

Abordagem Polissêmica da prática do Serviço Social nos cuidados de saúde: contributos para a construção de um modelo de intervenção em serviço social

A Polysemic approach of the Social Work practice in healthcare: contributions to the development of a intervention model in the social work discipline

Clara Cruz SANTOS*
Sílvia Ferreira REIS**

Resumo: Os diferentes contextos de actuação do Serviço Social constituem um desafio para a organização teórico-metodológica da sua prática profissional, designada por vários autores como um método eclético. No entanto, a emergência de novos questionamentos relacionados com a complexificação dos problemas sociais apela a um posicionamento estratégico do Serviço Social capaz de proporcionar respostas eficazes perante as questões sociais actuais. A nossa discussão fundamenta-se empiricamente num estudo transversal à Rede de Cuidados de Saúde em Portugal, contando com a colaboração de 109 profissionais. A análise empírica resultou numa reflexão alargada sobre os limites e potencialidades da prática profissional no contexto da Saúde, originando uma proposta da sua organização metodológica através da construção axiológica do Modelo Polissémico de Serviço Social.

Palavras-chave: Serviço Social. Práticas Profissionais. Modelo Polissémico.

Abstract: The innumerable contexts in which the Social Work is involved represent a challenge for the organization of its theoretical and methodological practice, which is recognized by many authors as eclectic. However, the emergence of new inquiries regarding the growing complexity of the social problems calls for a strategic positioning of the Social Work as a field of knowledge, in the sense that it should provide an effective response in the face of the current social issues. Our discussion is empirically based on a cross-sectional study of the Rede de Cuidados de Saúde (Healthcare Network) of Portugal, with the collaboration of 109 professionals. The empirical analysis resulted in an extended reflection on the limits and possibilities of the professional practice in the healthcare context, leading to a proposal of a methodological organization via the axiological development of the Polysemic Model for the Social Work discipline.

Keywords: Social Work. Professional Practices. Polysemic Model.

Recebido em: 10/08/2010. Aceito em: 01/09/2010.

* Doutorada em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa. Professora Auxiliar convidada da Universidade de Coimbra na licenciatura de Serviço Social na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação. Coimbra, Portugal. E-mail: clarasantos@fpce.uc.pt

** Mestre em Serviço Social pelo Instituto Superior Miguel Torga. Assistente social no Serviço de Urgência Geral do Hospital São Francisco Xavier – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal. E-mail: reis_silvia@hotmail.com

1 Introdução

Um dos enfoques transversais ao presente artigo encontra-se condensado na seguinte questão: “*O que distingue a prática profissional de um conjunto de tarefas ou de acções que fazem parte do quotidiano profissional de um assistente social?*” Santos (2009) argumenta através dos conceitos de Habermas (1987 apud SANTOS, 2009) de “Actividade Instrumental” e “Actividade Comunicacional” como definidores de prática profissional. Para esta autora, toda a prática profissional tem uma finalidade própria que envolve uma actividade instrumental, entendida como um conjunto de processos e acções que visam o alcance da finalidade profissional e uma actividade comunicacional que implica um sistema relacional e um método comunicacional entre os vários actores envolvidos que lhes confere legitimidade e pertença ao grupo e ao contexto profissional onde se encontram. A prática profissional é assim entendida como um processo metodológico, político e reflexivo que ultrapassa o imediatismo de actos profissionais pontuais e emergentes que, apesar de terem utilização quotidiana, não conferem valor substantivo ao agir profissional do assistente social.

Essa assunção é tida como verdadeira em qualquer profissão e em qualquer contexto do exercício profissional de Serviço Social que, neste caso concreto, nos remete à área dos cuidados de saúde em Portugal. Se o presente pressuposto nos parece inquestionável, remetemos, igualmente, para uma segunda observação: a prática profissional em Serviço Social deve ter modelos reguladores que lhe dão sustentação teórica, processos metodológicos específicos e instrumentos de análise válidos para uma prática profissional eficiente. De facto, a existência de modelos operativos da prática profissional do Serviço Social é tão antiga quanto a sua emergência científica e profissional, basta atentarmos ao modelo de “casework” defendido por Mary Richmond (2009) no seu livro *Social Diagnoses* e aos modelos subsequentes, considerados como clássicos, como os modelos de intervenção grupal e os modelos de intervenção e desenvolvimento comunitário.

Esta não é uma discussão pacífica na nossa classe profissional e científica, e também

não é o grande objectivo que pretendemos aqui discutir. Pretende-se sim, compreender como se organiza a prática profissional de Serviço Social na Rede de Cuidados de Saúde, identificar e caracterizar os limites endógenos e exógenos a essa rede que, influenciam a prática profissional do assistente social, bem como as estratégias que este encontra para os ultrapassar, de forma a reconhecer as potencialidades da actuação do Serviço Social no contexto da Rede de Saúde.

Para a efectivação do presente trabalho inquirimos os assistentes sociais que se encontram a trabalhar neste sector, concluindo que os procedimentos, os processos, os actos (isto é, o factor instrumental), assim como o modelo relacional, a sua integração em equipas multidisciplinares (o factor comunicacional) podem confluír num conjunto padronizado, estabelecido implicitamente, mas não explicitamente, de acções sustentadas num campo teórico e numa formação específica a que designámos por “*modelo polissémico de Serviço Social*”.

Partimos, desta forma, de uma discussão mais abrangente sobre o significado dado às principais alterações e focos de intervenção oriundos das transformações sociais actuais, que não estão divorciadas das exigências formativas e operacionais da prática profissional do Serviço Social na área da Saúde, para o campo específico da prática profissional e o trabalho empírico ilustrado com as narrativas dos técnicos inquiridos. Por último – e em consonância com o pensamento apresentado –, apresentamos o modelo polissémico como uma forma de articulação sustentada entre a teoria e prática profissional, bem como um modelo organizativo capaz de transformar limites em potencialidades e potenciar a mudança operativa e institucional no trabalho do Serviço Social.

2 Questões sociais actuais

A intensificação das relações decorrentes do processo de globalização leva ao “reconhecimento de que as modernas sociedades industriais geraram riscos que comprometem a continuidade da própria sociedade” (FERNANDES, 2001, p.

46), no sentido em que a emergência de novos problemas levou ao surgimento de novos riscos sociais, fazendo com que “os riscos e perigos de hoje se diferenciem essencialmente dos da Idade Média, pela globalização e suas ameaças e por suas causas modernas. São riscos da modernização”. (BECKETT, 1998, p. 28). Os riscos sociais actuais encontram a sua génese no progresso industrial e tecnológico, no qual se associa os mecanismos de desfiliação aliados ao mercado de trabalho actual, vivenciando-se tempos de precariedade e incerteza social. A questão social assume uma nova configuração, dentro da qual os “tradicionais” sujeitos considerados como excluídos deram, lentamente, lugar a novos (des)includos com características complexas que carecem de uma intervenção social estruturante a par de outras iniciativas de carácter mais pecuniário.

Essa nova realidade social exige, consequentemente, uma nova prática social de foro macro, no que concerne ao mundo das políticas públicas que se consubstanciam num novo campo de intervenção do assistente social e doutros agentes sociais, impondo, de acordo com Giddens (2002, p. 25) uma prática reflexiva onde “a reflexividade da modernidade, está directamente envolvida na produção contínua de auto conhecimento sistemático, não estabiliza a relação entre o conhecimento pericial e o conhecimento aplicado nas acções comuns”, ou seja, “inerente à ideia de modernidade está o contraste com a tradição”. (GIDDENS, 2002, p. 25). Contraste, não no sentido da desvalorização, mas sim na recontextualização, isto é, descontextualizar as formas tradicionais de intervenção social para voltar a reconstruir e recontextualizar noutras formas, tendo como princípio uma adaptação contínua e cada vez mais coerente às configurações da sociedade actual e à complexidade crescente dos problemas sociais.

Dessa forma, reconhece-se que a mudança paradigmática emergente é tida como condição *sine qua non* para a (re)construção do novo conhecimento, complementando os modelos que se tornaram menos pertinentes, tendo por base a realidade em que está inserido, permitindo que:

[...] uma caminhada intelectualmente mais produtiva exija a troca de saberes, o debate, a concordância e a discordância, a argumentação e a crítica, a problematização

das condições reais da experiência, constante construção, desconstrução, reconstrução dos conhecimentos. (ANDRADE, 2001, p. 218).

Na senda de Andrade (Ibidem), este exercício de apreensão crítica e sistemática da realidade social contribui para a modernização do Serviço Social, que passa pela recriação do seu objecto, objectivos, finalidades, princípios e valores. (MOURO, 2007).

3 Debates da profissionalidade do Serviço Social no campo da Saúde

Descritos os eixos axiológicos que contextualizam a presente discussão, iremos debruçarmo-nos sobre o campo de intervenção profissional na área da Saúde, indicando, de forma sistemática, os três objectos teóricos-operativos basilares da tese que defendemos: (i) *desqualificação social* associada aos movimentos de precariedade e risco social contemporâneos; (ii) *emergência de novos campos de intervenção profissional* do assistente social e consequente necessidade de novos modelos orientadores da prática profissional e, por último, (iii) *a acção reflexiva* como uma condição de inovação e recontextualização epistemológica e empírica da intervenção social.

A inserção dos profissionais na Saúde foi mediatizada pelo reconhecimento e visibilidade social da profissão e por um conjunto de necessidades ligadas ao desenvolvimento da Saúde e da prestação de cuidados num determinado momento histórico e sociopolítico (COSTA, 2000). Nesta análise diacrónica, exigiu-se uma intervenção integrada num quadro mais alargado de reformas sociais que visavam a erradicação ou diminuição do pauperismo e o desenvolvimento da protecção social, bem como a melhoria das condições de vida e de saúde das classes trabalhadoras. Reformas que, segundo Miguel Bombarda e outros médicos progressistas, se deviam basear na lógica dos direitos e não na perspectiva assistencialista e religiosa (MATIAS, 1999). Deste modo, o Serviço Social tinha como objectivos “pesquisar e estudar os factores de decadência e de miséria a fim de concorrer à sua supressão”. (Ibidem, p. 111).

Embora a inserção do Serviço Social no contexto da Saúde não seja algo recente, o mesmo não significa que seja um campo conquistado *a priori*. Contrariamente, a prática profissional do assistente social na Saúde deve ser encarada como uma permanente (re)descoberta, onde a importância de uma postura crítica, reflexiva, alvo de (re)avaliação contínua dos seus conteúdos, assume contornos fulcrais.

O Serviço Social no contexto da Rede de Saúde encontra-se inserido num conjunto de unidades prestadoras de saúde diferenciadas (unidades prestadoras de cuidados primários, diferenciados, continuados e paliativos e cuidados formais) que se por um lado podem actuar, especificamente, no contexto em que estão inseridos, por outro “tanto a nível da sua organização vertical como horizontal, relacionam-se de forma complexa com as políticas de saúde, com as necessidades e exigências dos utentes, com o Estado, com a indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos”. (COSTA, 2000). Neste contexto, é de extrema importância que essa articulação seja efectiva, favorecendo a circulação de informação, envolvimento, cooperação e participação de todos os parceiros sociais em prol da qualificação dos serviços prestados e da sua humanização na relação com os utentes.

Esta conjuntura implica reflectir sob a organização da sua prática que no quadro profissional e ético actual realçamos a necessidade do que designamos por “**modelo de abordagem polissémica**”. Nele, o profissional de Serviço Social irá munir-se de um conjunto de estratégias de actuação que tornam a sua prática o mais adequada possível às exigências da realidade social e à lógica organizacional, permitindo, progressivamente, legitimar a sua presença enquanto profissional de Saúde.

Contudo, a presença do Serviço Social no contexto da Saúde encontra-se revestida de uma série de desafios que decorrem do “carácter multifacético das questões que incidem em sua área de acção” (MARTINELLI, 2003, p. 11), onde, se por um lado contrariam o direito à Saúde, por outro, impedem o desenvolvimento da prestação de cuidados em favor da sua mercantilização. Neste sentido, é indagável o reconhecimento dos limites e o estabelecimento do diálogo e participação dos profissionais em torno dos mesmos, por forma a fomentar a problematização da realidade e incen-

tivar o esforço contínuo em definir e implementar estratégias para os ultrapassar.

Uma das primeiras estratégias que defendemos é a **de intervenção transversal e global** (*vide* níveis de intervenção polissémica), com incidência a nível das estruturas sociais e comunitárias, no sentido de obter uma apreensão crítica da realidade social (postura holística), que exige um permanente debate teórico e uma constante actualização profissional. Essa supervisão interina revela uma postura sistematizadora da prática profissional cuja reflexividade permitirá quer a construção do conhecimento, quer o aprofundamento metodológico do agir profissional. Citando Miranda (2005, p. 11) permite:

[...] não apenas no sentido do dever ser, mas para a possibilidade de vir a ser, mediante a apreensão crítica da realidade social na sua totalidade – o que exige um permanente debate teórico e uma constante actualização profissional – e a exposição e enunciação de possibilidades de acção que busquem a emancipação do homem, rompendo com a coisificação e a mercantilização das relações sociais da sociedade capitalista.

O processo de sistematização reflexiva através do que designámos por intervenção transversal e global engloba, no **aspecto transversal**, a reflexividade analítica da prática profissional quotidiana num movimento de questionamento teórico-operativo que pode levar à construção de estratégias e instrumentos adequados à realidade profissional, bem como contribuir para o desenvolvimento do conhecimento. (SANTOS, 2009).

No **aspecto global**, enquadra-se numa postura macro de ligação efectiva com as políticas sociais de Saúde, bem como com todos os elementos e possibilidades de acção que buscam a emancipação do Homem.

Esse modelo polissémico, ou melhor, este conjunto de princípios e de orientações guia para a prática profissional, não se encontra divorciado da discussão da identidade profissional, muito próxima da concepção de Gentili (1997, p. 129) que a define como um processo que se verifica a partir

[...] de pressupostos que consideram tanto as exigências [...] como as habilidades pessoais requeridas para o exercício profissional (o que fazem), quanto aos elementos sociopolíticos estruturantes dos significados sociais (o que

são); assim como os sentidos subjectivos mobilizados pela profissão (como se sentem).

O aspecto inovador dessa concepção de Gentili refere-se à análise do assistente social enquanto actor privilegiado e complexo na dinâmica de consolidação sistematizadora do modelo de abordagem polissêmica, bem como sobre os componentes teórico-práticos da profissão.

4 A análise empírica da abordagem polissêmica no contexto de actuação do profissional da Saúde

O estudo empírico foi realizado com 109 profissionais inseridos em unidades prestadoras de cuidados de saúde que, voluntariamente, colaboraram nesta investigação. Teve como objectivo geral compreender a configuração da prática profissional do Serviço Social na Rede de Cuidados de Saúde e, como objectivos específicos, delinear os limites à prática profissional, bem como as estratégias para os ultrapassar, de forma a reconhecer as potencialidades da actuação do Serviço Social no contexto da Rede de Saúde e a importância da sua intervenção nesse contexto.

4.1 Materiais, métodos e resultados

Foi utilizada uma metodologia mista de carácter descritivo e analítico, utilizando como instrumento de recolha de dados, o “Questionário a Profissionais de Serviço Social na Rede de Saúde”, formulado especialmente para este trabalho de investigação, o qual foi submetido ao cálculo do valor do alfa, tendo revelado uma boa consistência interna ($\alpha = 0,9768$).

Deparámo-nos com os seguintes **resultados** no que concerne aos limites à prática profissional. A amostra identificou os seguintes constrangimentos à sua actuação que agrupámos do seguinte modo: (a) *limites institucionais* ($\mu=2,67$), (b) *limites relativos a redes e parcerias de trabalho* ($\mu=2,44$), (c) *limites relacionados com o reconhecimento social da profissão* ($\mu=2,4$) e, por último, com os (d) *limites respeitantes à própria categoria profissional* ($\mu=2,72$).

Na narrativa dos profissionais, os principais limites à prática profissional na Rede de Saúde prendem-se com a **categoria profissional** e o **contexto institucional** (estatisticamente, igualmente significativos).

| Limites | Dimensões | Indicadores de referência | Valoração pelos profissionais (*) |
|--|---|--|--|
| Limites da categoria profissional | 1. A falta de valorização do Serviço Social quer por profissionais de Saúde, quer pelos próprios assistentes sociais; | 1. Ausência de fóruns e pontos de encontro de assistentes sociais que possibilitem a troca de experiências; | Valoração mais elevada dada pelos profissionais aos limites relacionados com as características da categoria profissional do Serviço Social no contexto de trabalho da Rede de Saúde ($\mu=2,72$). |
| | 2. Falta de activismo profissional; | 2. Falta de debate intra-institucional. | |
| | 3. Prática profissional quotidiana. | 1. Predomínio de um trabalho de encaminhamento e intervenção pontual; 2. Excesso de burocratização da intervenção; 3. Valorização da vertente objectiva da intervenção em detrimento da intervenção na pessoa e no seu projecto de vida. | |
| | 4. Do foro meso de carácter político e instrumental da profissão | 1. Inexistência de uma Ordem de Assistentes Sociais; 2. Falta de produção científica por parte dos profissionais. | |

Quadro 1 – Análise referencial e analítica das dimensões identificadas pelos(as) profissionais inquiridos(as)

Fonte: Dados sistematizados através do “Questionário a Profissionais de Serviço Social na Rede de Saúde”.

Nota: (*) Por “valoração pelos profissionais” entendemos o grau de importância dado a cada dimensão de análise.

É incongruente reflectir sobre os limites da prática profissional sem ter em consideração a instituição em que o profissional se encontra inserido, bem como a sua configuração no tempo e no espaço de acção, tal como evidencia Granja (s.d., p.1):

[...] o profissional de serviço social, integrado em organizações públicas ou privadas prestadoras de serviços no âmbito das políticas sociais, utiliza e articula os sistemas sociais existentes, cria e gere serviços, influencia adapta e singulariza as políticas sociais sempre limitadas pelos constrangimentos do real.

Na senda da tese defendida, pensamos que os limites profissionais não são somente exógenos à profissão, uma vez que a forma como o profissional se posiciona e intervém junto dos limites à sua própria acção diverge de profissional para profissional, pois depende das características intrínsecas ao mesmo, competências pessoais que determinam a sua postura conservadora ou, por outro lado, a sua postura pró-activa e transformadora. Isto é, revelam-se no facto de o assistente social ser um actor privilegiado no contexto socioprofissional em que se insere.

| Limites | Dimensões | Indicadores de referência | Valoração pelos profissionais (*) |
|--|---|--|--|
| Limites institucionais à prática profissional do assistente social na Rede de Saúde | <p>1. Limites relacionados com os condicionalismos conjunturais e estruturais da própria estrutura da organização;</p> <p>2. Limites relacionados com as relações hierárquicas e inter/transdisciplinares;</p> <p>3. Prática não ajustada às necessidades da população.</p> | <p>1. Número reduzido de assistentes sociais, escassez de recursos materiais e financeiros.</p> <p>1. Subordinação da categoria profissional às decisões da estrutura hierárquica;</p> <p>2. Dificuldades da equipa multidisciplinar</p> <p>1. Intervenções “pontuais, focalistas, imediatistas, burocráticas, miméticas, repetitivas, pragmáticas e eminentemente instrumentais”; (**)</p> <p>2. Valorização da vertente objectiva da intervenção em detrimento da intervenção na pessoa e no seu projecto de vida.</p> | <p>Valoração elevada dada pelos profissionais à prática profissional na área da Saúde ($\mu=2,67$).</p> |

Quadro 2 – Análise referencial e analítica das dimensões identificadas pelos(as) profissionais inquiridos(as)

Fonte: Dados sistematizados através do “Questionário a Profissionais de Serviço Social na Rede de Saúde”.

Notas: (*) Por “valoração pelos profissionais” entendemos o grau de importância dado a cada dimensão de análise.

(**) Discurso dos assistentes sociais inquiridos.

Já no que se refere aos limites institucionais, demonstra-se a forte persistência de recursos limitados como impeditiva de uma prática adequada às necessidades da população, exigindo um determinado perfil profissional: aquele que responde às demandas imediatas (GUERRA, 2008, p. 3; WALKER, 2005). O assistente social, enquanto profissional inserido

no contexto institucional, deve procurar mobilizar “recursos institucionais da comunidade para que sejam devidamente utilizados e para que possam dispensar os benefícios necessários à população”. (HERRERA, 1976, p. 210). Quando analisados esses pressupostos, deve-se ter em consideração dois factos: por um lado a postura dos próprios profissionais e, conseqüentemente,

posturas pessoais relativas à sua própria acção profissional (que podem responder às necessidades imediatas, no entanto, e após disponibilidade em termos de tempo equacionar uma intervenção mais sustentada, promotora de boas práticas sociais). Por outro lado, o excesso de burocratização pode ser considerado, simultaneamente, um limite profissional, pois atribui à intervenção uma dimensão meramente instrumental e sem reconhecimento, como também uma mais-valia (pois permite a discriminação necessária para assegurar o acesso aos serviços a pessoas que realmente deles carecem).

Essa influência sobre a prática profissional, especialmente no que se refere à subordinação da profissão à lógica da organização,

pode contribuir para a *desprofissionalização* da prática profissional.

A desprofissionalização da prática profissional no campo do exercício profissional, quer esse seja público ou privado refere-se, a nosso ver, à falta de identificação do actor social às lógicas institucionais, impedindo a construção de uma identidade profissional consentânea com a identidade social do sujeito e do grupo profissional a que pertence (SANTOS, 2009). Essa desconexão identitária pode, em última instância, provocar rupturas graves no agir e no pensamento social do assistente social, o que leva a repercussões graves no seu processo de apropriação socioprofissional.

| Limites | Dimensões | Indicadores de referência | Valoração pelos profissionais (*) |
|--|---|--|---|
| Limites relacionados com o trabalho em rede do assistente social na Rede de Saúde | 1. Limites relacionados com a impossibilidade na concretização dos objectivos previamente traçados para determinada situação; | 1. Dificuldades de cooperação com estruturas da comunidade; 2. Dificuldades de articulação com redes de apoio formal e informal. | Valoração moderada dada pelos profissionais aos limites relacionados com o trabalho em rede realizado e institucionalizado pelo profissional e pela instituição onde esse exerce ($\mu=2,44$). |
| | 2. Limites relacionados com as expectativas dos utentes face aos resultados da prática profissional. | 1. Escassez de cooperação por parte dos utentes; 2. Expectativas não realistas por parte dos utentes e suas famílias; 3. Inexistência de apoio destinado aos cuidados informais. | |
| | 3. Dimensão macro relacionada com o sistema sociopolítico. | 1. Escassez de respostas existentes; 2. Escassez de apoio estatal e escassez de iniciativas e envolvimento por parte da sociedade civil. | |

Quadro 3 – Análise referencial e analítica das dimensões identificadas pelos(as) profissionais inquiridos(as)

Fonte: Dados sistematizados através do "Questionário a Profissionais de Serviço Social na Rede de Saúde".

Nota: (*) Por "valoração dos profissionais" entendemos o grau de importância dado a cada dimensão de análise

A persistência de limites a uma acção concertada e sustentada traduz malefícios ao nível do reconhecimento da profissão que passa pela sua "falta de reconhecimento social; identificação do Serviço Social como exercício de ajuda

e falta de valorização do Serviço Social por parte dos profissionais de saúde".¹

¹ Informação/discurso dos assistentes sociais inquiridos.

Estes elementos, aliados a restrições institucionais, dificuldades na efectivação de redes de trabalho e, até mesmo, limites ao nível da própria categoria profissional, fazem com que o Serviço Social não obtenha o reconhecimento e a legitimação social merecida, o que pode, a nosso ver, ter origem na forma de organização da instituição em que o profissional está inserido ou, até mesmo, no posicionamento do próprio profissional no que se refere às problemáticas com as quais trabalha.

Apesar do exposto e tendo em conta os constrangimentos com que se deparam os profissionais, defendemos que lhes pode ser favorável não uma atitude de conformidade mas um “olhar crítico para além das paredes institucionais, numa busca pela apreensão do dinamismo da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional”. (RODRIGUES, 2002, p. 3). É nesse contexto que todo o profissional deve (re)reflectir sobre a organização da sua acção e assim equacionar medidas e estratégias para ultrapassar os limites bloqueadores e incapacitantes de uma prática potenciadora de mudança e transformação social. Nessa continuidade interessa, igualmente, perceber qual o entendimento que a população inquirida tem sobre possíveis estratégias para ultrapassar os limites que identificaram.

Do tratamento estatístico constatou-se que a amostra concorda totalmente com as estratégias referentes a limitações institucionais ($\mu=3,00$), estratégias relacionadas com o trabalho com redes ($\mu=3,28$) e, por fim, estratégias para combater limites com a própria categoria profissional ($\mu=3,51$).

Apesar de revelarem um nível de concordância total nas três categorias, as estratégias com a categoria profissional revelaram ser mais urgentes, com uma média mais elevada, seguindo-se as estratégias para estimular trabalho em rede e, por fim, as estratégias institucionais.

Como estratégias para a categoria profissional destacamos a importância de:

- (i) dinamizar o envolvimento activo por parte dos profissionais; (ii) desenvolver uma intervenção centrada no indivíduo e no seu contexto social;

- (iii) articular um trabalho em rede com um trabalho de terreno; (iv) reforçar a dimensão pedagógica da acção; (v) desenvolver uma postura profissional activa na organização e redefinição da política de intervenção na Saúde; (vi) investir na qualificação e actualização profissional contínua; (vii) promover a articulação da produção de conhecimentos com a experiência proveniente da prática profissional; (viii) desenvolver novos instrumentos de registo sistemático de trabalho; (ix) melhorar a formação académica; (x) criar espaços de debate, partilha e troca de experiências entre profissionais capazes de desenvolver nos profissionais de Serviço Social uma postura crítica e reflexiva; (xi) investir num projecto ético-político para o Serviço Social no campo dos cuidados de saúde; (xii) incentivar a constituição de organizações profissionais representativas dos interesses profissionais, tal como uma Ordem de Assistentes Sociais.²

Observa-se que as estratégias identificadas pelos inquiridos para a superação das dificuldades relacionadas com a categoria profissional se dirigem ao grupo profissional de Serviço Social como motor de resolução pragmática dos problemas por si sentidos. De facto, podemos agrupá-las em três grandes conjuntos de medidas.

As medidas relacionadas com o *modus operandi* do assistente social no sentido de potenciar uma acção cooperante entre os vários profissionais, bem como com o objectivo de conceber novas estratégias e nova instrumentalidade da acção profissional com o intuito de promover a participação activa do utente/beneficiário no seu processo de reabilitação.

Identificámos medidas relacionadas com a formação teórico-prática do assistente social presentes não só na preocupação revelada pela sua formação de base, mas, igualmente, na necessidade de uma formação contínua e supervisão pedagógica e prática.

Por último, importa, igualmente, referir um conjunto de preocupações com a inexistência de uma entidade reguladora da prática profissional a quem esses profissionais possam recorrer e que possa produzir, em última instância, um discurso

² Informação/discurso dos assistentes sociais inquiridos.

homogêneo ao nível do agir profissional do Serviço Social.

A necessidade de implementação de estratégias profissionais é evidenciada por Castro (2007, p. 119) ao considerar que o Serviço Social necessita, quotidianamente, de implementar: “alternativas para enfrentar os problemas de atendimento ao usuário, atendimento de algumas necessidades mediatas e imediatas não contempladas pelo Serviço de Unidades de Saúde (SUS)” actuando sobre “limitações ou impedimentos socioeconómicos, culturais ou institucionais ao desenvolvimento dos procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento”. (Ibidem).

Concomitantemente, Iamamoto (1999 apud Prá 2003, p. 2) aponta como um dos maiores desafios para o Serviço Social “o desenvolvimento da sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas criativas capazes de preservar e efectivar direitos a partir de demandas emergentes do cotidiano”. O espaço socioprofissional em que o assistente social desenvolve a sua acção é concomitantemente um espaço de desafios, mas também de oportunidades. Significa pois que o contexto institucional não é só um espaço onde se desenvolve o agir profissional, mas é, igualmente (ou pelo menos deve ser), um objecto de intervenção no qual a mudança estrutural e funcional pode ser encarada como uma potencialidade (SANTOS, 2009).

Embora com um nível de concordância total, mas menos significativo, a amostra ressaltou a necessidade de, igualmente, equacionar estratégias com vista a enfrentar e ultrapassar as limitações referentes ao espaço institucional e ao trabalho com redes.

Por estratégias institucionais, destacou-se a possibilidade de desenvolver:

[...] uma sensibilização em termos institucionais e governamentais da necessidade de recursos humanos, materiais e financeiros, que permita assegurar a qualidade da actuação profissional, reequacionar a forma de organização da equipa multi / inter e transdisciplinar, abandonar o regime de chamada a favor do regime de acolhimento sistemático e a existência de um gabinete de utente.³

³ Informação/discurso dos assistentes sociais inquiridos.

Destacamos a preocupação dos profissionais com a visibilidade e reconhecimento social da sua intervenção, que se circunscreve a elementos de carácter operacional como a existência de maiores e melhores recursos institucionais capazes de assegurar as condições básicas de uma actuação eficaz. A necessidade de espaços formais, organizacional e politicamente reconhecidos, como o “gabinete do utente” é outra inquietação presente na narrativa dos inquiridos. Esses espaços dariam, a seu ver, consistência estrutural e funcional ao profissional, promovendo, conseqüentemente, o seu reconhecimento dentro da organização e na comunidade.

No que se refere a estratégias na efectivação de redes de parceria e cooperação, as respostas defendidas pelos profissionais nos itens do nosso questionário referem-se essencialmente à:

(a) efectivação das redes de cooperação entre parceiros sociais e desenvolvimento de novas parcerias; (b) criação de acções sustentadas e inovadoras, com base no desenvolvimento de parcerias e redes entre unidades de Saúde e instituições de apoio à população; (c) equacionamento de novos serviços e novas redes de apoio à população utente e seus familiares, bem como a; (d) participação e sensibilização da própria população no que se refere às temáticas da educação para a saúde.⁴

As estratégias de superação dos limites relacionados com a efectivação das redes de parceria e cooperação identificados pelos profissionais possuem um carácter exógeno à instituição. De facto, a necessidade de um trabalho de foro comunitário e a cooperação com outros programas e serviços sociais surge como uma condição de recontextualização do Serviço Social, que deixa de se centrar no seu cariz micro/nuclear para se posicionar numa dimensão meso/comunitária.

Embora não tendo sido apresentadas estratégias relacionadas com o reconhecimento social da profissão no contexto deste trabalho, considera-se que a legitimação da profissão e o reconhecimento da mesma encontra-se inteiramente ligada

⁴ Informação/discurso dos assistentes sociais inquiridos.

a uma prática eficaz e eficiente na gestão do seu quotidiano e das necessidades sociais apresentadas pela população. A falta de reconhecimento pode ser compreendida pela dificuldade de perceber quais os resultados da intervenção social, pois contrariamente aos médicos que, através de exames periódicos, conseguem diagnosticar o avanço ou recuo do estado de doença, a intervenção do Serviço Social incide, fundamentalmente, sobre os utentes e seus familiares, bem como na articulação das redes de apoio social do utente, no domínio do subjectivo, pelo que é extremamente difícil quantificar as alterações produzidas.

Quando confrontados com as potencialidades do Serviço Social, a amostra referiu **concordar totalmente** com os itens apresentados, sendo que as potencialidades mais importantes situam-se ao

nível da participação em equipas multi/inter e transdisciplinares, intervenção psicossocial (individuo, família, grupo e comunidades), desenvolvimento de estratégias de capacitação social, contribuir para a igualdade de acesso e tratamento nos serviços de saúde e a utilização da intervenção sistémica e holística no diagnóstico e acompanhamento de problemas sociais.⁵

5 O modelo de intervenção polissémica de Serviço Social na área da Saúde

A forma como o Serviço Social está organizado no contexto da Saúde relega-nos para a necessidade de (re)legitimar a forma de actuação da profissão perante os problemas sociais associados aos serviços de saúde, e o mesmo significa que a formação profissional dos próprios profissionais “deve ser (re)pensada, a fim de que possamos possibilitar a capacitação de profissionais condizentes com novas dinâmicas de trabalho” (OLIVEIRA et al s.d, p. 2). É importante conceber a prática profissional enquanto um processo *dialéctico*, não estabelecido antecipadamente, mas que se encontra em permanente mutação, logo, aberto e dinâmico.

⁵ Informação/discurso dos assistentes sociais inquiridos.

Quando se aborda a questão de modelos e prática profissional é inevitável a discussão em torno da relação (dicotómica ou recíproca) entre **teoria e prática** e importância da componente investigativa.⁶

A postura assumida por parte da categoria profissional, permite caminhar continuamente em direcção à reconceptualização e recontextualização dos modelos de intervenção e, conseqüentemente, da prática profissional do Serviço Social, com vista à sua modernização profissional, face às exigências da nova sociedade.

Na lógica da relegitimação através da (re) qualificação e modernização da prática profissional, pretende-se discutir uma nova forma de abordagem que permita a adequação da prática profissional à realidade quotidiana e identificar novas estratégias de acção que possam, simultaneamente, actuar de uma forma centrada no indivíduo, mas também agir no colectivo. Significa a defesa de uma postura inovadora e pró-activa que simultaneamente reflecta sobre a dimensão circundante e global do problema em causa, equacionando medidas mais sustentadas a médio-longo prazo sem menosprezar uma intervenção pontual, incidente nas necessidades imediatas.

Em função da unidade em que está inserida, a prática profissional pode identificar-se com **práticas promotoras da saúde**,⁷ com **práticas preventivas**,⁸ ou ainda com **práticas de**

⁶ O modelo polissémico pressupõe a prática com fonte de teoria, onde o profissional adquire ao longo do seu percurso académico um conjunto de conhecimentos que sustentam a **base teórica**, que encontrará a sua legitimação ou refutação no contexto da **prática profissional** (é no contexto prático que se verifica se uma teoria ou instrumento de trabalho tem utilidade e sustentabilidade prática), contudo, no quotidiano profissional, emerge um conjunto de novos conhecimentos, técnicas e metodologias de trabalho, **teoria/saber prático**, decorrentes da postura dinâmica do profissional. Por sua vez, esse novo saber deve ser alvo de problematização e tratamento teórico com vista à sua consolidação, **prática teorizada**. Todo esse dinamismo, reflecte a necessidade e a urgência de uma atitude de **permanente actualização e investigação por** parte do profissional, tendo como fonte o **diversificado campo de actuação do Serviço Social**, isto é, sendo a prática como fonte de teoria.

⁷ Por práticas profissionais promotoras de saúde, entendamos práticas que *efectivam e estimulam a discussão e o debate em torno da saúde* procurando a “construção de uma nova forma de entender a promoção da saúde como factor essencial para o desenvolvimento humano”. (NOGUEIRA et al, 2007, p. 5).

⁸ As práticas preventivas não se dirigem a uma doença particular, nem tão pouco a uma intervenção centrada no individual, mas pressupõem a construção de estratégias operativas que visam o controlo do aparecimento da ameaça ou medidas para mitigar os seus efeitos.

recuperação,⁹ no entanto, o profissional pode ainda assumir uma postura polissêmica e tentar intervir numa interacção entre necessidades específicas e transversais, configurando uma **prática profissional polissêmica**.

Pretende-se defender a **polissemia**,¹⁰ como um *modelo de organização da prática profissional* que não se circunscreve ao restrito, ao indivíduo, mas estende-se numa perspectiva sistémica e holística, a um nível de intervenção mais alargado. A intervenção polissêmica vai ao encontro da perspectiva sistémica ao atender os problemas de uma forma global, onde se preconiza um “trabalho com indivíduos, grupos e comunidades, e não realça nenhum método de intervenção em particular. Em lugar disso, fornece uma forma totalizadora de descrever as coisas em qualquer nível” (PAYNE, 2002a, p. 215), o que é indispensável para uma intervenção específica, transversal e global, numa tentativa de conseguir responder localmente, minimizando globalmente. Ao concebermos o campo de intervenção de Serviço Social enquanto modelo de organização polissémico, estamos a comungar do pensamento de Payne (2002, p. 23), considerando que “existe um paradigma do trabalho social, que é socialmente construído e no qual todas as ‘teorias’ e práticas correntes podem ser encaixadas”.

5.1 Características e pressupostos do modelo polissémico

Um dos primeiros e principais pressupostos do modelo polissémico é que, sendo transversal, ele se encontra presente, ao nível da intervenção prática do Serviço Social, em vários estádios:

⁹ As práticas profissionais de recuperação são todas aquelas prestadas, por norma, no quadro institucional e visam a reabilitação do indivíduo, com vista à sua reinserção nos seus contextos habituais, antes do aparecimento da doença ou da ameaça.

¹⁰ O conceito de polissemia significa que nenhum modelo de intervenção consegue absorver a complexidade dos problemas sociais, desse modo, no decorrer na acção quotidiana, é possível incorporar técnicas, metodologias e modelos de intervenção diversificados, considerados como os mais adequados às circunstâncias de determinada problemática. O mesmo se aplica ao contexto da prática. Essa, quando ocorre, deve ocorrer nas mais diversas esferas nas quais o indivíduo está inserido – *indivíduo como inserido num sistema familiar e redes sociais de apoio* (específico), *indivíduo como inserido num sistema comunitário* (transversal) e *indivíduo como inserido num sistema social* (global).

1º Estádio – *Estádio micro (centrado no indivíduo ou na situação)*. O modelo polissémico perspectiva uma compreensão reflexiva do indivíduo e o seu problema, bem como nas suas potencialidades extra-institucionais centralizadas nas redes sociais de apoio que possam funcionar como instrumentos de reabilitação e inclusão nos referenciais contextuais significantes para o sujeito. Prevê, igualmente, uma acção de *prevenção terciária e quaternária* com vista a recuperar o máximo de autonomia do doente.

2º Estádio – *Estádio meso (abordagem transversal)*. Relacionado com os contextos relacionais e sistemas de que o indivíduo faz parte, de modo a criar um ambiente favorável ao seu processo de reabilitação. Mobilização de recursos institucionais e comunitários perspectivando não só as potencialidades que o cidadão pode encontrar, mas igualmente tendo em atenção os factores não protectores relacionados com os contextos de risco, com vista à sua minimização. Importa ainda salientar a importância, neste estádio, da *prevenção secundária* orientada para a minimização do impacto da doença nas redes sociais de apoio, bem como o trabalho profissional de redução dos factores de risco a nível territorial e comunitário.

3º Estádio – *Estádio macro (abordagem global)*. Equacionar a prática profissional na relação com o cidadão a um nível público, tendo em conta as necessidades colectivas contidas nos pedidos individuais, munindo-se de programas e projectos de intervenção alargados destinados à promoção da saúde. Prevê-se uma acção de natureza primária, de modo a fomentar o debate, divulgar, sensibilizar e consciencializar a população.

Da mesma forma que a intervenção do Serviço Social se dá sob a influência de diversas teorias e modelos, também a sua acção deve incidir a vários níveis, de modo a equacionar um exercício profissional o mais completo possível.

É de realçar que os níveis de intervenção propostos a nível do modelo polissémico podem ocorrer isoladamente, ou no seu conjunto, isto é, os profissionais podem tanto desenvolver a sua actividade no contexto de uma intervenção específica (que caracteriza a maioria das práticas profissionais), como, por outro lado, adoptar uma

postura polissémica e, com base nas indicações fornecidas por esse nível de intervenção, lançar pistas para intervenções em contextos mais alargados (tais como evidenciar a necessidade de mudanças na própria prática profissional, no contexto institucional, no espaço comunitário,

nos recursos formais e informais, bem como nos espaços societários mais amplos).

5.2 Características funcionais e instrumentais do modelo polissémico em referência à área da Saúde.

| Estádios | Dimensões | Indicadores | Constrangimentos |
|--|---------------------|---|--|
| Estádio 1 Centrado no indivíduo | Tipo de diagnóstico | Estudo Social com preocupação para os seguintes indicadores: demográficos, socioprofissionais, sociofamiliares, redes informais de suporte. | Pode impedir uma prática potenciadora da mudança |
| | Objectivos | Melhoria da qualidade de vida do indivíduo e do sistema familiar, minimizando os efeitos da doença com vista à sua reinserção. | |
| | Limites | Falta de cooperação do indivíduo ou da família; expectativas não realistas, limites materiais e humanos. | |
| Estádio 2 Centrado nos sistemas contextuais e relacionais | Tipo de diagnóstico | Diagnóstico centrado no contexto institucional e espaço territorial, ampliando a capacidade de minimização de danos. | |
| | Objectivos | Articular entre as redes de apoio formal e informal; melhorar os recursos comunitários e promover projectos de participação social. | |
| | Limites | Falta de cooperação inter-serviços e falta de participação comunitária | |
| Estádio 3 Centrado nos sistemas políticos e sociais | Tipo de diagnóstico | Diagnóstico social precoce (ex-ante) prevendo possíveis agravamentos e possíveis potencialidades. | |
| | Objectivos | Intervir a nível das estruturas sociais na definição e implementação de políticas públicas; rentabilizar os recursos disponíveis. | |
| | Limites | Falta de recursos humanos, materiais e financeiros para incorporar projectos à escala global. | |

Quadro 4 – Esquema conceptual do modelo polissémico

Fonte: Sistematização teórica elaborada pelas autoras.

Mais do que um modelo teórico, a abordagem polissémica pretende definir-se como um modelo de actuação com base na prática profissional, isto é, o contexto da prática define os procedimentos necessários a serem contemplados na definição de um modelo de intervenção mais amplo. Uma prática profissional polissémica dá-se na *confluência de todos os modelos de prática* anteriormente apresentados (modelo promotor da saúde; modelo preventivo; e modelo de recuperação), compreendendo o problema na sua totalidade, indo além das dimensões da vida

afectadas pela vivência da doença e promovendo uma intervenção a todos os níveis: específico, transversal e global.¹¹

¹¹ Passa fundamentalmente por equacionar projectos de intervenção com vista à superação dos problemas identificados e dimensões por ele afectados, mobilização das redes de apoio formal e informal para auxiliar os mesmos e, com base nos referidos critérios de admissão, desenvolver um diagnóstico comunitário, verificando as necessidades daquele espaço territorial, permitindo, assim, desenvolver estratégias de intervenção mais alargadas, numa atitude pró-activa, promotora de mudança social desejada.

Uma prática polissêmica pressupõe a elaboração de acções que envolvam o indivíduo, a família, as infraestruturas comunitárias, a comunidade em geral e as infraestruturas sociais, enquanto sistemas sociais, defendendo que a mudança social só é conseguida se referenciada a uma abordagem holística.

A abordagem polissêmica não vem descorrer a importância e a veracidade das respostas dadas aquando de uma intervenção imediatista. Contudo, procura consciencializar a própria categoria para o desenvolvimento de uma reflexão mais profunda, numa abordagem mais qualitativa, pois só assim poderá assumir-se como agente de mudança.

A prática profissional só conseguirá aprender esses significados a partir do momento em que, a nosso ver, adopte, independentemente do modelo de prática (promotora, preventiva, de reabilitação e/ou polissêmica), uma postura coincidente com uma prática sistemática e transformadora que não se satisfaz com uma explicação breve e simplista das situações, mas busca a sua compreensão a partir da problematização do real, permitindo o diagnóstico e o estudo social de uma forma mais ampla, específica-transversal-global, com base em instrumentos metodológicos e no registo detalhado da informação recolhida.

5.3 Operacionalização do modelo polissémico

A prática polissêmica do Serviço Social enquanto modelo de organização da prática profissional só poderá ser reconhecida socialmente quando legitimada operativamente em contexto institucional. Significa, pois, que os três estádios característicos do modelo proposto devem ser utilizados de forma concomitante de acordo com os seguintes momentos processuais:

1ª Fase – Intervenção específica: (i) acolhimento sistemático; (ii) estudo e diagnóstico social; (iii) definição de prioridades de intervenção específica; (iv) definição de objectivos e metas; (v) planificação do projecto de intervenção; (vi) mobilização e interacção / mediação das redes de apoio, formais e informais; (vii) implementação e acompanhamento do processo interventivo;

(viii) registo da informação e reflexão e avaliação da acção.¹²

2ª Fase – Intervenção transversal: (i) apreender o sentido colectivo dos pedidos individuais; (ii) estudo e diagnóstico institucional; (iii) estudo e diagnóstico comunitário; (iv) definição de prioridades de intervenção em contexto institucional; (v) definição de prioridades de intervenção em contexto comunitário; (vi) definição dos objectivos e metas; (vii) planificação de um projecto de intervenção; (viii) mobilização e interacção / mediação com estruturas internas ao contexto institucional; (ix) mobilização e interacção/mediação com infraestruturas comunitárias e participação comunitária; (x) implementação e acompanhamento do processo interventivo; (xi) registo da informação e reflexão e avaliação sobre a acção.

3ª Fase – Intervenção global: (i) apreender o sentido das necessidades institucionais e comunitárias; (ii) estudo e diagnóstico social; (iii) definição de prioridades de intervenção social; (iv) definição dos objectivos e metas; (v) planificação do projecto de intervenção social; (vi) mobilização e interacção entre infraestruturas sociais, comunitárias, estatais e políticas; (vii) implementação e acompanhamento do processo; (viii) registo da informação e reflexão e avaliação da acção.

A polissemia enquanto modelo de organização da prática profissional procura, de acordo com os momentos operativos apresentados, englobar uma visão holística e reflexiva da prática profissional, bem como uma nova forma de intervir face à complexificação do real, no sentido da actualização e (re)equacionamento profissional que se encontra presente na palavras de Aquin (1999, p. 13) ao estabelecer a necessidade de relacionar o local e global, pois é urgente um “pensamiento que integra la incertidumbre y es capaz de reunir, contextualizar y globalizar, pêro reconociendo lo singular y lo concreto”, numa atitude que recupere:

¹² O registo da informação não deve ocorrer somente no fim da intervenção, mas ao longo de todo o processo, de todos os dados importantes para a compreensão da problemática em causa, contudo, no final, deve-se proceder a uma revisão de todo o processo e registar dificuldades, potencialidades, entre outros elementos que manifestem a reflexão sobre a acção por parte dos profissionais envolvidos.

[...] un horizonte de totalidad, de totalidad abierta, no totalitária, que permita articular un nuevo discurso de la igualdad, articular discursos y prácticas críticas que entramen lo local y lo global, que sin renunciar a lo institucional impliquem también un compromiso de revitalización de la democracia en la sociedad civil. (Ibidem, p. 12).

6 Considerações finais

A abordagem polissémica constitui, a nosso ver, um modelo de prática profissional socialmente construído que integra não só uma organização teórica e instrumental da prática profissional, mas pretende contribuir para a construção de um projecto profissional tendo como valores orientadores a igualdade social, a inclusão social e os direitos humanos, de forma a consolidar o acesso aos direitos sociais básicos (neste caso, o direito à Saúde) como uma componente do movimento de cidadania. Não ambiciona desenvolver uma postura crítica relativamente aos diferentes modelos de intervenção mas sim, *apresentar* uma visão integradora dos mesmos para oferecer uma explicação mais abrangente da realidade social.

A apresentação do modelo polissémico constitui aquilo que Payne (2002a, p. 82) designa por “modelos pessoais de prática construído” ou seja, em que “indivíduos ou um grupo de colegas a trabalhar em conjunto criaram a sua própria base de ideias teóricas, sustentadas numa avaliação das suas necessidades específicas enquanto profissionais”, isto é, uma visão pessoal sobre prática profissional e modelos de intervenção, tendo subjacente o paradigma construtivista de que a realidade social pode ser perspectivada sobre diversos olhares.

A abordagem polissémica apresenta alguns aspectos comuns com o modelo sincrético apresentado por Adams, Domineli e Payne (2010), no sentido da utilização de várias estratégias de intervenção social que se constituem como organizadoras de uma epistemologia para o Serviço Social. Distingue-se, no entanto, desse modelo ao apresentar uma proposta de intervenção social baseada em três níveis de acção (micro, meso e

macro) que, ao contrário do modelo sincrético, podem e devem ser utilizados de forma individual ou em concomitância, tendo como referência o contexto onde se insere.

Apela, igualmente, para a importância da inserção do assistente social em equipas multi-disciplinares, para a riqueza dos movimentos de capacitação social existentes na relação utente e profissional, e busca, ainda, um agir capaz de liderar a mudança e a transformação social.

Por último, pensamos que a prática profissional polissémica pressupõe a destradiconalização e a reflexividade enquanto exercícios de recriação profissional contínua, alargando o seu espaço de intervenção, numa requalificação permanente das suas competências pessoais e profissionais, caminhando em direcção à sua modernização.

Referências

- Adams, R; Dominelli, L; Payne, M. **Practising social work in a complex world**. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2010.
- AQUIN, N. **Identidad y formación**. De conservaciones, superaciones y rupturas. Argentina. Ed. Boletín Electronico Sura Noviembre, 1990.
- ANDRADE, M. Campo de intervenção do Serviço Social – autonomias e heteronomias do agir. **Intervenção Social**, n. 23/24. Lisboa: ISSSL 217-232, 2001.
- AUGUSTO, M. et al. **Cuidados continuados, família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar**. Coimbra: Editora Formasau, 2002.
- BECKETT, C. **Essential theory for social work practice**. London: Sage, 1988.
- CASTRO, M. Serviço social e cuidados em saúde: uma articulação necessária In: **Libertas**. v. 2, n. 1, p.106-126, 2007.
- COSTA, M. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. Disponível em: <www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/exto2-7.pdf> . Acesso em: 31 mai. 2008.
- FERNANDES, P. **Globalização, sociedade de risco e o futuro do direito penal - panorâmica de alguns problemas comuns**. Coimbra: Almedina, 2001.

- FERNANDES, R. Educação permanente: um desafio para o Serviço Social. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 7, p. 1-13, 2007.
- GARCIA, R. A sociedade do risco e a (in)eficiência do direito penal na era da globalização. Disponível em: <<http://sisnet.aduaneiras.com.br/lex/doutrinas/arquivos/RISCO.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2007.
- GENTILLI, R. A prática como definidora da identidade profissional do Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, n. 53, São Paulo: Cortez.
- GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. 4. ed. Oeiras: Celta, 2002.
- _____. **O mundo na era da globalização**. Lisboa: Editorial Presença, 2000.
- _____. **Modernidade e identidade pessoal**. 2. ed. Oeiras: Celta, 1997.
- GRANJA, B. **Profissão assistente social: a tensão no agir**. Porto: s.ed. 2009
- GUERRA, Y. **O Conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas**. Colectânea sobre Prática Profissional. Veras. São Paulo: 2007
- _____. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. Curso Especialização à distância ABEPSS/CFESS2007
- _____. O Serviço Social frente à crise contemporânea: demandas e perspectivas. **Revista Polêmica: com os olhos postos no futuro**, n. 3, p. 1-26, 2001.
- Fook, J. **Social work: critical theory and practice**. London: Sage, 2002.
- HABERMAS, J. Theorie des Kommunikativen Handelns. Suhrkamp Verlag in **theorie del agir Communicationnel**, 2 tommes, Fyord, 1987.
- HERRERA, N. Serviço Social: objectivos, funções e actividades em uma unidade sanitária. **Revista de Saúde Publica**, v.10, p. 209-216, 1976.
- IANAMOTO, M. **As dimensões ético-políticas e teórico- metodológicas no serviço social contemporâneo**. Disponível em: www.fnepas.org.br/. Acesso em: 31 mai. 2008.
- _____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- KARSCH, Ú.; BOGDAN, R. Desafios actuais para a assistência social: a busca de alternativas. **Serviço Social & Sociedade**, n. 23, 1987.
- MARTINELLI, M. Serviço social na área da saúde: uma relação histórica. **Intervenção Social**, n. 28, p. 9-16, 2003.
- MATIAS, A. **Condições do exercício profissional dos assistentes sociais na saúde** Lisboa: CPIHTS 1-6. Disponível em: <www.cpihts.com>. Acesso em: 28 nov. 2007.
- MATIAS, A. Gênese e emergência do serviço social na saúde. **Intervenção Social**, n. 20, p. 91-115, 1999.
- MIRANDA, A.; CAVALCANTI, P. O serviço social e a sua ética profissional. **Revista Agora: Políticas Públicas e Serviço Social**, ano 6, n. 2, p. 1-23, 2005.
- MOURO, H. Serviço social: um século de existência. In: MOURO, H.; SIMÕES, D. (Orgs.). **100 Anos de serviço social**. Coimbra: Quarteto, 2001. p.23-60
- _____. Serviço social e modelos de intervenção: da sociedade industrial à sociedade do risco. Tese de Dissertação de Doutorado em Ciências do Serviço Social. Apresentada à Universidade Abel Salazar, Porto: 2007.
- NOGUEIRA, V.; MIOTO, R. **Sistematização, planeamento e avaliação das acções dos assistentes sociais no campo da saúde**. Disponível em: <www.fnepas.org.br/>. Acesso em: 31 mai. 2008.
- NOGUEIRA, V. Et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de Saúde. **Cadernos Saúde Pública**, v.23, suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400014>. Acesso em: ago. 2010
- OLIVEIRA, C.; SOUZA, T. Formação profissional do assistente social na contemporaneidade: aspectos da interdisciplinaridade. Disponível em: <http://www.fclar.unesp.br/seer/index.php?journal=iberoamerica&page=index>. Acesso em: 21 jun. 2008.
- PAYNE, M. **Teoria do trabalho social moderno**. Coimbra: Quarteto, 2002.
- _____. **Teoria do trabalho social moderno**. 2. ed. Coimbra: Quarteto, 2002ª.
- PARKER, J.; BRADLEY, G. **Social work practice: assessment, planning, intervention and review**. Glasgow: Learning Matters, 2008.
- PARTON, N.; O'BYRNE, P. **Constructive social work**, New York: Palgrave, 2000.
- PAUGAM, S. **A desqualificação social: ensaio sobre a nova pobreza**. Porto: Porto Editora, 2003.
- PRÁ, K. As acções profissionais do serviço social no centro de saúde do Saco Grande e a consolidação do Sistema Único de Saúde. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 2, p. 1-15, 2003.

RICHMOND, M. **Social diagnoses**. New York: Russel Sage Foundation, 1917. Disponível em: <www.questia.com/library/book/social-diagnosis-by-mary-e-richmond.jsp>. Acesso em: 20 set. 2009.

RODRIGUES, A. Humanização e qualidade no contexto hospitalar: novo olhar, novas práticas sociais. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 1, p. 1-8, 2002.

RODRIGUES, A. et. al. **Genograma**: representação gráfica da vida familiar. Disponível em: <www.psicologia.com.pt>. Acesso em: 25 jun. 2008.

RODRIGUES, A. O doente idoso e a intervenção do assistente social na equipa de saúde hospitalar. **Intervenção Social**, n. 21, p. 45-52, 2000.

RODRIGUES, F. **A assistência social nas políticas sociais públicas**. Tese de Doutoramento apresentada a Pontifícia Universidade de São Paulo: São Paulo, 1998.

SANTOS, C. A Construção social da identidade profissional de serviço social. **Revista Interações**, n. 11, p. 15-25. Coimbra: ISMT, 2008.

_____. **Rostos de uma profissão**: a identidade profissional do serviço social em Portugal. Coimbra: Quarteto, 2009.

VASCONCELOS, A. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. Disponível em: <www.fnepas.org.br/>. Acesso em: 3 mai. 2008.

_____. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde. São Paulo: Cortez, 2006.

VISCARRETT, J. **Modelos y métodos de intervención em trabajo social**. Argentina: Alianza Editorial, 2007.

WALKER, S.; BECKETT, C. **Social work assessment and intervention**. Lyme Regis: Russel House Publishnig, 2005.

WITUCK, I. **Serviço social e saúde**: processo de trabalho do assistente social. Lisboa: CPIIHTS. Disponível em: <www.cpiihts.com>. Acesso em: 28 nov. 2007.