (Miguel, 2009). É importante referenciar que “o profissional de saúde para desempenhar as suas funções necessita de ter uma identidade própria, com código de ética, valores e princípios específicos” (Miguel, 2009: 38 *apud* Santo, 2015: 162). Estes princípios conduzem ao respeito pelo direito da autodeterminação, direito da participação, reconhecimento das forças tanto dos indivíduos como dos grupos e das comunidades, assim como a promoção do seu *empowerment* e capacidade para autossustentabilidade (Banks, 2006).

É cada vez maior a preocupação no que diz respeito à organização dos sistemas de saúde com o intuito de melhorar não só a equidade como também a efetividade e a capacidade de resposta na resolução dos problemas que surgem com a sociedade em geral, e é dessa forma que tem vindo a ser reconhecido e aceite o papel fundamental dos Cuidados de Saúde Primários no alcance desses objetivos (Pisco, 2006). O Programa do XVII Governo Constitucional, na área da saúde, dá uma particular atenção aos cuidados de saúde primários reconhecendo o seu valor de pilar central no sistema de saúde e a sua forte importância na ligação ao doente, pois é o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde (*ibidem*).

Apesar da importância desta unidade de saúde, ao nível do Serviço Social este não tem sido favorecido sob uma consolidação institucional àquela que se verifica nas unidades hospitalares, não só pelo carácter tardio da institucionalização dos cuidados de saúde primários em Portugal como também pelo défice de investimento ao nível das políticas de saúde (Branco e Farçadas, 2012). Porém pontos fortes que correlacionam o Serviço Social e os cuidados de saúde primários são efetivamente a articulação que existe com os diversos serviços da comunidade, a melhoria na qualidade dos mesmos, a informação disponibilizada e os ganhos de saúde que existem por parte da população atendida (*ibidem*), ao mesmo tempo que de entre as diferentes áreas dos cuidados de saúde os assistentes sociais contribuem para a “promoção e consolidação de uma abordagem biopsicossocial dos problemas e situações de saúde, realçando os antecedentes e consequências sociais da doença (...)” (Dhooper, 1997, *apud* Carvalho, 2012: 4). Os assistentes sociais são profissionais que estão atentos a fatores que afetam negativa e positivamente a vida das pessoas e juntamente com a restante equipa de saúde intervêm para fazer face a esses fatores psicossociais e é nisso que o Serviço Social trabalha tal como refere Mondragón e Trigueros (1999) “(...) o trabalho social num centro de saúde tem por objetivo o estudo e o tratamento dos fatores sociais que condicionam a saúde, tanto a nível individual, como familiar e sanitário, promovendo a organização da população em sua defesa.”

De acordo com o documento “Ética no Serviço Social – Princípios e Valores” – adaptado pela Assembleia Geral da FIAS/IFSW em julho de 1994, baseado no Código Internacional de Deontologia para o/a assistente social (FIAS/IFSW, 1976)¹⁰, estão presentes um conjunto de normas de Serviço Social no que diz respeito à relação deste com os utentes, nomeadamente:

- Aceitar a responsabilidade em relação aos utentes, mas dentro das limitações estabelecidas pelos direitos éticos dos outros e os objetivos dos serviços;
- Preservar o direito do utente a um relacionamento de confiança, à privacidade e confidencialidade, e ao uso responsável da informação. O utente deverá estar informado da necessidade e do uso da recolha e da partilha da informação dos dados adquiridos enquanto profissional. Nenhuma informação deverá ser cedida sem o conhecimento do utente, exceto nos casos em que este não possa ser responsável ou em que outros possam ser colocados em risco. O utente deverá ter acesso aos registos do trabalho social que a ele se refiram;
- Reconhecer e respeitar as opções, responsabilidades e diferenças individuais dos utentes. Dentro do âmbito do serviço e do meio social do utente, o Assistente Social

¹⁰Disponível em: http://files.apss4.webnode.pt/200000257-b15fdb25bb/Portugal_Etica.pdf

deverá ajudar os utentes a assumir a responsabilidade pelas suas ações, apoiando todos de igual maneira. Se o serviço não poder ser efetuado desta forma, os utentes deverão ser informados disso, para que possam ficar livres para agir;

- Ajudar o utente e/ou a sociedade a alcançar a auto-realização e atingir o máximo potencial dentro dos limites dos respetivos direitos, seus e dos outros. O serviço deve ajudar o utente a entender e a usar o relacionamento profissional, promovendo as suas aspirações e interesses legítimos.

A manutenção de códigos e padrões de prática que visam proteger os utentes são sem dúvida essenciais, no entanto, os valores do Serviço Social são percebidos como mais do que aderir a um conjunto de regras (Banks, 2010; Wiles, 2012 *apud* FSWP, 2013 *apud* Santo, 2015). Quando está em causa a qualidade e promoção do bem-estar das pessoas, a técnica e dedicação do assistente social em agir à luz dos princípios éticos, são fatores fulcrais no que diz respeito à qualidade do serviço que presta aos utentes, quer no empenho e promoção da mudança social, quer através da resolução de problemas nas interações humanas.

Segundo Ferreira (2014 *apud* Cortês, 2017: 1), o assistente social é um profissional que deve ser encarado como um cientista social, ou seja, segundo o autor parece interpretá-lo “como indo para além do conhecimento científico, que é sustentado na teoria e nos modelos de intervenção, como sendo alguém que necessita de aplicar metodologias mistas que lhes possibilitem analisar a realidade”. Dessa forma, em pleno “século XXI, o Serviço Social problematiza as questões sociais com a finalidade de através da intervenção e do conhecimento, alcançar e desenvolver competência teóricas, operativas e de pesquisa” (Ferreira, 2014: 338-339), ao mesmo tempo que o desenvolvimento da capacidade de refletir, analisar, observar, reconhecer atitudes discriminatórias, trabalhar e aprimorar as competências interpessoais e de comunicação (FSWP, 2013, *apud* Santo, 2015). Assenta em aptidões que gerem o desenvolvimento, crescimento e aperfeiçoamento do agir do assistente social.

2. POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE EM PORTUGAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”.¹¹ Apesar de grande parte da saúde ser responsabilidade do Estado, a mesma

¹¹C.P.T.I – Câmara dos Especialistas em Terapêuticas Integrativas. Disponível em: <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>

deve conter também como responsável a sociedade civil, pois para além da saúde influenciar de forma impactante o desenvolvimento e crescimento social e económico da mesma, esta deve ser assumida como um compromisso global e sustentado uma vez que é necessidade de todos (Cortês, 2017).

O assistente social enquanto profissional que intervém em diversas áreas incluindo a saúde, deve ter conhecimento da legislação que consolida a sua prática, assim como o domínio das políticas e sistemas de saúde, pois a consolidação dos conhecimentos supramencionados juntamente com a ação social, faz com que o seu papel enquanto profissional se destaque uma vez que as suas práticas terão como alicerce as ideias concebidas acerca da área a intervir. O agir e pensar do assistente social tem por base os seguintes princípios: dignidade humana, justiça, solidariedade, liberdade e livre arbítrio (Cortês, 2017), pensamento este que vai de encontro ao artigo 1.º na Constituição da República Portuguesa, onde um dos princípios basilares refere que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária” (Constituição da República Portuguesa, VII Revisão Constituição, 2005: 1).¹²

Fazendo uma retrospectiva na história de Portugal, até ao período da democracia (1974), o sistema de saúde era composto por misericórdias e instituições de solidariedade social que mesmo não havendo as condições necessárias no setor da saúde desempenhavam um papel fundamental (Soares, 2015), que se caracterizava “por um período de elevada fragmentação nas estruturas de saúde (...) em que predominava uma conceção de causalidade biomédica, reducionista para a compreensão da doença” (Sakellarides *et al*, 2005: 20 *apud* Santo 2015: 25). Após este período da Revolução houveram mudanças ao nível das estruturas de saúde em Portugal, onde o Estado passou a ser responsável pelos cuidados de saúde aos cidadãos portugueses.

É imprescindível efetuar uma referência às políticas de saúde implementadas no nosso país, que consistem num conjunto de opções políticas que estabelecem o grau de responsabilidade pela saúde da população adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e recursos disponíveis (Simões, 2004 *apud* Santo, 2015) e ao contributo que o Estado Providência deu quando assumiu a responsabilidade de suportar as condições básicas de vida a todas as pessoas (Boquinhas, 2012), pois no que diz respeito à relação deste com o tema em questão, o surgimento e criação do Estado Providência

¹²Constituição da República Portuguesa, VII Revisão Constitucional (2005). Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

foi uma referência no nosso país para a cooperação e favorecimento das condições de vida das pessoas.

O Estado Providência é:

“Equacionado como o resultado do funcionamento do sistema político na sua capacidade para tornar compatível a pertinência destas duas lógicas contraditórias. É também equacionado na sua capacidade de tornar os conflitos de oposição radical em conflitos de regulação, ou seja, na possibilidade de articular as lutas sociais com o exercício de influência nas tomadas de decisão” (Mozzicafreddo 1997: 31).

Desde a década de 90, que as políticas em contexto de saúde e de outras áreas semelhantes têm sofrido diversas reformas (Boquinhas, 2012), no sentido de melhorar na prestação dos cuidados de saúde e sociais de forma a responder às necessidades da sociedade portuguesa, causando por sua vez impacto a nível económico e psicossocial, porém causando uma influência bastante positiva para doentes, famílias, cuidadores e sociedade em geral (Cortês, 2017). São essencialmente três as reformas do Serviço Nacional de Saúde até 1974, que ajudam a compreender a origem dos cuidados de saúde em Portugal.

A primeira em 1903, Reforma de Ricardo Jorge que surge “na aplicação de um conjunto de diplomas promulgados, que reorganizam a Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criaram a Inspeção Geral Sanitária, o Conselho Superior de Higiene Pública e o Instituto Central de Higiene” (Simões, 2004: 85 *apud* Santo, 2015: 23). A segunda reforma, em 1945, estabelecida pela Decreto-lei n.º 35 de 7 de novembro de 1945, cria a direção-geral da Saúde, que orienta e fiscaliza a técnica sanitária e de ação educativa e preventiva, e a direção-geral da Assistência, com responsabilidade administrativa sobre os hospitais e sanatórios (Simões, 2004: 86 *apud* Santo, 2015). Por último, em 1971, a terceira reforma sugerida pelo Professor Gonçalves Ferreira, com a designação de “Organização do Ministério da Saúde e Assistência”, publicada através dos Decreto - Lei n.º 413/ 414 (Santo, 2015) que assentava em três objetivos: i) o reforço da intervenção do Estado; ii) a orientação do novo papel do Estado, como promoção da saúde e prevenção da doença, e iii) o facto dos principais obreiros desta política terem mantido o desempenho de funções relevantes após 1974 (Simões, 2004 *apud* Santo, 2015: 24). Na altura da segunda reforma - em 1945 - no conjunto das mesmas já mencionadas, com o objetivo de fortalecer a prestação dos cuidados de saúde e sociais no sentido de dar resposta às necessidades da sociedade portuguesa, é destacado o início da formação dos primeiros assistentes sociais em Portugal, altura em que o Serviço Social pretendia desvincular-se da ideia de “higienismo social” e de uma atuação assistencialista, paliativa e casuística para promover

uma intervenção social em rede, de transição de ligação à comunidade, que fosse sistematizada, promocional e global (Guadalupe, 2011: 101), tendo sempre em conta que no conceito de profissão estiveram e continuam a estar enraizadas uma tríade de valores humanos: saber, fazer e ajudar, sendo caracterizadas por um conjunto complexo de valores e normas (Rodrigues, 2012 *apud* Merton, 1982).

Foi através da revolução de 1974 que as estruturas de saúde em Portugal sofreram alterações, nomeadamente quando o programa do Movimento das Forças Armadas apresentou o lançamento de um verdadeiro SNS (Campos, 1986).

No que respeita ao “Sistema de Saúde Português, este tem por base o Serviço Nacional de Saúde que teve a sua génese em Inglaterra, em 1948” (Boquinhas, 2012: 20 *apud* Cortês, 2017: 32). O Serviço Nacional de Saúde¹³ (SNS), criado em Portugal no ano de 1979, atualmente consiste num conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como objetivo assegurar o acesso a todos os cidadãos aos cuidados de saúde, de acordo com os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Porém quando criado, ao Estado somente competia a assistência médica aos pobres, ao resto da população era responsabilidade das famílias, instituições privadas e serviços médico-sociais e Previdência (Santo, 2015). O SNS como contributo fundamental, envolve todos os cuidados integrados de saúde, começando pela prevenção da doença, passando pelo diagnóstico, e terminando no tratamento e reabilitação médico-social (Diário da República, 1979).

Em 1990, é instaurada a Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90 de 24 de agosto¹⁴, assinalando um marco na Reforma da Saúde em Portugal, sendo que a mesma tem como princípios gerais:

“1 - A proteção na saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade, e do Estado, em liberdade de procura e prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.

2 - O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

¹³Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: http://www.chedv.min-saude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=107:1-servico-nacional-de-saude&catid=39:guia-online-do-utente&Itemid=201

¹⁴Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90 de 24 de agosto: 3452. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/574127>

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

3 - A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela atividade.

4 - Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.”

Para além da Lei de Base da Saúde, também o Sistema de Saúde foi ajustado através de outro diploma fundamental, o SNS, criado pela Lei n.º 56/79 de 16 de setembro¹⁵, com o objetivo de o Estado assegurar direito à proteção da saúde nos termos na Constituição. Através do artigo 4.º assegurava:

“1 - O acesso garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, e rege-se-á por normas regulamentares a estabelecer.

2 - O acesso ao SNS é também garantido aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal.”

Em Portugal é na década de 40 que o Estado, através da Lei n.º 2:011 de 2 de abril de 1946¹⁶, designada de Lei da Organização Hospitalar, “consagra o Serviço Social na saúde, onde se estabelece a primeira consagração da jurisdição profissional do Serviço Social na área hospitalar” (Branco e Farçadas, 2012: 1 *apud* Cortês, 2017: 36). É estabelecido nesta lei um sistema hospitalar regionalizado, baseada na ordenação técnica das unidades que a compõe. Consoante a presente Lei – Base VIII, “Os hospitais regionais destinam-se a assegurar, na região, a assistência médica e cirúrgica, os socorros de urgência e a clínica das especialidades que os seus meios lhes permitam. Terão, normalmente:” – Alínea j) Serviço Social. É também enunciado na Base IX da referida Lei que “Os hospitais sub-regionais (...) deverão ter:” – Alínea e) a presença do Serviço Social, ao mesmo tempo que, “O Estado prestará auxílio às iniciativas particulares que se proponham preparar enfermeiros, assistentes visitadoras e outros agentes do serviço social”, Base XXV. Segundo Branco e Farçadas (2012: 1), a Lei n.º 2:001 de 2 de abril de 1946 foi definida e desenvolvida pelo Regulamento Geral dos Hospitais, Decreto-Lei n.º 48358/68, de 27 de abril de 1968¹⁷. No Capítulo I – Disposições comuns a todos os hospitais, Secção III – Serviços Hospitalares, no artigo 10.º - 1. é mencionado a forma como

¹⁵Lei n.º 56/79 de 15 de setembro: 2357. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/3698>

¹⁶Lei n.º 2:011 de 2 de abril de 1946. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/339500>

¹⁷Decreto-Lei n.º 48358/68, de 27 de abril de 1968. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/53159/decreto-48358-de-27-de-abril>

os serviços num hospital são agrupados, referindo que “1. Serviços de assistência:” – Alínea d) Serviços Sociais. Ainda neste Regulamento, no Capítulo I, Secção IV – Pessoal hospitalar, Subsecção I – Disposições gerais, o artigo 22.º, faz referência ao papel que o Estado depositava nas equipas hospitalares, proporcionando o melhor aos doentes, é enunciado no ponto 2. “Em relação ao pessoal médico, farmacêutico, de enfermagem, de serviço social e técnico auxiliar dos serviços clínicos, são deveres especiais: a) utilizar, em tempo útil, todos os conhecimentos científicos, de aplicação possível e todos os meios que lhe sejam facultados para diagnóstico e tratamento dos doentes que se confiam ao hospital”.

Foi neste período que o Serviço Social começou a ser parte integrante no conselho técnico dos hospitais. No Capítulo II – Hospitais Centrais, artigo 89.º - Conselho técnico – 1. para além do provedor presidir o conselho técnico, e na sua ausência o diretor clínico, o mesmo tem como vogais – Alínea l) A assistente social-chefe. Ainda no mesmo capítulo, artigo 97.º - 1. “Compete ao serviço social nos hospitais centrais: a) Colaborar com os serviços de ação médica no estudo dos doentes, em ordem a determinar as causas e consequências sociais da doença; b) Procurar remediar os estados de crise ou carência dos doentes, estabelecendo contacto com os serviços internos ou externos adequados a cada caso” (Lei n.º 2:001 de 2 de abril de 1946: 622). Ainda no mesmo artigo, ponto 2. é referido que o Serviço Social deve colaborar com a equipa técnica em qualquer iniciativa particular que proponha completar ou ampliar a sua ação, orientando-as ou fiscalizando-as (Lei n.º 2:001 de 2 de abril de 1946: 623).

No âmbito social, o assistente social começa a conquistar capacidades idênticas às do médico no decorrer da sua intervenção, assim como, a ser parte integrante das equipas multidisciplinares de saúde uma vez que este efetua diagnósticos acerca das condições sociais do doente, prescreve os meios e os recursos para que o percurso traçado tenha incidência no tratamento mais eficaz para a situação peculiar do doente e para a integração social (Cannon, 1913 *apud* Santo, 2015: 47).

Em 1971, é publicado o Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro de 1971, que pretende determinar a organização do trabalho e efetivar uma política de saúde e de assistência social (*idem*). Esta medida “estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência.¹⁸”, onde estão incluídos os assistentes sociais. No capítulo I – Organizações das carreiras profissionais, “artigo 4.º - 1.

¹⁸Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro de 1971. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/52781/decreto-lei-414-71-de-27-de-setembro>

São estabelecidas as seguintes carreiras profissionais: b) Do tipo 2: Carreira de técnicos de serviço social”, relativamente ao ingresso e acesso, está detalhado no capítulo II, secção X – Carreira de técnicos de serviço social.

A 29 de novembro de 1973 é aprovado o Regulamento de Serviço Social pela Secretaria de Estado da Saúde, onde são definidos um conjunto vasto e estruturado das funções do Serviço Social em contexto de saúde (Guadalupe, 2011:112). Mais tarde, em 1998, o GEPMSA emite um documento onde são apresentadas de forma funcional e interventiva as funções desempenhadas pelos profissionais de Serviço Social na área da saúde. O mesmo documento, elaborado pela Direção Geral da Saúde, faz uma síntese da intervenção do Serviço Social na Saúde¹⁹:

- Acompanhamento psicossocial ao indivíduo, sua família e outros membros da rede pessoal de suporte e a grupos sociais-alvo;
- Articulação qualificada com as redes formais e informais de apoio, na esfera individual e coletiva;
- Contributo para a humanização e qualidade dos serviços de saúde;
- Supervisão técnica e orientação andrológica;
- Investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção;
- Participação na definição, promoção e efetivação dos cuidados de saúde.

No que diz respeito à jurisdição profissional do Serviço Social hospitalar, em 2002 houve um marco importantíssimo relativamente às funções dos assistentes sociais na saúde, onde foram estabelecidas dez funções pelo Ministério da Saúde, através da Circular Normativa n.º 8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, as quais se encontram em vigor até aos dias de hoje. O Serviço Social hospitalar deve:

“Fomentar e desenvolver capacidades: a nível cognitivo – promovendo a informação, fomentando a compreensão do funcionamento da estrutura e das funções de atualização dos recursos; a nível relacional – facilitando o desenvolvimento das relações interpessoais e grupais, capacitando para o assumir de novos papéis estimulando formas de comunicação e de expressão; a nível organizativo – promovendo a interação entre cidadãos e estruturas societais, acionando ou criando novos recursos sociais e desenvolvendo a participação e a capacidade organizativa dos indivíduos e dos grupos” (Johnson e Côte-Real, 2000: 35 *apud* Cortês, 2017: 38).

¹⁹Disponível em: <https://servicosociaisauade.wordpress.com/funcoes/>

A presença do Serviço Social na área da saúde tem ganho cada vez mais reconhecimento, uma vez que este profissional “desenvolve a sua ação junto dos doentes, famílias e comunidades, complementando de modo ativo os cuidados de saúde e contribuindo para a melhoria da prestação desses cuidados” (Payne, 2007: 69 *apud* Cortês 2017: 2), desenvolvendo sempre o seu papel interventor em consonância com os restantes membros da equipa interdisciplinar de modo a que o objetivo da interdisciplinaridade seja alcançado e por sua vez, que o resultado seja benéfico para o utente.

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

CAPÍTULO II – FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL PARA A INTERVENÇÃO EM SAÚDE

1. FORMAÇÃO ACADÉMICA DO SERVIÇO SOCIAL EM CONTEXTO DE SAÚDE – FORMAÇÃO GENERALISTA

Foi a partir dos anos 60, que a formação académica em Serviço Social concedeu o foco nos direitos humanos e essencialmente nos direitos sociais (Branco e Fernandes, 2005). Após a revolução de 1974, é reconhecido o ensino em ciências humanas e sociais, nomeadamente as áreas da Sociologia, Antropologia, Comunicação Social e Psicologia, campos de suporte do Serviço Social. A Licenciatura nesta área é aprovada em 1989, e posteriormente o Mestrado em 1995, mais recentemente no século XXI, o Doutoramento (2003), bem como uma panóplia de cursos de licenciatura em Serviço Social, em ensino público e privado, “rasgam caminhos de afirmação que tornam singular a experiência portuguesa, no contexto da Europa” (Cf. Fernandes, Marinho e Portas, 2000: 131-141 *apud* Branco e Fernandes, 2005: 2).

Em 1928, segundo Alcina Martins (1999: 207), foram implementadas como primeiras tentativas a criação das primeiras Escolas de Serviço Social, porém foi em 1934 no I Congresso da União Nacional (partido único) que por proposta da Condessa de Rilvas e Bissaya Barreto (médico), se dá origem à criação do Instituto de Serviço Social (Lisboa, 1935) e da Escola Normal Social (Coimbra, 1937). É através do Decreto-Lei n.º 30135, de 14 de dezembro de 1939, que ficou conhecida a formação, de três anos, que vinha sendo aplicada no Instituto de Serviço Social de Lisboa e de Coimbra. Mais tarde em 1956 é anunciada a mudança de formação para quatro anos de Curso, através do Decreto-Lei n.º 40678, de 10. O plano de estudos de três anos, estruturado entre aulas e estágios, conciliavam diversas áreas entre as quais serviços de cirurgia, medicina e hospitais, requeriam diversas dimensões e áreas programáticas, nomeadamente a dimensão médico-sanitária, a dimensão jurídica, filosófica, moral e religiosa e ainda a própria dimensão do Serviço Social, que abordava uma “Formação Técnica (compreendendo contabilidade e dactilografia); Ação Social e Corporativismo - Sindicatos Nacionais; Organização Social da Indústria e Higiene Industrial e ainda Organização Social Agrícola: Casas do Povo” (Branco e Fernandes, 2005: 3-4).

Ultrapassada a Revolução de 25 de abril de 1974, cumpriria ao Serviço Social, do ponto de vista do desenvolvimento humano e social, “promover condições de atendimento a necessidades humanas de subsistência e existência, consideradas necessidades igualmente básicas, através de uma prática com características sócio relacionais, incluindo uma dupla

dimensão convergente: a dimensão educativa e a dimensão política” (Cf. Falcão, 1979 *apud* Branco e Fernandes, 2005: 7).

Para o Serviço Social estes marcos são fundamentais pois marcam a profissão e formação, porém existem outras datas antes e depois das apresentadas que são igualmente importantes para o Serviço Social:

Quadro II. 1. – Marcos que ocorreram na formação e profissão do Serviço Social

1978	Criação da Associação de Profissionais de Serviço Social, admitida como membro da Federação Internacional das Associações de Assistentes Sociais, em 1985
1980	Criação, no quadro do ensino universitário público (ISCSP), da Licenciatura em Serviço Social, designada posteriormente de Política Social
1985	O Instituto de Lisboa altera o seu Plano de Estudos para 5 anos, na perspetiva do reconhecimento da licenciatura, e estabelece um protocolo com a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Brasil) a nível da formação académica pós-graduada em Serviço Social, (1987)
1989	Reconhecimento do grau de Licenciatura aos cursos de Serviço Social, ministrados nos Institutos (particulares) de Lisboa, Porto e Coimbra
1990	Reconhecimento do grau de Licenciatura aos diplomados em Serviço Social, a que se seguiu, em 1991, a criação da carreira de Técnico Superior de Serviço Social, nos quadros da função pública, com transição automática
1995	Autorização, pelo Ministério da Educação, do Mestrado em Serviço Social, nos Institutos de Lisboa e Porto
1996	Criação da Licenciatura em Serviço Social na Universidade Católica Portuguesa, facto de grande significado já que a formação em Serviço Social fora um seu desígnio histórico

Fonte: Branco e Fernandes (2005: 7-8)

No século XXI a formação académica em Serviço Social engloba três ciclos (1º ciclo – Licenciatura, 2º ciclo – Mestrado, 3º ciclo – Doutoramento), completando a mesma existem inúmeras pós-graduações ministradas em diversas instituições de ensino superior em Portugal quer de carácter público quer privado.

Foi através do Decreto-lei n.º 74/2006 de 24 de março de 2006²⁰ referente ao Processo de Bolonha em Portugal que a formação em Serviço Social sofreu alterações no que diz respeito à adequação das Licenciaturas assim como a criação de novas Licenciaturas (Despacho n.º 7287 – C/2006 2.ª série do Diário da República²¹). O Processo de Bolonha assume-se como uma política educacional supranacional, comum aos estados-membros da União Europeia, com o intuito de construir um “espaço europeu de educação superior”. É através de cada governo nacional que tanto o processo político como as reformas institucionais levam ao estabelecimento efetivo sob um sistema europeu de educação superior até ao ano de 2010.

Segundo a autora Alcina Martins “o Processo de Bolonha tem por objetivo um compromisso, assumido primeiramente no ano de 1999 por governantes de países europeus, que consiste em harmonizar, até 2010, os graus e diplomas atribuídos, para facilitar não só as equivalências de cursos nas universidades dos 45 estados subscritos, a mobilidade, como também a empregabilidade dos estudantes no espaço comunitário, ao mesmo tempo que têm como foco também a mudança ao nível do ensino e aprendizagem procurando tornar os alunos mais independentes e autónomos” (Martins, 2007: 1-2). A Declaração de Bolonha promove igualmente um sistema de graus que seja facilmente compreensível, baseada em três ciclos, onde a estrutura “Licenciatura – Mestrado – Doutoramento” se converteu rapidamente num padrão a nível mundial facilitando dessa forma o reconhecimento dos graus na Europa (Duarte, 2009). Através do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março de 2006²², referente ao regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, é verificável que no que diz respeito “ao ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado este tem 180 a 240 créditos e uma duração normal compreendida entre seis e sete semestres curriculares (...) tendo em vista assegurar aos estudantes portugueses condições de mobilidade e de formação e de integração profissional”, o segundo grau – mestrado – “tem 90 a 120 créditos e uma duração normal compreendida entre três e quatro semestres curriculares de trabalho dos alunos (...) onde este deve assegurar que o estudante adquira uma especialização de natureza académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais”, e por último o doutoramento que consiste num grau “conferido num ramo do conhecimento ou especialidades com capacidade de compreensão sistemática num domínio científico de estudo, com competências, aptidões e métodos de investigação associados a um domínio científico”,

²⁰Disponível em: https://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf

²¹Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/196649/despacho-7287-C-2006-de-31-de-marco>

²²Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março de 2006. Disponível em: https://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf

com um ano curricular organizado em dois semestres e dois anos (podendo prolongar-se por mais um ano). O Decreto-lei nº 115/2013 de 7 de agosto²³, define no artigo 5º, 15º e 28º o que se entende por grau de Licenciado²⁴, Mestre²⁵ e Doutor²⁶ respetivamente.

O Processo de Bolonha trouxe consequências para o Ensino Superior Português a nível geral incluindo assim algumas implicações para a formação académica em Serviço Social (Duarte, 2009), desencadeando assim a posição de várias organizações da categoria profissional, nomeadamente: o CPIHTS, a AIDSS, a RNESS, a APSS, o CISSEI e o SNPSS (*ibidem*). As diversas Instituições de Ensino Superior Portuguesas “apresentaram em março e novembro de 2006, à Direção Geral de Ensino Superior (DGES), as propostas de reestruturação dos cursos para registo de adequação/autorização de funcionamento, no âmbito de Bolonha, para funcionarem nos anos letivos 2006/2007 e 2007/2008” (Martins, 2007 *apud* Duarte, 2009: 8). A oferta de instituições que prestam formação na área do Serviço Social aumentou,

²³Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto de 2013. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/135815>

²⁴“O grau de Licenciado é conferido aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão numa área de formação:

- b) Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão adquiridos, de forma a evidenciarem uma abordagem profissional ao trabalho desenvolvido na sua área vocacional;
- c) Capacidade de resolução de problemas no âmbito da sua área de formação e (...) argumentação;
- d) Capacidade de recolher, selecionar e interpretar a informação relevante, (...) incluindo na análise os aspetos sociais, científicos e éticos relevantes;
- e) Competências que lhes permitam comunicar informação, (...) tanto a públicos constituídos por especialistas como por não especialistas;
- f) Competências de aprendizagem que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida (...).”

²⁵ “O grau de Mestre é conferido aos que demonstrem:

- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas (...), em contextos alargados e multidisciplinares (...);
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação (...);
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, (...) de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, (...).”

²⁶ “O grau de Doutor é conferido aos que demonstrem:

- a) Capacidade de compreensão sistemática num domínio científico de estudo;
- b) Competências, aptidões e métodos de investigação associados a um domínio científico;
- c) Capacidade para conceber, projetar, adaptar e realizar uma investigação significativa (...);
- d) Ter realizado um conjunto significativo de trabalhos de investigação original que tenha contribuído para o alargamento das fronteiras do conhecimento, (...);
- g) Ser capazes de, numa sociedade baseada no conhecimento, promover, em contexto académico e ou profissional, o progresso tecnológico, social ou cultural.”

alargando também em termos geográficos o posicionamento das três escolas históricas (Lisboa, Porto e Coimbra), assim como os programas de formação académica que se tornam distintos. Segundo Christ e Blacker (2005, *apud* Cortês, 2017: 26) “o Serviço Social caracteriza-se por ter habilidades muito específicas que lhe advêm da sua formação académica e que lhe permitem dominar muito bem aspetos teóricos pertinentes como a perspetiva da pessoa em situação, com reflexos muito relevantes (...)”.

Os assistentes sociais estão particularmente aptos, segundo a história da profissão, a trabalhar com a vulnerabilidade, com pessoas dependentes, com pessoas idosas, com crianças, com a deficiência, com doenças agudas, crónicas, entre muitas outras. Nesse sentido a dimensão social da saúde diz respeito ao conteúdo adquirido na formação em prol de uma melhor prestação de cuidados às pessoas com a qual esta área trabalha. De uma forma global, se o Homem deve ser olhado como um todo, onde a biologia se cruza com a psicologia, com o social, o espiritual e o cultural (Cortês, 2017), pode dizer-se que, “(...) o assistente social na saúde é o profissional que assume, no sistema de saúde, a investigação dos fatores psicossociais relacionados com as situações de doença, quer estejam na origem (aspetos prévios à doença) ou sejam uma consequência (aspetos resultantes da doença) (Mondragón e Trigueros, 1999: 74 *apud* Cortês, 2017: 37).

Em Portugal a formação assume-se como generalista (Ferreira, 2014), proporcionando aos profissionais um conjunto vasto de competências a nível teórico e metodológico que fornecem ferramentas fulcrais para uma posterior intervenção no terreno. Porém é perceptível que no que diz respeito aos planos de estudo (anexo B) estes não integram de forma aprofundada uma formação teórica direcionada para a especialização da intervenção em contexto de saúde, pois face às exigências sociais mencionadas em cima, como muitas outras, é necessário que existam futuros profissionais especializados que queiram exercer a sua profissão nesta área.

Apenas três das Universidades apresentadas no quadro II. 2., são coincidentes com os três ciclos, Universidades Públicas e com estatuto Semipúblico de carácter académico, e é efetivamente nessas que vai incidir o enfoque da análise dos planos de estudo.

Quadro II. 2. - Universidades Públicas e Semipúblicas que prestam formação nos três ciclos de estudos de Serviço Social em Portugal

Licenciatura – 1.º Ciclo – Serviço Social	Mestrado – 2.º Ciclo – Serviço Social	Doutoramento – 3º Ciclo – Serviço Social
Universidade dos Açores – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas	Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação	Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação	Universidade de Lisboa – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa
Universidade de Lisboa – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas	Universidade de Trás-os- Montes e Alto Douro – Escola de Ciências Humanas e Sociais	Universidade Católica Portuguesa
Universidade de Trás-os- Montes e Alto Douro – Escola de Ciências Humanas e Sociais	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa	
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa	Universidade Católica Portuguesa	
Universidade Católica Portuguesa		

Fonte: Direção Geral do Ensino Superior

2. DE GENERALISTA A ESPECIALISTA – NECESSIDADES E ARGUMENTOS PARA A FORMAÇÃO ESPECIALIZADA DE SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Dadas as mudanças de acordo com o desenvolvimento da sociedade e a evolução no que diz respeito às demandas do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social, estudantes desta área, assim como docentes enfrentam o enorme desafio de preparar o futuro desta profissão de intervenção social.

Em anos passados, o papel desenvolvido pelos assistentes sociais tendia a ser especializado em áreas como a saúde mental, isto é, os psiquiatras tinham determinada função, assim como os psicólogos clínicos e os assistentes sociais clínicos. Mas nesta nova era, o Serviço Social, em particular, é amplo (Cohen, 2003). A mudança de papéis nesta área desafia os docentes, a “preparar estudantes para situações únicas, fluídas e complexas” (Lavitt, 2009: 462). Assim, nos EUA a formação em Serviço Social é confrontada com o enorme dilema de determinar se deve enfatizar a especialização ou enfatizar o Serviço Social Generalista nos planos curriculares (Raeymaeckers, 2000). Em Portugal a formação em Serviço Social assume-se como generalista (Ferreira, 2014), não existindo uma grande referência à especialização no que concerne à dimensão da saúde.

No geral, investigadores de Serviço Social observam que a profissão está a evoluir para longe das micro e macro divisões e a seguir o modelo generalista (McNutt, 2013). No continente Americano, o currículo generalista presente na licenciatura em Serviço Social inclui três variáveis: objetivos de carreira dos alunos, necessidades de agências empregadoras e valores da profissão de Serviço Social (Vecchiolla *et al*, 2001). Uma vez que o modelo generalista é amplo e flexível, Vecchiolla e outros autores (2001) propõem preparar os alunos para a prática na era de tempos de mudança, bem como em contextos difíceis de forma mais efetiva do que qualquer outro modelo curricular. Apesar do uso do modelo generalista ser aceite e usado de alguma forma nas últimas décadas nos EUA, investigadores como Lavitt (2009), Knight (2001), Riebschleger e Grettenberger (2006) e alguns assistentes sociais sustentam que o currículo precisa melhorar e evoluir ainda mais para acompanhar os tempos de mudança. No entanto, outros investigadores afirmam que o currículo de formação do Serviço Social deve continuar a incluir a preparação para assistentes sociais especializados (Raeymaeckers, 2000; Blom, 2004; Leighninger, 1980), situação que não se verifica em Portugal, apesar de ser perceptível que a especialização é tida como uma mais valia no decorrer da intervenção social em contexto de saúde, dado que esta área remete para estratégias essencialmente peculiares e que necessitam de maior atenção ao longo da formação.

Estes autores sustentam que o motivo disso é que ambos os tipos de assistentes sociais – especialistas e generalistas – intervêm juntos e usufruem das suas competências individuais para fornecer ferramentas de resolução de problemas (Raeymaeckers, 2000; Blom, 2004). De acordo com a formação generalista de Serviço Social em Portugal (Ferreira, 2014), os assistentes sociais que intervêm em contexto de saúde não integram uma formação teórico-metodológica direcionada para a especialização da intervenção neste contexto no 1º ciclo, porém em ciclos posteriores é possível aprofundar conhecimentos em determinada área, quer através de formações, pós-graduações, aprofundar determinado tema numa dissertação de Mestrado ou tese de Doutoramento, porém o facto de aprofundar conhecimento não torna o profissional de Serviço Social num assistente social especializado, isto é, torna-se inexistente o reconhecimento e/ou neste caso a ausência de formação especializada em saúde (Cortês, 2017).

O assistente social generalista fornece uma abordagem integrada e multivariada para atender aos propósitos do Serviço Social, ao mesmo tempo que reconhece a interação de questões pessoais e coletivas levando os mesmos a trabalhar com uma variedade de sistemas humanos – sociedade, comunidades, organizações, grupos formais, famílias e indivíduos – de modo a criar mudanças que maximizem o funcionamento do sistema humano. Segundo o autor a abordagem generalista baseia-se em quatro premissas principais, nomeadamente em primeiro lugar o comportamento humano ligado ao ambiente físico e social, em segundo lugar as oportunidades para melhorar o funcionamento de qualquer sistema humano que inclua a alteração do mesmo, seguido do trabalho com qualquer nível de um sistema humano – do indivíduo à sociedade – que usa processos de trabalho social semelhantes, uma vez que a intervenção do Serviço Social com todos os sistemas humanos requer troca de informações através do diálogo, e por último as responsabilidades para além da prática direta para trabalhar apenas com políticas sociais, assim como para conduzir e aplicar pesquisas (Miley, O’Melia e DuBois, 2014).

O profissional generalista enfatiza uma visão abrangente e holística dos problemas dos utentes enquanto que o especialista se concentra “num problema específico e um grupo-alvo específico” (Raeymaeckers, 2000: 611; Blom, 2004; Leighninger, 1980). Muitos programas de Serviço Social estão a descobrir que os planos curriculares ditos tradicionais são inadequados na preparação dos alunos para a prática na nova era dos empregos (Cohen, 2003). Vários empregos hoje em dia assumem uma formação generalista como é o caso do Serviço Social na saúde, porém são áreas que acabam por não se distinguir, em vez disso, são exigidas habilidades práticas complexas e fluídas, particularmente a capacidade de realizar habilidades de avaliação

rápida, concluir tratamentos breves e a capacidade de efetivamente avaliar os resultados do tratamento de dados (Cohen, 2003; Lavitt, 2009).

Cohen (2003) sugere que os docentes de Serviço Social devem fazer o necessário em termos de mudanças para formar assistentes sociais, particularmente ao nível da saúde, com capacidade de se adaptarem a esses ambientes rápidos e em mudança. Segundo o autor (2003), as escolas de Serviço Social não fornecem ensinamentos de intervenções clínicas especializadas nos planos curriculares, devem sim concentrar numa gama geral de habilidades. Além disso, os assistentes sociais devem-se centrar na prática do Serviço Social como sendo multifacetado porque, em última análise, o mercado de trabalho na atualidade exige que o profissional detenha conhecimentos direcionados para inúmeras vertentes, (Cohen, 2003; Lavitt, 2009). Leighninger (1980: 1) sugere ainda que o plano curricular contenha um “sistema curricular de duas vias”, no qual os alunos receberiam a formação generalista e em seguida a capacidade de expandir isso com especialização. O autor também menciona que “os aumentos na especialização mobilizaram forças para a coesão” dentro da profissão de Serviço Social, sendo que essa coesão é mais importante porque “sem a promoção ou identidade profissional central, o Serviço Social será incapaz de alcançar ou manter uma posição única na sociedade atual” (Leighninger, 1980: 10). Esse “sistema curricular de duas vias” mencionado pelo autor Leighninger, sugere que a formação profissional seja contínua, isto é, partir de uma formação generalista e seguir com a possibilidade de aprofundamento numa área de atuação específica (Netto, 1996).

Em Portugal o assistente social generalista no decorrer da sua intervenção em contexto de saúde detém um maior número de estratégias para adquirir informações peculiares de forma a conseguir um olhar holístico da pessoa que requer assistência, ou seja, a intervenção executada por este profissional tem incidência no reconhecimento da conjuntura integral que circunda a pessoa a ser alvo de cuidados. Nos EUA o profissional de Serviço Social generalista é dividido em dois, nomeadamente o profissional generalista experiente e o profissional generalista avançado, sendo que este último detém as componentes teórico-metodológicas referidas para especificar o caso português, isto é, usa o conceito de pessoa em meio ambiente, para avaliação e interpretação fornecendo uma abordagem “holística” ao longo de todo o processo de resolução dos problemas, (Lohmann, 1990). Lavitt (2009) refere que o currículo generalista avançado deve “focar o envolvimento dinâmico com circunstâncias problemáticas, em vez de enfatizar o domínio do conteúdo” e preparar o assistente social para ser de mente aberta e utilizar habilidades criativas de resolução de problemas para usar uma variedade de métodos de intervenção no papel avançado de generalista (Lavitt, 2009: 465).

Segundo o autor Paulo Netto (1996) o profissional de Serviço Social possui dois perfis: o intelectual e o técnico. O perfil intelectual pressupõe que o profissional se encontra “habilitado para operar numa área particular, compreende o sentido social da operação e a significância da área no conjunto da problemática social” (Netto, 1996: 125), isto é, é um profissional capaz de identificar limites e alternativas de ação focalizada, ao mesmo tempo que “com qualificação operativa, vai intervir sobre aquelas demandas a partir da sua compreensão teórico-crítica” (*ibidem*). Por outro lado, o perfil técnico permite ao profissional que esteja “treinado para intervir num campo de ação determinado com a máxima eficácia operativa e que esteja bem adestrado que vai operar instrumentalmente sobre as demandas do mercado de trabalho tal como elas se apresentam” (*ibidem*), sendo através destes perfis e tendo por referência a abordagem de Braga da Cruz (2004) que se adotaram as três dimensões fundamentais na formação académica em Serviço Social, nomeadamente a dimensão teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa (Duarte, 2009). Ainda sobre os perfis profissionais dos assistentes sociais, Braga da Cruz (2004) distingue perfis técnicos de científicos, isto é, refere que existe uma diferença entre cientistas sociais e técnicos sociais, sendo que os primeiros possuem “capacidade para funções de diagnóstico e conceção, não se limitando a meras atividades de intervenção” (Cruz, 2004: 4), necessitando de uma formação científica mais ampla contemplando uma “sólida preparação tanto a nível teórico como científico e uma indispensável preparação metodológica e técnica, e na formação avançada, níveis de especialização setorial” (*ibidem*: 5), enquanto que os segundos integram uma “formação aplicada e desempenho mais centrado na intervenção social, desempenhando por sua vez menos atividade de análise ou de estudo de estruturas e situações sociais”, necessitando de uma formação mais curta com “uma noção básica da realidade social das metodologias e das técnicas de intervenção” (*ibidem*).

Segundo o autor Paulo Netto (1996) são dois os caminhos possíveis para a formação em Serviço Social: “1) afunilar a graduação, dirigindo a formação, desde o início, para especializações (as várias áreas da saúde, a habitação, as relações de trabalho e a gestão de recursos humanos nas empresas, “poder local”, assessoria a movimentos sociais, infância e adolescência, terceira idade etc.); 2) manter o perfil generalista da graduação, institucionalizando a especialização como requisito para o exercício profissional.” (Netto, 1996: 125). Se durante o processo de formação académica estiverem asseguradas as essenciais dimensões de ensino, assim como pesquisa e extensão, competências a nível teórico, técnico e político, os profissionais de Serviço Social formados encontram-se aptos a “construir uma categoria profissional com um perfil próprio e capaz de prestar o devido serviço à sociedade”

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

(Netto, 2000: *s.d.*), evidenciando que é fundamental que a formação académica adquirida pelos profissionais terá de ser sólida e de qualidade para que os assistentes sociais desempenhem a profissão de forma competente e responsável evitando dessa forma a perda de legitimidade (Duarte, 2009).

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1. CAMPO EMPÍRICO

Para investigar o problema em análise, é fulcral delinear o campo empírico, definindo dessa forma os meios onde o estudo irá incidir com o intuito de atingir os objetivos propostos. Segundo Fortin (1999), a fase inicial no processo de qualquer investigação tem por base encontrar um domínio de investigação que não só interesse como também preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina.

O propósito de estudo da presente dissertação consiste em perceber se as competências que são adquiridas no processo de formação em Serviço Social ao longo dos três ciclos de estudos no que diz respeito ao contexto da saúde, de que forma influenciam a prática profissional face à construção dos saberes específicos em saúde. Como tal, para a realização do estudo, pretende-se que os docentes que lecionem este curso possam falar acerca dos planos de estudo apresentados nas diversas entidades universitárias no que diz respeito à área da saúde, assim como, se a formação em Serviço Social é adequada às exigências neste campo, ao mesmo tempo que os profissionais que exercem a profissão neste campo vão poder aferir se efetivamente a formação adquirida vai de encontro às exigências nesta área. Deste modo, temos como finalidade contribuir para que seja verificável se a formação dos assistentes sociais consegue fazer face à prática no que diz respeito à área da saúde, tendo em conta os planos de estudo apresentados.

2. MÉTODO E NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO

A presente investigação consiste num estudo descritivo, pois “assenta em estratégias de pesquisa para observar e descrever comportamentos, incluindo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular” (Freixo, 2009: 106), onde o mesmo pretende dar resposta pelo menos a dois princípios, como a descrição de um conceito no que diz respeito a uma população e a descrição das características de uma população no seu conjunto (Fortin, 2009), sendo que este estudo tem como objetivo “determinar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo” (Fortin, 2009: 162), e num estudo exploratório uma vez que no que diz respeito ao estudo em causa, o mesmo encontra-se destituído de teoria que relacione o conteúdo adquirido na formação de Serviço Social em contexto de saúde face à influência da prática do exercício da profissão de

assistente social na área da saúde. Os estudos exploratórios são estudos que proporcionam uma maior familiaridade com o problema, tornando-o mais específico e facilitador na formulação de hipóteses, ao mesmo tempo que são usados para conhecer as variáveis desconhecidas necessárias a uma investigação mais específica e profunda (Vilelas, 2009). Porém, apesar da escassez de informação é importante referir que são vários os docentes e programas de Serviço Social que mencionam que os atuais planos curriculares surgem como desajustados na preparação dos alunos numa nova era de empregos (Cohen, 2003), pois apesar de grande parte dos empregos na área social assumirem uma formação generalista, como é o caso do Serviço Social na saúde, acabam por não se diferenciar, pois no caso de Portugal a formação surge apenas como generalista e não integra a aquisição teórico-metodológica direcionada para a especialização nos três ciclos de formação académica, sendo que profissionais especializados e generalistas se complementam na resolução de problemas e têm a mais valia de poder usufruir das competências individuais de cada um.

A presente dissertação encontra-se direcionada para a formação dos assistentes sociais e para as competências que a mesma proporciona no que diz respeito à influência da prática na construção de saberes específicos em saúde, deste modo a dissertação vigente tem subjacente à sua investigação a estratégia metodológica de natureza mista.

De forma geral, as investigações quantitativa e qualitativa são reconhecidas de forma distinta tendo em conta as características de cada uma, porém no estudo em causa será uma mais valia combinar ambos os métodos de pesquisa para atingir eficazmente a compreensão e a completude dos resultados de investigação (Santo, 2015 *apud* Bryman, 2006). Perante este cenário, a opção estipulada a nível metodológico pretende ir ao encontro de modelos plurimetodológicos onde haja concordância entre a objetividade dos dados quantitativos e a profundidade dos dados qualitativos, isto é, modelos multidisciplinares que harmonizem a cooperação de todos os intervenientes no processo de investigação (Coutino, 2004).

A abordagem quantitativa, fundada na perspetiva teórica do positivismo, “é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, pois é baseada na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador” (Fortin, 2009: 22), ao mesmo tempo que permite delimitar o problema de investigação e assegurar uma representação da realidade de forma a que os dados sejam generalizáveis a outros indivíduos. No paradigma quantitativo a objetividade, a predição, o controlo e a generalização são características subjacentes a esta abordagem (Fortin, 2009).

No que respeita à abordagem qualitativa, esta baseia-se na perspetiva naturalista, isto é, o principal objetivo desta investigação, mais do que avaliar consiste em descrever e interpretar

resultados, sendo fulcral que o investigador e os participantes compreendam o processo de investigação para não surgirem dados enviesados. O paradigma qualitativo “concentra-se em demonstrar a relação que existe entre os conceitos, as descrições, as explicações e as significações dadas pelos participantes e investigador relativamente ao fenómeno” (Fortin, 2009: 322).

Esta dissertação sustentada pelo modelo dedutivo-indutivo pretende correlacionar duas premissas partindo do particular para o geral, onde os dados recolhidos não têm por base hipóteses previamente definidas, mas sim a produção de conhecimento através das experiências dos participantes (Santo 2015 *apud* Coutinho, 2015), como também partir de teoria já existente que fundamenta e justifica os fenómenos em análise e procurar uma verdade particular onde as conclusões são incontestáveis, partindo neste caso do geral para o particular (Freixo, 2009).

Este estudo pretende, por um lado, analisar as competências teórico-metodológicas do assistente social adquiridas pela formação académica, assim como, as exigências da prática do assistente social em contexto de saúde através da abordagem quantitativa, e por outro lado, analisar se a formação académica em Serviço Social é adequada às exigências do campo da saúde através da análise dos planos de estudo pós graduados das Universidades Públicas e Semi Públicas e de informação adquirida através de docentes numa abordagem qualitativa.

3. UNIVERSO E AMOSTRA

Sendo o objeto de estudo desta investigação a formação dos assistentes sociais, define-se como universo e amostra de análise da mesma, os docentes que lecionam Serviço Social no conjunto de Universidades Públicas e Semipúblicas que prestam em Portugal Continental os três ciclos de estudos (licenciatura, mestrado e doutoramento), nomeadamente o ISCTE - IUL, Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e a Universidade Católica Portuguesa em Lisboa, um docente por cada uma com o objetivo de perceber qual a opinião dos mesmos face às competências teórico-metodológicas do assistente social tendo em conta o que é adquirido pela formação académica e qual o perfil que a formação académica fornece para o profissional exercer a profissão no contexto de saúde, assim como os profissionais de Serviço Social que intervêm na área da saúde em diversas unidades do país ao serviço do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente o Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital do Espírito Santo de Évora e o Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e perceber junto dos mesmos quais as particularidades e exigências da prática em

contexto de saúde assim como qual a opinião, tendo em conta a experiência, da formação que é prestada em Serviço Social para exercer na área da saúde .

A amostra contém entre 5 a 8 profissionais por cada unidade de saúde com formação em Serviço Social, sendo estes os elementos alvo da investigação de acordo com o objetivo geral que consiste em identificar e analisar as competências adquiridas no processo de formação académica e de que forma influencia a prática na construção de saberes específicos em saúde.

4. TÉCNICAS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

A presente dissertação tem subjacente ao seu estudo como técnicas de recolha de dados a análise documental, entrevistas exploratórias e aplicação de inquéritos por questionário online, sendo esta fase crucial pois é nela que o investigador consegue obter resposta às questões e hipóteses formuladas de acordo com os objetivos propostos (Fortin, 2009).

A análise documental incide nos planos de estudo dos três ciclos das três Universidades selecionadas na amostra, isto é, o ISCTE – IUL, a Universidade de Coimbra e a Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, com o objetivo de analisar nomeadamente as unidades curriculares que se direcionam para a saúde e qual o conteúdo que a mesma acarreta para que através dos mesmos seja possível construir os guiões das entrevistas e dos inquéritos a aplicar.

Relativamente às entrevistas estas são particularmente um modo de comunicação verbal que tem como principal objetivo “recolher a informação de acordo com as questões formuladas (...), sendo que as mesmas são frequentemente utilizadas em estudos exploratórios-descritivos” (Fortin, 2009: 245). A aplicação das mesmas será previamente agendada com os participantes, neste caso os docentes das Universidades acima mencionadas, com entrega formal de um consentimento informado devidamente assinado, onde serão colocadas questões não só relativamente aos planos de estudo na Universidade que leciona e da perceção que tem das competências que os alunos adquirem para colocarem em prática na intervenção, como também questões relacionadas com o perfil do assistente social enquanto profissional generalista ou de especialização em contexto de saúde. De salientar que esta técnica de recolha de dados será um método que complementa outras estratégias de análise permitindo a concretização de procedimentos e resultados rigorosos (Bogdan & Biklen, 1994), como é o caso dos questionários.

No que respeita aos inquéritos por questionário estes têm como principal objetivo na presente dissertação inquirir profissionais de Serviço Social, nomeadamente 19 assistentes sociais que exerçam a profissão no CHLC, no HESE e no ACES ARSLTV de modo a analisar

se efetivamente a formação académica é adequada às exigências no campo da saúde, sendo que a construção do mesmo será efetuada através do Google Formulários e a resposta aos mesmos será através do envio do *link* do mesmo para os profissionais. O questionário aplicado será dividido por três secções: Identificação; Formação; Prática Profissional.

O inquérito surge como um instrumento que “representa toda a atividade de investigação no decurso da qual são colhidos dados junto de uma população ou porções desta a fim de examinar as atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos desta população” (Fortin, 2009: 168), sendo que acarreta consigo a vantagem de conseguirmos reunir um grande número de sujeitos tendo em conta o carácter representativo da população estudada, porém não evidencia causas nem explicações. É importante ressaltar que todo o processo para aprovação do estudo passou pelo Conselho de Administração e pelo(a) Coordenador(a) da Área Social das unidades de saúde primários selecionadas, assim como, através da aprovação da Comissão de Ética das mesmas, sendo que ao nível dos Cuidados Primários, teve de ter um Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT, que têm por missão “avaliar protocolos ou projetos de investigação, não somente em função de uma ética codificada (...), mas igualmente em função da sensibilidade e das particularidades de uma comunidade sociocultural particular, que deve estar refletida na composição da comissão” (Fortin, 2009: 124), ao mesmo tempo que após aprovação da mesma cada profissional inquirido terá acesso a um Consentimento Informado onde são transmitidos os elementos essenciais à participação dos mesmos, contendo os objetivos e a informação que se pretende obter.

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

CAPÍTULO IV – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A estratégia metodológica da presente dissertação surge como qualitativa e quantitativa através da aplicação de um inquérito por questionário a profissionais de Serviço Social que exercem a profissão em três unidades de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde, ao mesmo tempo que foram realizadas três entrevistas semiestruturadas a três docentes que lecionam o Serviço Social em três Universidades Públicas e com estatuto Semipúblico do país, nomeadamente o Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa, a Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e a Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, no sentido de dar resposta à questão “Que processo de construção de competências na área do Serviço Social é promovido pela academia e de que forma esta influencia a prática do assistente social na área da saúde?”.

Dos 19 inquiridos constatou-se que uma significativa parte é do género feminino (figura IV. 1.), com idades compreendidas entre os ≤ 30 anos e os 60 anos, existindo uma maior concentração nos inquiridos com idades entre os 31 e os 40 anos (figura IV. 2.).

Figura IV. 1. - Género

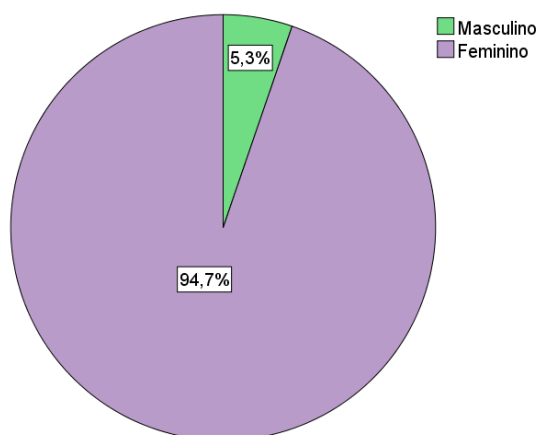
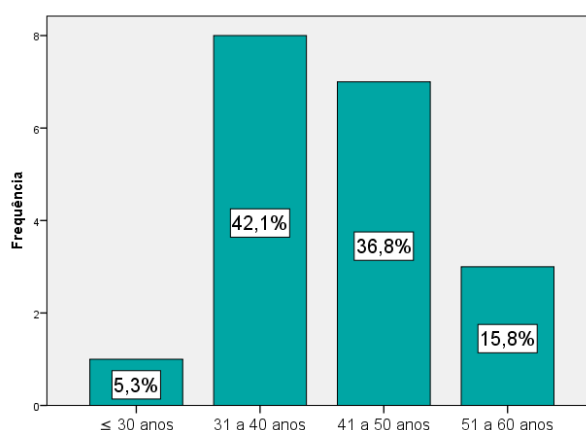


Figura IV. 2. - Grupo etário



Fonte: produzido pela investigadora a partir dos dados recolhidos

É de constatar como já referido anteriormente, devido à alteração que o Processo de Bolonha provocou na formação em Serviço Social, atualmente existem profissionais a exercer a profissão com um perfil de formação de cinco, quatro, três e três anos e meio o que inevitavelmente acaba por causar algumas implicações na qualidade da prática profissional neste caso na área da saúde. Devido a este leque de anos de formação tornou-se impossível filtrar os profissionais com um determinado perfil de anos de formação que exercem o Serviço

Social na saúde, porém tornou-se numa mais valia a análise das respostas dadas aos inquéritos por parte dos profissionais.

1. FORMAÇÃO ACADÉMICA DE SERVIÇO SOCIAL TENDO EM CONTA O CAMPO DA SAÚDE

Atualmente a formação de Serviço Social é prestada por inúmeras academias de cariz público e privado do país e dessa forma para contextualizar achou-se pertinente apresentar uma breve caracterização dos inquiridos referente à primeira seção do questionário, centrada na entidade académica de formação de 1º ciclo, nas habilitações e na entidade de saúde onde exercem a profissão. Assim sendo, a maioria realizou no Instituto de Serviço Social de Lisboa com uma percentagem de 31,6%, seguido da Universidade Católica com 15,8% e do Instituto Superior de Serviço Social de Beja (15,9%), seguido da ULHT e do ISMT de Coimbra (10,6%) e com uma percentagem menor a Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, o Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – IUL e o Instituto de Serviço Social do Porto com (5,3%). Tendo em conta as habilitações é visível no seguinte quadro:

Quadro IV. 1. - Habilitações

Licenciatura Pré-Bolonha	18 inquiridos
Licenciatura Pós-Bolonha	1 inquirido
Mestrado	4 inquiridos
Pós-Graduação	6 inquiridos
Curso de Especialização	1 inquirido
Sem especialização	8 inquiridos
Total	19 inquiridos

Fonte: produzido pela investigadora a partir dos dados recolhidos

Relativamente à entidade de saúde onde exercem a profissão, a maioria dos inquiridos exerce no CHLC (42,1%) seguido do HESE (31,6%) e com uma percentagem menor o ACES ARSLVT (26,3%).

A profissão de Serviço Social sempre trabalhou com a vulnerabilidade, com pessoas dependentes, idosos, crianças, deficiência, inúmeras doenças, e nesse sentido o conteúdo de Serviço Social na saúde deverá ser adquirido na formação em virtude de uma melhor prestação de cuidados direcionada às pessoas com a qual esta vertente trabalha. Porém, como apresentado no anexo B, os planos de estudo das universidades estudadas não integram de forma aprofundada uma formação teórica direcionada para a especialização da intervenção em contexto de saúde, uma vez que a formação de Serviço Social de 1º ciclo se assume como generalista (Ferreira, 2014), proporcionando aos profissionais um conjunto vasto de competências a nível teórico e metodológico que fornecem ferramentas fulcrais para uma posterior intervenção no terreno em qualquer área.

Apresentada em capítulos anteriores a história de formação do Serviço Social, nomeadamente as primeiras escolas, os anos de formação e o conteúdo apresentado nos planos de estudo, partindo de um Serviço Social higienista, hoje em dia num processo Pós-Bolonha esta área presta formação ao nível dos três ciclos, assim como concede inúmeros conhecimentos especializados em diversas vertentes da área social, nomeadamente ao nível da saúde.

2. PLANOS DE ESTUDO DE SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE

De forma a perceber que tipo de formação é prestada ao nível da saúde, foram analisados os planos de estudo das três Universidades Públicas e com estatuto Semipúblico estudadas. Como é apresentado no anexo B ao nível do 1º ciclo somente no ISCTE – IUL é facultado aos alunos de forma optativa uma unidade curricular relacionada com a saúde, nomeadamente “Metodologias do Serviço Social na Saúde”, que tem por objetivo “promover conhecimentos específicos teórico-práticos da intervenção do Serviço Social nas Organizações de Saúde, perceber qual a articulação com as redes sociais e com as políticas de saúde e de qualidade e desenvolver o pensamento crítico e proactivo com relação a novas realidades das pessoas doentes e suas redes de suporte social, familiar e comunitárias”.²⁷ No que diz respeito ao 2º ciclo, no ISCTE – IUL – mestrado em Serviço Social - é prestada aos alunos uma unidade curricular no âmbito da saúde de forma optativa, “Seminário Avançado em Serviço Social na

²⁷ Disponível em: <https://www.iscte-iul.pt/curso/55/licenciatura-servico-social-pl/planoestudos>

Saúde” que permite “desenvolver o conhecimento em Serviço Social na Saúde através da incorporação de teorias, metodologias e métodos de pesquisa que promovam uma intervenção qualificada neste domínio do conhecimento e campo de atuação profissional.”²⁸. Relativamente à Universidade Católica de Lisboa, o mestrado em Serviço Social encontra-se dividido em duas áreas de especialização: Serviço Social e Empreendedorismo e Inovação na Economia Social, estando disponível na primeira área de especialização uma unidade curricular de “Seminário de Intervenção Especializada em Serviço Social” que apresenta uma lista de unidades curriculares optativas que prestam formação em Serviço Social na saúde, nomeadamente “Intervenção em Serviço Social na Saúde”, “Intervenção em Serviço Social na Saúde – Campos e Problemáticas Específicas” e “Intervenção em Serviço Social em Gerontologia e Cuidados Continuados”²⁹. Ao nível do 3º ciclo não são prestadas em nenhuma das Universidades estudadas unidades curriculares no âmbito da saúde, havendo por sua vez abertura em qualquer uma delas para desenvolver um trabalho de investigação na área da saúde.

Perante a análise é visível que efetivamente existem unidades curriculares que promovem formação de Serviço Social na saúde ao nível do 1º e 2º ciclo, porém, apesar de existirem alunos que idealizam a saúde como área para trabalhar futuramente “(...) nada garante que o perfil construído seja o perfil onde se vá conseguir trabalhar. Hoje em dia (...) depende muito das ofertas (...)” (E1).

Achou-se pertinente analisar também os mesmos planos de estudo tendo em conta atividades complementares, isto é, unidades curriculares de ética e seminários/colóquios de Serviço Social na saúde. Foi nítido que a unidade curricular de “Ética e Deontologia do Serviço Social” na Universidade Católica de Lisboa e na Universidade de Coimbra e “Laboratório de Ética e Profissão em Serviço Social” no ISCTE – IUL está presente nas três Universidades, pois surge como “(...) outra área importante ao nível da produção de conhecimento (...)” (E2). Ao nível do 2º ciclo é lecionado também no ISCTE – IUL a unidade curricular de “Ética e Serviço Social” que pretende “desenvolver e estimular a capacidade analítica sobre a Ética enquanto campo de conhecimento e de reflexão sobre os valores que orientam a conduta humana e sobre a sua influência nas políticas públicas, na organização da sociedade e no exercício profissional dos assistentes sociais”³⁰, uma vez que a ética surge como uma componente fundamental na formação pois orienta o profissional na forma de agir e intervir, nomeadamente nos valores

²⁸ Disponível em: <https://www.iscte-iul.pt/curso/50/mestrado-servico-social/planoestudos>

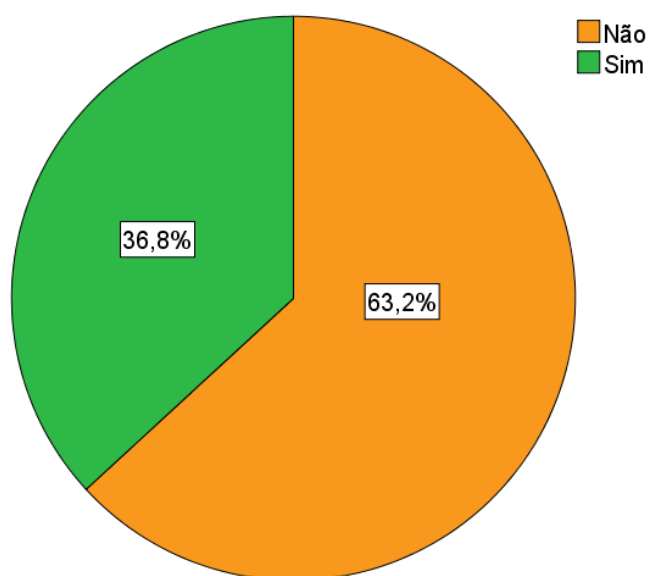
²⁹ Disponível em: <https://fch.lisboa.ucp.pt/pt-pt/disciplinas-optativas-mestrado-em-servico-social>

³⁰ Disponível em: <https://www.iscte-iul.pt/curso/50/mestrado-servico-social/planoestudos>

básicos dos direitos humanos, da justiça social e da integridade profissional (Código de Ética para o Serviço Social – Declaração de princípios, p. 8 *apud* Santo, 2015: 85). No ISCTE – IUL foi desenvolvido no ano de 2018 um Ciclo de Debates e Reflexão de Serviço Social na Saúde que contou com a colaboração de inúmeros profissionais de prestam a profissão de Serviço Social no campo da saúde.

No que concerne a esta questão e de entre as entidades académicas em cima enumeradas pelos inquiridos, a maioria refere que enquanto estudou não teve nenhuma unidade curricular no âmbito da saúde, como é visível na figura IV. 3., enquanto que com uma percentagem menor referem que tiveram, nomeadamente unidades curriculares como Grupo de Estudos Práticos, Unidade de Saúde Familiar, Psicopatologias, Psicopatologias e Estágios – Seminário em meio hospitalar e Psicopatologias – Teorias e Práticas de Intervenção Social.

Figura IV. 3. - Unidades Curriculares no âmbito da saúde



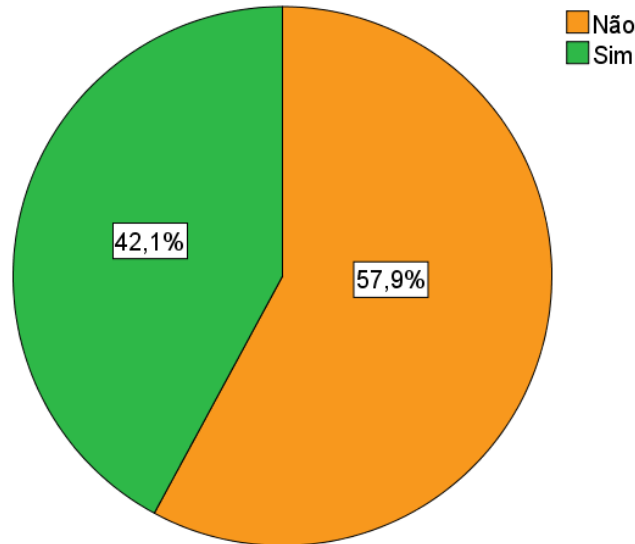
Fonte: produzido pela investigadora a partir dos dados recolhidos

Aos inquiridos, quando questionados relativamente aos planos de estudo apresentados, se se tornavam adequados tendo em conta a intervenção que desempenham no que diz respeito ao campo da saúde, a maioria respondeu que não (figura IV. 4.), e a justificação dada por alguns dos inquiridos foi que *“o plano de estudo do 1º ciclo é demasiado generalista não incidindo especificamente sobre as diversas áreas onde o Serviço Social está inserido.”* (I6), *“é necessário acrescentar cadeiras e temáticas relacionadas com a saúde.”* (I13), *“houve*

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

necessidade de pesquisa permanente da intervenção social na área da saúde, para complemento da mesma.” (I15).

Figura IV. 4. - Planos de Estudo adequados face à intervenção que desempenha atualmente no campo da saúde



Fonte: produzido pela investigadora a partir dos dados recolhidos

Segundo Cohen (2003) muitos dos programas de Serviço Social estão a repensar os planos de estudo por se tornarem inadequados na preparação dos alunos numa nova era de empregos, efetivamente por a formação de Serviço Social se assumir como generalista e serem exigidas habilidades práticas complexas na intervenção profissional nomeadamente ao nível da saúde, mas efetivamente esses ensinamentos devem centrar-se numa gama geral de habilidades, pois o assistente social deve assumir a sua prática como um profissional multifacetado direcionando a sua área para inúmeras vertentes (Cohen, 2003; Lavitt, 2009).

3. COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE

Para que o assistente social assuma uma intervenção qualificada é necessário que no processo de formação adquira as competências essenciais em prol da mesma, isto é, competências que permitam ao indivíduo um melhor desempenho em diversas situações ou contextos (Fischer, 2008). Porém, não existe consenso por parte de vários autores para designarem o conceito de competência, apesar de ser opinião comum que o mesmo tem implícito um conjunto de

característica como saberes, conhecimentos, aptidões e habilidades (Spencer e Spencer, 1993) que são utilizadas com o intuito de resolver problemas, autores como Zarifian (1999 *apud* Fleury e Fleury, 2000), referem que este conceito se funde num conjunto de conhecimentos teóricos e empíricos adquiridos pelo indivíduo e que pode ser conseguido através da formação, tornando-se a etapa inicial no que diz respeito ao desenvolvimento profissional.

As competências adquiridas em contexto de formação académica são a base para um bom desempenho enquanto profissional em qualquer área. O Serviço Social não é exceção, as competências adquiridas no âmbito académico surgem como habilidades que garantem uma intervenção qualificada, um bom diagnóstico social e a capacidade de elaborar um plano de intervenção adequado a cada situação particular (APSS, 2017), sendo dessa forma a chave para que a prática profissional surja de forma eficaz, nomeadamente através da dimensão teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa (Duarte, 2009).

As competências teóricas são competências que dominam o conhecimento do Serviço Social no âmbito do “saber-fazer, saber-ser, saber-estar” (Ferreira, 2011: 208 *apud* Ferreira, 2014: 335) ou seja, “(...) *têm a ver com aquilo que nós podemos intuir que é o conhecimento do ponto de vista teórico, com as abordagens conceptuais, tem a ver com aquilo que enquadra o conhecimento do problema, (...)*”(E1), de modo a que o assistente social se torne “treinado para intervir num campo de ação determinado com a máxima eficácia operativa e que esteja bem adestrado para operar instrumentalmente sobre as demandas do mercado de trabalho tal como elas se apresentam” (Netto, 1996: 125), pois “(...) *quando pensamos em competências teórico-metodológicas do ponto de vista da intervenção dos assistentes sociais (...)*” pensa-se “(...) *em competências de intervenção que se verifica quer a nível individual, quer a nível familiar, quer a nível comunitário, quer no contexto das organizações, competências que se prendem com a compreensão e o domínio de aspetos essenciais no domínio das políticas sociais, uma vez que o Serviço Social atua no quadro das políticas públicas e das políticas sociais em geral.(...)*” (E2). No que diz respeito à área da saúde, os assistentes sociais assumem conhecimento acerca de questões psicossociais associadas às doenças e necessitam de aprofundar e desenvolver conhecimento específico, assim como competências e habilidades para garantir uma intervenção de qualidade (APSS, 2017), e dessa forma “(...) *isto não pode ser desligado dos valores no qual nos inserimos, (...)*” (E1). As competências teórico-metodológicas “(...) *têm a ver com o conhecimento, por um lado daquilo que são as teorias que vêm de outras áreas, no sentido de nós conseguirmos conhecer e compreender o problema, por outro lado têm a ver com aquilo que são as abordagens mais específicas do Serviço Social que têm a ver com aquilo que nos permite intervir no próprio problema juntamente com os*

valores que nos permitem ter uma visão mais global sobre os princípios da intervenção.” (E1). Posto isto, a prática do Serviço Social confere competências bastante significativas, “(...) *que são competências comuns e indispensáveis ao exercício profissional ligadas ao saber, mobilizadas em questões de situações de trabalho e atividades particulares ligadas ao saber fazer e competências adquiridas ao longo da trajetória pessoal e profissional ligadas ao saber ser (...)*” (E3), pois intervêm em diferentes contextos da prática.

A intervenção do assistente social na área da saúde necessita “ter um claro entendimento dos objetivos e de encontrar *standards* normativos” (Simões, 2009 *apud* Santo, 2015: 96) onde a competência profissional é fundamental no auxílio do desempenho e normal funcionamento de uma entidade de saúde.

Os entrevistados, docentes que lecionam o Serviço Social, para além das competências teórico-metodológicas, referiram outro tipo de competências que não são tão especificamente teóricas ou analíticas, mas que se tornam fundamentais para uma boa prática profissional, nomeadamente as competências administrativas que “(...) *têm a ver com os procedimentos, com todo um conjunto de abordagens que são importantes, e do ponto de vista técnico tem a ver com um domínio instrumental, que é o mais imediato e um conjunto de dimensões na área do Serviço Social que são importantes, fundamentalmente na questão do diagnóstico, é importante que os alunos tenham a noção dos instrumentos que permitem a elaboração de um determinado diagnóstico, (...)*” (E1), tal como referido numa das funções que vigoram nos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da saúde na Circular Normativa n.º 8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde no Ministério da Saúde (16 de maio de 2002) – Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico social -, “(...) *assim como as técnicas por excelência da intervenção, que têm a ver sobretudo com a entrevista, seja motivacional, seja uma entrevista de ajuda, seja uma entrevista de recolha de dados (...)*” (E1). As competências “(...) *de dimensão coletiva, do trabalho em grupo, do próprio desenvolvimento da comunidade (...)*” (E1), e as competências relacionais/de comunicação que “(...) *são quase nucleares ao Serviço Social, pois têm muito a ver também com a questão da comunicação e com a questão da relação que nós construímos com o outro.*” (E1), pois “ (...) *são competências que são requeridas quer pelo facto de se tratar de uma profissão onde a dimensão relacional com os seres humanos e sociais é essencial e portanto requer competências específicas neste domínio, (...)* e são também competências que têm a ver com a criação de uma sensibilidade social, cultural aos outros e às pessoas com quem trabalha, competências que são hoje solicitadas pelas

circunstâncias do mundo em que nós vivemos, num mundo que é diferente daquele por exemplo quando a profissão de Serviço Social emergiu como uma profissão histórica.” (E2).

Os inquiridos foram questionados através do inquérito online e com possibilidade de resposta aberta de referirem quais na sua opinião são as competências chave exigidas na sua prática profissional, assim como quais aquelas que a legislação e a literatura definem para os assistentes sociais que exercem a profissão na área da saúde. Para tornar a análise mais concisa foi elaborada uma tabela onde foram divididas as competências por categorias (Quadro IV. 2.).

Quadro IV. 2. - Competências divididas por categorias

Categorias	Competências indicadas
<p>A – Humildade</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Saber ouvir; — Respeitar; — Compreender; — Disponibilidade; — Comunicação; — Persistência; — Empatia; — Confiança; — Respeito pelas decisões do utente; — Assertividade; — Responsabilidade e compromisso com o serviço; — Resiliência; — Dedicção; — Prontidão; — Sensibilidade; — Delicadeza; — Sentido de justiça; — Igualdade e não discriminação; — Confidencialidade; — Sensibilização; — Equidade
<p>B – Empreendedorismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Trabalhar em equipa; — Integrar equipas multidisciplinares; — Interação entre profissionais; — Interação com pessoas com diferentes características; — Gerir dificuldades e conflitos; — Comunicação; — Trabalhar em rede; — Rigor e perfeccionismo na informação prestada; — Capacidade analítica e crítica; — Proatividade; — Eficácia e Eficiência;

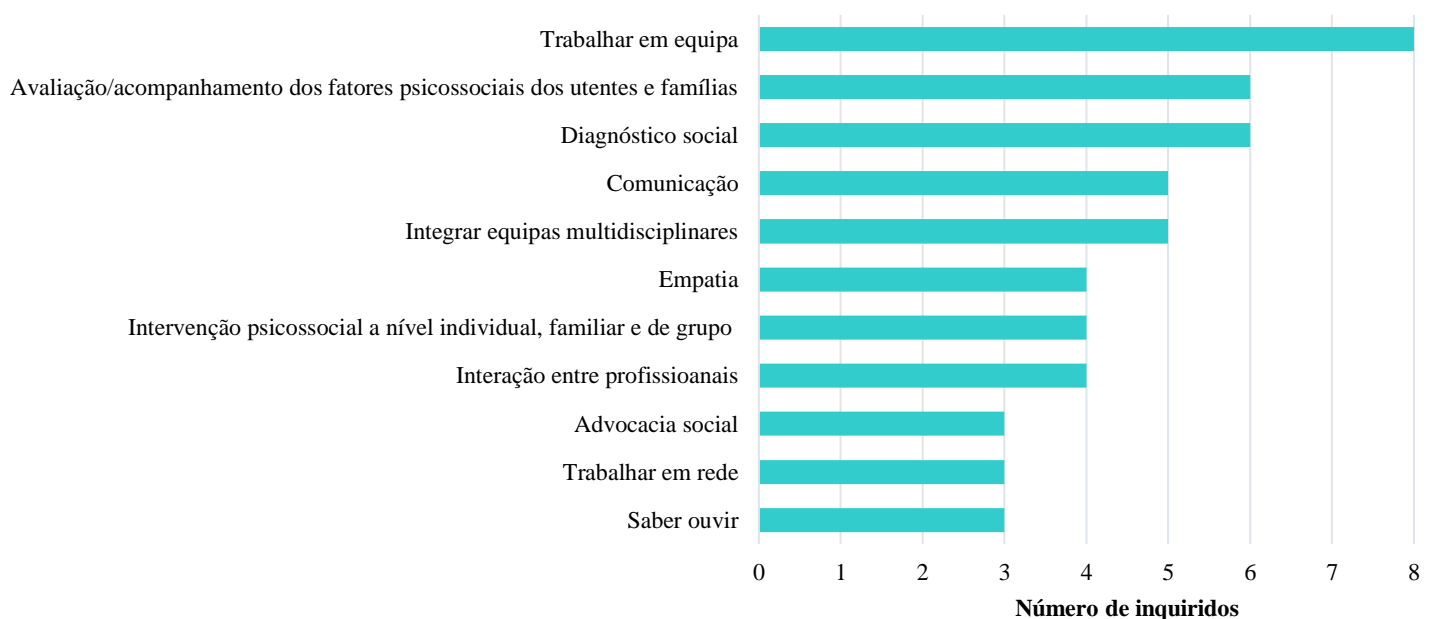
	<ul style="list-style-type: none"> — Continuidade de formação; — Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar em articulação com os parceiros da comunidade; — Articular com os restantes colegas; — Articulação, negociação e mediação entre cidadãos, serviços públicos e outros organismos sociais; — Participação ativa e responsabilização dos utentes; — Ser potenciador da mudança e da melhoria da qualidade de vida do cidadão; — Ser capacitação; — Promoção da cidadania;
<p style="text-align: center;">C – Técnico – científicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Mediação/Negociação; — Saber teórico; — Fatores psicossociais para grupos de risco e vulnerabilidade; — Fatores psicossociais no tratamento da doença e reabilitação; — Diagnóstico social; — Advocacia social; — DGS Circular Normativa do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde (16 de maio de 2012); — Sigilo profissional; — Ética; — Conhecimentos/Leis, regras, valores e normas institucionais; — Adaptação das respostas/políticas sociais tendo em conta a atualidade; — Respeito pelos códigos de ética; — Investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção; — Criação de condições que conduzam à elaboração de planos; — Articulação; — Autonomia, integração ou devolução ao meio; — Justiça social

<p>D – Intervenção Profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Intervenção psicossocial a nível individual, familiar e de grupo; — Aconselhamento e intervenção por motivos clínicos e/ou sociais; — Planeamento de alta; — Planos de intervenção social; — Humanização e eficiência na prestação de cuidados; — Envolver e orientar os utentes e famílias na procura de recursos adequados às necessidades; — Aconselhamento e intervenção em situações de crise; — Saber elaborar propostas que visam a prevenção e resolução de problemas e a satisfação de necessidades; — Identificar as potencialidade e necessidades sociais, culturais e relacionais; — Identificar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes; — Envolver e orientar utentes, famílias e grupos na procura de recursos adequados às suas necessidades; — Relatar, informar e acompanhar situações sociais problemáticas; — Intervenção psicossocial a nível individual, familiar e grupal; — Aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos médicos e/ou sociais; — Supervisão técnica; — Promoção, participação e efetivação dos cuidados de saúde; — Intervenção com indivíduos, famílias, grupos e comunidades;
<p>E – Avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Avaliação/Acompanhamento dos fatores psicossociais dos utentes e famílias; — Avaliação e criação de recursos na comunidade; — Avaliação dos fatores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação
<p>F – Planeamento/estratégia e inovação</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Realização de programas de prevenção e promoção da saúde; — Educação e informação em saúde; — Mobilização, organização e coordenação das entidades para a prestação de cuidados de saúde e sociais; — Compreensão das políticas sociais e implementação de programas sociais;

Fonte: produzido pela investigadora a partir dos dados recolhidos

De todas as competências mencionadas é notório como já referido que este conceito se pode dividir em “saber (competências teóricas), saber-fazer (competências práticas) e saber-ser (competências sociais e comportamentais)” (Almeida, 2011 *apud* Cortês, 2017: 199), ao mesmo tempo que retrata um conjunto de saberes mobilizados em situação de qualquer prática profissional, nomeadamente “os conhecimentos específicos para a execução de uma tarefa, as aptidões, a inteligência pessoal e profissional e a vontade de colocar em prática e desenvolver novas competências” (Le Boterf, 1994). Porém como em qualquer área, também na saúde é necessário adquirir competências específicas para desenvolver de forma adequada a intervenção profissional, pois “vivemos numa época onde várias ciências se ocupam com a saúde procurando salvaguardar os sujeitos, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida , mas por outro lado, edificando e ampliando o seu espaço enquanto áreas do saber e onde defendemos ser indispensável a definição do papel profissional de cada área” (Cortês, 2017: 197). Numa abordagem global da recolha de dados no que diz respeito à reposta aberta das competências, é observável a quantidade de informação que foi possível obter, vasta e diversificada, porém de entre as inúmeras competências referidas é de realçar que houveram algumas que foram mencionadas várias vezes por diversos inquiridos como é visível na figura IV. 5., as restantes foram somente referidas uma vez.

Figura IV. 5. - Competências mais referidas pelos inquiridos



Fonte: produzido pela investigadora a partir dos dados recolhidos

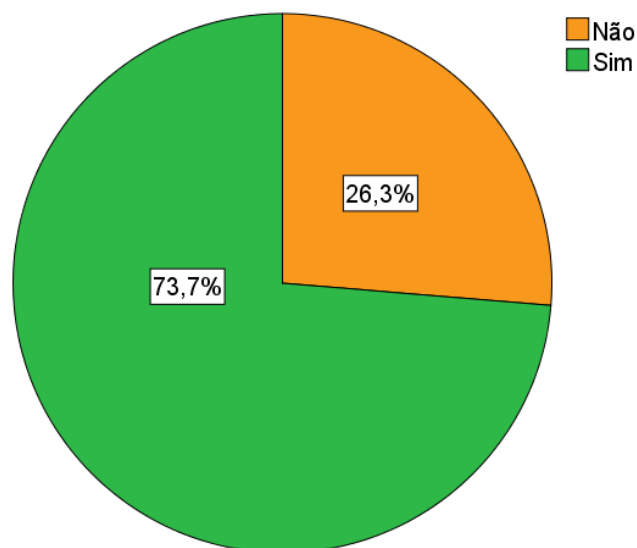
Segundo Paulo Netto (2000), se na formação académica estiverem asseguradas as dimensões de ensino, pesquisa e extensão, assim como, as competências teóricas, técnicas e políticas, os profissionais formados estarão aptos a “constituir uma categoria profissional com perfil próprio e capaz de servir a sociedade”.

Os inquiridos foram igualmente questionados “Se as competências descritas foram adquiridas na formação académica ou se tiveram necessidade de recorrer a outro tipo de formação”, onde a maioria (10) refere ter sido através da formação académica e da formação complementar, pois sentiram necessidade de adquirir por exercerem a profissão na área da saúde, *“Tive muita necessidade de ir fazendo formações complementares para melhor me capacitar de ferramentas e instrumentos que me levassem a uma melhor intervenção e de qualidade”* (I5), ao mesmo que foi referido a prática profissional (5) como meio de aquisição das competências supramencionadas, o estágio curricular (1) e a junção da prática profissional e a formação académica (3).

4. DA FORMAÇÃO À PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE

No que concerne à formação académica de 1º ciclo, os inquiridos consideram que a mesma se tornou suficiente face à intervenção profissional que desempenham na área da saúde (52,6%), porém uma outra parte não concorda que a mesma tenha sido suficiente (47,4%), justificando que a formação *“não forneceu conhecimento teórico específico suficiente para a prática profissional do assistente social na saúde, nomeadamente ao nível de metodologias e métodos. O conhecimento das diversas patologias e consequências/tratamentos das mesmas são cruciais para a intervenção do Serviço Social não tendo nenhuma formação no âmbito da licenciatura em Serviço Social.”* (I6), *“a formação académica foi insuficiente porque os conhecimentos e aprendizagens foram de um âmbito mais geral”* (I13). Perante as respostas dadas, os mesmos foram questionados se sentiram necessidade de adquirir uma formação/conhecimento específico para exercer a sua prática na área da saúde, uma vez que ainda que menor, foi referido na questão anterior que 47,4% não considerou a formação de 1º ciclo suficiente por ser de âmbito geral e não ter conhecimento específico em saúde, dessa forma foi explícito com uma percentagem bastante acentuada que efetivamente houve necessidade de recorrer a um conhecimento específico por parte dos inquiridos, como é visível na figura IV. 6.

Figura IV. 6. - Necessidade de adquirir uma formação/conhecimentos específico(a) para exercer a profissão na saúde



Fonte: produzido pela investigadora a partir dos dados recolhidos

A necessidade de aquisição de um conhecimento específico na área da saúde deve-se essencialmente à *“atualização constante dos saberes, à consolidação dos conhecimentos, principalmente adequando às várias realidades existentes”* (I1), com o *“objetivo de adquirir conhecimento mais específico da realidade hospitalar, desde necessidades, respostas, etc”* (I4), e efetivamente *“tendo formação em áreas específicas à medida que iam aparecendo”* (I17), e *“após longos períodos de trabalho considero que se deve proceder à atualização e foi assim que fiz o mestrado”* (I18). É realmente nesta última resposta que se verifica que *“(…) quando integramos qualquer organização, ou quando integramos qualquer área, tem que haver aqui um investimento da pessoa (…)”* (E1), não só a nível pessoal, mas a nível académico, pois principalmente a área da saúde é uma área a que os profissionais estão sujeitos a algumas particularidades específicas e onde intervêm ativamente pelas atividades e funções desenvolvidas nesta área (Erickson *et. al* 1994 *apud* Santo, 2015).

Foi notório que dos 19 inquiridos, relativamente aos conhecimentos adquiridos no 1º ciclo terem sido suficientes para exercer uma boa prática, a grande maioria responde de forma positiva, reforçando a ideia de que a componente estágio foi fundamental para exercer uma boa prática, pois *“(…) na altura os estágios eram prolongados (…)”* (I3), e *“(…) as unidades onde são desenvolvidos os contextos de estágio possibilitam uma partilha e reflexão conjunta de diferentes áreas (…)”* (I4) ao mesmo tempo que se afirma que *“(…) obtive os conhecimentos*

gerais para uma intervenção em Serviço Social, adquiri conhecimentos no uso de técnicas e metodologias de intervenção para além do suporte teórico que serve de base para a nossa prática. Foi uma formação de base que permitiu construir os meus alicerces.” (I5), por outro lado, há inquiridos que acham que a formação não se tornou suficiente, pois “(...) *não me sentia preparada para exercer a profissão. Sentia que ainda me faltavam bases/conhecimentos importantes.*” (I2).

Contextualizando, é explícito que perante a análise feita, a maioria dos inquiridos consideram que a formação de 1º ciclo se tornou adequada face à intervenção profissional que desempenham atualmente na área da saúde, pois contempla toda a formação de base para exercer a profissão em qualquer área do Serviço Social, porém consideram os planos de estudo “adequados, mas não o suficiente” (I9) face à intervenção que desempenham na área da saúde.

Dos indivíduos (9) que consideraram não ser suficiente a formação de 1º ciclo para exercer a profissão na área da saúde, quase todos (8) consideram que os planos de estudo não são adequados face à intervenção que desempenham no campo da saúde, por sua vez dos 10 indivíduos que admitiram que a formação de 1º ciclo foi suficiente para exercer a profissão na área da saúde, a maioria (7) considera que os planos de estudo são adequados face à intervenção no campo da saúde.

Quadro IV. 3. - Formação de 1º ciclo suficiente segundo Planos de Estudo adequados

		Após a formação sentiu que os Planos de Estudo eram adequados face à intervenção que desempenha atualmente no campo da saúde		Total
		Não	Sim	
A formação de 1º ciclo foi suficiente para exercer a profissão na área da saúde	Não	8	1	9
	Sim	3	7	10
Total		11	8	19

Fonte: produzido pela investigadora a partir dos dados recolhidos

Pode concluir-se então que a relação entre as duas variáveis é significativa ($\chi^2 (1) = 6,739$; $p = 0,020$) e a associação é de intensidade moderada (V de Cramer = 0,596)³¹.

³¹ Ver anexo E

Dos 11 indivíduos que consideram não ser suficiente a formação de 1º ciclo para exercer a profissão na área da saúde, a maioria (7) consideram que deveria haver uma formação especializada na área da saúde, e nenhum dos indivíduos considera que a formação deveria ser generalista. Por sua vez, dos 8 indivíduos que admitiram que a formação de 1º ciclo foi suficiente para exercer a profissão na área da saúde, metade (4) considera que os planos de estudo devem direcionar a profissão para uma formação generalista e apenas um que a profissão deve direcionar a formação para especializada na área da saúde.

Quadro IV. 4. - Planos de Estudo adequados segundo a direção dos mesmos para o tipo de formação

		Os Planos de Estudo devem direcionar a profissão para que tipo de formação			Total
		Generalista	Especializada	Deveria haver uma formação especializada na área da saúde	
Após a formação sentiu que os Planos de Estudo eram adequados face à intervenção que desempenha atualmente no campo da saúde	Não	0	4	7	11
	Sim	4	3	1	8
Total		4	7	8	19

Fonte: produzido pela investigadora a partir dos dados recolhidos

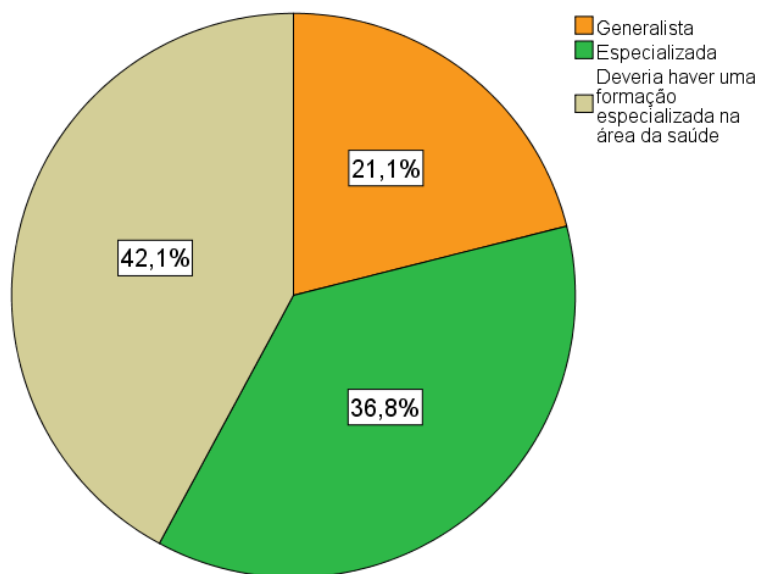
Também neste caso foi detetada uma relação significativa entre as duas variáveis ($\chi^2 (2) = 8,378; p = 0,016$) e a associação é de intensidade moderada (V de Cramer = 0,664)³².

É justamente perante esta análise do quadro IV. 4. que é conclusivo que segundo a maioria dos inquiridos os planos de estudo devem direcionar a profissão para uma formação especializada na área da saúde como é visível na figura IV. 7³³.

³² Ver anexo E

³³ A análise feita no programa SPSS limitou pelo facto de a amostra ser reduzida, porém foi um complemento vantajoso em termos de análise de dados para obtenção dos resultados obtidos.

Figura IV. 7. - Os Planos de Estudo devem direcionar a profissão para que tipo de formação



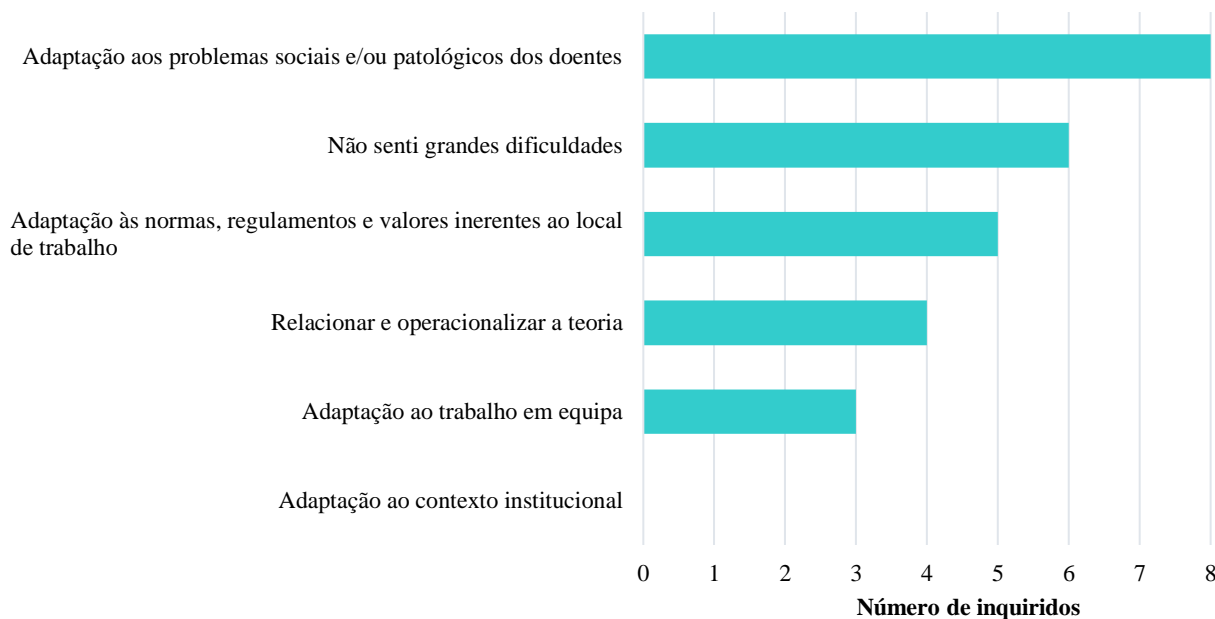
Fonte: produzido pela investigadora a partir dos dados recolhidos

A justificação dada pelos inquiridos que referiram que “Deveria haver uma formação especializada na área da saúde” foi, de forma geral, por ser uma área específica com conhecimentos muito específicos, e dessa forma “*para uma intervenção mais qualificada e de qualidade deveria haver uma reflexão e uma abordagem para uma intervenção mais especializada*” (I5), pois “*(...) dada a especificidade da saúde e sendo o assistente social um promotor do acesso à saúde, deve ter especialização*” (I17).

5. DE GENERALISTA A ESPECIALISTA – PARTICULARIDADES E EXIGÊNCIAS

Como já referido anteriormente os profissionais de Serviço Social estão sujeitos a particularidades próprias no que diz respeito ao campo da saúde (Erickson *et. al* 1994 *apud* Santo, 2015), pois possuem competências específicas tendo em conta a prática profissional (Cortês, 2017). Tal como em qualquer área do Serviço Social ou organização também no campo da saúde são sentidas dificuldades aquando o seu ingresso, não só a nível teórico como a nível prático pelas particularidades exigidas. De acordo com o exposto foram apresentadas aos inquiridos no questionário online um conjunto de dificuldades que se tornaram de forma geral as mais adequadas tendo em conta o início de carreira no campo da saúde, como é possível observar na seguinte figura. É de realçar que os indivíduos tinham oportunidade de seleccionar mais que uma opção.

Figura IV. 8. - Dificuldades sentidas pelos inquiridos na prática profissional



Fonte: produzido pela investigadora a partir dos dados recolhidos

Perante a análise da figura IV. 8. é de notar que a “adaptação aos problemas sociais e/ou patológicos dos doentes” surge como a dificuldade mais sentida pelos inquiridos, uma vez que o seu principal foco enquanto assistentes sociais no campo da saúde é centrado no doente e na família, acabando por assumir um papel de maior responsabilidade e compromisso com a profissão, não só na prestação de auxílio e suporte como na ajuda e adaptação aos diversos contextos da vida (Cortês, 2017), pois inevitavelmente vão haver alterações ao nível das rotinas (Masfret, 2010 *apud* Santo, 2015: 49).

De entre a informação recolhida das entrevistas o ponto de vista é unânime “(...) a formação em Serviço Social na licenciatura, ou seja, no 1º ciclo é generalista, (...)” (E1), “(...) essa formação deve ter um perfil generalista de largo perfil, pois é absolutamente impossível abarcar na formação de 1º ciclo a diversidade dos campos de trabalhos sociais para conferir a essa formação uma opção de formação especializada (...)” (E2), completando esta ideia os entrevistados referem o que foi mais uma vez verificável na análise dos planos de estudo, “(...) cada aluno pode a partir daquilo que são as cadeiras optativas ir construindo um determinado perfil na sua formação (...)” (E1), “ (...) que podem enriquecer e dar possibilidade ao aluno de aprofundar um percurso mais próprio que ele gostaria de desenvolver (...)” (E2). Efetivamente como já referido por diversos autores, a formação de 1º ciclo assume-se como

generalista, é neste campo que compete às académicas proporcionarem aos alunos competências que surjam como essenciais ao exercício da profissão em Serviço Social em qualquer área, porém é justamente no 2º ciclo ou na aquisição de conhecimentos específicos que existe a oportunidade de formações especializadas, pois “(...) *todas as principais áreas de trabalho dos assistentes sociais, aquelas que são as áreas mais nucleares da sua atividade profissional precisam de uma formação especializada, (...) e essa formação pode ser encarada ao nível do 2º ciclo (...)*” (E2). A área da saúde é uma área, como já referido, que necessita de competências específicas tendo em conta a prática profissional, uma vez que “(...) *há uma diversidade de problemáticas, de patologias, de questões, que obviamente requerem uma formação especializada que será desejável que não seja feita apenas em contexto de exercício (...), que haja a possibilidade de lhes oferecer unidades de formação especializada, seja pelo 2º ciclo seja pela formação pós-graduada (...)*” (E2).

Esse sistema curricular, designado pelo autor Leighninger por “sistema curricular de duas vias”, sugere que a formação profissional seja contínua, isto é, partir de uma formação generalista e seguir com a possibilidade de aprofundamento numa área de atuação específica (Netto, 1996).

Aos entrevistados foi questionado o que entendem por formação generalista e especializada. A formação generalista, abordada em capítulos anteriores requer uma visão global e holística dos problemas sociais (Raeymaeckers, 2000: 611; Blom, 2004; Leighninger, 1980), isto é, “(...) *tem a ver com aquilo que é o núcleo do Serviço Social (...)*” (E1), “(...) *tem que contemplar o conjunto de competências teóricas, teórico-metodológicas e técnicas, em domínios essenciais para o exercício da profissão em qualquer setor de atividade (...)*” (E2), pois é esse número de estratégias que possibilitam adquirir informações peculiares de forma a conseguir um olhar abrangente da situação/problema que requer assistência, a mesma “(...) *enquadra os desafios à intervenção e participação do Serviço Social na sociedade contemporânea (...)*” (E3). Contudo, segundo o autor Paulo Netto (1996) a formação em Serviço Social pode seguir dois caminhos, dirigir a formação desde o início para especializações, ou manter o perfil generalista institucionalizando a especialização como requisito para a prática profissional, posto isto, segundo os entrevistados, a formação especializada “(...) *deve atender às áreas de atividade fundamentais do Serviço Social, aquelas que são as suas áreas nucleares clássicas e as áreas emergentes, áreas que vão sendo alteradas consoante as próprias transformações que as sociedades conhecem (...)*” (E2), isto é, tudo o que engloba as “(...) *áreas temáticas que contemplam o Serviço Social (...)*” (E1), uma vez que o assistente social especialista concentra-se num problema específico e/ou num grupo-alvo específico

(Raeymaeckers, 2000: 611; Blom, 2004; Leighninger, 1980). Porém é importante referir que o facto de um assistente social aprofundar determinado conhecimento na área da saúde não torna o mesmo profissional de Serviço Social especializado, isto é, torna-se inexistente o reconhecimento e/ou neste caso a ausência de formação especializada em saúde (Cortês, 2017), pois “(...) *as escolas de Serviço Social não prestam de forma formativa uma formação especializada na área da saúde (...)*” (E3), excetuando as unidades curriculares optativas que prestam bases de Serviço Social em saúde ao nível do 1º e 2º ciclo, porém ambos os tipos de assistentes sociais – especialistas e generalistas – intervêm juntos e usufruem das suas competências individuais para fornecer ferramentas de resolução de problemas (Raeymaeckers, 2000; Blom, 2004).

Neste sentido a formação de 1º ciclo presta competências suficientes para o profissional integrar qualquer organização em qualquer área do Serviço Social, nomeadamente a saúde, pois contempla conteúdo base que engloba qualquer valência, porém a saúde por conter particularidades específicas é necessário, para que a intervenção seja qualificada, que haja um investimento por parte do profissional de aprofundamento e especialização em áreas da saúde de modo a se tornar num profissional qualificado e na garantia dos Direitos Humanos, nomeadamente ao nível das condições de saúde, mas também privacidade, conforto, autonomia e liberdade.

CONCLUSÕES FINAIS

O objetivo geral da presente dissertação prendeu-se com a identificação e análise das competências adquiridas em processo de formação académica, assim como de que forma esta influencia a prática na construção de saberes específicos em saúde.

A formação em Serviço Social engloba atualmente três ciclos de estudos existindo por sua vez inúmeras formações adicionais que prestam conhecimento complementar e específico em qualquer valência da profissão, formações essas que são prestadas em diversas instituições de ensino superior de carácter público e privado em todo o país.

Focando essencialmente a saúde como área de estudo, nos dias de hoje, a profissão de Serviço Social não é considerada parte integrante da área da saúde, porém é uma componente integrada à várias décadas nas equipas interdisciplinares deste âmbito (Cortês, 2017), pois a relação destas duas áreas apesar de não ser recente “faz parte da própria identidade da profissão, uma vez que o conceito de saúde tem sido reconfigurado ao longo dos anos” (Carvalho, 2012: 23). Enquanto profissão interventiva o Serviço Social funde-se na dignidade humana e nos direitos humanos destacando como princípios fundamentalmente a autodeterminação, liberdade e autonomia tendo sempre em consideração o respeito pela pessoa e pela diversidade humana direcionada para os direitos humanos e para a justiça social, potenciando um tratamento justo e equitativo em saúde (Carvalho, 2012: 24). O assistente social enquanto profissional interventivo na área da saúde tem como funções informar e orientar os utentes tendo em conta os recursos existentes, informar acerca dos direitos e deveres enquanto doente, incidir quer na supervisão quer no aconselhamento da interação com sujeitos e terceiros (Santo, 2015: 48) de modo a melhorar as situações em causa e ajudar a enfrentar os seus problemas da melhor forma prestando inúmeras oportunidades de melhoria. Todas as situações acabam por interferir na dinâmica familiar e na vida pessoal e dessa forma há que prestar igualmente um apoio psicossocial a doentes e famílias de forma a se adaptarem da melhor forma aos diversos contextos da vida (Cortês, 2017).

Para que toda a intervenção atue de forma adequada e para se seja possível prestar os cuidados e atenção necessária a todos os doentes e famílias é fundamental ter o devido conhecimento da legislação que consolida a prática do assistente social na área da saúde, nomeadamente as funções estabelecidas pelo Ministério da Saúde através da Circular Normativa n.º 8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, assim como o domínio das políticas e sistemas de saúde, consolidando o conhecimento adquirido e a ação social em que o profissional atua de forma adequada e qualificada.

A intervenção do Serviço Social na saúde desenvolve-se essencialmente nas relações estabelecidas entre o indivíduo a família e as instituições (Carvalho, 2012) e dessa forma é importante por em prática as competências adquiridas ao nível da formação, que surgem como as competências base para uma boa intervenção em qualquer área do Serviço Social, nomeadamente competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas ligadas ao saber, saber-fazer e saber-ser, e as competências que vão sendo adquiridas ao longo de formações complementares específicas juntamente com os conhecimentos adquiridos na prática através da intervenção em equipas multidisciplinares e através da própria dinâmica da instituição. Os saberes, conhecimentos, aptidões e habilidades são características que surgem como mote para resolução de problemas (Spencer e Spencer, 1993), e é nesse sentido que o Serviço Social é uma disciplina que confere competências bastante significativas pois intervém em diversos contextos da prática e diferentes momentos do desenvolvimento do ser humano, porém quando surge a área da saúde os assistentes sociais requerem um conhecimento específico na sua intervenção no que diz respeito à intervenção multifacetada neste campo. Dessa forma os profissionais de Serviço Social que exercem a profissão na área da saúde são especialistas sobre questões psicossociais associadas às doenças necessitando de desenvolver uma base de conhecimentos mais ampla, assim como competências e habilidades de forma a garantir uma intervenção qualificada em cada situação particular (APSS, 2017).

Porém, perante o exposto é verificável que a prática do Serviço Social é particularmente específica no que concerne à intervenção no contexto da saúde, por sua vez em termos de formação académica o Serviço Social em Portugal assume-se como generalista, (Ferreira, 2014) não havendo uma especialização na área da saúde. Como já referido e analisado ao nível dos Planos de Estudo estudados são prestadas unidades curriculares de carácter opcional que proporcionam aos alunos oportunidades de adquirirem conhecimentos gerais ao nível da saúde e mesmo em ciclos posteriores existe a oportunidade de fazer investigação ao nível de 2º e 3º ciclos nesta área e até formações complementares. Foi possível verificar que a grande maioria dos investigados tivera necessidade de adquirir uma formação/conhecimento específico para exercer a profissão na área da saúde justificando que essencialmente esta área necessita de constante atualização de saberes como também pela necessidade de esta conter conhecimentos muito específicos. Porém o facto de aprofundar conhecimento não torna o profissional de Serviço Social num assistente social especializado, isto é, torna-se inexistente o reconhecimento e/ou neste caso a ausência de formação especializada em saúde (Cortês, 2017).

Centrando-nos na síntese dos resultados da pesquisa e do conteúdo recolhido a opinião divide-se, pois os inquiridos na sua maioria afirmam ter obtido uma formação de 1º ciclo

suficiente para exercer a prática profissional, com bases sustentadas a nível geral, porém referem que os planos de estudo não se tornaram os adequados face à intervenção que desempenham enquanto assistentes sociais em contexto de saúde, havendo por sua vez necessidade de adquirir posteriormente uma formação/conhecimento específico para exercer o Serviço Social em contexto de saúde pois consideram a saúde como uma área muito específica pelas diversas situações que a mesma acarreta e por ser uma área complexa, quando associadas as variáveis é visível que existe uma correlação entre ambas. Toda esta linha de pensamento vai de encontro ao referido pelos docentes entrevistados, pois apesar de a formação de Serviço Social de assumir como generalista é efetivamente em ciclos posteriores, ou formações complementares como pós-graduações ou cursos de especialização, que há oportunidade de especializar qualquer área, neste caso a área da saúde.

Importa realçar uma questão: O facto de o Ministério da Saúde proporcionar formação a diversos grupos profissionais como enfermeiros ou médicos, o porquê de não o fazer com o Serviço Social? Porque não garante essa formação uma vez que o assistente social é um profissional de intervenção em contexto de saúde, que intervém ativamente com doentes e famílias e que possui competências bastantes específicas na sua intervenção no campo da saúde? Considera-se uma questão muitíssimo pertinente para uma pesquisa futura. Em futuras investigações poderá ser interessante e enriquecedor incluir a participação para além de docentes e assistentes sociais, utentes e famílias assim como outras categorias profissionais de saúde. Por fim torna-se necessário referir que o assistente social possui um papel fundamental como parte integrante em equipas multidisciplinares em qualquer contexto de saúde pois possui uma base sólida na formação académica completando as inúmeras oportunidades que existem para se enriquecer enquanto profissional de intervenção em contexto de saúde de modo a intervir de forma adequada e qualificada.

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

BIBLIOGRAFIA

- Adler, Marcelo (2002), *Estratégia organizacional e competências gerenciais*, Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador
- Agnew, Elizabeth (2004), *From Charity to Social Work: Mary E. Richmond and the Creation of an American Profession*, Urban and Chicago, University of Illinois Press *apud* Cortês, Alexandra S.P.R. (2017), *Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: Serviço Social em Cuidados Paliativos*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas, ISCTE
- APSS (2017), Memorando sobre as e os assistentes sociais no Serviço Nacional de Saúde
- Argueta, Julio Cesar Diaz (2006), “Naturaleza y especificidad del Trabajo Social: un desafío Trabajo Social: un desafío pendiente de resolver. Reflexio para el debate”. Revista *KATÁLYSIS* Nº 9 (2) *apud* Santo, Maria Inês Espírito (2015), *O processo de acreditação Hospitalar – desafios na prática profissional dos Assistentes Sociais*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, ISCTE
- Banks, Sarah (2006), *Ethics and values in social work*, Third edition, Palgrave Macmillan, New York.
- Blom, B. (2004), “Specialization in social work practice: Effects on interventions in the personal social services”. *Journal of Social Work*, 4, 25-46.
- Bogdan, R., S. Biklen (1994), *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora
- Boquinhas, José (2012), *Políticas e Sistemas de Saúde*, Coimbra, Almedina, Edições S.A. *apud* Cortês, Alexandra S.P.R. (2017), *Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: Serviço Social em Cuidados Paliativos*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas, ISCTE
- Boquinhas, José (2012), *Políticas e Sistemas de Saúde*, Coimbra, Almedina, Edições S.A.
- Branco, Francisco e Maria Farçadas (2012), “O Serviço Social nos cuidados de saúde primários: contextos, perspetivas e desafios” em Maria Carvalho (2012), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Lidel – edições técnicas, Lda. *apud* Cortês, Alexandra S.P.R. (2017), *Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: Serviço Social em Cuidados Paliativos*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas, ISCTE
- Branco, Francisco e Ernesto Fernandes (2005), *O Serviço Social em Portugal: Trajectória e Encruzilhada*, Lisboa. Les Presses de l’Université Laval
- Campos, António Correia de (1986), “Um Serviço Nacional de Saúde em Portugal: Aparência e Realidade”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 18-20, pp. 601-618
- Cannon, I. M. (1913), *Social work in hospitals - a contribution to progressive medicine*, Social Service Department of Massachusetts General Hospital, Russell Sage Foundation *apud* Santo, Maria Inês Espírito (2015), *O processo de acreditação Hospitalar – desafios na prática profissional dos Assistentes Sociais*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, ISCTE
- Carvalho, M. *et.al* (2012), *Serviço Social na Saúde*, Pactor, Lisboa
- Christ, Grace and Susan Blacker (2005), “Series introduction: the profession of social work in end-of-life and palliative care”, *Journal of Palliative Medicine*, 8 (2) *apud* Cortês, Alexandra S.P.R. (2017),

- Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: Serviço Social em Cuidados Paliativos*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas, ISCTE
- Cohen, K. (2003), *Managed care and the evolving role of the clinical social worker in mental health*. Social Work, 48 (1)
- Cortês, Alexandra S.P.R. (2017), *Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: Serviço Social em Cuidados Paliativos*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas, ISCTE
- Cruz, Manuel Braga da (2004), *Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional, Grupos por Área de Conhecimento*
- Day, P., J. Schiele (2013), “A new history of social welfare” (7th ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Deluiz, Neise (2001), “O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo.”, Boletim técnico do SENAC, Rio de Janeiro: v. 27, n. 3, p. 13-25, set./dez.
- Duarte, Telma Rosária Freitas (2009), *Formação de 1º ciclo em Serviço Social após adequação ao Processo de Bolonha em Portugal*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Coimbra, Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga
- Erickson, R. G. Erickson (1994), An Overview of Social Work Practice in Health Care Settings. In *Social Work Practice in Health Care Settings*, Holosko Michael J. e Patricia A Taylor (1994), 2º edition, Canadian Scholars’ Press. Toronto *apud* Santo, Maria Inês Espírito (2015), *O processo de acreditação Hospitalar – desafios na prática profissional dos Assistentes Sociais*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, ISCTE
- Falcão, Maria do Carmo (1979), *Serviço Social - Uma Nova Visão Teórica*, 3ª ed., S. Paulo, Cortez e Moraes *apud* Branco, Francisco e Ernesto Fernandes (2005), *O Serviço Social em Portugal: Trajectória e Encruzilhada*, Lisboa. Les Presses de l’Université Laval
- Fernandes, Ernesto, Manuela Marinho e Manuela Portas (2000), “O Serviço Social na Europa. A Experiência Portuguesa”, in *Intervenção Social*, nº22, Lisboa, ISSS, p. 131-147 *apud* Branco, Francisco e Fernandes, Ernesto (2005), *O Serviço Social em Portugal: Trajectória e Encruzilhada*, Lisboa. Les Presses de l’Université Laval
- Ferreira, Jorge (2014), “Serviço social: profissão e ciência. Contributos para o debate científico nas ciências sociais”, em Luís Sáez y Pedro Cabrera (orgs.), *Cuadernos de Trabajo Social*, 27 (2), *Monográfico: Desafios Del Trabajo Social en la Universidad*, Madrid, Universidade Complutense *apud* Cortês, Alexandra S.P.R. (2017), *Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: Serviço Social em Cuidados Paliativos*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas, ISCTE
- Ferreira, J. M. L (2014), “Serviço Social: profissão e ciência. Contributos para o debate científico nas ciências sociais”, *Cuadernos de Trabajo Social* 27 (2): 329-341
- Fischer, André Luiz *et. al* (2008), *Absorção do conceito de competência em gestão de pessoas: a percepção dos profissionais e as orientações adotadas pelas empresas*. In: DUTRA, Joel Souza; Fleury, Maria Tereza Leme; RUAS, Roberto. *Competências: conceitos, métodos e experiências*. São Paulo: Atlas, p. 31-50

- Fleury, Afonso e Maria Teresa Leme Fleury (2000), *Estratégias empresariais e formação de competências*, São Paulo: Atlas
- Freixo, Manuel João Vaz (2009), *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*, Lisboa: Instituto Piaget FSWP- Foundations of Social Work Practice (2013), *Introducing social work practice*. The Open University.
- Garvin, C., F. Cox, (2011), *A history of community organization since the Civil War with special reference to oppressed communities*. In J. Rothman, J. Erlich, & Tropman (Eds.), *Strategies of community intervention*. Itasca, MN: Peacock
- Guadalupe, Sónia (2011), “Anotações cronológicas sobre a trajetória do serviço social no sistema de saúde em Portugal”, *Revista Serviço Social e Saúde*, UNICAMP, Campina (10) 12, pp. 99-126
- Idáñez, Maria José Aguilar, Ezequiel Ander-Egg (2007), *Diagnóstico Social: Conceitos e Metodologias*, 3ª edição; REAPN
- Jonhson, Brenda e Fátima Cortê-Real, (2000), “O som do silêncio – uma reflexão a partir do Serviço Social da saúde em hospital”, *Revista Lusíada – Lisboa*, 21 *apud* Cortês, Alexandra S.P.R. (2017), *Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: Serviço Social em Cuidados Paliativos*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas, ISCTE
- Klaumann, Ivany (2002), *A formação dos professores e suas competências para uma educação básica de qualidade: uma proposta de curso à distância*, Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção com ênfase em Mídia e Conhecimento, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis
- Knight, C. (2001), “The skills of teaching social work practice in the generalist/foundation curriculum: BSW and MSW student views”, *Journal of Social Work Education*, 37(3), 507-521
- Lavitt, M. R. (2009), *What is advanced in generalist practice? A conceptual discussion*. *Journal of Teaching in Social Work*, 29 (4), 461-473
- Le Boterf, G. (1994), *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*, Paris: Editions d’Organizations
- Leighninger, L. (1980), “The generalist-specialist debate in social work”. *Social Service Review*, 54 (1), 1-12
- Lohmann, R. (1990), “Paradigm for the Generalist-Advanced Generalist Continuum”, *Journal of Social Work Education*, 26 (3), 232-43
- Loureiro, I. e N. Miranda (2010), *Promover a saúde. Dos fundamentos à ação*. Coimbra: Almedina
- Manfredi, S. M. (1998), *Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. Educação e Sociedade*, Campinas, n. 64, set., p. 13-49
- Martins, Alcina (1999), *Serviço Social e Investigação», in Serviço Social, Profissão & Identidade, que trajetória?*, Lisboa, São Paulo, Edição dos Autores, Veras Editora
- Martins, Alcina (2007), *O Processo de Bolonha e a Formação em Serviço Social – questões e problemas*. Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF02/O%20Processo%20de%20Bolonha.pdf>, consultado a 6 de Maio de 2018
- Martins, Alcina (2010), *Génesis, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português*, Lisboa, Encadernação Progresso, Lda. *apud* Cortês, Alexandra S.P.R. (2017), *Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: Serviço Social em Cuidados Paliativos*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas, ISCTE

- Masfret, Dolors Colom (2010), *El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. Revista de servicios sociales, Nº. 47, 2010, *apud* Santo, Maria Inês Espírito (2015), *O processo de acreditação Hospitalar – desafios na prática profissional dos Assistentes Sociais*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, ISCTE
- McClelland, D. C., C. Dailey (1972), *Improving officer selection for the foreign service*, Boston: McBer
- McNutt, J. (2013), *Social Work Practice: History and Evolution*. Encyclopedia of Social Work Matias, Aurora (s.a.), *Condições do Exercício Profissional dos Assistentes Sociais na Saúde*, Centro Português De Investigação em História e Trabalho Social *apud* Costa, Maria
- Miley, Karla, Michael O’Melia e Brenda DuBois (2014), “Generalist Social Work Practice”, em Karla Miley, Michael O’Melia e Brenda DuBois (orgs.), *Generalist Social work Practice: Na Empowering approach*, Edinburgh, Pearson Education Limited
- Merton, Robert K. (1982), *Social Research and the Practicing Professions*, Nova Iorque, University Press of America *apud* Rodrigues, Maria de Lurdes (2002), *Sociologia das Profissões*. Oeiras, Portugal: Celta Editora, (2.^a edição)
- Miguel, Susana (2009), *Desempenho profissional numa Organização de Saúde: Um modelo de análise*. Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão. Vol.8, n.4, pp. 37-53.
- Miguel, Susana (2009), *Desempenho profissional numa Organização de Saúde: Um modelo de análise*. Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão. Vol.8, *apud* Santo, Maria Inês Espírito (2015), *O processo de acreditação Hospitalar – desafios na prática profissional dos Assistentes Sociais*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, ISCTE
- Mondragón, Jasone e Isabel Trigueros (1999), *Manual de Prácticas De Trabajo Social En El Campo De La Salud*, Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores *apud* Cortês, Alexandra S.P.R. (2017), *Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: Serviço Social em Cuidados Paliativos*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas, ISCTE
- Mozzicafreddo, Juan (1997), *Estado Providência e Cidadania em Portugal*, Oeiras, Celta Editora
- Muñoz, Lourdes Gaitán (s.a.), *El Trabajo Social como disciplina y como profesión en ámbito Interprofesional*, Universidad de Comillas
- Netto, José Paulo (1996), *Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil*, Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 50, ano XVII, p. 87-132
- Netto, Paulo (2000), *Serviço Social, Da Formação ao Reconhecimento Profissional - Uma Acção Colectiva*. Disponível em: <http://servicosocialportugues.blogspot.com/2007/02/servio-social-da-formao-ao.html>, consultado a 20 de Junho de 2018
- Payne, Malcolm (2007), “Know your colleagues: role of social work in end-of-life care”, *End-of- life*, 1 (1) *apud* Cortês, Alexandra S.P.R. (2017), *Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: Serviço Social em Cuidados Paliativos*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas, ISCTE
- Perrenoud, Philippe (1999), *Construir as competências desde a escola*, Porto Alegre: Artes Médicas Sul
- Raeymaeckers, P. (2000), *A specialist’s perspective on the value of generalista practice: A qualitative network analysis*. Journal of Social Work, 16 (5), 610-626

- Richmond, Mary (1917), *Social Diagnosis*, New York, Russel Sage Foundation *apud* Cortês, Alexandra S.P.R. (2017), *Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: Serviço Social em Cuidados Paliativos*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas, ISCTE
- Richmond, Mary (1922), *What is Social CaseWork?* New York, Russel Sage Foundation *apud* Cortês, Alexandra S.P.R. (2017), *Da evidência da prática profissional à emergência padronizada de competências: Serviço Social em Cuidados Paliativos*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas, ISCTE
- Riebschleger, J., S. Grettenberger (2006), *Assessing graduating BSW field students' preparation for generalist practice*. *Journal of Baccalaureate Social Work*, 12(1), 184-202.
- Sakellarides, C., V. Reis *et. al* (2005), *O Futuro do Sistema de Saúde Português- Saúde 2015*, *Escola Nacional de Saúde Pública*, Lisboa *apud* Santo, Maria Inês Espírito (2015), *O processo de acreditação Hospitalar – desafios na prática profissional dos Assistentes Sociais*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, ISCTE
- Santo, Maria Inês Espírito (2015), *O processo de acreditação Hospitalar – desafios na prática profissional dos Assistentes Sociais*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, ISCTE
- Sant'anna, A. S. (2002), *Competências individuais requeridas, modernidade organizacional e satisfação no trabalho: uma análise de organizações mineiras sob a ótica de profissionais da área da administração*, Tese de Doutoramento em Administração, CEPEAD/UFMG, Belo Horizonte, 367p.
- Simões, Jorge (2004), *Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Edições Almedina *apud* Santo, Maria Inês Espírito (2015), *O processo de acreditação Hospitalar – desafios na prática profissional dos Assistentes Sociais*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, ISCTE
- Simões, Jorge (2009), *Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. Edições Almedina *apud* Santo, Maria Inês Espírito (2015), *O processo de acreditação Hospitalar – desafios na prática profissional dos Assistentes Sociais*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, ISCTE
- Soares, Cláudia A. F. (2015), *A articulação entre o serviço social hospitalar e as instituições da comunidade*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, ISCTE
- Spencer, L. M. S. Spencer (1993), *Competence at work*, New York: John Wiley
- Webster (1981), *Webster's third new international dictionary of the english language, unabridged*. Springfield: G. & C. Merriam Vecchiolla, F. J., Roy, A. W., Lesser, J. G., Wronka, J., Walsh-Burke, K., Gianesin, J., & ...
- Vilelas, José (2009), *Investigação: o processo de construção do conhecimento*, Lisboa: Edições Sílabo.
- Zarifian, P. (1999), *Objectif compétence*. Paris: Liaisons, *apud* Fleury, Maria Teresa Leme e Afonso Fleury (2000), *Estratégias empresariais e formação de competências*. São Paulo: Atlas

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- Dalva H. (2000), “O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (das) Assistentes Sociais”, in, *Serviço Social & Sociedade*, S. Paulo, Cortez Editora
- Martins, Alcina (2010), *Génese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português*, Lisboa, Encadernação Progresso, Lda.
- Negroni, L. K. (2001), *Advanced generalist practice: A framework for social work practice in the twenty-first century*. *Journal of Teaching in Social Work*, 21(3/4), 91-104
- Rodrigues, Maria de Lurdes (2002), *Sociologia das Profissões*. Oeiras, Portugal: Celta Editora, (2.^a edição)
- Sousa, A. de Ribeiro, T., e F.N. Horizontes (2002), *Competências Profissionais e Modernidade Organizacional: Coerência ou Contradição?*, 44, 10-21

FONTES

(Legislação-Lei, Decreto-Lei, Circular Normativa)

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março de 2006 – Graus e Diplomas do Ensino Superior

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto de 2013 – Lei de Bases do Sistema Educativo

Circular Normativa n.º 8 de 16 de maio de 2002 - Funções Preconizadas pelo Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde para técnicos superiores de Serviço Social

Constituição da República Portuguesa, VII Revisão Constitucional (2005)

Lei n.º 48/90 de 24 de agosto - Lei de Bases da Saúde

Lei n.º 56/79 de 15 de setembro – Serviço Nacional de Saúde

Lei n.º 2: 011 de 2 de abril de 1946 – Lei da Organização Hospitalar

Decreto-Lei n.º 48358/68 de 27 de abril de 1968 – Estatuto Hospitalar

Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro de 1971 - Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência.
Instituto Nacional de Saúde

ANEXOS

ANEXO A – CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta investigação é de caráter académico, sendo realizada no âmbito da dissertação de Mestrado em Serviço Social do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, orientada pelo Professor Doutor Jorge Ferreira, e coorientada pela Professora Doutora Inês Espírito Santo, tendo como objetivo geral: Identificar e analisar as competências adquiridas no processo de formação académica e perceber a influencia do contexto em prática na construção de saberes específicos em saúde.

A presente entrevista surge como instrumento de recolha de dados, no sentido de responder aos seguintes objetivos específicos: 1. Sistematizar as competências do Serviço Social no campo da saúde; 2. Analisar as competências teórico-metodológicas do assistente social adquiridas pela formação académica; 3. Caracterizar os planos de estudo pós graduados em Serviço Social das Universidades Públicas; 4. Analisar se a formação académica em Serviço Social é adequada às exigências do campo da saúde; 5. Identificar as particularidades e exigências da pratica do assistente social em contexto da saúde.

A sua identidade permanecerá no anonimato, sendo as informações recolhidas nesta entrevista ou neste questionário confidenciais, e apenas utilizadas na realização da investigação da dissertação de Mestrado.

Agradeço a sua participação.

A investigadora

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Desta forma, aceito participar nesta investigação de dissertação de Mestrado em Serviço Social, fornecendo a informação de forma informada e voluntária.

Assinatura

Lisboa/Évora, _____ de _____ de 2018

ANEXO B – ANÁLISE DOS PLANOS DE ESTUDO TENDO EM CONTA UNIDADES CURRICULARES DE SAÚDE

Universidades³⁴			
Unidades Curriculares de Serviço Social na Saúde	ISCTE	Universidade Católica	Universidade de Coimbra
1º ciclo	3º ano – 2º semestre (optativa) Metodologias do Serviço Social na Saúde	Não existem	Não existem
2º ciclo	2º ano – 1º semestre (optativa) Seminário Avançado em Serviço Social na Saúde	1º ano – 2º semestre (optativas) Seminário de Intervenção Especializada em Serviço Social I, II, III ou IV – Intervenção em Serviço Social na Saúde; Intervenção em Serviço Social na Saúde – Campos e Problemáticas Específicas; Intervenção em Serviço Social em Gerontologia e Cuidados Continuados	Não existem
3º ciclo	Não existem	Não existem	Não existem

³⁴ Universidades Públicas e Semipúblicas de carácter universitário do país que prestam os três ciclos de estudo

<p>Atividades complementares (cadeiras de ética; seminários/colóquios de Serviço Social na Saúde)</p>	<p>Licenciatura – 2º ano – 1º semestre Laboratório de Ética e Profissão em Serviço Social</p> <p>- Mestrado – 1º ano – 2º semestre Ética e Serviço Social</p> <p>- Ciclo de Debates e Reflexão- Serviço Social na Saúde (Escala de Complexidade e sua aplicação nas Unidades Familiares de Saúde e nas Unidades Hospitalares; Escala de Boas Práticas do Serviço Social. Garantias de Qualidade para a intervenção do Serviço Social no Contexto Hospitalar; Direitos Humanos e Protelamento de Alto em contexto Hospitalar. Procedimentos e dilemas éticos do assistente social)</p>	<p>Licenciatura - 3º ano – 1º semestre - Ética e Deontologia do Serviço Social</p>	<p>Licenciatura - 3º ano – 2º semestre - Ética e Deontologia do Serviço Social</p>
--	---	--	--

ANEXO C – GUIÃO DO QUESTIONÁRIO

Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde

Eu, Carolina Martins, aluna de Mestrado em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar uma pesquisa sobre o tema “Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”, sob orientação do Professor Doutor Jorge Ferreira e coorientação da Professora Doutora Inês Espírito Santo. O trabalho tem por objetivo: Identificar e analisar as competências adquiridas no processo de formação académica e de que forma influencia a prática na construção de saberes específicos em saúde.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilidade no preenchimento do questionário de forma a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

Não demorará mais de 10/15 minutos.

Obrigada pela participação!

COD: _____

I – Identificação

1. Género

Feminino

Masculino

2. Grupo etário

≤ 30 anos

31 a 40 anos

41 a 50 anos

51 a 60 anos

61 a 66 anos

3. Habilitações

- Licenciatura Pré-Bolonha
- Licenciatura Pós-Bolonha
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Curso de Especialização

3.1 Tendo em conta a questão anterior especifique a Área de Especialização tendo em conta a sua Qualificação Académica assim como a Entidade onde a desenvolveu

(Exemplo: Curso de Especialização em Cuidados Paliativos)

4. Entidade Académica de Formação (1º Ciclo)

- ISCTE – IUL
- Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
- Universidade Católica
- ISCSP
- Instituto de Serviço Social de Lisboa
- Instituto de Serviço Social do Porto
- Outra opção: _____

5. Onde exerce a sua atividade profissional?

- CHLC
- ACES ARSLVT
- HESE
- Outra opção: _____

II – Formação

6. Em que ano iniciou a sua formação académica?

7. Enquanto estudou teve alguma Unidade(s) Curricular(es) no âmbito da saúde?

- Sim
- Não

7.1 Se respondeu sim, pode indicar o nome da(s) Unidade(s) Curricular(es)?

8. Desenvolveu o Estágio Curricular no âmbito da saúde?

Sim

Não

8.1 Se respondeu sim, onde desenvolveu o Estágio Curricular?

Contexto Hospitalar

Unidade de Saúde Familiar

Outra opção: _____

9. Considera que a formação académica que adquiriu no 1º ciclo foi suficiente/adequada ao exercício profissional que exerce na área da saúde?

Sim

Não

9.1 Se respondeu não, justifique os motivos

10. Após a formação adquirida sentiu que os Planos de Estudo apresentados eram adequados face à intervenção que desempenha atualmente no que diz respeito ao campo da saúde?

Sim

Não

10.1 Se respondeu não, explique o porquê

11. Sentiu necessidade de adquirir uma formação/conhecimento específico para exercer a sua prática profissional na área da saúde?

Sim

Não

11.1 Se respondeu sim, explique o porquê

12. Considera os conhecimentos que adquiriu na sua formação académica de 1º ciclo (Licenciatura) suficientes para exercer uma boa prática? Justifique.

III – Prática profissional

13. Em que ano iniciou a sua prática enquanto assistente social no campo da saúde?

14. Em que áreas/contexto clínico está adstrito?

(Exemplo contexto hospitalar: Medicina, Neurologia, Cardiologia, Pediatria; Exemplo unidade de saúde familiar: Saúde Escolar, Gabinete Cidadão, ECL, Saúde Comunitária)

15. Sempre quis exercer a profissão na área da saúde?

Sim

Não

15.1 Se respondeu não, o que o/a levou a exercer atualmente?

16. Identifique quais as competências chave que lhe são exigidas no seu exercício profissional

(Enumere as principais competências que os assistentes sociais devem ter para trabalhar na área da saúde)

16.1 Tendo em conta a questão anterior, as competências descritas foram adquiridas na formação académica ou teve necessidade de recorrer a outro tipo de formação? Justifique.

17. Que tipo de dificuldades sentiu quando iniciou a carreira enquanto assistente social no campo da saúde?

(Pode escolher até 3 opções)

- | | |
|--|--------------------------|
| Não senti grandes dificuldades | <input type="checkbox"/> |
| Relacionar e operacionalizar a teoria | <input type="checkbox"/> |
| Adaptação ao contexto institucional | <input type="checkbox"/> |
| Adaptação às normas, regulamentos e valores inerentes ao local de trabalho | <input type="checkbox"/> |
| Adaptação ao trabalho em equipa | <input type="checkbox"/> |
| Adaptação aos problemas sociais e/ou patológicos dos doentes | <input type="checkbox"/> |
| Outra opção: _____ | <input type="checkbox"/> |

18. Identifique quais as competências que a legislação ou a literatura definem para os assistentes sociais na área da saúde

(Enumere as principais competências ao nível da legislação ou literatura)

19. Considera que os Planos de Estudo devem direcionar a profissão para que tipo de formação?

- | | |
|---|--------------------------|
| Generalista | <input type="checkbox"/> |
| Especializada | <input type="checkbox"/> |
| Deveria haver uma formação especializada na área da saúde | <input type="checkbox"/> |

19.1 O que o/a leva a responder que “Deveria haver uma formação especializada na área da saúde”?

20. Enquanto assistente social no campo da saúde como considera que a formação que obteve sustenta uma intervenção qualificada?

ANEXO D – GUIÃO DA ENTREVISTA



Guião de Entrevista

Eu, Carolina Martins, aluna de Mestrado em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar uma pesquisa sobre o tema “Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”, sob orientação do Professor Doutor Jorge Ferreira e coorientação da Professora Doutora Inês Espírito Santo. O trabalho tem por objetivo: Identificar e analisar as competências adquiridas no processo de formação académica e de que forma influencia a prática na construção de saberes específicos em saúde.

Assim, solicito a sua colaboração e disponibilização na realização da entrevista, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

Obrigada pela participação!

COD: _____

1. Que tipo de competências teóricas – metodológicas identifica na formação académica tendo por referência os respetivos planos de estudo que conheça?
2. Refletindo o Serviço Social na Saúde e com base na sua experiência, a preparação académica do assistente social tem um perfil generalista ou de especialização para trabalhar no campo da saúde? Explícite a resposta.
3. Com base na intervenção e missão do Serviço Social na saúde, como Professor(a) de Serviço Social, considera ser necessária uma formação especializada ou uma formação generalista? Desenvolva.
4. De acordo com a resposta dada à pergunta anterior defina o que considera como:
 - Formação Especializada;
 - Formação Generalista
5. Faça algumas sugestões no que respeita à formação do assistente social para trabalhar no campo da saúde.

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

ANEXO E – TABELAS DE ANÁLISE NO SPSS

Dada a pequena dimensão da amostra (19 indivíduos) foi realizado o teste do qui-quadrado com opção pelo método exato ou método Monte Carlo no caso de tabelas 2 x 2.

Hipóteses estatísticas:

Ho: As duas variáveis são independentes.

Ha: As duas variáveis estão relacionadas.

Como em ambos os casos o $p < 0,05$ rejeitou-se a Ho e aceitou-se a Ha, pelo que as variáveis estão relacionadas.

Relação entre: *A formação de 1º ciclo foi suficiente para exercer a profissão na área da saúde e Após a formação sentiu que os Planos de Estudo eram adequados face à intervenção que desempenha atualmente no campo da saúde*

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,739^a	1	,009	,020	,015
Continuity Correction ^b	4,539	1	,033		
Likelihood Ratio	7,368	1	,007	,020	,015
Fisher's Exact Test				,020	,015
Linear-by-Linear Association	6,384 ^d	1	,012	,020	,015
N of Valid Cases	19				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,79.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

d. The standardized statistic is 2,527.

“Da generalidade à especialização na intervenção do Serviço Social em contexto de saúde”

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound	
Nominal by Nominal	Phi	,596	,009	,019 ^c	,016	,023
	Cramer's V	,596	,009	,019^c	,016	,023
N of Valid Cases		19				

c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

Relação entre: *Após a formação sentiu que os Planos de Estudo eram adequados face à intervenção que desempenha atualmente no campo da saúde e Os Planos de Estudo devem direccionar a profissão para que tipo de formação*

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Significance	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	8,378^a	2	,015	,014^b	,011	,017
Likelihood Ratio	10,275	2	,006	,014 ^b	,011	,017
Fisher's Exact Test	7,876			,016 ^b	,013	,019
Linear-by-Linear Association	7,642 ^c	1	,006	,004 ^b	,003	,006
N of Valid Cases		19				

a. 6 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,68.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1502173562.

c. The standardized statistic is -2,765.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Monte Carlo Significance		
				Significance	99% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound	
Nominal by Nominal	Phi	,664	,015	,014 ^c	,011	,017
	Cramer's V	,664	,015	,014^c	,011	,017
N of Valid Cases		19				

c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1502173562.