

Patrícia Daniela Borges Santos

**Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na
Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2008

Patrícia Daniela Borges Santos

**Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na
Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2008

A Aluna

(Patrícia Daniela Borges Santos)

**Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares s na
Promoção dos Cuidados de Saúde Primários. (Estudo Exploratório)**

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Serviço Social, sob orientação do Mestre Jorge Rebelo.

Sumário

Com este estudo pretende-se compreender o contributo das mudanças nos cuidados de saúde primários, nomeadamente através da criação das Unidades de Saúde Familiares. Para a concretização deste estudo, consideram-se os seguintes objectivos específicos:

- Identificar as principais vantagens da criação das Unidades de Saúde Familiares, na melhoria dos cuidados de saúde primários.

- Perceber se os profissionais das Unidades de Saúde Familiares cumprem os requisitos que se propuseram aquando a sua candidatura, nomeadamente, ao nível de atendimento, vigilância da saúde, estrutura e funcionamento.

- Conhecer a opinião dos utentes sobre o contributo das Unidades de Saúde Familiares para a população por elas abrangida.

A recolha de dados para este estudo processou-se em Junho de 2007, durante o período de estágio realizado no Centro de Saúde de Soares dos Reis e Oliveira do Douro – Unidade de Soares dos Reis, a uma amostra de 150 utentes, com idades compreendidas entre os 16 e os 82 anos de idade. Os utentes foram contactados previamente, sendo informados do objectivo do estudo, assim como de que a participação era totalmente voluntária e as respostas seriam mantidas em absoluto anonimato.

Em relação aos resultados alcançados, nomeadamente a satisfação em relação à criação das Unidades de Saúde Familiares verifica-se que os utentes consideram que foram importantes, pois têm mais facilidade em aceder aos Cuidados de Saúde Primários. Um outro factor importante, constatado através da realização deste estudo, foi uma considerável percentagem de utentes que passou a ter médico de família, traduzindo-se assim numa melhoria significativa no planeamento e vigilância da saúde. Assim, de uma forma geral, verificou-se que os participantes do estudo demonstram satisfação relativamente ao funcionamento destas novas formas de atendimento, no acesso aos cuidados de saúde primários.

Agradecimentos

O culminar desta licenciatura, faz-me repensar em todos aqueles que ao longo desta caminhada, me apoiaram, incentivaram e acompanharam ao longo do curso e da realização desta monografia.

Ao Mestre Jorge Rebelo, orientador desta monografia, pelos ensinamentos, pelas sugestões e pela disponibilidade, contribuindo de forma decisiva para o desenvolvimento deste trabalho.

A todos os técnicos e pessoal que trabalha no Centro de Saúde Soares dos Reis, pelo carinho com que me receberam durante o meu estágio curricular, muito em especial às duas técnicas Superiores de Serviço Social, Dra. Cristina Pereira e Dra. Cristina Lima, pela orientação, dedicação, incentivo, sabedoria, pois para além do profissionalismo, revelaram um verdadeiro sentido de amizade.

Quero agradecer aos Directores da USF Nova Salus e USF Saúde no Futuro, e aos utentes pela disponibilidade que demonstraram e a receptividade para colaborar neste estudo, pois sem eles não poderia realizar este trabalho monográfico.

A todos os colegas pela amizade, saberes e experiências partilhadas, fundamentais para a concretização do trabalho. Em especial às minhas amigas de curso que me acompanharam ao longo desta caminhada, vão ficar sempre no meu coração.

Quero fazer um agradecimento muito especial à minha família que sempre me apoiou e me deu ânimo.

Finalmente, um beijo muito grande aos meus queridos pais e à minha irmã Sónia! A todos eles quero agradecer por tudo, pelo sacrifício, pela compreensão e paciência, pela atenção e pelo carinho e afecto.

A todos bem hajam!

Siglas e abreviaturas

Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

RCSP – Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

USF – Unidades de Saúde Familiares

Patrícia Daniela Borges Santos

**Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na
Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2008

Patrícia Daniela Borges Santos

**Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na
Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2008

A Aluna

(Patrícia Daniela Borges Santos)

**Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares s na
Promoção dos Cuidados de Saúde Primários. (Estudo Exploratório)**

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Serviço Social, sob orientação do Mestre Jorge Rebelo.

Sumário

Com este estudo pretende-se compreender o contributo das mudanças nos cuidados de saúde primários, nomeadamente através da criação das Unidades de Saúde Familiares. Para a concretização deste estudo, consideram-se os seguintes objectivos específicos:

- Identificar as principais vantagens da criação das Unidades de Saúde Familiares, na melhoria dos cuidados de saúde primários.

- Perceber se os profissionais das Unidades de Saúde Familiares cumprem os requisitos que se propuseram aquando a sua candidatura, nomeadamente, ao nível de atendimento, vigilância da saúde, estrutura e funcionamento.

- Conhecer a opinião dos utentes sobre o contributo das Unidades de Saúde Familiares para a população por elas abrangida.

A recolha de dados para este estudo processou-se em Junho de 2007, durante o período de estágio realizado no Centro de Saúde de Soares dos Reis e Oliveira do Douro – Unidade de Soares dos Reis, a uma amostra de 150 utentes, com idades compreendidas entre os 16 e os 82 anos de idade. Os utentes foram contactados previamente, sendo informados do objectivo do estudo, assim como de que a participação era totalmente voluntária e as respostas seriam mantidas em absoluto anonimato.

Em relação aos resultados alcançados, nomeadamente a satisfação em relação à criação das Unidades de Saúde Familiares verifica-se que os utentes consideram que foram importantes, pois têm mais facilidade em aceder aos Cuidados de Saúde Primários. Um outro factor importante, constatado através da realização deste estudo, foi uma considerável percentagem de utentes que passou a ter médico de família, traduzindo-se assim numa melhoria significativa no planeamento e vigilância da saúde. Assim, de uma forma geral, verificou-se que os participantes do estudo demonstram satisfação relativamente ao funcionamento destas novas formas de atendimento, no acesso aos cuidados de saúde primários.

Agradecimentos

O culminar desta licenciatura, faz-me repensar em todos aqueles que ao longo desta caminhada, me apoiaram, incentivaram e acompanharam ao longo do curso e da realização desta monografia.

Ao Mestre Jorge Rebelo, orientador desta monografia, pelos ensinamentos, pelas sugestões e pela disponibilidade, contribuindo de forma decisiva para o desenvolvimento deste trabalho.

A todos os técnicos e pessoal que trabalha no Centro de Saúde Soares dos Reis, pelo carinho com que me receberam durante o meu estágio curricular, muito em especial às duas técnicas Superiores de Serviço Social, Dra. Cristina Pereira e Dra. Cristina Lima, pela orientação, dedicação, incentivo, sabedoria, pois para além do profissionalismo, revelaram um verdadeiro sentido de amizade.

Quero agradecer aos Directores da USF Nova Salus e USF Saúde no Futuro, e aos utentes pela disponibilidade que demonstraram e a receptividade para colaborar neste estudo, pois sem eles não poderia realizar este trabalho monográfico.

A todos os colegas pela amizade, saberes e experiências partilhadas, fundamentais para a concretização do trabalho. Em especial às minhas amigas de curso que me acompanharam ao longo desta caminhada, vão ficar sempre no meu coração.

Quero fazer um agradecimento muito especial à minha família que sempre me apoiou e me deu ânimo.

Finalmente, um beijo muito grande aos meus queridos pais e à minha irmã Sónia! A todos eles quero agradecer por tudo, pelo sacrifício, pela compreensão e paciência, pela atenção e pelo carinho e afecto.

A todos bem hajam!

Siglas e abreviaturas

Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

RCSP – Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

USF – Unidades de Saúde Familiares

Índice

	Página
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – O Sistema Nacional de Saúde	4
Introdução	
1.1 – Enquadramento da Lei de Bases da Saúde	4
1.2. – Serviço Nacional de Saúde	6
1.2.1 – Organização do Serviço Nacional de Saúde	6
1.3– Direcção – Geral de Saúde	7
1.4 – Centros de Saúde da Terceira Geração	8
1.4.1. Atribuições e Âmbitos de Actuação	9
Conclusão	11
CAPÍTULO II – REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	11
Introdução	11
2.1 – Missão para os Cuidados de Saúde Primários	12
2.2 – Unidades de Saúde Familiares	13
2.2.1 - Princípios das USF	15
2.2.2 – Objectivos da USF	16
2.2.3 – Organização do Trabalho	17
2.2.4 – O Trabalho em Equipa	18
2.2.5- Os Cuidados a Assegurar	20
Conclusão	21
CAPÍTULO III – O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	21
Introdução	21
3.1 – Definição de Serviço Social	21
3.2 – Campos de Intervenção do Serviço Social	23
3.3 - O Serviço Social na Área da Saúde	24
3.3.1 – O/ A Assistente Social na Área da Saúde	27
3.4 – A Relação de Ajuda Profissional	29
3.5 – A Intervenção Psicossocial	33

3.6 – O Apoio e o Serviço Social	35
3.7 – O Trabalho em Equipa	37
3.8 - O Serviço Social no Centro de Saúde Onde Decorreu o Estudo	39
Conclusão	40
CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO	40
Introdução	40
4.1 - Definição de Objectivos e Hipóteses de Pesquisa	40
4.2 – Metodologia Utilizada	43
4.2.1 – Amostra	44
4.3 – Apresentação dos Resultados Obtidos Através dos Questionários	47
4.4 – Análise Correlacional Entre as Variáveis de Estudo	56
4.5 – Verificação das Hipóteses	59
Conclusão	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
BIBIOGRAFIA	65
ANEXOS	
Lei de Bases da Saúde	I
Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes	II
Conteúdo Funcional dos Técnicos Superiores de Serviço Social nos Centros de Saúde	III
Inquérito por Questionário	IV

Índice de Gráficos

	Página
Gráfico I – Género dos Inquiridos	45
Gráfico II – Idade dos Inquiridos	46
Gráfico III – Estado Civil	46
Gráfico IV – Habilitações Literárias	47

Índice de Quadros

	Página
Quadro I – Quando se Inscreveu Nesta Unidade de Saúde Familiar	48
Quadro II – Quem o Levou a Inscrever-se Nesta USF	49
Quadro III – Antes de Pertencer a esta USF Tinha Médico de Família, e o Médico Pertencia a esta USF	49
Quadro IV – Quando se Inscreveu Foi-lhe Atribuído o Médico que Pretendia, e Maior Acompanhamento na Promoção e Vigilância da Saúde	50
Quadro V – Factores que Justificam o Acompanhamento	50
Quadro VI – Horário da USF Permite Maior Facilidade para Aceder aos Cuidados de Saúde, e Marcação de Consulta Mais Fácil	52
Quadro VII – Factores que Justificam o Acesso à Marcação de Consultas	52
Quadro VIII – Dificuldade em ser Consultado Quando o Médico falta, e Necessidade de Consulta no Domicílio	53
Quadro IX – Tempo de Espera da Consulta ao Domicílio	53
Quadro X – Profissionais da USF prestáveis e Atenciosos, e Informação e Encaminhamento Correcto por Parte dos Administrativos	54
Quadro XI - Factores que Justificam se os Profissionais são Prestáveis e Atenciosos	54
Quadro XII – Promoção da Vigilância da Saúde por Parte dos Enfermeiros, e Colaboração dos Médicos com Outros Serviços e Sectores	55
Quadro XIII – Contributo das USF	55
Quadro XIV – Correlações Significativas por Acompanhamento na Promoção e Vigilância da Saúde	57
Quadro XV - Correlações Significativas por Horário de Funcionamento	58

Quadro XVI– Correlação entre a facilidade de Marcar Consulta e a Dificuldade em ser Consultado Quando o Médico Falta

INTRODUÇÃO

A escolha do tema deve-se a um grande interesse e motivação pessoal para obter mais conhecimentos nesta área. Assim, a escolha desta problemática também surgiu na continuidade do estágio académico, na medida em que este permitiu a convivência diária com as reformas que foram implementadas nos cuidados de saúde primários (CSP).

Os Centros de Saúde (CS) são organizações “vivas”, que promovem sistematicamente a aprendizagem e o desenvolvimento individual, colectivo e organizacional, a fim de melhorar a prestação de cuidados de saúde de um modo cada vez mais satisfatório para a população que servem. São organizações abertas ao exterior, com uma constante troca de informações e partilha de experiências, em que as relações interpessoais assumem um papel estruturante e promotor de qualidade.

O acesso a cuidados de saúde com qualidade, promove uma maior eficiência e satisfação do utente, favorece o acompanhamento e a relação entre utentes e médicos, bem como com os demais profissionais que integram os CS.

A prática nos CS, não deve ser apenas multidisciplinar, em que, num mesmo contexto, estão a trabalhar várias áreas, mas interdisciplinar onde os profissionais aprendem uns com os outros gerando assim um conhecimento novo e integrado, resultante da interacção de diferentes aprendizagens, abolindo assim barreiras. Todos os profissionais que integram um CS, devem resolver problemas em equipa e em rede, tirando assim, o máximo partido e proveito dos saberes e competências de cada profissão e de cada profissional.

O investimento na formação de todos os profissionais dos CS, deve basear-se na multi e interdisciplinaridade para a transdisciplinaridade, respeitando o bem-estar pessoal, facilitando a circulação da informação, valorizando a diversidade e mantendo a flexibilidade para permitir a adaptação às mudanças.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (RCSP) visa a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, através do aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade e conseqüente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços. Pretende-se, também, aumentar a satisfação dos profissionais, criando boas condições de trabalho, melhorando a organização e recompensando as boas práticas.

O ponto de partida é um baixo nível de satisfação de todos os intervenientes, cidadãos, profissionais e decisores políticos, motivado pela baixa acessibilidade, ineficiência, barreiras burocráticas e falta de incentivos para melhorar a produtividade e a qualidade.

O Capítulo I faz uma breve referência ao Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente, a Lei de Bases da Saúde e o Serviço Nacional de Saúde. Um outro ponto que será focado neste capítulo prende-se com a enumeração dos objectivos da Direcção Geral de Saúde (DGS) e com os CS da “ Terceira Geração”, nomeadamente na descrição das suas mudanças, finalidades e objectivos.

Posteriormente, o Capítulo II evidencia as RCSP, ou seja, está patente uma breve caracterização da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Ainda neste capítulo, é feita uma explicação sobre as Unidades de Saúde Familiares (USF), bem como em que consistem, quais os objectivos e as finalidades que comportam, a organização, o trabalho em equipa e os cuidados que asseguram.

Seguidamente, o capítulo III frisa, essencialmente, o Assistente Social na área da saúde, ou seja, aborda os seguintes subpontos: definição do Serviço Social, campos de intervenção do Serviço Social, o Serviço Social na área da saúde, o Assistente Social na área dos cuidados de saúde primários, a relação de ajuda profissional, a intervenção psicossocial, o apoio social e o Serviço Social. Finalmente, é feita uma referência ao Serviço Social do Centro de Saúde de Soares dos Reis e Oliveira do Douro – Unidade de Soares dos Reis, local onde decorreu a investigação.

O capítulo IV é alusivo às opções metodológicas utilizadas neste estudo, especificamente os objectivos gerais e específicos, as hipóteses, o método, os instrumentos de colheita de dados,

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

os procedimentos e a caracterização da amostra, o tratamento, a análise de dados e a discussão dos resultados onde se justificam estes resultados face à fundamentação teórica.

Espera-se que este trabalho contribua para o aprofundamento de conhecimentos sobre esta temática. Pretende-se, igualmente, que esta pesquisa faça emergir novos estudos que abordem e analisem as reformas implementadas nos cuidados de saúde primários, nomeadamente no que diz respeito às USF.

CAPÍTULO I – O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Introdução

Neste capítulo irá ser realizada uma abordagem relativamente ao Sistema Nacional de Saúde, de forma a situarmos a base da nossa investigação. Este capítulo mostra-nos, em traços sucintos, a constituição do nosso Sistema de Saúde, ao nível dos CSP. Um outro ponto relevante abordado neste capítulo são os CS da Terceira Geração, que vão permitir compreender parte das mudanças ocorridas no CSP.

1. 1 Enquadramento da Lei de Bases da Saúde

A Lei de Bases da Saúde (Ver Anexo I) estabelece a necessidade de avaliação permanente de cuidados de saúde, baseada num sistema completo e integrado, nomeadamente ao nível da satisfação do utente e satisfação dos profissionais.

Cabe ao Estado a promoção de saúde através de projectos, actividades, que visem a melhoria do estado de saúde aos mais diversos níveis dos indivíduos. Sendo os serviços de saúde prestados por serviços públicos, é ao Estado que cabe a sua fiscalização, bem como, garantir a sua qualidade e eficácia (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto).

A Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto de Bases da Saúde, define os parâmetros pelos quais se rege a política de saúde, sendo eles:

- A promoção da saúde e a prevenção de doenças;
- A igualdade dos cidadãos e a equidade dos recursos no acesso aos cuidados de saúde, independentemente da sua situação sócio-económica e da área geográfica a que pertencem;
- Atenção especial relativamente a grupos mais vulneráveis, entre eles, crianças, adolescentes, grávidas, idosos, deficientes, toxicodependentes e trabalhadores cuja profissão o justifique;

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

- O funcionamento e estruturação dos serviços de saúde, deve reger-se de acordo com o interesse dos utentes, bem como, através da articulação entre si e os serviços de segurança e bem-estar social;
- A gestão e disponibilização dos recursos, deve ser efectuada de forma a obter um maior benefício para os cidadãos, e desta forma evitar a utilização indevida aos serviços;
- Apoiar o desenvolvimento do sector privado da saúde, em particular, as instituições particulares de solidariedade social (IPSS);
- Promover a participação dos indivíduos na definição da política de saúde;
- Incentivar a educação das populações para a saúde;
- Fomentar e estimular a formação e a investigação para a saúde, envolvendo a comunidade, profissionais e serviços (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto).

Na Lei de Bases da Saúde são definidos também os direitos e deveres dos cidadãos, referindo que estes são os principais responsáveis pela sua saúde, tendo por isso, o dever de a promover e defender. No que concerne aos deveres dos utentes podemos referir:

- Respeito pelos direitos dos outros utentes;
- Observar as regras e funcionamentos dos serviços;
- Colaborar com os profissionais em relação à sua própria situação;
- Utilizar os serviços de acordo com as regras definidas;
- Pagar os encargos que derivem da prestação de cuidados de saúde.

Acresce ainda referir que os direitos e deveres dos utentes estão também consagrados na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Ver Anexo II).

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

1.2. Serviço Nacional de Saúde

De acordo com o Ministério da Saúde (1997), o Serviço Nacional de Saúde é um conjunto de serviços e instituições, dependente do Ministério da Saúde, cuja missão é garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, tendo em conta, os limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

O Serviço Nacional de Saúde tem uma grande abrangência, uma vez que apoia os estabelecimentos privados e os profissionais de saúde liberais, com os quais tenham sido celebrados contratos ou convenções, que garantam o direito de acesso dos utentes em condições semelhantes às oferecidas pelo Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 1997).

São beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, todos os cidadãos portugueses, os cidadãos nacionais dos Estados membros da União Europeia e os cidadãos residentes em território nacional, em condições de reciprocidade, e os apátridas residentes em Portugal (Ministério da Saúde, 1997).

1.2.1. Organização do Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde está organizado por regiões de Saúde, sendo que estas dividem-se em sub-regiões, integradas por áreas de saúde. As sub-regiões correspondem às áreas dos distritos do continente (DL n.º 11/93 de 15 de Janeiro).

De acordo com o DL 28/08 foram criados agrupamentos de centros de saúde (ACES), que são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Os ACES desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (DL 28/08).

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Em cada região de saúde existe uma Administração Regional de Saúde, que tem personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e património próprio. Cabe à Administração Regional de Saúde o planeamento dos recursos que tem disponíveis e das actividades desenvolvidas de forma a contribuir para a satisfação das necessidades das populações; elaborar os procedimentos técnicos adoptados na rede sob seu controlo; avaliar os resultados obtidos e a fiscalização interna da actividade (DL n.º 11/93 de 15 de Janeiro).

1.3. Direcção – Geral de Saúde

De acordo com o DL n.º 212/2006 de 27 de Outubro, cabe à Direcção – Geral de Saúde orientar e coordenar as actividades de promoção da saúde, prevenção da doença e definição das condições técnicas para uma adequada e eficaz prestação de cuidados ao nível da saúde.

À Direcção – Geral de Saúde incube:

- Emitir orientações e desenvolver programas em matéria de saúde pública;
- Emitir orientações e desenvolver programas para melhoria da prestação de cuidado em áreas relevantes da saúde e promover a sua execução;
- Elaborar e divulgar orientações para o desenvolvimento de instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e de normas e protocolos clínicos;
- Coordenar e assegurar a vigilância epidemiológica a nível nacional e no quadro da organização internacional;
- Elaborar e divulgar estatísticas de saúde e promover estudos técnicos sobre os cuidados de saúde;
- Desenvolver acções de cooperação nacional e internacional, de natureza bilateral ou multilateral, no âmbito das suas competências técnicas específicas.

1.4. Centros de Saúde da Terceira Geração

De acordo com a Direcção – Geral de Saúde (2002), os primeiros CS foram criados pelo DL nº413/71 de 27 de Setembro. Nestes CS designados da “ Primeira Geração”, a filosofia assentava na protecção da população, prevenção de principais doenças infecto – contagiosas e na assistência a grupos mais vulneráveis entre eles as mulheres e as crianças.

Posteriormente e através do conceito de saúde da OMS, esta passa a ter um conceito mais lato e abrangente, então dá-se a fusão da racionalização do sistema e o inicio de uma nova carreira, que é a da medicina geral e familiar, unem-se então assim, novos “postos” e criam-se os CS da “ Segunda Geração”, dependentes das Administrações Regionais da Saúde (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

Actualmente assistimos à implementação dos CS com autonomia administrativa e financeira, providos de hierarquias técnicas e suportadas por sistemas de informação e de apoio à decisão, designados por CS da “ Terceira Geração”. Estes, por um lado, assentam no pressuposto da descentralização ou desconcentração, aproximando o máximo possível a decisão no local da acção, e por outro lado, na contratualização individual e colectiva a que se associam os sistemas de avaliação adequados à monitorização da avaliação das necessidades das populações (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

Referenciando a Direcção – Geral de Saúde (2002), existem três grandes pontos essenciais na transformação dos CS:

- Organização interna descentralizada, baseada numa rede de equipas multiprofissionais, com missões e objectivos comuns;
- Hierarquia / direcção técnico – científica;
- Descentralização da gestão das actuais sub – regiões distritais para os CS decidindo, caso a caso.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Os CS da “ Terceira Geração” são pessoas colectivas, de direito público integradas na Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa, financeira e património próprio, sob a tutela do Ministério da Saúde (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

1.4.1. Atribuições e Âmbito de Actuação

Os CS são unidades básicas do Serviço Nacional de Saúde para atendimento e prestação de cuidados de saúde à população. Neles trabalham médicos de família/ clínica geral, médicos de saúde pública e enfermeiros, que prestam cuidados de saúde essenciais, preventivos ou curativos. O pessoal administrativo também exerce as suas funções e em alguns CS trabalham ainda técnicos de serviço social, higienistas orais, técnicos de saúde ambiental, nutricionistas e psicólogos (Ministério da Saúde, 1997).

São utentes do CS todos os cidadãos que nele se queiram inscrever, mas evidentemente que têm prioridade aqueles que residem na área geográfica abrangida pelo centro, bem como, os utentes que apresentem carência de recursos (Decreto-lei n.º 157/99 de 10 de Maio).

Os CS têm a responsabilidade de garantir os cuidados de saúde primários à população que neles se encontre inscrita, sendo assim devem ser desenvolvidas actividades de:

- Promoção da saúde e prevenção da doença;
- Prestação de cuidados na doença;
- Continuidade de cuidados sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços ou outras especialidades;
- Vigilância epidemiológica;
- Formação profissional;

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

- Investigação nos cuidados de saúde;
- Melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Monitorização de actividades;
- Avaliação de resultados e ganhos da saúde.

Os serviços prestados pelo CS podem ser:

- Consulta de clínica geral/ medicina familiar, o médico de medicina familiar em conjunto com outros profissionais, presta cuidados ao indivíduo e à família, nas diferentes etapas da vida. Existem CS que têm consultas para grávidas, diabetes, saúde infantil, planeamento familiar, entre outras (Ministério da Saúde, 1997);
- Serviços de saúde pública, aqui podem ser pedidas inspecções médicas para fins legais e outros, nomeadamente, inspecções especiais para a carta de condução, atestados de robustez, atribuição de graus de incapacidade em caso de deficiência ou doença crónica. O médico de saúde pública promove ainda a vigilância sanitária das águas e abastecimento, a saúde, a higiene e segurança dos locais de atendimento público, bem como, locais de trabalho (Ministério da Saúde, 1997);
- Enfermagem, trata de diversos tipos de cuidados, designadamente, aconselhamento sobre assuntos de saúde, administração de vacinas, medicamentos injectáveis, tratamento de feridas, apoio domiciliário a doentes acamados, entre outros (Ministério da Saúde, 1997);
- Serviço Social do CS é constituído por Técnicos de Serviço Social, na base de 1 técnico por 30000 habitantes. As funções do Serviço Social passam, pela participação na definição, execução e avaliação de políticas de saúde, cooperação com os restantes serviços do CS nas acções dirigidas à família e à comunidade, entre outras (Despacho Normativo nº 97/83).
- Consultas e apoio domiciliário, designadamente ao nível de consultas médicas e cuidados de enfermagem. São visitas efectuadas aos utentes quando estes, por situação de súbita doença, incapacidade crónica ou por velhice não podem deslocar-se ao CS, para aí obter os cuidados primários que necessitam (Ministério da Saúde, 1997).

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Os CS devem intervir a dois níveis, designadamente ao nível comunitário e de base populacional e a nível personalizado com base na livre escolha dos utentes.

No que concerne ao âmbito comunitário, compete ao CS assegurar o apoio domiciliário dos residentes da área geográfica incluindo os deslocados temporariamente. Incluem-se ainda todas as intervenções à população alvo, definida por critérios específicos, tais como, a vacinação, gestão de riscos ambientais, entre outros (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

A prestação de cuidados personalizados de saúde requer a posse do cartão de utente, a inscrição no CS, devendo o utente indicar livremente o médico de família.

Conclusão

Em suma podemos referir, que o Sistema de Saúde Português está a atravessar uma fase de grandes mudanças, que visam uma melhoria dos CSP. Acresce salientar que o sistema local de saúde constitui um conjunto de recursos de saúde articulados e organizados, responsáveis pelos cuidados a prestar aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais.

CAPITULO II – REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Introdução

A reforma dos CSP tem como finalidade última a melhoria dos cuidados de saúde, tornando-os centrados no cidadão, mais acessíveis e eficientes, e mantendo sempre presente a necessidade de melhorar a satisfação dos profissionais e dos cidadãos.

A participação activa de utentes e profissionais dos CS é de maior importância, para que se estabeleçam parâmetros na definição das prioridades de melhoria dos cuidados de saúde.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

2.1- Missão para os Cuidados de Saúde Primários

A implementação de todas as reformas propostas pelo governo, levou à emergência da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MSCP), com natureza e estrutura de missão, para a condução do projecto, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração e reestruturação dos CS, bem como, a implementação das USF.

De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros nº157/2005, cabe à MCSP a articulação com os serviços, nomeadamente:

A RCSP, proposta pelo Programa XVII Governo Constitucional do tem como objectivos (Resolução do Conselho de Ministros nº157/2005):

- Apoiar a reconfiguração dos centros de saúde em unidades de saúde familiares (USF);
- Coordenar tecnicamente todo o processo relacionado com a implementação e lançamento das USF, bem como, a demais reconfiguração dos centros de saúde;
- Avaliar as candidaturas das USF e regular conflitos;
- Proceder à constituição de regulamentos internos dos centros de saúde reconfigurados;
- Promover a formação contínua dos profissionais e por em prática incentivos ao desempenho e qualidade a aplicar nas USF;
- Elaborar critérios e metodologias que avaliem e classifiquem as USF em diferentes níveis de desenvolvimento;
- Lançar formas inovadoras de articulação entre as outras unidades de prestação de cuidados.

De acordo com Luís Pisco (Coordenador da MCSP), a MCSP irá assegurar e acompanhar a operacionalização deste quadro estratégico até 2009. Este será um período crítico para a

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

consolidação do novo modelo organizacional, relevando não só a extensão das USF a todo o território nacional, mas também a operacionalização, implementação, acompanhamento e evolução das outras unidades funcionais já previstas no processo de reconfiguração dos CS em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACS) (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007)

2.2. Unidades de Saúde Familiares

O Programa do XVII Governo Constitucional veio introduzir mudanças de grande relevância para a saúde, nomeadamente ao nível da reestruturação dos CS, que passou pela criação e implementação das USF (Resolução do Conselho de Ministros nº157/2005).

As USF configuram um desafio organizacional destinado a privilegiar o trabalho e a responsabilização em equipa, oferecendo aos cidadãos níveis superiores de cobertura assistencial, de acessibilidade e desempenho profissional. Pelo carácter inovador que lhes está associado, podem significar uma profunda transformação nas relações entre médicos e utentes.

As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde à população, identificada em lista de utentes, por inscrição nos respectivos médicos de família.

A constituição de pequenas unidades funcionais autónomas – as USF – prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionarão maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna e a criação de agrupamentos de CS, promovem a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população (Pisco, 2007, p.63).

A USF tem por missão manter e melhorar o estado de saúde das pessoas nelas inscritas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sócio – familiares dos utentes (DL nº157/99).

As USF constituem “a pedra basilar de um novo modelo de organização de cuidados primários” e têm como objectivo primordial orientar o CS para a comunidade, atendendo mais e melhor os utentes. Estas unidades são criadas e geridas por um grupo de médicos, enfermeiros e administrativos que de forma voluntária formam uma equipa, responsabilizando-se pela organização do trabalho e dispondo-se a responder em tempo útil às necessidades dos doentes. A composição das referidas equipas será constituída no mínimo por três médicos e, no máximo, por oito, sendo o número de enfermeiros equivalente.

A população abrangida por cada USF corresponde aos utentes inscritos nas listas dos médicos que integram a equipa multiprofissional. A população inscrita em cada USF não deve ser inferior a 4000 nem superior a 18 000 utentes, tendo em conta as características geodemográficas da população abrangida (DL 298/2007). Assim sendo e de acordo com (DL 298/2007):

- A redução deve ser adequada a cada situação concreta e estabelecida em função do número de elementos que constituem a equipa multiprofissional;
- O alargamento pode ser estabelecido até às 24 horas, nos dias úteis, e entre as 8 e as 20 horas aos sábados, domingos e feriados.

As USF situadas preferencialmente nos CS, são estruturadas com uma dimensão relativamente pequena, mais flexíveis e personificadas do que o modelo tradicional, tudo graças a uma efectiva autonomia técnica e funcional, sendo da sua responsabilidade a definição das regras e dos horários (Ministério da Saúde, 2005).

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

2.2.1. Princípios da USF

As USF têm por missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por elas abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade.

De acordo com DL 298/2007, as USF devem orientar a sua actividade pelos seguintes princípios:

- Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descurar os objectivos de eficiência e qualidade;
- Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objectivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- Solidariedade, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;
- Autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de acção;
- Articulação, que estabelece a necessária ligação entre a actividade desenvolvida pelas USF e as outras unidades funcionais do CS;
- Avaliação, que visa a adopção de medidas correctivas dos desvios susceptíveis de pôr em causa os objectivos do plano de acção.
- Gestão participativa, a adoptar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional.

De acordo com Pisco (2007, p.66) a criação de USF, obedece aos princípios seguintes:

- Pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas;

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

- Autonomia organizativa funcional e técnica;
- Contratualização de uma carteira básica de serviços;
- Meios de diagnóstico descentralizados;
- Sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade.

As USF devem ser integradas, em rede, podendo assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão, quer pertencendo ao sector público administrativo (USF pública ou em regime remuneratório experimental), quer pertencendo ao sector cooperativo, social e privado (Pisco, 2007).

Na criação de USF, cada CS, deve reforçar um conjunto de serviços de apoio comum às USF, designadamente, ao nível vacinação, saúde oral, saúde mental e consultorias especializadas, incluindo a participação de especialistas do hospital de referência, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação (Pisco, 2007, p.60)

2.2.2. Objectivos da USF

As USF terão de elaborar um Regulamento Interno, uma Carta da Qualidade e um Plano de Acção (com objectivos e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, continuidade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência, produtividade e satisfação) (Biscaia, 2006, p.66).

De acordo com a Direcção – Geral de Saúde (2002) cada USF deverá estabelecer objectivos, que contemplem as diversas fases do ciclo da vida da pessoa e da família, através dos seguintes domínios de intervenção:

- Promoção e vigilância da saúde individual e familiar, incluindo a educação para a saúde;
- Prevenção de doenças e seus factores de risco;

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

- Diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crónicas, recorrendo quando necessários a outras especialidades, recursos e serviços;
- Educação e capacitação dos doentes e seus cuidadores para atingirem um maior grau de autonomia possível.

2.2.3. Organização do Trabalho

Cada USF elabora o seu regulamento interno e submete-o ao CS, que aprecia a sua conformidade.

A organização do trabalho nas USF deve garantir e assegurar boa acessibilidade aos utentes, nomeadamente através da resposta no próprio dia e de marcação de consulta para hora determinada (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

A abertura das novas USF, aumenta a probabilidade dos utentes dos CS passarem a ser atendidos por um médico de família num espaço de tempo substancialmente mais curto (Ministério da Saúde, 2005).

Segundo uma parte significativa dos doentes que se deslocam aos CS à procura de uma consulta com o seu médico de família, deparam-se, na maior parte das vezes, com a impossibilidade de serem recebidos no próprio dia pelo médico, facto que obriga o utente a ter que recorrer a consultas de recurso.

Com a criação das USF, o utente passa a ter à sua disposição, o seu médico de família, das 8 às 20, de segunda a sexta-feira, incluindo feriados (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

Uma das expressões da boa acessibilidade e concretização da equidade no acesso aos CSP é o trabalho em equipa (USF), o qual deve ser promovido e valorizado, numa concepção aberta e flexível, adaptando os seus modelos de funcionamento às necessidades dos utentes da sua área de influência. Para este efeito dever-se-á considerar, em especial, horários de trabalho dos cidadãos activos, podendo ser indispensável alargar a oferta de cuidados de saúde

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

programados e regulares, em particular a introdução de tempos de consulta em horário pós-laboral (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

No âmbito dos CSP, os cidadãos esperam que o sistema de saúde lhes facilite o acesso a cuidados de saúde no momento e no local onde deles têm necessidade.

É fundamental, que cada médico dedique a mesma carga horária à USF, incluído consultas gerais, consultas individualizadas e a grupos específicos, nomeadamente, planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, entre outros (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

Cada médico é responsável pela prestação dos cuidados de saúde aos seus utentes, mas o corpo clínico e restante equipa deve intersubstituir-se na caso da ausência de qualquer um dos elementos, de modo a garantir a prestação de cuidados aos inscritos na USF (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

2.2.4. Trabalho em Equipa

As USF são células organizacionais de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, são compostas por uma equipa multiprofissional (médicos, enfermeiros e administrativos) com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do CS (Despacho Normativo nº9/2006).

A criação das USF é um processo voluntário da base para o topo, com total envolvimento dos profissionais de saúde. Estes fazem a escolha da equipa, definem um plano de acção e têm autonomia organizacional e de gestão, em função de objectivos, e co-responsabilização (Pisco, 2007, p.64).

A equipa multiprofissional deve potenciar aptidões e competências de cada grupo profissional e contribui ainda para o estabelecimento de uma relação estável profissional e interpessoal (Despacho Normativo nº9/2006).

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

As USF são equipas multiprofissionais constituídas por especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde que se associam voluntariamente com vista a uma prestação de cuidados de saúde mais próxima dos cidadãos (Biscaia, 2006, p.67).

O director da USF tem de ser um médico de carreira de medicina geral e familiar com a categoria de assistente e com pelo menos, cinco anos de exercício (Decreto-lei nº157/99).

A função do secretariado, desempenhada por profissionais com uma carreira administrativa é determinante, na qualidade da relação dos utentes com os serviços. Assim, estes profissionais, têm uma multiplicidade de tarefas, nomeadamente, na optimização do acolhimento, no encaminhamento do utente para o serviço mais adequado, na inscrição dos utentes na USF, no zelo pelo equipamento não clínico e na colaboração com a gestão da unidade (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

As equipas devem desenvolver instrumentos de coesão e acção, ao nível de planos individuais, planos de equipa, indicadores de contratualização e avaliação de desempenho.

As equipas que formam as USF, têm por missão mobilizar e utilizar novas competências, nomeadamente, no que se refere à autonomia e gestão pessoal, negociação e construção de compromissos, bem como, à responsabilização e partilha de uma cultura comum (Nunes, 2007).

As equipas que constituem as USF têm com missão, mobilizar e utilizar quotidianamente novas competências, diferentes das competências técnicas e profissionais individuais, com destaque para as competências de autonomia e gestão pessoal, negociação e construção de compromissos, responsabilização e partilha duma cultura comum (Covita, 2006, p.86).

Estas competências demonstram-se a todo o momento e devem ser actualizadas de forma contínua e permanente, constituindo a USF e a equipa de trabalho «os espaços naturais» para a sua aprendizagem e amadurecimento (Covita, 2006, p.86).

2.2.5. Cuidados a Assegurar

Cada USF tem como dever, assegurar a prestação de cuidados de saúde, de forma personalizada, garantindo, como focado anteriormente, a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos cuidados.

As USF têm, assim, o dever de prestar cuidados segundo as diversas fases da vida, designadamente, na fase fértil, ou seja, na fase de consulta e aconselhamento em planeamento familiar, aconselhamento pré – concepcional, abordagem aos casais que tenham dificuldades de fertilidade, entre outros. Uma outra etapa está relacionada com a gravidez, o parto e pós – parto, nomeadamente, no diagnóstico e vigilância pré – natal, diagnóstico de situações de gravidez de risco e consultas após o parto. O primeiro ano de vida, a infância e adolescência também merecem uma especial atenção, sendo assim, existem cuidados de saúde integrados no primeiro ano de vida, na criança em idade pré – escolar e escolar e na fase da adolescência. No que concerne ao adulto e ao idoso, são realizados exames periódicos de acordo com as necessidades específicas de cada utente (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

A abordagem das situações de doenças aguda e urgente, também é contemplada nos cuidados a prestar pela USF, sendo assim, existe um dever para com os utentes inscritos, de obterem consultas no próprio dia em situações de doença ou sofrimento agudo, seja na USF ou no domicílio (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

Assim sendo, os cuidados no domicílio, visam consultas e atendimentos programados para fins de promoção da saúde, consultas de atendimento programadas aos doentes com dependência que necessitem de cuidados médicos ou de enfermagem e que não possam deslocar-se à USF e ainda consultas e atendimentos não programados, por solicitação dos doentes ou seus cuidadores (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

As USF devem ainda assegurar serviços no domínio da intercooperação e colaboração com outros serviços, mais concretamente, com as equipas das unidades de cuidados na comunidade, contacto com os serviços hospitalares, garantindo uma melhor qualidade de serviços prestados ao doente, contacto com as equipas técnicas dos CS, nomeadamente de

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Saúde Pública, no caso de doenças que seja relevantes para a protecção da saúde pública, bem como, com os técnicos de Serviço Social, que são alertados quando existe alguma situação – problema, com os utentes (Direcção – Geral de Saúde, 2002).

Conclusão

Na análise a este capítulo, salienta-se a importância das USF na promoção dos CSP. Sendo assim, poderemos afirmar que a mudança centrada no cidadão dá resposta à percepção da equidade como um valor orientador da acção no sector da saúde e pretende garantir uma cidadania mais centrada numa participação activa na vida pública em geral e nas coisas da saúde em particular. Passa pelo apoio e maior colaboração com as organizações da sociedade civil, pelo aumento das opções de escolha e dos mecanismos de participação do cidadão, pela sua informação e responsabilização quanto a comportamentos saudáveis e utilização racional dos serviços de saúde.

As USF obrigam a um maior envolvimento comunitário e social, a um esforço acrescido de responsabilização e transparência, à abertura, à participação do cidadão no planeamento e avaliação dos serviços, à utilização de todas as potencialidades dos meios de comunicação social e das tecnologias da comunicação (Biscaia, 2006, p.63)

CAPÍTULO III – O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Introdução

No capítulo seguinte será feita uma abordagem à definição de Serviço Social, o Serviço Social na Área da Saúde, o Assistente Social num CS.

3.1 – Definição de Serviço Social

As origens do Serviço Social radicam em ideias humanitárias e democráticas em que a sua prática está centrada na satisfação de necessidades humanas e no desenvolvimento do potencial e recursos humanos. É uma profissão cujo objectivo consiste em provocar mudanças

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

sociais, tanto na sociedade em geral como nas suas formas individuais de desenvolvimento (Organização das Nações Unidas, 1999).

Os profissionais de Serviço Social têm como principais objectivos o bem-estar e a realização pessoal dos seres humanos, o desenvolvimento e utilização disciplinada do conhecimento científico, relativo ao comportamento das pessoas e sociedade, o desenvolvimento de recursos destinados a satisfazer necessidades e aspirações individuais, colectivas, nacionais e internacionais e a realização da justiça social (Organização das Nações Unidas, 1999).

Os Assistentes Sociais intervêm em numerosos sectores funcionais, fazendo uso de diversas abordagens metodológicas, trabalhando num quadro organizacional amplo e prestando serviços sociais a diversos sectores da população, a nível micro, meso e macro (Organização das Nações Unidas, 1999).

O Serviço Social constitui uma profissão insubstituível cuja intervenção tem por objectivo reabilitar os laços e as relações sociais que constituem o tecido social; permitindo a cada um, qualquer que seja o seu “handicap” encontrar um lugar no corpo social, um reconhecimento, um status, uma identidade, que respeite o sentido da sua cidadania (Pires, 2002).

O Assistente Social é um profissional que visa a mudança social, este participa no planeamento, execução, avaliação e alteração das políticas e serviços sociais de carácter preventivo destinados a diferentes comunidades. É, muitas vezes, um mediador entre as pessoas e o Estado, defende e garante a protecção das situações através de políticas sociais, tudo em prol do bem comum.

Zamanillo et al. (1991) diz que “o Serviço Social é uma forma organizada de ajuda, que tem precedentes em pautas de protecção e auxílio” (p. 22).

Souza (1995) define o Serviço Social como um serviço que encaminha, estimula, anima e orienta a população em função das exigências necessárias à aquisição de bens e serviços e que assume um papel de intermediador entre a organização que oferece e a população que deve ser informada, estimulada e motivada a receber os serviços oferecidos.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

No entanto, Freynet (cit. in Faleiros, 2001) considera o Serviço Social como mediador de conflitos, violência, entre os grupos excluídos, a sociabilidade local e a sociabilidade instituída, sem contudo, tomar posição por nenhum dos pólos de conflito.

3.2. Campos da Intervenção do Serviço Social

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) o desempenho dos assistentes sociais no campo da saúde apresenta configurações distintas em função da sua inserção no sistema de saúde. Genericamente e independentemente dos diferentes contextos de intervenção, o assistente social da saúde actua aos seguintes níveis:

- Na avaliação de factores psicossociais interferentes na saúde de pessoas, grupos e comunidades, com especial atenção a grupos e situações identificadas como de risco e vulnerabilidade;
- Na avaliação dos factores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e da reabilitação;
- Na intervenção psicossocial a nível individual, familiar e grupal;
- No aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos médicos e/ou sociais;
- Na promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no doente e baseados em parcerias com o doente, a família e cuidadores informais;
- Na advocacia social em favor do doente e família;
- Na avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades locais de referência;
- Na educação e informação em saúde;

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

- Na definição e realização de programas de prevenção e promoção da saúde e de intervenção comunitária;
- Na mobilização, organização e coordenação das entidades e actores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais.

3.3. O Serviço Social na Área da Saúde

O Serviço Social tem uma relação intensa com a área da saúde, é uma relação histórica. Os assistentes sociais que trabalhavam na área da saúde percorreram uma trajectória árdua, foram construindo passo a passo a sua identidade na relação com os outros profissionais que actuam nessa mesma área (Martinelli, 2003).

Iamamoto, M. (1998) refere que o Serviço Social produz serviços que visam satisfazer as necessidades sociais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (cit. in Alves, 2001), saúde é um estado positivo e completo de bem-estar físico, mental e social, ou seja, todo o meio envolvente do indivíduo é fundamental para o seu equilíbrio psicológico, económico, ecológico e sociocultural. Para que haja saúde, é necessário que exista o essencial para se viver bem.

De acordo com a ideia destes autores, Trecker, H. *cit. in* Ande-Egg (1995) o trabalho social é um processo de ajuda, criado para auxiliar o indivíduo, o grupo ou a comunidade na mudança de atitude e comportamento dentro de uma situação social particular. O propósito é, portanto, facilitar o funcionamento do indivíduo, do grupo e da comunidade.

De acordo com Iamamoto, M. (1998), o Serviço Social reproduz-se como um trabalho especializado na sociedade por ser socialmente necessário: produz serviços que atendem às necessidades sociais, isto é, tem um valor de uso, uma utilidade social.

O Serviço Social é uma profissão que procura criar uma atitude crítica, no que diz respeito às causas/efeitos dos problemas sociais, como dos recursos disponíveis, de modo a que os

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

sujeitos afectados por esses problemas, articulem uma acção organizativa e transformadora que os supere (Iamamoto, 1998).

O Serviço Social é uma profissão que procura criar uma atitude crítica, no que diz respeito às causas/efeitos dos problemas sociais, como dos recursos disponíveis, de modo a que os sujeitos afectados por esses problemas, articulem uma acção organizativa e transformadora que os supere (Iamamoto, 1998).

Por isso, pode-se dizer que o Serviço Social tem como objectivos principais preparar os indivíduos para definirem os seus problemas, ajudando-os a encontrar por eles próprios, tanto quanto possível, a sua solução e a modificar as situações sócias, de modo a permitir as suas tomadas de consciência e soluções (Iamamoto, 1998).

Em relação ao Serviço Social na saúde, em Portugal, este foi um processo que surgiu em:

“concepções teóricas e em práticas médico-sociais influenciadas pelo positivismo e pelo cientismo, que se desenvolvem entre o final do século XIX e as primeiras décadas do Século XX, nos últimos anos da Monarquia Constitucional e durante a Primeira Republica. É neste contexto, que viriam a emergir propostas, sustentando a necessidade de um novo campo profissional – o Serviço Social – e se desenvolveriam várias iniciativas no sentido da sua estruturação” (Matias, 1999, p.91).

No final do século XVIII o ritmo de desenvolvimento científico acentua-se, e é o século seguinte que é conhecido como o século das mudanças. No que diz respeito ao campo da bio-medicina, o conceito de doença sofreu alterações, assim como, a forma de diagnosticar, tratar e prevenir. O contributo de Pasteur veio permitir o desenvolvimento da concepção médico-social ou higienista da doença (Matias, 1999).

Segundo Matias (1999, p.95) os higienistas:

“visam a construção de uma nova ordem pela ciência, através de uma disciplina sintética, que está ligada aos múltiplos aspectos das ciências sociais, procurando intervir à escala das grandes

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

unidades sócio-políticas, nacionais, governamentais e administrativas para transformar, de acordo com o fim em vista, ao mesmo tempo estruturas e acção”.

Este objectivo foi-se concretizando de uma forma gradual através de vários processos e técnicas.

No entanto, e parafraseando Matias (1999, p.96):

“Foi a fé absoluta na racionalidade científica e na possibilidade de contribuir para o progresso social, por analogia com os resultados obtidos na economia, que inspirou a medicalização das classes populares na luta contra os flagelos sociais e por conseguinte o desenvolvimento do Higienismo Social e de práticas que viriam a originar o Serviço Social”.

Pode-se dizer que, actualmente, a formação dos Assistentes Sociais na área da saúde encontra-se directamente associada ao processo de socialização profissional que pode ser individual ou colectiva. Torna-se pertinente referir ainda que este processo de socialização profissional é “construído e reconstruído no interior de uma rede complexa de relações produzidas e reproduzidas”, com base em diferentes contextos sociais, culturais, políticos e institucionais (Pires, 2000, p.53).

Nos dias que correm, o Serviço Social é uma actividade específica ainda que com fronteiras comuns com outras profissões, dada a singularidade “ da função de ajuda” na resolução de problemas concretos (Santos, 1990).

Foi com a publicação da Reforma Hospitalar em 1968 (DL nºs 48357 e 48358) que se especifica a situação do Serviço Social. A partir destes diplomas o hospital passa a ser caracterizado como um serviço de acção médico-social. O Serviço Social não é um sector novo no campo da saúde, existe no nosso país desde a década de 40, do século passado mas só a partir dos anos 50 é que o Serviço Social passa de uma prática paliativa e casuística para uma intervenção mais sistematizada e global. Mais tarde, com a reforma da saúde de 1971, cria-se a rede dos CS e é reconhecida a sua necessidade também nestes serviços (Jonhson & Corte-Real, 2000).

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

O Decreto-Lei nº 296/91, de 16 de Agosto, reconhece a licenciatura e cria a carreira de Técnico Superior de Serviço Social (Jonhson & Corte-Real, 2000).

O Serviço Social Hospitalar implementou-se devido às necessidades que a equipa de saúde encontrou no diagnóstico, tratamento e evolução dos utentes através do atendimento, das expressões e representações da população atendida. Pois, para um tratamento global é necessário trabalhar os componentes bio-psico-sociais da doença (Jonhson & Corte-Real, 2000).

A saúde não significa apenas ter doenças, mas é definida como um estado de bem-estar físico, mental, moral e social. Este conceito abarca o indivíduo nas suas várias dimensões bio-psico-social (Ferreira, 1990).

3.3.1 – O / A Assistente Social na Área dos Cuidados de Saúde Primários

O Serviço Social tem várias áreas de actuação, em que a saúde é uma das esferas de maior e mais antiga implantação do trabalho social. Este facto deriva da consciencialização que o atendimento dos problemas de saúde vão para além da acção dos médicos e enfermeiros, e surgiu a necessidade de incorporar um profissional capaz de atender à “dimensão social” que é subjacente aos problemas de saúde (Ander-Egg, 1995).

Os Assistentes Sociais actuam, ao nível do CS, assim podemos mencionar que a intervenção é igualmente diversificada. Assim, de acordo com o Conteúdo Funcional dos Técnicos Superiores de Serviço Social nos CS (Ver Anexo III) esta passa por:

- Conhecer e identificar a problemática social da população;
- Definir prioridades de intervenção;
- Integrar a equipe de saúde para reduzir e reparar os distúrbios causados pelas doenças;

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

- Colaborar com todos os serviços do CS dando principal ênfase ao serviço de Planeamento e controle no diagnóstico de saúde da população da área do Centro de Saúde;
- Promover a participação da comunidade;
- Coordenar e participar na criação de corpo de voluntários do CS;
- Elaborar o Plano de Actividades do Serviço Social e integrar o Plano de Actividades do CS;
- Cooperar com os restantes serviços do CS, nas acções que visem a promoção da saúde e prevenção da doença;
- Contribuir para a humanização dos serviços;
- Efectuar a avaliação das actividades desenvolvidas.

De acordo com o Conteúdo Funcional, o Serviço Social intervêm junto do utente, nomeadamente:

- Prestando apoio psicossocial em situação de risco social;
- Capacitando os utentes bem como os seus familiares, para o uso das suas potencialidades para que eles sejam os próprios agentes no processo de recuperação e reabilitação;
- Informando os utentes dos seus direitos e deveres;
- Encaminhando os utentes para os recursos disponíveis, capazes de dar resposta aos problemas apresentados.

Um outro tipo de intervenção é junto da comunidade, assim o Técnico Superior de Serviço Social:

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

- Sensibiliza o meio familiar, de trabalho, escolar e comunitário para a integração social do doente;
- Articula com todos os serviços da comunidade sempre que ache necessário;
- Participa e colabora em projectos, integrados no âmbito da parceria de saúde.

Em suma, podemos referir que as actividades do Assistente Social no CS passam pela:

- Criação de atendimentos programados;
- Realização de atendimentos personalizados através de entrevistas das situações referenciadas;
- Integração no processo clínico a informação social, relativamente ao acompanhamento e tratamento de situações de risco referenciadas ao Serviço Social;
- Realização de visitas domiciliárias sempre que considere necessário;
- Actualização e registo sistemático do atendimento;
- Criação e actualização do ficheiro de recursos sócio-institucionais disponíveis na área geográfica do CS.

3.4 - A Relação de Ajuda Profissional

Os Assistentes Sociais dedicam-se ao trabalho em prol do bem-estar e da realização pessoal dos seres humanos, ao desenvolvimento e utilização do conhecimento científico relativo ao comportamento das pessoas e sociedades, ao desenvolvimento dos recursos destinados a

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

satisfazer as necessidades e expectativas individuais, colectivas, nacionais e internacionais e à realização da justiça social (Organização das Nações Unidas, 1999).

A relação de ajuda que se estabelece entre profissional e cliente é o principal instrumento do trabalho social, constitui um veículo fundamental no processo de ajuda. Esta relação com o utente pode ser utilizada de diversas formas, entre elas, como um meio de compreensão do problema através do qual o Assistente Social elaborará um plano de intervenção, com vista à solução da situação – problema.

Segundo Silva (2001, p.42):

“ A relação com os outros promove o crescimento e a mudança nas pessoas já que ela constitui o clima de segurança e estímulo necessário ao desenvolvimento da personalidade humana. A intervenção psico-social usa a relação como meio de trabalho – é em relação com a pessoa – cliente que a técnica de trabalho social procura atingir o objectivo de mudança de algo na interacção entre a pessoa – cliente e o seu meio social”.

Compete ao profissional aceitar a pessoa da forma como ela é, ou seja, aceitando as suas dificuldades, capacidades, emoções, a forma dela se exprimir. Compete ao profissional dar apoio e estimular o cliente para a resolução dos problemas. A pessoa – cliente tem um papel bem diferente, pois apresenta uma carga emotiva e uma forma de estar que dificulta a forma de lidar com a situação – problema (Silva, 2001).

Compton e Galaway (*cit. in.* Silva, 2001), identificam sete qualidades fulcrais a todos os profissionais que trabalham com pessoas:

- A preocupação com o outro implica que, o deixemos usar os conhecimentos e competências que colocamos à sua disposição permitindo que ele erre, ou seja, existe uma preocupação expressa pelo fazer;
- A capacidade de compreensão, ou seja, a atitude de respeito pelo cliente na recolha de informação sobre a sua situação, o respeito pela pessoa que está a

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

partilhar com o profissional grande parte da sua vida, o guardar segredo sobre aquilo que nos foi confidenciado;

- O compromisso, isto é, o assumir a responsabilidade em relação à estratégia definida, o respeito pelos horários marcados, entre outros;
- A aceitação, expectativa, conhecimento, individualização e confiança;
- Empatia, que se traduz na atitude de compreender os sentimentos dos outros, para assim ser possível perceber como se sentem;
- Autoridade que advém do facto de se representar uma instituição com meios de trabalho definidos e uma outra que está relacionada com o papel profissional;
- Congruência, está relacionada com a verdade e honestidade que o profissional manifesta em relação ao que faz ao longo do tempo em relação ao utente.

Segundo Ander-Egg (1995), um Assistente Social deve possuir as seguintes qualidades e condições:

- Sensibilidade social: o Assistente Social deve ter capacidade de perceber e responder às necessidades, problemas, emoções, preferências e maneiras de pensar das outras pessoas;
- Convicção e confiança na capacidade das pessoas de exercerem as suas potencialidades, com vista à realização do indivíduo e à resolução dos seus problemas;
- Habilidade para a motivação e estímulo: o Assistente Social deve ter capacidade para movimentar, motivar, orientar e activar as condutas, para que se verifique uma participação dos destinatários dos seus programas;

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

- Aptidão para o relacionamento humano: o Assistente Social deve desenvolver boas relações interpessoais;
- Maturidade humana: o Assistente Social deve assumir a responsabilidade dos seus actos e compromissos adquiridos.

De acordo com Escartín *et al.* (1997) a relação de ajuda profissional é o principal instrumento de trabalho do Assistente Social, especialmente nos casos de trabalho individualizado. O Serviço Social utiliza a sua relação com o utente de várias formas:

- Como meio de compreensão do seu problema, ou seja, compreender a complexidade de determinado problema. O compreender, vai permitir à pessoa aderir à mudança e detectar o problema em causa;
- Como forma de concretizar o apoio necessário, no sentido de despoletar as transformações exigidas com vista a ultrapassar as situações problema. A relação de ajuda vai ser então, um meio para atingir determinado fim.

O Assistente Social deve colocar em prática todo um conjunto de conhecimentos teóricos, operativos e relacionais, facilitadores do estabelecimento de uma relação positiva, como um instrumento de acordo com a intervenção social planificada, por sua vez, alicerçada de acordo com o diagnóstico realizado (Escartín, Palomar & Suárez, 1997).

Segundo Rogers (*cit. in* Escartín *et al.* 1997), a relação de ajuda é, uma relação em que um dos participantes procura fazer surgir numa das partes, uma melhor apreciação nos seus recursos latentes bem como, uma utilização funcional dos mesmos.

Segundo Escartín *et al.* (1997) na relação assistencial, sendo esta uma relação complexa, o utente traz a esta relação uma série de sentimentos, de esperanças, expectativas e medos sobre o problema, sobre ele, sobre a instituição, sobre a relação e inclusive, sobre o Assistente

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Social. Todos estes sentimentos, podem gerar os medos e expectativas que estão presentes em ambas as partes numa relação assistencial.

3.5. A Intervenção Psicossocial

A intervenção psicossocial é um método do trabalho social que dirige a sua acção para os problemas que as pessoas enfrentam em interacção com o contexto social. De acordo com Silva (2001, p.13) “ A intervenção psicossocial aborda esses problemas pela perspectiva em que sobressaem as dificuldades das pessoas em resolvê-los (...)”.

A dimensão psicossocial reporta-se a factores de ordem económica, social, cultural e espiritual e aos aspectos de ordem psicológica que influenciam a situação de saúde que interferem na doença e no processo de cura, reabilitação, readaptação e reintegração sócio-familiar e profissional ou escolar do doente (Ministério da Saúde, 2006).

Podemos referir que a intervenção social é um método muito importante na prática profissional dos Assistentes Sociais, segundo Silva (2001, p. 19):

“A intervenção psicossocial é uma actividade da área das relações humanas que lida com os problemas que as pessoas enfrentam no seu funcionamento social e com as dificuldades das pessoas em resolver esses problemas. São problemas de funcionamento social aqueles que afectam a vida das pessoas na sua relação com a realidade exterior, aos diferentes níveis da sua vida pessoal, familiar ou social, como por exemplo, no plano das relações interpessoais, no plano económico, no plano habitacional, no profissional, etc”.

A intervenção social tem como objectivo, dirigir-se a uma dada situação – problema e tentar alcançar a sua resolução através de um processo bem delineado. Assim podemos referir que o objectivo da intervenção social é dar um contributo para que seja possível melhorar a relação das pessoas com o meio, para que assim possam atingir a sua realização pessoal, bem como, a realização ao nível do meio ambiente (Silva, 2001).

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

De acordo com Silva (2001) podemos caracterizar os objectivos da intervenção social ao nível da pessoa e ao nível do meio. Relativamente à pessoa o apoio psicossocial pretende:

- Dar condições às pessoas para que assegurem a sua sobrevivência, ou seja, capacitá-las para a obtenção e utilização de recursos, nomeadamente, vestuário, tratamento médico, alimentação, habitação, transporte, entre outros;
- Favorecer o sentimento de pertença para que, as pessoas sejam capazes de estabelecer relações próximas com os outros e que, utilizem os recursos informais de forma construtiva;
- Apoiar o desenvolvimento de comportamentos que conduzam ao crescimento e à realização pessoal;
- Ajudar a desenvolver padrões de comportamento que possibilitem encarar positivamente situações novas.

Ao nível do meio social, podemos referir que a intervenção social permite:

- Facilitar o recurso às redes informais;
- Promover e favorecer o recurso a estruturas formais;
- Favorecer o funcionamento adequado de instituições educativas, de saúde, de justiça, etc;
- A emergência de novos papéis sociais, que vão de encontro a novas expectativas;
- O contributo para a mudança, nomeadamente ao nível legal, de políticas sociais, costumes e regras de funcionamento social.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

A noção de psicossocial pode ser fulcral no discurso e na actuação dos assistentes sociais na saúde tem vindo a ser usado, para definir funções e descrever actividades. A relação profissional pode ser estabelecida sob princípios de mútua confiança que requerem do assistente social aceitação, compreensão, preocupação ou interesse autêntico e respeito pelo cliente assim como disponibilidade profissional (Côrte - Real e Jonhson, 2000).

Segundo Côrte – Real e Jonhson (2000), o acompanhamento psicossocial ao indivíduo, sua família e outros membros da rede pessoal de suporte, e a grupos social alvo é um processo interventivo baseado na relação profissional de compreensão e compromisso mútuos para promover a autonomia de decisão informada, fomentar a intersubjectividade emocional e funcional do indivíduo (e sua família) ou grupo, capacitar a interdependência activa entre as várias redes de pertença e de suporte, reforçar capacidades relacionais, cognitivas e sociais estimulando a assumpção de novos papéis ou recriação de existentes para um bem-estar funcional.

O apoio psicossocial engloba e tem em conta a pluridimensionalidade dos seres humanos, não se trata de acompanhar a pessoa mas sim a pessoa em situação, ou seja, nos seus papéis sociais e nas suas redes de sociabilidade.

3.6. O Apoio Social e o Serviço Social

Segundo Mouro e Simões (2001, p.167) “ O apoio social e a assistência social têm um significado existencial na vida, sem o qual ninguém consegue sobreviver na sociedade (...)”.

Assim segundo os autores citados existem diversas formas de apoio social:

- Apoio emocional, caracterizado por sentimentos positivos, confiança, aceitação e reconhecimento por parte dos outros;
- Apoio para encontrar soluções para problemas, nomeadamente através da possibilidade de falar com alguém acerca dos problemas e de conseguir informações para encontrar soluções;

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

- Apoio prático e material, designadamente pedir dinheiro emprestado ou bens práticos (ajuda prática com as crianças);
- Integração social, ou seja, o acordo sobre valores e princípios da vida;
- Segurança nas relações, através da confiança e segurança nas relações importantes com os outros.

As pessoas que têm um grande apoio social na sua vida, podem de certa forma lidar melhor com as adversidades que a vida lhes coloca, nomeadamente, uma crise pessoal, doença, uma perda. Acresce referir que uma rede social pode ser considerada, uma zona de amortecimento para solucionar situações stressantes (Mouro e Simões, 2001).

De acordo com Mouro e Simões (2001) os três tipos de redes, apresentam efeitos relativos ao apoio. Os efeitos do apoio nas redes sociais primárias podem passar, pela:

- Rede de apoio social de alguém da família que é ainda o recurso mais importante na vida diária, pois a família é a primeira instituição a quem se pede ajuda;
- Rede de apoio social de casais demonstram que todo o parceiro tem o seu próprio apoio através de uma rede particular;
- Rede de apoio social de jovens pais;
- Redes de apoio social a mulheres é mais eficaz que a dos homens;
- Redes de apoio social de pai/ mãe solitários integram mais os amigos auto-seleccionados que têm um papel de realce nas suas vidas;

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

- Redes de apoio social de grupos de pares são importantes para os jovens que desenvolvem a sua personalidade e os seus sistemas de valores.

No que concerne aos efeitos do apoio nas redes sociais secundárias existem:

- A rede macro – social “escola” desempenha um papel importante para jovens quando a sua vida familiar não funciona muito bem;
- Rede macro – social “ serviços sociais” é, para muitas pessoas a única forma de contactar e interagir com o mundo exterior;
- O apoio social no trabalho por colegas.

Por fim, temos ainda presente o efeito das redes sociais terciárias relativamente ao apoio social:

- As redes de apoio social dos grupos de auto – ajuda podem funcionar como um facto de estabilização para o utente;
- Assistentes informais que existem em todas as sociedades são muito importantes.

3.7. O Trabalho em Equipa

Martinelli (2003, p. 11) argumenta que:

“ Na área da saúde, onde há múltiplos saberes em acção, múltiplas identidades em interacção (...) o que está em jogo é a construção de projectos colectivos, onde o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade da morte (...) sejam alicerces fundantes e objectivos comuns para toda a equipe de trabalho”.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

A intervenção do assistente social na área da saúde, depende do modo como o Serviço social está organizado, isto é, o lugar que a equipa lhe confere na análise do doente. Se o assistente social for bem aceite pela equipa vai permitir que o mesmo, acolha, acompanhe e apoie psicossocialmente o utente, bem como, propicie o desenvolvimento de competências sociais no doente e sua família, preparando-o para o regresso à comunidade, através da mobilização dos recursos existentes (Carvalho, 2003).

No trabalho multidisciplinar o sujeito é analisado nas dimensões biopsicossociais, culturais e espirituais, partindo do pressuposto que a intervenção da equipa de saúde integra essas mesmas dimensões no entendimento da pessoa como um todo. Para que tal seja concretizado, é necessária a contribuição de todos os profissionais da equipa, para que seja possível obter uma visão integradora da pessoa e o estabelecimento de uma dialéctica que se relaciona com a integração e interpretação entre as várias dimensões (Carvalho, 2003).

Contudo, para que a intervenção seja eficaz é crucial que exista um trabalho composto por equipas multidisciplinares com enfermeiros, médicos, psicólogos e terapeutas. Este trabalho multidisciplinar permite uma melhor compreensão das situações com diversos pontos de vista (Nunes, 1997).

A maioria destes profissionais trabalha no âmbito de equipas multidisciplinares, que podem variar consoante o campo de intervenção. Assim, é comum colaborarem com médicos, enfermeiros, professores, educadores de infância, psicólogos, sociólogos ou juristas.

Dadas as suas características, esta profissão exige uma boa capacidade de análise das situações. Ter espírito de iniciativa, capacidade para dialogar com todo o tipo de pessoas e gosto pelo trabalho em equipa, são qualidades igualmente importantes. Fundamental é gostar de trabalhar com pessoas, ter um interesse real pelos seus problemas e respeito pela autonomia e liberdade de cada um. Devido ao contacto próximo com a vida e os problemas das pessoas com quem trabalham, estes profissionais podem estar sujeitos ao desgaste emocional, o que exige deles a capacidade de distanciamento e de resistência à frustração, pois nem sempre é possível resolver os problemas da forma pretendida.

3.8 – O Serviço Social no Centro de Saúde Onde Decorreu o Estudo

A unidade de Saúde Soares dos Reis presta cuidados de saúde à população das freguesias de Mafamude e de Vilar de Andorinho (censo 2001- 55160) e integra as unidades de Saúde das Camélias e de Vilar de Andorinho (Diagnóstico Social, 2006).

No primeiro andar, funciona uma USF “Saúde no Futuro” que entrou em funcionamento no dia 9 de Março de 2007. É um espaço amplo, com gabinetes médicos, gabinetes de enfermagem, atendimento administrativo, um espaço infantil. Salienta-se o método informatizado de atendimento, ou seja, os utentes retiram uma senha de acordo com o que pretendem e posteriormente são chamados pelos administrativos.

Ainda neste andar, funciona a Secretaria-Geral e os dois Gabinetes de Serviço Social. Num outro módulo, temos a Direcção e o respectivo secretariado. Temos ainda o serviço de Saúde Pública e a Biblioteca.

No segundo andar está já, desde final de Dezembro de 2006, em funcionamento a USF “Nova Salus”, composta por gabinetes médicos, de enfermagem, berçário, atendimento administrativo, entre outros.

Estas duas USF, são pequenas unidades operacionais de saúde familiar, constituídas por equipas multiprofissionais a funcionar dentro dos CS, com autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional, trabalhando em rede e próximas dos cidadãos.

Com a criação das USF no CS onde foi realizada a investigação, as Assistentes Sociais, conseguiram ter uma maior proximidade com os utentes e com os profissionais de saúde, uma vez que cada uma delas ficou com uma USF, conseguindo assim uma maior e mais eficaz articulação. Podemos dizer que, com estas unidades, existe sem dúvida uma melhor consolidação do trabalho em equipa e uma maior interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

O objectivo é melhorar a qualidade assistencial dos cuidados de saúde primários e tornar o Sistema Nacional de Saúde mais coeso. A meta será aproximar o utente do médico e permitir uma maior acessibilidade e conforto às pessoas (Missão para os Cuidados de Saúde Primários).

Conclusão

Neste capítulo, foi referenciado o Serviço Social como fundamental na sociedade, mais especificamente na área dos cuidados de saúde primários. É de salientar a importância do Serviço Social nos CS, devido às necessidades que as equipas de saúde encontraram nesta área. A prática de Serviço Social na área da saúde é considerada sob ponto de vista de acção multidisciplinar. O/A Assistente Social observa o desenvolvimento dos mecanismos sociais e tenta combater as situações – problema que afectam os utentes.

CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO

Introdução

Neste capítulo serão abordados o objectivo geral e os objectivos específicos deste estudo. Será feita uma referência à parte prática do trabalho no que diz respeito ao método que engloba a amostra, o instrumento e os procedimentos de aplicação e de análise. Na presente investigação optou-se por uma abordagem maioritariamente quantitativa (inquérito por questionário) mas com alguns contornos qualitativos (perguntas abertas explícitas no método acima referido). Foi escolhido este tipo de metodologia, pois foi a forma mais indicada para conseguir obter com mais precisão e em maior quantidade, a informação para estudar a temática proposta.

4.1 – Definição de Objectivos e Hipóteses de Pesquisa

O objectivo primordial do presente estudo empírico consiste em compreender o papel das USF na promoção aos CSP. Para uma melhor condução do mesmo e para que seja o mais fidedigno possível, foram definidos objectivos específicos e hipóteses de pesquisa.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Para a realização do presente projecto de investigação foi definido como objectivo geral:

- Compreender a importância das USF's na promoção dos Cuidados de Saúde Primários.

Tendo em conta que a pesquisa social permite a recolha de novos conhecimentos da realidade social, cada uma delas apresenta objectivos específicos próprios (Gil, 1999, p.42).

Desta forma, foram delineados os seguintes objectivos específicos:

- Identificar as principais vantagens da criação das USF na melhoria dos cuidados de saúde primários.
- Perceber se os profissionais das USF cumprem os requisitos que se propuseram aquando a sua candidatura, nomeadamente, ao nível de atendimento, vigilância, estrutura e funcionamento.
- Conhecer a opinião dos utentes sobre o contributo das USF para a população por elas abrangida.

Os objectivos específicos foram traçados de acordo com os princípios das USF (*ver Capítulo II, item 2.2.1*), objectivos (*item 2.2.2*), organização do trabalho (*ver item 2.2.3*) e os cuidados a assegurar (*ver item 2.2.5*).

Para a construção dos objectivos acima referidos, recorreu-se também ao Guião de Apoio à Preparação de Candidaturas às USF (Ministério da Saúde, 2006) que foca como se deve estruturar a USF, bem como todos os procedimentos que lhes estão subjacentes.

Acresce referir que o último objectivo visa, essencialmente, perceber do ponto de vista dos inquiridos, a importância que estes dão ao surgimento destas unidades.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

A hipótese constitui uma suposta resposta ao problema que está a ser investigado. É uma proposição que se forma e que será aceite ou rejeitada após ser devidamente testada (Gil, 1999).

O papel fundamental da hipótese é sugerir explicações para os factos e sempre que bem elaboradas, conduzem à verificação empírica, que é o principal objectivo da pesquisa científica (Gil, 1999).

As hipóteses formuladas para este estudo são:

1. **As USF's contribuíram para que os utentes acessem mais facilmente aos cuidados de saúde primários.** Esta hipótese surge, pois antes da criação das USF a maioria dos utentes não tinha nenhum médico de família atribuído, cada vez que se deslocavam ao CS eram atendidos pelo médico que estava no reforço, ou seja, um médico que assegurava o seu atendimento. De acordo com o Ministério da Saúde (2006), as USF devem promover a acessibilidade no atendimento, nomeadamente, através sistema de marcação de consultas.
2. **As USF's permitiram que os utentes tivessem médico de família, que os acompanhasse na promoção e vigilância da saúde.** Tendo em conta o Ministério da Saúde (2006) a caracterização dos utentes inscritos é baseada numa lista de inscrição no SINUS por médico, bem como numa lista de utentes inscritos na USF que não tinham médico de família, pois uma das grandes prioridades na RCSP está relacionada com a atribuição de um médico de família aos utentes que até então não tinham. Esta hipótese tem por base ajudar a perceber se, com o surgimento das USF, os utentes sentem uma melhoria no acesso aos CSP.
3. **A estrutura e funcionamento das USF visam um melhor e maior acompanhamento ao nível dos cuidados de saúde primários.** Conforme refere o Ministério da Saúde (2006) as USF devem obedecer a um conjunto de requisitos, relacionados com a disponibilidade, acessibilidade, eficiência e satisfação. Esses requisitos visam sobretudo uma maior satisfação dos utentes com os cuidados que

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

lhes são prestados, bem como, uma maior tranquilidade no que toca à saúde, pois têm um melhor e maior acompanhamento.

4. Todos os profissionais que integram as USF contribuem para o bom funcionamento e para uma melhor qualidade dos serviços que prestam.

Segundo o Ministério da Saúde (2006) um dos requisitos primordiais da criação das USF é que a equipa multidisciplinar contribua para que os utentes se sintam satisfeitos com o serviço que lhes está a ser prestado. Sendo assim, é fulcral saber se os utentes sentem o cumprimento desses requisitos estipulados.

4.2. Metodologia Utilizada

Existem várias técnicas que podem ser usadas na recolha da informação. Ao longo deste trabalho recorreu-se ao inquérito por questionário (Ver Anexo IV).

Segundo Mucchielli (*cit. in* Almeida e Pinto, 1995) o inquérito por questionário é uma pesquisa de informações ou busca de informações metódica, aplicada a uma realidade social particular. Para outros autores é uma técnica que se apoia numa série de perguntas dirigidas a um conjunto de indivíduos. Tem como objectivos a recolha de dados pessoais, sobre o meio e comportamento, assim como a recolha de opiniões, expectativas, atitudes e motivações.

O inquérito por questionário pode ser por administração directa ou administração indirecta. No primeiro o registo do inquérito é feito pelo próprio inquirido no impresso que lhe é enviado. No segundo o registo das respostas é feito por um entrevistador no instrumento do inquérito (Almeida e Pinto, 1995).

Os inquéritos por questionário são total ou predominantemente integrados por perguntas que podem ser, abertas, fechadas e mistas.

Nas perguntas abertas, o inquirido pode responder livremente embora dentro do âmbito das perguntas que lhe são feitas. Nas perguntas fechadas, o inquirido tem que optar entre uma lista

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

tipificada de respostas. Nas perguntas mistas, além de conter respostas tipificadas o inquérito tem, também, possibilidade de dar uma resposta livre (Almeida e Pinto, 1995).

O questionário teve como alvo os utentes das duas USF existentes nos Centro de Saúde Soares dos Reis e Oliveira do Douro – Unidade de Soares dos Reis. O preenchimento do questionário foi realizado pelos próprios inquiridos.

O questionário é composto por duas partes:

- Parte I – Caracterização Sócio-demográfica;
- Parte II – Caracterização das USF.

4.2.1 – Amostra

A amostra representa o conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) retiradas de uma determinada população. Uma amostra é representativa se os elementos que a constituem forem escolhidos por um processo, em que todos os membros da população tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra (Maia, 2002).

O instrumento de recolha de dados (questionário) é direccionado aos utentes das USF's da Unidade de Saúde Soares dos Reis. A amostra foi constituída por 150 utentes (75 utentes da USF Nova Salus e 75 da USF Saúde no Futuro). O questionário foi aplicado, enquanto os utentes esperavam pelo início da consulta, e foram ministrados durante o mês de Junho. A escolha da amostra não teve por base nenhum critério específico, pelo que constitui uma amostra aleatória.

Os utentes foram contactados previamente, sendo informados do objectivo de estudo, assim como de que a participação era voluntária e as respostas seriam mantidas em absoluto anonimato. Foram ainda dados aos doentes os esclarecimentos e apoio necessários, quando solicitados.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

No que concerne ao género, verifica-se que a amostra é composta maioritariamente por elementos do sexo feminino (124 participantes, equivalente a 82,7%). Os demais 26 questionados são do género masculino, e representam somente 17,3% do total.

Gráfico I – Género dos Inquiridos

Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 16 e os 82 anos. Em média possuem ± 42 anos (DP= 14,08), a mediana indica que pelo menos 50% dos participantes apresentam idade inferior ou igual a 39 anos, e a moda indica que a idade mais frequente está situada nos 31 anos. Por classe etária, observa-se que as percentagens mais salientes estão situadas entre os 21 e os 35 anos (34%), seguindo-se os elementos que possuem de 41 a 55 anos (28,7%), e os participantes que apresentam de 56 a 70 anos (16,7%). Com idades localizadas entre os 36 e os 40 anos encontra-se 11,3% dos casos, com idade inferior ou igual a 20 anos verifica-se apenas 5,3%, e os indagados com idade superior a 70 anos representam unicamente 4% do total.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Gráfico II – Idade dos Inquiridos

No que respeita ao estado civil, constata-se que a maior parte da amostra apresenta a condição de casada (54,7%), seguindo-se os elementos solteiros (26%). O equivalente a 11,3% assinalou a categoria “divorciado/a”, em situação de viuvez encontra-se 4,7%, e a demais percentagem (3,3%) indicou “outro” estado civil, mais concretamente a união de facto.

Gráfico III – Estado Civil

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Para concluir a apresentação dos dados pessoais dos participantes resta proferir quais as suas habilitações literárias. Assim, verifica-se no gráfico anterior que os dados se distribuem maioritariamente por 3 categorias: o correspondente a 39,3% da amostra possui escolaridade ao nível do ensino secundário, o equivalente a 24% apresenta a 4ª classe, e a percentagem de 20% indicou habilitações ao nível do ensino superior. É ainda de salientar que o equivalente a 13,3% apresenta o ensino preparatório, 2,7% não concluiu a instrução primária mas sabem ler e escrever, e um indivíduo (0,7%) é iletrado.

Gráfico IV – Habilitações Literárias

4.3 – Apresentação dos Resultados Obtidos Através dos Questionários

Após a recolha dos dados, os mesmos foram introduzidos no programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS), onde são analisadas todas as questões do inquérito por questionário.

Recorreu-se ainda a correlações de modo a comprovar a existência de associações entre as variáveis que comportam o estudo (Pestana & Gageiro, 2000).

Para que a análise não fosse meramente quantitativa, analisaram-se como referido anteriormente as questões abertas de forma qualitativa, para compreendermos de uma forma

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

mais pessoal o que os utentes pensam da criação das USF, sem lhes criar qualquer tipo de resposta tipificada.

Na análise qualitativa, foram observadas todas as respostas e posteriormente agrupadas em quadros, para assim se conseguir clarificar a opinião dos utentes face às USF.

Como mencionado anteriormente, para efeitos de recolha da informação foi utilizado um inquérito por questionário, constituído por 14 questões, sendo 3 mistas e uma pergunta aberta. Sendo assim, a primeira questão apresentada no questionário faz referência à inscrição na respectiva USF.

Verifica-se no quadro antecedente que a maioria dos elementos da amostra mencionaram que se inscreveram na USF antes desta entrar em funcionamento (120 participantes, 80%), somente o correspondente a 20% indicou que realizou a sua inscrição depois da USF entrar em funcionamento.

Quadro I – Quando se Inscreveu Nesta Unidade de Saúde Familiar

		Frequência	Percentagem
Inscrição USF	Antes de entrar em funcionamento	120	80,0
	Depois de entrar em funcionamento	30	20,0
	Total	150	100,0

No que concerne a quem influenciou o utente a inscrever-se nesta USF, a maioria dos elementos referiram que foi o médico quem o levou a inscrever-se (categoria assinalada por 56% dos participantes). O equivalente a 17,3% indicou que foi inscrever-se por iniciativa própria, já que apontou a categoria “ninguém”, e 16% referiu que foi por conselho de um familiar. A influência por parte do enfermeiro realizou-se em apenas 2,7% dos casos, e o administrativo foi mencionado por 2% dos questionados. Existe ainda a percentagem de 6%

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

que assinalou ter sido “outro” elemento que não consta na lista apresentada que o levou a inscrever-se nesta USF.

Quadro II – Quem o Levou a Inscrever-se Nesta USF

		Frequência	Percentagem
Quem o levou a inscrever-se	Médico	84	56,0
	Enfermeiro	4	2,7
	Administrativo	3	2,0
	Familiar	24	16,0
	Ninguém	26	17,3
	Outro	9	6,0
	Total	150	100,0

Na questão se possuíam médico de família antes de pertencer a esta USF, a maioria dos participantes respondeu afirmativamente (mais concretamente 68% dos casos), a restante percentagem (32%) indicou que não tinha médico de família antes de se inscrever. Dos 102 elementos que responderam “sim” nesta questão, a percentagem de 79,4% alegou que o seu médico de família pertence a esta USF, os demais 21 elementos (representando 20,6%) referiram que o médico não pertence a esta Unidade de Saúde Familiar.

Quadro III – Antes de Pertencer a esta USF Tinha Médico de Família, e o Médico Pertencia a esta USF

	Antes da USF, tinha médico de família		Se sim, pertence a esta USF	
	N	%	N	%
Não	48	32,0%	21	20,6%
Sim	102	68,0%	81	79,4%

Dos inquiridos que responderam anteriormente que não tinham médico de família antes de pertencer a esta USF (48 casos), a percentagem mais saliente referiu que quando se inscreveu

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

nesta USF lhe foi atribuído o médico de família que pretendia (62,5% dos elementos), os restantes 37,5% alegou que não lhe foi concedido o médico de família que escolheu.

Quadro IV – Quando se Inscreveu Foi-lhe Atribuído o Médico que Pretendia, e Maior Acompanhamento na Promoção e Vigilância da Saúde

	Quando se inscreveu foi-lhe atribuído o médico que escolheu		Maior acompanhamento por parte do médico	
	N	%	N	%
Não	18	37,5%	22	15,3%
Sim	30	62,5%	122	84,7%

Na questão se os indagados sentem mais acompanhamento por parte do médico de família relativamente à promoção e vigilância da sua saúde depois da inscrição na USF, nem todos os participantes deram uma resposta, e das 144 respostas válidas, a percentagem mais pertinente de elementos respondeu que sente mais acompanhamento por parte do seu médico (84,7%), somente 15,3% considera que não tem maior acompanhamento na promoção e vigilância da saúde.

Ainda no que respeita ao acompanhamento por parte do médico de família na promoção e vigilância da saúde, foi pedido aos participantes para justificarem a sua resposta através de uma pergunta aberta.

Quadro V- Factores que Justificam o Acompanhamento

Maior acompanhamento	Não sentem maior acompanhamento
“Agora sinto um melhor acompanhamento por parte da minha médica” (7)	“A minha médica está sempre a faltar, não sinto nenhuma diferença” (1)
“Tenho mais consultas”(5)	“Não noto diferença, continua tudo igual”(2)
“Mais qualidade, eficácia e rapidez” (3)	“Atenção por parte da minha médica sempre foi boa.” (2)
“Melhor atendimento e maior conhecimento clínico da médica em relação ao doente”(15)	“Não gosto do atendimento” (2)
“Consultas mais calmas e mais dentro dos horários marcados” (4)	“O acompanhamento manteve-se o mesmo (3)
“Consultas mais calmas e mais dentro dos horários marcados” (4)	“Sempre tive um bom acompanhamento”(6)
“Os médicos agora são mais dedicados e mais preocupados” (5)	

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

“ Agora não temos que estar sempre a contar o nosso historial clínico, vamos depositando confiança no profissional que nos atribuíram que no meu caso é excepcional”(15)	
“ Os médicos são mais profissionais agora, atendem melhor”(10)	
“ Acompanha-me mais regularmente, tenho consultas programadas”(15)	
“ Antes tinha que recorrer ao Recurso, agora já tenho medico de família a quem recorrer”(20)	
“ Agora quando calha de o médico faltar sou atendida por outro” (11)	

Após a análise de conteúdo, verificou-se que das 22 respostas dadas pelos utentes, em como não sentiam um maior acompanhamento, apenas 16 justificaram as respostas afirmando que não consideram haver melhoria porque já tinham um bom acompanhamento, pois sempre foram bem atendidos (6), outros utentes consideram que o acompanhamento não melhorou comparativamente ao anterior (3). Por outro lado, existem utentes que focam que tudo continua igual (2) e que não gostam do atendimento que lhes é prestado (2).

Dos participantes que consideram que o acompanhamento melhorou, apenas 104 deram uma explicação para a sua resposta. Os inquiridos mencionaram que esta melhoria se deve à atribuição de médico de família (20), esta atribuição proporciona aos utentes uma maior confiança no seu médico (15), bem como um regular acompanhamento e consultas programadas (15). Um outro aspecto remete-nos para utentes um melhor atendimento e um maior conhecimento do médico de família sobre o estado de saúde do doente (15).

No que concerne ao horário de funcionamento, dos 148 elementos que responderam, a maioria considera que, o mesmo, permite aos utentes aceder com facilidade aos cuidados de saúde (93,9%) somente o equivalente a 6,1% respondeu negativamente. Do mesmo modo, a maior parte das respostas válidas na questão seguinte (138 participantes) considera que a marcação de consulta é mais fácil na USF (85,5%), e a demais percentagem (14,5%) não atribui maior facilidade à marcação de consulta.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Quadro VI – Horário da USF Permite Maior Facilidade para Aceder aos Cuidados de Saúde, e Marcação de Consulta Mais Fácil

	Horário de funcionamento permite mais facilidade		Marcação de consulta mais fácil	
	N	%	N	%
Não	9	6,1%	20	14,5%
Sim	139	93,9%	118	85,5%

Quando foi pedido aos inquiridos para justificarem a sua resposta por escrito, nomeadamente o porquê de considerarem a marcação de consulta mais ou menos fácil na USF, verificou-se que a maioria dos elementos não deu qualquer justificação.

Quadro VII- Factores que Justificam o Acesso à Marcação de Consultas

Mais fácil	Mais difícil
“Mais rápido” (30)	“Demora muito dias” (2)
“Mais acessível”(15)	“Tenho consulta quando eles querem e não quando eu quero”(3)
“Consigo sempre consulta” (8)	“A médica falta muito” (2)
“Mais organizado” (17)	“Espera-se muito tempo por uma consulta” (5)
“Até por e-mail consigo marcar consulta”(4)	
“Horário de atendimento mais alargado”(15)	
“Menos burocracia” (4)	
“O telefone é directo” (10)	

No entanto, os elementos que responderam afirmativamente alegaram que é mais rápido (30), mais organizado (17), mais acessível (15), tem um horário de atendimento mais alargado (15) e que o telefone é directo (10). Por outro lado, alguns inquiridos consideram que não é mais fácil a marcação de consulta porque o tempo de espera é igual e que demora muito tempo para se conseguir marcar uma consulta (5).

Dos 125 inquiridos que responderam à questão se sentem dificuldades em ser consultado quando o seu médico de família falta, a percentagem mais expressiva de inquiridos respondeu negativamente (74,4%), e a percentagem de 25,6% alegou que sente dificuldade de consulta na ausência do seu médico. Do mesmo modo, a maioria dos elementos que respondeu à questão seguinte (148 casos) retorquiu que nunca necessitou de alguma consulta ao domicílio

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

(95,3%), somente 4,7% dos indivíduos mencionou que já teve necessidade de alguma consulta na própria habitação.

Quadro VIII – Dificuldade em ser Consultado Quando o Médico falta, e Necessidade de Consulta no Domicílio

	Quando o médico falta, tem dificuldade em ser consultado		Necessidade de consulta domicilio	
	N	%	N	%
Não	93	74,4%	141	95,3%
Sim	32	25,6%	7	4,7%

Dos 7 elementos que afirmaram já ter precisado de alguma consulta ao domicílio, a maior parte alegou que esperou dois dias para que a visita médica se realizasse (57,1%), seguindo-se os participantes que esperaram apenas um dia (28,6%). Apenas um indivíduo (equivalente a 14,3% nesta questão) afirmou que esperou mais de dois dias pela consulta.

Quadro IX – Tempo de Espera da Consulta ao Domicílio

		Frequência	Percentagem
Esperou quanto tempo	1 dia	2	28,6
	2 dias	4	57,1
	Mais de 2 dias	1	14,3
	Total	7	100,0

A grande maioria dos participantes considera que os profissionais que trabalham nesta USF são prestáveis e atenciosos (92,6%), apenas 7,4% dos elementos apresenta uma opinião diferente.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Quadro X– Profissionais da USF prestáveis e Atenciosos, e Informação e Encaminhamento Correcto por Parte dos Administrativos

	Profissionais prestáveis e atenciosos		Administrativos informam e encaminham correctamente	
	N	%	N	%
Não	11	7,4%	10	6,9%
Sim	137	92,6%	134	93,1%

Quando lhes foi pedido para justificarem a sua resposta, mais uma vez muitos inquiridos não apresentaram qualquer argumento.

Quadro XI - Factores que Justificam se os Profissionais são Prestáveis e Atenciosos

Aspectos positivos	Aspectos negativos
“ São mais novos e têm outra formação” (2)	“ Devem ter uma postura de atenção e boa educação mas isso não acontece” (2)
“ Trabalham com mais gosto”(3)	“ São todos menos os administrativos” (1)
“ São muito simpáticos, prestáveis e atenciosos” (15)	“ Arrogantes, e não são prestáveis” (2)
“ Esclarecem bem as minhas dúvidas”(13)	“ Não são qualificados”(1)
“ Sempre dispostos a ajudar”(8)	“ Nem sempre são simpáticos” (1)
“ Competentes e responsáveis”(9)	
“ São educados e cumprem os horários”(20)	
“ Ambiente de trabalho mais profissional”(4)	
“ Muitos profissionais e humanos”(2)	
“ Mais rápidos e organizados”(5)	

Contudo, alguns dos indagados que não detêm uma apreciação favorável dos profissionais, referiram que estes não têm uma postura de atenção e boa educação (2), e que são arrogantes e pouco prestáveis (2).

Porém, como referido anteriormente, a maioria dos participantes detém uma opinião positiva dos profissionais das USF, e as respostas encontradas vão no sentido de que são educados e cumprem os horários (20), prestáveis e atenciosos (15).

Na questão se os inquiridos consideram que os enfermeiros promovem a vigilância da saúde, mais concretamente através da prestação de informação sobre cuidados básicos a ter em

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

situações de doença, apenas 130 elementos responderam. Destes, quase a totalidade respondeu afirmativamente (98,5%), apenas 1,5% alegou que não consideram que os enfermeiros promovam a vigilância da saúde. De igual forma, das respostas válidas (135 casos) a maioria dos questionados (94,7%) acha que os médicos desta USF colaboram com outros serviços e sectores de saúde quando têm que solucionar algum problema de saúde do utente, somente o correspondente a 5,3% detém uma opinião diferente e desfavorável.

Quadro XII – Promoção da Vigilância da Saúde por Parte dos Enfermeiros, e Colaboração dos Médicos com Outros Serviços e Sectores

	Enfermeiros promovem a vigilância da saúde		Médicos colaboram com serviços e sectores	
	N	%	N	%
Não	2	1,5%	7	5,3%
Sim	128	98,5%	126	94,7%

Em termo de conclusão do questionário, foi colocada uma pergunta aberta, no sentido de permitir aos participantes que desenvolvam a sua opinião sobre qual é o contributo para a população com a criação da USF.

Quadro XIII – Contributo das USF

Aspecto Positivos	Aspectos Negativos
“Fazem o melhor possível pelos utentes” (5)	“Tudo igual” (7)
“Melhores instalações”(11)	“Sem opinião”(3)
“Mais conforto e mais eficácia”(8)	
“Melhor atendimentos e melhores condições de trabalho”(20)	
“Rapidez no atendimento e solução de problemas”(9)	
“Mais proximidade entre médico e doente”(4)	
“Contribui para uma vida melhor e mais saudável”(3)	
“Atendimento mais rápido e eficaz evitando a ida às urgências”(2)	
“Mais profissionalismo, e um ambiente mais saudável”(3)	
“Mais qualidade e atendimento programado”(4)	
“Menos tempo de espera, melhor qualidade nas instalações e atendimento”(10)	

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

“Cuidados mais personalizados”(5)	
“ Diminuição de utentes sem médico de família”(16)	
“Alargamento do horário”(4)	
“ Fácil acesso às consultas e ao atendimento, já não recorro ao privado”(5)	
“Médicos de substituição”(2)	

Todavia, verifica-se novamente que muitos dos inquiridos não deram qualquer resposta, mas dentro do conteúdo analisado destacam-se as seguintes respostas, melhor atendimento e melhores condições (20), diminuição de utentes sem médico de família (16), melhores instalações (11), menos tempo de espera (10). Acresce salientar que, cinco dos indagados referem que devido à melhor acessibilidade a estes cuidados, deixaram de recorrer ao serviço privado.

4.4 - Análise Correlacional Entre as Variáveis em Estudo

Após a apresentação dos resultados descritivos, realizou-se a correlação de Spearman (r_s e p) com a finalidade de verificar se as variáveis em estudo apresentam associação e relação entre si. Optou-se por esta correlação por se mostrar mais indicada ao tipo de variáveis em estudo, e por ser uma medida de associação e dispersão que possibilita observar a direcção da relação.

Uma vez que este tipo de correlação vai de -1 a 1, pode-se assumir que quanto mais afastado for o valor de r_s do valor central (zero), maior é a associação entre as variáveis, e sempre que p for menor ou igual a 0,05, pode-se assumir a existência de relação entre as mesmas. Contudo, apesar de se ter realizado a correlação entre todas as variáveis, nem todas apresentam associação. Desta forma, optou-se por apresentar e descrever unicamente aquelas que são significativas.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Quadro XIV – Correlações Significativas por Acompanhamento na Promoção e Vigilância da Saúde

	Sente maior acompanhamento na promoção e vigilância da saúde		
	ró	p	N
Quando se increveu foi-lhe atribuído o médico que escolheu	,322	0,028*	48
Horário de funcionamento permite maior facilidade	,321	0,031*	142
Marcação de consulta mais fácil na USF	,433	0,011**	134
Profissionais prestáveis e atenciosos	,317	0,035*	143
Administrativos informam e encaminham correctamente	,432	0,011**	138
Médicos colaboram com outros serviços e sectores	,219	0,042*	128

*p<0,05; **p<0,01

Assim, através dos valores expostos no quadro anterior é possível concluir que os participantes a quem foi atribuído o médico de família pretendido tendem a sentir um maior acompanhamento na promoção e vigilância da saúde ($ró= 0,322$; $p= 0,028$), uma vez a associação é moderada e positiva e o nível de significância é inferior a 0,05. Da mesma forma, os inquiridos que consideram que o horário de funcionamento permite maior facilidade aos cuidados de saúde também sentem um maior acompanhamento ($ró= 0,321$; $p= 0,031$), tal como acontece com os questionados que acham que é fácil marcar uma consulta ($ró= 0,433$; $p= 0,011$).

Os valores também permitem referir que os elementos da amostra que consideram os profissionais prestáveis e atenciosos são os que sentem maior acompanhamento na promoção da saúde ($ró= 0,317$; $p= 0,035$). De igual modo, os indagados que sentem maior acompanhamento na vigilância da saúde tendem a considerar que os administrativos informam e encaminham correctamente ($ró= 0,432$; $p= 0,011$), e consideram que os médicos colaboram com outros serviços e sectores para solucionar algum problema de saúde ($ró= 0,219$; $p= 0,042$), embora esta última correlação seja moderada baixa, ainda é possível assumir a existência de relação entre as variáveis.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Quadro XV – Correlações Significativas por Horário de Funcionamento

	Horário de funcionamento permite maior facilidade		
	ró	p	N
Marcação de consulta mais fácil na USF	,474	0,010**	137
Profissionais prestáveis e atenciosos	,358	0,021*	146
Administrativos informam e encaminham correctamente	,319	0,031*	142
Médicos colaboram com outros serviços e sectores	,223	0,041*	131

*p<0,05; **p<0,01

Outra correlação significativa diz respeito à facilidade do horário de funcionamento e à facilidade de marcação de consulta. De facto, os inquiridos que consideram que o horário de funcionamento permite uma maior facilidade em aceder aos cuidados de saúde tendem a achar que na USF é mais fácil marcar uma consulta ($r\acute{o}= 0,474$; $p= 0,010$). Também se verifica que os que demonstram satisfação com o horário de funcionamento da USF apresentam tendência para considerar os profissionais da instituição prestáveis e atenciosos ($r\acute{o}= 358$; $p= 0,021$), consideram que os administrativos informam e encaminham correctamente ($r\acute{o}= 0,319$; $p= 0,031$), e consideram que os médicos colaboram com outros serviços e sectores na resolução de um problema de saúde ($r\acute{o}= 0,223$; $p= 0,041$).

Quadro XVI – Correlação entre a facilidade de Marcar Consulta e a Dificuldade em ser Consultado Quando o Médico Falta

	Marcação de consulta mais fácil na USF		
	ró	p	N
Quando o médico falta tem dificuldade em ser consultado	-,336	0,026*	117

*p<0,05; **p<0,01

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Para terminar, resta apresentar outra das poucas correlações significativas encontradas, que é entre a facilidade de marcar consulta na USF e a dificuldade de marcar consulta quando o médico de família falta. Uma vez que se trata de uma associação moderada e negativa ($r = -0,336$), pode-se mencionar que os elementos que não consideram ser fácil marcar uma consulta na USF são os que declaram que têm dificuldade em ser consultados quando o seu médico de família está ausente, e pelo valor da significância ($p = 0,026$), pode-se salientar que existe relação entre as variáveis.

4.5. Verificação das Hipóteses

Finalizada a apresentação dos resultados obtidos na aplicação dos instrumentos de recolha de informação, é tempo de confirmar ou infirmar as hipóteses formuladas no início do presente trabalho de investigação. Para o efeito, torna-se necessária uma análise pormenorizada e um cruzamento dos resultados alcançados.

Desta forma, a hipótese – **As USF's contribuíram para que os utentes acessem mais facilmente aos cuidados de saúde primários**, é confirmada, uma vez que, os utentes inquiridos sentem agora mais facilidade em aceder aos cuidados de saúde, pois não têm que esperar tanto tempo para serem consultados. No Quadro V, pode-se verificar que 93.9% dos inquiridos sentem maior facilidade em aceder aos CSP.

No que concerne à hipótese – **As USF's permitiram que os utentes tivessem médico de família, que os acompanhasse na promoção e vigilância da saúde**, esta também pode ser confirmada, uma vez que se existe uma maior facilidade no atendimento, logo os utentes sentem que são mais acompanhados pelo médico de família, bem como pelos enfermeiros. Esta confirma-se pela análise do Quadro IV, pois 62.5% dos utentes teve o médico que escolheu e 84,7% sente um maior acompanhamento.

A estrutura e funcionamento das USF's visam um melhor e maior acompanhamento ao nível dos cuidados de saúde primários, foi uma outra hipótese que acompanhou a realização desta investigação, uma vez que a marcação de consultas é mais fácil e existe ainda, um

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

horário mais alargado para o processamento do atendimento. De acordo com o Quadro V, conclui-se que 85.5% sente mais facilidade em marcar consulta.

Acresce ainda referir que, após a análise ao Quadro VI, verificou-se que 74.4% dos utentes não tem dificuldades em ser consultado quando o médico falta, pois quando acontecesse este tipo de situação, há sempre um outro elemento da equipa, que assegura o atendimento dos utentes, possibilitando assim uma maior vigilância e uma maior promoção aos cuidados de saúde. É importante salientar, que os utentes que não tinham médico de família antes das USF entrarem em funcionamento, tinham imensas dificuldades e constrangimentos para serem atendidos por um profissional de saúde.

Em suma, a hipótese acima referida é confirmada.

Os profissionais que integram as USF contribuem para o bom funcionamento e para uma melhor qualidade dos serviços que prestam, esta hipótese foi confirmada através deste estudo, pelo que os factores que se podem apontar, são o trabalho em equipa que estes profissionais desenvolvem, isto é, antes dos profissionais de equipa integrarem a USF, não havia um espírito de equipa e um trabalho tão envolvente com os utentes.

Pode considerar-se que a percepção do trabalho da equipa multiprofissional é um sucesso a assinalar e resulta em boa parte da autonomia sentida pelos participantes no estudo – profissionais com um elevado grau de autonomia tendem a funcionar melhor em equipa que os sujeitos numa cadeia de comando e controle muito rígida.

Conclusão

Como principais resultados do estudo, pode-se concluir que os inquiridos apresentam um nível de satisfação elevado em relação à criação das USF, pois estas, representam uma estrutura menos burocratizada e menos rígida que a organização CS, anteriormente existente.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Considerações Finais

O culminar deste trabalho monográfico gera uma dualidade de sentimentos. Se por um lado, é a agradável sensação de ter concretizado este trabalho, em que as dificuldades foram imensas, por outro lado, é a inquietação de assumir novas responsabilidades como futuros profissionais de Serviço Social.

Chegado o final do estudo, resta reflectir sobre todo o trabalho desenvolvido.

Na fase final deste processo e ao olhar em retrospectiva para o tempo decorrido, considera-se que se tratou de todo um tempo de aquisição de saberes, desde o primeiro até ao último dia. Mesmo assim, decorrido o tempo da realização da monografia considera-se que todo esse saber constituiu apenas uma pequena parte de tudo o que há para saber, da intervenção social na área da saúde, mais concretamente na área dos cuidados de saúde primários.

A actual reforma dos CSP, com a criação de USF – pequenos grupos de profissionais com autonomia organizativa, adesão voluntária e acréscimo de responsabilidades de gestão – levará à multiplicação de grupos que sintam esta necessidade de colocar a aprendizagem como nuclear para a organização. A informatização obrigatória dessas unidades facilitará o aparecimento de ligações espontâneas entre Unidades de Saúde Familiares, numa rede de conexões para troca de informação, trabalho colaborativo e investigação, ampliando o conhecimento, melhorando a prática, a satisfação profissional e a qualidade de vida.

As USF requerem uma abordagem, onde estão patentes duas estratégias que vão requerer um grande empenhamento, comunicação, formação inter – profissional e trabalho em rede nos Sectores da Saúde, Educação e Social, e em que a gestão da informação e do conhecimento vão ser instrumentos fundamentais.

Uma reforma é uma oportunidade de excepção para experimentação, investigação, inovação e desenvolvimento.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Em todo o processo é fundamental informação e conhecimento e uma nova forma de organizar esse conhecimento - uma reforma do pensamento. O pensamento *é, mais que nunca, o capital mais precioso para o indivíduo e a sociedade* (Biscaia, 2006, p.86).

Os profissionais das USF assumem “*compromisso ético de responsabilidade social*“, onde o essencial passa por saber ser tolerante com o erro, celebrar o sucesso, acreditar no potencial humano, valorizar o saber prático, partilhar conhecimento, ter confiança e ser aberto ao exterior (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

No sector da saúde, onde o trabalho é cada vez mais multidisciplinar, uma boa parte das tarefas são já realizadas através de redes, com recurso ao trabalho em equipa e num ambiente de gestão horizontal. Aqui, a gestão do conhecimento consiste sobretudo em colocar ao alcance de cada funcionário e gestor a informação que cada um necessita, no momento preciso, para que a sua actividade seja efectiva.

É este tipo de prática que é necessário concretizar com a reorganização dos CSP, onde o conhecimento é crucial, não apenas para a qualidade dos cuidados prestados, mas também para o desenvolvimento de cenários eficazes de abordagem dos problemas de saúde da população. Importa, por isso, implementar planos de formação nos novos CS que incluam todos os profissionais e que sejam definidos segundo as necessidades reais da instituição e dos objectivos da reforma (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

A visão actual das competências aponta para a responsabilização do cidadão, enquanto «gestor do seu portfólio de competências», em constante mutação, as competências, enquanto estratégias de mobilização de saberes para a resolução de situações e para a geração de valor, exigem reflexão e actualizações permanentes e constituem o elemento chave para a construção de perfis profissionais e perfis de educação/formação (Covita, 2006, p.86)

Todas as pessoas têm reacções emocionais, condutas de defesa e resistências diferentes, umas vezes maiores e outras menores, mas nem sempre a resposta aos mesmos problemas tem as mesmas soluções. A relação de ajuda não vai ser uma relação isenta de problemas. De vez em quando, surgem situações como a incapacidade ou o medo de actuar de outra maneira, a falta

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

de recursos, o desconhecimento, a falta de consciência ou não aceitação do problema ou o simples esgotamento das energias por procurar mudanças que não têm resultado, podem ser factores que contribuem para o facto dos problemas se manterem (Escartín et al., 1997).

Na relação assistencial, sendo esta uma relação complexa, o utente traz a esta relação uma série de sentimentos, de esperanças, expectativas e medos sobre o problema, sobre ele, sobre a instituição, sobre a relação e inclusive, sobre o/a Assistente Social. Todos estes sentimentos, podem gerar os medos e expectativas que estão presentes em ambas as partes numa relação assistencial (Escartín et al., 1997).

O/A Assistente Social, na maioria das vezes, deve centrar os seus esforços e as suas habilidades para desenvolver as suas capacidades, no sentido de perceber e receber as ansiedades do outro (Escartín et al., 1997).

O Serviço Social, na área da saúde, tem como objectivo geral apoiar e proteger os cidadãos em situações de particular fragilidade e dependência, surge como facilitador na resolução ou redução de problemas.

Trabalhar nesta área de Serviço Social é sobretudo um trabalho que visa proporcionar ao ser humano toda a dignidade social a que o mesmo tem direito. O Assistente Social deve agir como agente de mudança, em prol da melhoria das condições do doente.

É importante olhar para a realidade social que é cada vez mais diversa. A complexidade e diversidade são cada vez maiores: temos de apostar num olhar mais atento, mais justo e mais humano. Tem que se ser agente de mudança e não legitimador do que já existe.

Relativamente aos resultados do estudo, pode-se concluir que os inquiridos apresentam um contentamento no que concerne ao atendimento e à acessibilidade no acesso aos cuidados de saúde que agora lhes é prestada.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

As limitações que surgiram no desenrolar do estudo foram também nomeadamente no que concerne à pesquisa bibliográfica sobre este tema, pois a surgimento das USF's é um acontecimento recente, pelo que não existem estudos específicos e material bibliográfico muito vasto.

Resta apenas referir que este trabalho foi um verdadeiro desafio e espera-se que este estudo sirva de base para outros trabalhos na mesma área, mas com uma reflexão mais aprofundada.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

BIBLIOGRAFIA

Almeida, J. F. de P. e Pinto, J. M. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa. Edições Presença.

Alves, F. (2001). A Família e a Doença Mental. *In: da Silva, L.F. (Org). Acção Social na Área da Família*. 1ª Edição. Lisboa, Universidade Aberta.

Ander-Egg, E. (1995). *Introdução ao Trabalho Social*. Petrópolis, Editora Vozes.

Biscaia, A.R. (2006). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a Reforma do Pensamento, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Janeiro/ Fevereiro, pp.67-69.

Carvalho, M.I. L.B (2003). Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar. *In: Intervenção Social*, nº28, pp.31-46.

Centro de Saúde Soares dos Reis (2006). *Diagnóstico Social*.

Centro de Saúde Soares dos Reis (2005/2006). *Plano de Actividades*.

Covita, H. (2006). O Papel das Comunidades de Práticas na Prestação de Cuidados de Saúde Primários, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Janeiro/ Fevereiro, pp.81-89.

Direcção – Geral de Saúde (2002). Os Centros de saúde da Terceira Geração. Manual para a Mudança. [Em linha]. Disponível em [http: www.dgsaude.pt/upload/menro.id/ficheiros/id005785.pdf](http://www.dgsaude.pt/upload/menro.id/ficheiros/id005785.pdf). [Consultado em 06/05/2008]

Escartín, M. J., Palomar, M. e Suárez, E. (1997). *Introducción al Trabajo Social II*. Alicante, Ed. Aguaclara.

Faleiros, V. (2001). *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo, Cortez Editora.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Ferreira, P.L.& Seco, O.M. (1993). Algumas Estratégias para a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde. *Revista Crítica das Ciências Sociais*, 37 (7).

Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5ª Edição. São Paulo, Editora Atlas S.A.

Iamamoto, M. V. (1998). *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo, Cortez Editora.

Jonhson, B. & Corte-Real, F. (2000). *O som do silêncio: uma reflexão a partir do serviço social em hospital*. Lisboa, Celta Editora.

Maia, R. L. (Coord.). (2002). *Dicionário de Sociologia*. Porto, Porto Editora

Martinelli, M. L. (2003). Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. *In: Intervenção Social*, nº28, pp. 9-16.

Matias, M.A. (1999). Génesis e emergência do Serviço Social na Saúde. *Intervenção Social*. N. 20/ Dezembro. Lisboa, ISSS.

Mouro, H. e Simões D. (2001). *100 anos de Serviço Social*. Coimbra. Quarteto Editora.

Ministério da Saúde (1997). *Guia do utente do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa, Direcção – Geral de Saúde.

Ministério da Saúde (2005). Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. [Em linha]. Disponível em <http://www.mcsp.pt>. [Consultado em 30/03/2007].

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Ministério da Saúde (2006). Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados. [Em linha]. Disponível em <http://www.dgs.pt>. [Consultado em 26/04/2007].

Ministério da Saúde (2006). Guião de Apoio à Preparação de Candidaturas a Unidades de Saúde Familiares (USF).

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Plano Estratégico 2007-2009. Lisboa, VFMB, Comunicação Lda.

Nunes, C. (2007). Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. [Em linha]. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt>. [Consultado em 20/06/2008].

Nunes, R. (1997). Ética, bioética e responsabilidade. In: *Humanística e Teológica*, nº2, pp.279-297

Organização das Nações Unidas (1999). *Direitos Humanos e Serviço Social*. Lisboa, Departamento Editorial do ISSScoop.

Pestano, M. F. & Gajeiro, J.N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa. Ed. Sílabo.

Pires, L. (2002). A formação dos assistentes sociais na saúde. In: *Intervenção Social- Serviço Social & Saúde*. Lisboa, ISSS- Departamento Editorial do ISSScoop, pp.53-59.

Pisco, L. (2007). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. [Em linha]. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudp/a/+saude+em+portugal/ministerio/comunicação/artigos+de+informação/imprensa/reforma+cuidados+primarios.htm>. [Consultado em 10/07/2008].

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Santos, B. S. (1990). *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988)*. Porto, Edições.

Sarason, I. G., Levigne, H.M. Basham, R. B. , e Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), pp. 127-139.

Silva, L.(2001). *A Intervenção Psico-Social*. Lisboa, Universidade Aberta.

Souza, I. (1995). *Serviço Social e Instituição: A questão da participação*. 5.ª Edição, S. Paulo, Cortez Editora.

Zamanillo, T. e Gaitán, L. (1991). *Para Compreender El Trabajo Social*. Navarra, Editorial Verbo Divino.

Legislação Consultada:

Despacho Normativo nº9/2006

Despacho Normativo nº 97/83

Decreto - Lei nº413/71 de 27 de Setembro

Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro

Decreto-lei n.º 157/99 de 10 de Maio

Decreto-Lei n.º212/2006 de 27 de Outubro

Decreto-lei 298/2007

Decreto - Lei nº 28/08 de 22 de Fevereiro

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto

Os Centros de Saúde da Terceira Geração: As Unidades de Saúde Familiares na Promoção dos Cuidados de Saúde Primários (Estudo Exploratório)

Resolução do Conselho de Ministros nº157/2005