

O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar

INÊS GUERRA*

Resumo

O “caso social” refere “a pessoa-em-situação” e o seu estado de saúde, integrando as condições pessoais, sociais e ambientais, numa abordagem holística que considera tanto as pessoas como as suas redes de relação e os seus contextos existenciais. A construção do caso social requer uma reflexão sobre o contexto institucional e o desempenho dos diferentes membros da equipa interdisciplinar. A estratégia metodológica adotada no estudo efetuado enquadra-se na perspetiva de uma investigação qualitativa, tendo-se utilizado como procedimento fundamental o estudo de caso. O trabalho empírico foi desenvolvido no Hospital de Santa Maria, especificamente em cinco serviços de especialidade. Em cada serviço foram entrevistados três profissionais: assistente social, médico e enfermeiro. Foi igualmente realizado um período de observação, durante o qual a investigadora acompanhou o quotidiano profissional dos assistentes sociais, o que permitiu adquirir uma melhor perceção do vocabulário, da prática profissional e das especificidades de cada serviço.

Palavras-chave: Caso Social, Contexto Hospitalar, Serviço Social, Interdisciplinaridade.

Abstract

The ‘social case’ refers to ‘the person-in-situation’ and their state of health, integrating personal, social and environmental conditions into a holistic approach that considers both people and their networks of relationships, as well as their existential contexts. The social case’s construction requires a reflection about the institutional context and the performance of different members from the interdisciplinary team. The methodological strategy adopted falls within the perspective of qualitative research, using the case study as a fundamental procedure. The empirical work was conducted at Hospital de Santa Maria (Lisbon, Portugal), specifically across five specialty services. Inside each service, three professionals were interviewed: social worker, doctor and nurse. An observation period took place, during which the researcher followed the professional social workers’ daily lives. This allowed a better perception of each service’s vocabulary, professional practice and specificities.

Keywords: Social case, Hospital context, Social Work, Interdisciplinarity.

* Doutorada em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa. Professora Auxiliar Convidada na licenciatura em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Investigadora no CRC-W: Católica Research Centre for Psychological, Family and Social Wellbeing, Universidade Católica Portuguesa. E-mail: inesg@fch.lisboa.ucp.pt

1. Os desafios metodológicos

O artigo apresentado resulta da investigação realizada para a tese de doutoramento em Serviço Social, a qual pretendeu refletir sobre a construção do caso social na área da saúde, especificamente em contexto hospitalar.

Selecionou-se como campo de estudo o Hospital de Santa Maria, em Lisboa, por este ser um hospital de referência na prestação de cuidados de saúde diferenciados em Portugal e, por isso, poder proporcionar informação muito significativa sobre o processo de construção de um caso social em Serviço Social na área da saúde.

Pretendeu-se estudar como é que se constrói um caso social na prática profissional dos assistentes sociais, designadamente, identificar que critérios ou parâmetros estão subjacentes a esta definição. Por outro lado, pretendeu-se compreender como é que a equipa interdisciplinar da saúde participa, ou não, na construção de um caso social e como é que o Serviço Social se relaciona nesta construção com os restantes profissionais presentes na equipa.

A orientação metodológica que se entendeu ser a mais adequada nesta investigação foi a abordagem qualitativa, nomeadamente a construção das teorias enraizadas, partindo-se da observação de uma prática profissional para identificar os conceitos que permitiram a construção teórica que nos devolveu a sua inteligibilidade.

Pretendeu-se perceber como se constrói um caso social na área da saúde, a partir dos próprios contextos onde os profissionais de saúde estão inseridos, havendo por parte da investigadora uma atitude de abertura e recetividade face às questões que ressaltavam do campo empírico e da leitura dos próprios profissionais. Assim, considerou-se que a abordagem qualitativa foi a que melhor poderia responder ao propósito da investigação, procurando explorar categorias analíticas e teóricas emergentes da análise dos dados.

Tomando o anteriormente referido, considerou-se que a abordagem mais pertinente para este tipo de investigação seria uma abordagem que privilegiasse o diálogo conjunto e de construção cooperativa entre a investigadora e os próprios sujeitos empíricos. Deste modo, comprovou-se que a estratégia mais adequada seria a estratégia abductiva (cf. Blaikie, 2000).

Para a investigação em causa, privilegiaram-se os dados recolhidos junto dos sujeitos empíricos, os quais foram explorados com base em chaves teóricas que permitiram a produção de interpretação científica. Isto é, a investigação foi construída a partir da descrição e do significado atribuído às atividades quotidianas pelos atores sociais (assistentes sociais, médicos e

enfermeiros), tratando-se de compreender o mundo social produzido pelos sujeitos e que é reproduzido pelas suas atividades profissionais quotidianas. O que se pretendeu foi compreender como é que o caso social se constrói, tanto na perspetiva dos assistentes sociais, como na perspetiva dos restantes profissionais presentes em contexto hospitalar, visando, em acréscimo ao esforço de compreensão, também a conceptualização do real, através da modelização dos seus constructos, por um lado, e do diálogo com chaves de interpretação teórica, por outro.

Assim sendo, o estudo de caso surgiu como o desenho de pesquisa mais adequado aos pressupostos da investigação. Considerou-se que, do ponto de vista da compreensão e da descoberta, seria adequado o recurso a um estudo de caso como forma de explorar aprofundadamente o campo de investigação, pois este permite preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real numa investigação (cf. Yin, 2002).

Existem seis fontes importantes na realização de um estudo de caso: a documentação, os registos em arquivos, as entrevistas, a observação direta, a observação participante e os artefactos físicos (cf. Yin, 2002), tendo sido todas elas utilizadas neste percurso de investigação.

2. O conceito de saúde

A saúde pode ser entendida como uma questão basilar da humanidade, na sua presente evolução, porque é pela e da saúde que dependem o bem-estar físico, psíquico e social das pessoas, a capacidade de trabalho, de organização e de iniciativa das comunidades, o equilíbrio da sociedade e a potencialidade desencadeadora dos grandes impulsos do desenvolvimento económico-social e psicossocial.

A conceção de saúde alterou-se, passando da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental, sendo hoje percebida como um conceito mais amplo que inclui uma adequação da vida social na busca da qualidade de vida. Acontece uma mudança de paradigma, onde se entende a saúde individual como resultante de um grupo de fatores biopsicossociais e ambientais. A saúde coletiva é, assim, o resultado de um conjunto de fatores políticos, económicos, sociais, culturais, que, combinados em cada sociedade e em conjunturas singulares, podem resultar em comunidades mais ou menos saudáveis.

A experiência demonstra que o rendimento dos cidadãos, o desenvolvimento económico e social, a escolaridade, as características culturais, cons-

tituem fatores mais importantes do que o número de médicos, ou o número de camas, ou até mesmo as despesas totais ou públicas com a saúde (cf. OMS, 2000). Assim, o estado de saúde das populações poderia ser alterado através da melhoria do meio ambiente físico e social, dos comportamentos saudáveis que promovam qualidade, da escolaridade e educação para a saúde, das características culturais e preocupações ambientais.

No modelo holista, os fatores físicos, mentais, espirituais, sociais e ambientais não existem separadamente, isto é, a pessoa e o meio ambiente não se podem dissociar, e intervêm sobre a pessoa no seu meio. Assume-se que a saúde não é apenas a ausência de doença, como no modelo biomédico, mas um completo estado de bem-estar subjetivo, sendo a pessoa responsável também pela sua saúde.

A pessoa doente participa no seu tratamento, pelo que a educação do paciente é parte fundamental do processo. O modelo holista explicita a importância da autonomia conceptual-afetiva da pessoa na saúde e na doença. O indivíduo deve ter um papel mais ativo, passando a ser encarado como um elemento integrante e integrado no processo de saúde e doença (cf. Reis, 1998).

Reconhece-se que um bom estado de saúde é um pré-requisito essencial, e o mais básico, para que cada pessoa possa realizar o seu papel de elemento ativo da comunidade, criador de bem-estar, confiança e harmonia social. O baixo nível de saúde pode ser sinónimo de atraso económico, cultural, político, social. E a evolução do acesso e qualidade de saúde numa comunidade é um bom indicador para análise das fases do seu desenvolvimento coletivo.

O Estado português defende, constitucionalmente (em 1976) o direito à saúde e mais tarde (1978-79) assume esse direito com a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) que oferece, a todos os cidadãos, sem discriminação de acesso, cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, independentemente da sua condição económica.

Com a alteração do contexto económico mundial, surgem dificuldades em manter o SNS gratuito e universal. Em Portugal, a lei vigente quebra a gratuitidade do SNS com o estabelecimento de taxas moderadoras, com o objetivo de racionalizar a utilização das prestações, passando o financiamento depois de 1993 a ser responsabilidade de outras entidades além do Estado e incumbindo aos beneficiários pagar um valor, ou taxa moderadora, pelos cuidados prestados. A responsabilidade conjunta e unitária pela proteção da saúde conduzirá a um afastamento do Estado nesta área (cf. Carreira, 1996).

Tem-se vindo também a verificar a entrada progressiva de organizações e prestações de cuidados de saúde com estatuto diferenciado, bem como a tentativa de descentralização do SNS. Ambas as situações se devem, em parte, a projetos de redução do mercado dos medicamentos, à empresarialização dos hospitais, ou ainda à criação de orçamentos clínicos. A gestão das organizações do sector da saúde visa, sobretudo, um ponto de equilíbrio na relação custo-eficácia, de modo a responder às necessidades com o menor gasto possível (cf. Rosa, 2004).

Em vez de um serviço de saúde tendencialmente gratuito, que vise responder às necessidades das pessoas doentes, numa perspetiva humanista, passamos a ter um serviço de saúde preferencialmente sustentável, focalizado numa perspetiva economicista.

Por isso, entende-se que na atualidade a saúde precisa de ser conhecida e avaliada nos fatores que a favorecem ou a prejudicam, nomeadamente no que diz respeito às suas dimensões sociais e ambientais, de forma a poderem ser criadas as condições indispensáveis à sua melhoria. A criação destas condições implica, porém, a responsabilidade crescente de vários intervenientes, como por exemplo governantes, administradores, investigadores e sociedade civil, no estabelecimento de medidas práticas e na realização de estudos que ajudem a encontrar as soluções adequadas e mais convenientes.

No atual contexto de intervenção — marcado por rápidas mudanças, riscos e incertezas, onde é crescente a procura de inovações e de capacidade de tomar decisões imediatas, sem apoio em normas preestabelecidas — a habilidade para questionar, refletir e reconstruir é dos recursos mais preciosos. O grande desafio é saber tirar proveito das crises e incertezas geradas nos próprios processos de mudança para encontrar novas alternativas e propor soluções.

3. O Serviço Social na saúde

A área da saúde é historicamente um dos principais campos de intervenção do Serviço Social. Autoras significativas para este tema, como Mary Richmond (1922); Gordon Hamilton (1951); Florence Hollis (1966) e Helen Perlman (1960), deixam-nos um contributo significativo e ainda atual no que se refere à leitura que fazem dos problemas sociais, situando-os tanto ao nível das pessoas, das suas redes de relação e das condições existenciais, como ao nível do papel do Estado, sugerindo que este deveria, através de uma reforma

social, proporcionar melhores condições para as classes trabalhadoras e os grupos empobrecidos ou socialmente destituídos.

Na contemporaneidade, a prática profissional dos assistentes sociais na área da saúde tem vindo a desenvolver-se com o objetivo de responder a preocupações de promoção e atenção à saúde, as quais se tornaram centrais nas atuais conceções de saúde, reconhecendo que o processo saúde-doença é determinado socialmente.

O processo de trabalho nos hospitais funda-se numa inter-relação profissional intensa, constituindo-se num processo de «intersecção partilhada», pois existem equipas de trabalho interdisciplinar a trabalhar com os mesmos utentes, com o objetivo de dar conta da complexidade dos problemas, agindo em complementaridade e podendo assim atingir um maior nível de bem-estar/saúde.

Nesta área de intervenção, o assistente social tem como competência intervir junto do utente e da sua família para uma melhor compreensão dos fenómenos socioculturais e económicos que afetam os estados de saúde/doença. A prática dos assistentes sociais na saúde tem vindo a desenvolver-se no sentido de dar resposta às preocupações de promoção e atenção à saúde, as quais se tornaram centrais nas atuais conceções de saúde (cf. Branco e Farçadas, 2012; Carvalho, 2012).

O reconhecimento de que o processo saúde-doença é determinado socialmente trouxe à intervenção do Serviço Social um importante espaço de afirmação. Assim, a atenção à saúde não está hoje centrada apenas no enfoque médico, mas nas diferentes intervenções presentes no campo, nomeadamente o Serviço Social.

A instituição delega poderes ao assistente social para este exercer as funções que estão determinadas, tanto pelas políticas institucionais, como pelas políticas sociais vigentes. Por sua vez, os sujeitos da intervenção do Serviço Social também legitimam o trabalho efetuado pelo assistente social, pois delegam-lhe poderes para interferir nas suas situações e reconhecem a eficácia da sua atuação. Deste modo, não é difícil perceber que esta dupla delegação de poderes representa, por si mesma, diversas potencialidades e desafios, bem como limitações, restrições e constrangimentos (cf. Andrade, 2001; Garcia, 2008).

Numa mesma perspetiva, Spozati (1992) sustenta que o Serviço Social também deve ser analisado na sua relação com o Estado, pois este intervém

como agente de regulação, condicionando o sistema onde os assistentes sociais vão operacionalizar as políticas sociais.

Atualmente e face ao contexto urge que o Serviço Social reveja as suas perspetivas e metodologias, redescobrando alternativas e possibilidades para a sua prática profissional no panorama atual. Este contexto de intervenção surge como um desafio constante para os assistentes sociais que intervêm na área da saúde, os quais são confrontados diariamente com uma maior complexidade das situações atendidas. Tal exige ao Serviço Social repensar a sua prática profissional, nomeadamente ao nível da intervenção.

Segundo Iamamoto (1998), o desafio do Serviço Social é redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional. Por outras palavras, traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à nova questão social e que sejam solidárias para com o modo de vida daqueles que a vivenciam. Isto exige dos assistentes sociais a capacidade de tornar visíveis novas possibilidades de interpretação e de ação, e de construir significados e recursos entre uma variedade de opções alternativas.

Repensar a intervenção é uma questão central para o Serviço Social contemporâneo, o que requer criatividade e inovação, a fim de melhorar as próprias práticas institucionais, sendo que isso só é possível através da construção de uma identidade profissional articulada com um projeto profissional coletivo.

Pela relação histórica que tem com a área da saúde, e nomeadamente, com a área hospitalar, o Serviço Social foi um campo de intervenção presente na evolução e percurso da saúde em Portugal. O assistente social na equipa hospitalar intervém nos fatores sociais que influenciam a promoção da saúde, na prevenção das doenças; na cura, convalescença e reabilitação dos doentes como pessoas. Com isto podemos afirmar que a saúde enfatiza a centralidade dos fatores psicossociais, os quais são determinantes na saúde e bem-estar de pessoas e populações.

4. A construção do caso social em saúde hospitalar

As práticas profissionais na área da saúde têm vindo a convencionar a existência de uma diferenciação entre uma orientação onde a pessoa é vista como um caso social e outra em que a pessoa é vista como um caso clínico. O conceito de caso social tem sido largamente discutido ao nível dos diferentes contextos de intervenção onde o Serviço Social intervém. A nível da saúde, esta discussão tem tido um maior eco, devido à mudança dos problemas sociais, tradu-

zida num aumento da exposição dos cidadãos aos riscos, o que se tem vindo a refletir na prática profissional das/os assistentes sociais na saúde.

A reflexão sobre o caso social em contexto hospitalar exigiu uma observação do que é a prática de um assistente social em contexto hospitalar e como este profissional se posiciona face à equipa médica e à equipa de enfermagem. Considera-se que esta análise nunca pode ser descontextualizada do hospital, principalmente da sua inserção histórica, política e cultural.

Entende-se o caso social como uma construção, pelo facto de existir um ajuizamento da situação em causa, no decurso do qual os profissionais envolvidos fazem um raciocínio fundamentado na sua perícia prática e fundamentação teórica. Não se trata, por isso, de uma realidade dada *a priori*, mas sim de uma construção contextualizada e situada. No contexto hospitalar, pelas suas particularidades, esta questão assume uma maior acuidade.

Atualmente, como verificámos durante a recolha empírica, a intervenção em Serviço Social é construída, na relação entre profissional e pessoa, enquadrada por uma organização, em interação com as redes sociais mais amplas, para equacionar respostas para um dado problema, contextualizado.

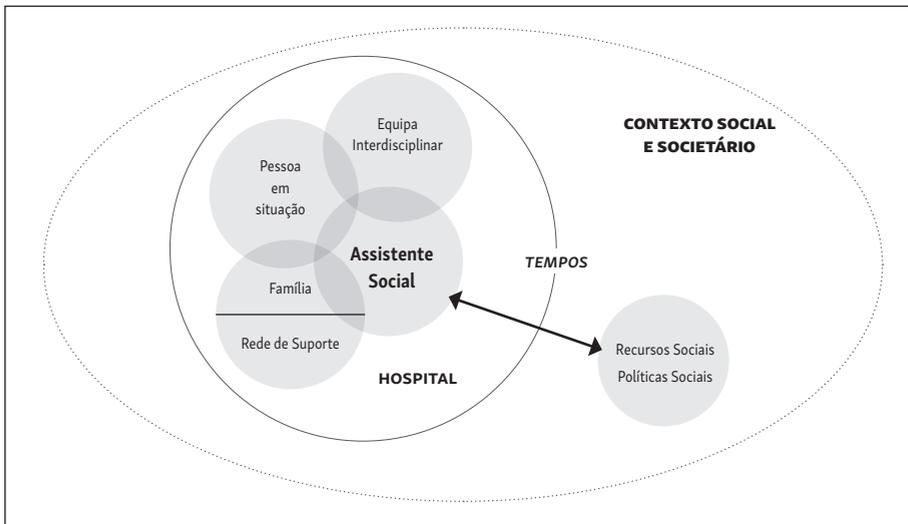
Os dados revelaram-nos que as respostas sociais e redes de articulação existentes devem ser valorizadas, e reformuladas no sentido da diversificação dos serviços prestados, respondendo para além das necessidades básicas, permitindo a multidisciplinaridade das respostas na própria comunidade, por forma a manter e reforçar as redes sociais da pessoa, no seu contexto social.

No contacto com o campo empírico percebemos que o caso social se constrói na conjugação de dois subsistemas: o que integra assistente social/pessoa/equipa clínica (subsistema interno); e o que integra a organização (hospital), o contexto social — a comunidade e as políticas sociais — contexto societário (subsistema externo).

Importa retomar esta aproximação e dar-lhe um novo sentido. Considera-se que a construção do caso social é mais complexa do que inicialmente se previa, existem elementos que não se equacionavam anteriormente e que aparecem como elementos fundamentais para esta construção de caso social, nomeadamente: as competências da pessoa doente para lidar com a sua situação, os recursos sociais e o suporte familiar, a par do fator tempo.

Nesta sequência apresenta-se uma das possíveis modelizações de caso social em contexto hospitalar, a qual foi construída tendo por base a análise realizada, com fundamento na revisão da literatura e nos contributos dos profissionais de saúde entrevistados.

FIGURA 1. Elementos constitutivos da construção do caso social em contexto hospitalar



Fonte: Construção própria.

Nesta modelização percebemos que a construção do caso social tem como elementos centrais: um sistema interno e um sistema externo. O primeiro engloba a pessoa, o assistente social e a equipa clínica; é através desta relação que o caso social se constrói e que também se decide quais são os moldes ou formas como o problema colocado vai ser intervencionado pelo Serviço Social. Nesta relação face a face, construída em contexto hospitalar, existem elementos fundamentais para a continuidade dos cuidados de saúde. Na preparação da alta clínica/alta social, a família (quando existe), ou a rede primária, podem ser elementos preponderantes, no sentido em que são fatores fundamentais no apoio, suporte e gestão da doença que afeta determinada pessoa. O segundo, o sistema externo, integra as redes secundária e terciária, refere os recursos da comunidade, que surgem como elementos importantes na construção de um caso social, pois podem ser um elemento facilitador ou limitador na resolução de uma dada situação.

A definição de “caso social” depende não só dos fatores definidos pelo serviço de especialidade, mas também da capacidade de resposta dos recursos da família e da comunidade. Isto é, quando a rede local consegue responder aos pedidos colocados pelo assistente social, surge como um elemento facilitador do bem-estar do doente/pessoa agilizando o seu regresso ao domicílio ou a

uma resposta especializada. Quando, pelo contrário, esta resposta da comunidade não se encontra disponível dentro do tempo do hospital, podemos dizer que surge um elemento bloqueador, pois é necessário protelar a alta clínica por não haver condições para declarar uma “alta social”.

O tempo surge também como recurso, pois o tempo do hospital/serviço de especialidade/equipa médica calcula-se pelo tempo necessário à estabilização da parte clínica do doente e conseqüentemente à declaração da alta clínica. Daí a necessidade de o Serviço Social preparar a alta social para esta, sempre que possível, coincidir com a alta clínica, pois o tempo da família coloca-se na condição de haver uma conciliação da vida conjugal e familiar com a prestação de cuidados no domicílio e a vida laboral. Muitas vezes, a família não pode cuidar dos seus doentes porque não tem capacidade para conciliar todas estas obrigações.

Fazendo referência a Richmond, «um caso social, no terreno do serviço social, é uma situação particular num problema social determinado e não a(s) pessoa(s) em questão» (1922:24-25, tradução nossa).

Entende-se que o processo de construção de um caso social consiste numa série de operações e ações tendentes a acompanhar uma pessoa e resolver a sua situação-problema, sendo vivido no âmbito de uma relação interpessoal de cariz profissional. Assim, o caso social surge de qualquer necessidade concreta a que a pessoa não pode responder, pelos seus meios, ou de obstáculos externos ou internos a realizações consideradas necessárias para uma vida equilibrada, ou de uma acumulação de frustrações ou desajustamentos e, por vezes, de um conjunto de tudo isto, que ataca ou ameaça o equilíbrio da pessoa na sua situação social ou a sua capacidade para se mover satisfatoriamente nela.

Pode admitir-se que o caso social, a partir de uma perspetiva globalizada, é a expressão de uma série de perceções da realidade. Estas perceções podem ser condicionadas por experiências anteriores, pré-juízos, valores e sentimentos de quem descreve o ou os atos. Portanto, cada um dos envolvidos no caso social interpreta a situação em concordância com a sua carga pessoal. O caso social não se determina nem pelo tipo de cliente, nem de problema, mas pela conjugação dos determinantes para o bem-estar biopsicossocial e ambiental do sujeito utente face à doença e aos recursos e competências que este consegue mobilizar para garantir a continuidade dos cuidados e tratamentos.

As evidências mostram uma realidade: o caso social é também construído com a participação dos profissionais de medicina e enfermagem. Seria interessante que os assistentes sociais tentassem compreender o que os outros

profissionais presentes no campo apelidam de caso social. A análise empírica realizada revelou-nos existirem duas perspetivas para definir o caso social:

- Perspetiva funcionalista ou objetiva: nesta, o caso social só é definido em termos de conteúdos funcionais do serviço prestado: só há caso social quando, deixando de haver prestação clínica, a pessoa não pode ser liberta e continua a necessitar da prestação de um serviço (social). Isto é, uma definição focalizada sobre os recursos e a relação do utente com o sistema de recursos, centrada na acessibilidade.
- Perspetiva diagnóstica ou substantiva: nesta, considera-se caso social toda a situação que necessita de uma intervenção de cariz social, independentemente da evolução da sua situação clínica, sendo uma perspetiva mais interativa e multidimensional da análise das situações. A situação é avaliada, não consoante a situação no serviço (ou é clínica ou é social), mas consoante os reais contornos da situação (a forma como a pessoa sente e vive a situação e a sua condição social). Isto é, focalizada sobre a história do utente e sua família, suas capacidades e competências para a continuidade dos cuidados, centrada na relação da pessoa com os seus grupos de pertença e a comunidade.

Resumidamente, em linha com a perspetiva funcionalista, o centro da mudança está na organização e na forma como o assistente social diagnostica os problemas e cria estratégias, mobilizando recursos para a sua resolução. Portanto, na resolução do caso social, mobiliza vários atores essenciais para a solução do problema encontrado, por forma a garantir a funcionalidade do sistema. Percebemos que o caso social é definido tendo por base o serviço de especialidade médica onde o doente se enquadra, o qual é incentivado a resolver a sua situação para fazer coexistir a alta clínica com a alta social.

Já no que diz respeito à perspetiva diagnóstica de caso social, esta defende que o Serviço Social deve ajudar e incentivar a própria pessoa a perceber as suas forças e fraquezas e a mobilizar as suas redes de suporte, sendo ambos agentes de mudança, em relação aos outros e ao meio ambiente. Percebemos que o caso social é definido tendo por base o serviço de especialidade onde o doente se enquadra, tendo em vista a mobilização da família e da comunidade

e situando a resolução do problema na interação dinâmica das várias estruturas sociais.

Conclui-se, assim, que existe um incipiente debate científico e institucional sobre este tema. Uma análise crítica sobre as duas perspectivas permitirá perceber que elas não são contrárias e excludentes, mas sim diferentes e complementares.

5. O Serviço Social na saúde e o trabalho interdisciplinar

A construção do campo de intervenção do Serviço Social na saúde é fortemente influenciada pela evolução dos modelos de intervenção em saúde. Por via da evolução da própria medicina, da evolução de diferentes formas de conceptualizar a saúde e a doença, que foram dando lugar a diferentes formas de intervenção para o Serviço Social, onde foi estabelecendo uma jurisdição profissional.

A intervenção realizada diariamente por assistentes sociais complementa e integra-se dentro dos objetivos de uma equipa interdisciplinar. O trabalho em equipa interdisciplinar justifica-se pelo facto de se conseguir mobilizar vários tipos de conhecimentos e habilidades, as quais envolvidas e coordenadas maximizam a eficiência e eficácia da resposta dada. Assim, os objetivos de eficiência e/ou eficácia, do trabalho em equipa interdisciplinar, na área da saúde incluem a prestação de serviços abrangentes e coordenados, uma utilização ótima dos recursos humanos, a melhoria da qualidade da assistência ao doente, o cuidado holístico, com redução de custos, diminuindo as lacunas e a sobreposição de serviços. Como resultado, tanto o destinatário dos serviços como os membros da equipa e a equipa como um todo beneficiam com a colaboração interprofissional (cf. Beder, 2006).

Para o assistente social se conseguir integrar numa equipa de trabalho na área da saúde tem de dominar também o conhecimento específico da equipa clínica. A compreensão dos problemas da população e de saúde da pessoa inclui estar familiarizado com procedimentos, tratamento e gestão de uma doença específica. Este conhecimento específico que é exigido aos assistentes sociais (etiologia da doença, sintomas, diagnóstico clínico e plano de cuidados) facilita, por um lado, a sua integração na equipa interdisciplinar e, por outro lado, a avaliação, planeamento, cooperação e comunicação global com a pessoa e os seus familiares. Em concomitância, o assistente social tem de conhecer os recursos da comunidade, para facilitar a relação entre os doentes/fa-

mílias e os recursos necessários às situações específicas colocadas, como também para atender às solicitações colocadas pelas equipas, internas e externas.

Cowles (2003) refere que os assistentes sociais integrados nos hospitais têm uma função vital como membros da equipa interdisciplinar, sendo o elo de ligação entre os doentes e os vários sistemas onde estes se encontram integrados. Para ter este papel fundamental dentro da equipa, os assistentes sociais devem ser profissionais bem informados sobre a população e os problemas que esta apresenta, cientes das limitações do hospital e do seu funcionamento, estarem familiarizados com os recursos da comunidade e os suportes/respostas existentes, e confortáveis, com as abordagens de aconselhamento e modalidades de intervenção (cf. Cowles, 2003).

Assim, a intervenção do assistente social posiciona-se na articulação entre doente/família e equipa clínica, por um lado, e entre o hospital e a comunidade, por outro. Este começa por identificar as necessidades da pessoa doente e da sua família e colocá-las em relação com o sistema de saúde e o sistema de cuidados na área de residência, tentando «iluminar os três lados da equação» entre sistema utente/sistema de saúde /sistema meio.

O reconhecimento de que o processo saúde-doença é determinado socialmente trouxe à intervenção do Serviço Social um importante espaço de afirmação. Assim, a atenção à saúde não está hoje centrada apenas no enfoque médico, mas nas diferentes intervenções presentes no campo, nomeadamente em colocar em relação os vários sistemas e subsistemas.

O trabalho empírico confirmou que o Serviço Social ocupa um lugar singular dentro do contexto hospitalar e especialmente na intervenção com casos sociais. Na sua prática profissional integra um conhecimento transdisciplinar, no sentido em que cruza conhecimentos das ciências sociais com práticas de terreno, tendo a habilidade de construir instrumentos adequados para responder às questões colocadas tanto pelas pessoas utentes, como pelas equipas médicas e de enfermagem, como pelos diversos contextos de práticas.

Este perfil profissional, catalisador de uma abordagem psicossocial e holística em saúde, confere ao Serviço Social, na atual divisão técnica e social do trabalho na saúde, um papel relevante de integração e articulação sistémica e enquadramento ecológico.

Trata-se de uma função crucial, percecionada pelos principais atores do hospital, mas pouco traduzida em reconhecimento institucional e meios de atuação. Os assistentes sociais revelam dificuldades em transformar em projetos e programas de ação os problemas e necessidades comuns, presentes no público

utente e na organização dos serviços, sendo estes abordados e reconhecidos sobretudo numa abordagem individualizada e/ou casuística. Seria necessário que imprimissem um sentido mais estratégico à sua atividade, potenciando ainda mais a intervenção, agindo não só nas dimensões psicossociais interferentes nas situações de saúde/doença, mas também na transformação das condições existenciais, determinantes das situações de exclusão e de carência.

Face ao exposto percebemos que o caso social é construído na complementaridade dos olhares disciplinares da equipa de saúde, mas só o Serviço Social poderá gerir a situação — pessoa/família/comunidade/sociedade — dada a especificidade de a sua intervenção se situar no paradigma da complexidade, por englobar uma visão e atuação que se situa inter-eixos (social, económico, político e cultural) e inter-níveis (micro, meso, macro).

6. Especificidades do Serviço Social na saúde

Pensamos que o caso social pode ser um fator para a afirmação identitária dos assistentes sociais em contexto hospitalar, como profissão de direitos humanos, sendo este um fator dinamizador das relações sociais em rede.

Existem muitos aspetos que podem definir a prática do Serviço Social a nível hospitalar, o mais relevante é a forma como o assistente social compreende a pessoa, como sujeito e como ator. Para o Serviço Social, a pessoa é compreendida dentro da sua particularidade, universalidade e integralidade. É esta visão holística, que percebe a pessoa como sujeito individual, social e histórico, que coloca o caso social na sua particularidade, universalidade e integralidade. O assistente social é o único profissional dentro do hospital que consegue ter uma visão focada na pessoa e no seu problema, colocando o problema em situação e fazendo uma leitura global da situação clínica e social, integrando a pessoa e o problema no seu contexto social e societário.

A intervenção do assistente social a nível hospitalar consegue ultrapassar o binómio assistente social-pessoa, porque é um profissional com capacidade analítica dos problemas sociais e dos problemas de saúde, tendo uma capacidade de leitura dos problemas através da contextualização social e estrutural. Para além de mostrar compreensão pela pessoa e pela forma como esta sente e vive o seu problema, o assistente social é um profissional que consegue localizar os recursos sociais e concretizar as soluções adequadas a cada caso.

Os médicos e os enfermeiros trabalham a nível micro, com cada doente específico, assumindo-o como um caso clínico e tendo preocupação com as questões próprias da pessoa no que se refere à continuidade dos cuidados. Por-

tanto, quando este limite tem de ser ultrapassado e se têm de envolver as redes sociais: pessoa, famílias e instituições (redes formais e informais). Os profissionais de Serviço Social têm um papel de destaque face aos outros profissionais de saúde, tendo em consideração a dimensão de universalidade dos direitos e de particularidade dos casos, que não se limitam apenas à vertente clínica.

Os assistentes sociais têm um *modus operandi* que se movimenta interna e externamente e que se torna vital aos outros profissionais na intervenção concretizada a nível hospitalar. Assim sendo, os assistentes sociais têm um lugar e função institucional específicos que não podem ser conferidos a mais nenhum profissional. Esta função é essencial ao bom funcionamento do hospital e à garantia de cuidados de saúde de qualidade, tanto na família como na comunidade.

Durante a observação realizada muitas foram as vezes em que médicos e enfermeiros sinalizaram ou passaram casos sociais aos assistentes sociais referindo: «Isto é um caso social... Isto é para o Serviço Social!»; fazendo prever que naquela situação que era encaminhada havia questões que só o Serviço Social podia perceber, compreender, intervir e resolver.

O facto de o Serviço Social intervir em situações-problema, em situações limite que são identificadas por médicos e enfermeiros como casos sociais, em que mais nenhum profissional intervém, revela que a equipa reconhece competência ao Serviço Social para atuar na resolução destas situações.

Verifica-se que a equipa de saúde utiliza o termo “caso social” como o reconhecimento de que o trabalho realizado pelo Serviço Social é indispensável ao sistema de cuidados. Isto é, os médicos e os enfermeiros utilizam o termo “caso social” porque consideram que o que está a ser exposto não pertence ao seu âmbito de atuação e exige conhecimentos especializados para acompanhar ou resolver uma situação. Assim, considera-se que esta intervenção reflete a especificidade do trabalho efetuado pelos assistentes sociais, sendo este essencial para o sucesso do tratamento dos doentes. Deste modo, o caso social pode ser analisado como aspeto diferenciador da prática profissional do assistente social em relação aos restantes profissionais de saúde.

A observação realizada permitiu compreender que, de acordo com o protocolo e os procedimentos hospitalares, são, naturalmente, os médicos e os enfermeiros que têm, na maioria das vezes, o primeiro contacto com a pessoa doente. Para identificar estas situações como caso social, os médicos e enfermeiros utilizam um conjunto de indicadores de referenciação de risco que apontam tanto situações clínicas como situações sociais que podem indiciar

problemas no tratamento da doença que ponham em causa o bem-estar da pessoa e/ou família. Se o caso social for logo sinalizado ao Serviço Social, o assistente social tem mais tempo para planejar a intervenção adequada a cada caso.

A criação destes indicadores, em cada serviço da especialidade médica, permite que o Serviço Social alargue o seu campo de intervenção através de uma maior visibilidade que foi dada às situações sociais que chegavam ao hospital. Isto veio, de certa forma, melhorar a intervenção realizada e permitir uma integração plena na equipa, mostrando que a intervenção do Serviço Social é complementar e constitui uma mais-valia para o bem-estar do utente e família.

Com fundamento na observação e na informação recolhida, percebemos que para o Serviço Social um caso social não se limita à situação-problema apresentada pela pessoa ou pelos outros profissionais. Um caso social transcende o contexto hospitalar, isto é, vai para além do que é atendido na consulta médica ou de acompanhamento social, vai para além do imediato, está relacionado com o contexto social onde a pessoa vive, se relaciona e onde se movimenta.

Para os assistentes sociais, mais importante do que estes indicadores de diagnóstico ou de referenciação é perceber como as pessoas se sentem e de que forma são afetadas pelos problemas. Importa perceber como é que aquela pessoa, pertencendo a um contexto social específico, é afetada por determinado problema e que recursos tem para o resolver. O Serviço Social é a única área de intervenção, dentro da equipa, que possui este conhecimento das redes formal e informal, realizando o acompanhamento dos doentes e das famílias e a articulação com o sistema de recursos na comunidade.

Boufant e Guélamine (2005) afirmam que o lugar do Serviço Social se situa, como um “terceiro”, isto é, como mediador entre o utente e as instituições. Através do seu papel de mediação, os assistentes sociais atuam na interface entre utente/instituição e cidadão/políticas sociais. Recorrendo a recursos diversificados, o assistente social desempenha um papel de mediação, na interlocução entre os diversos parceiros e entre estes, os utentes e as instituições, facilitando a comunicação, reforçando os laços sociais e mobilizando diversas formas de ajuda.

Assim, o assistente social é um profissional com características diferenciadoras, em relação aos outros profissionais no hospital; tem uma visão holística da pessoa em situação, e a clara noção dos recursos e dos subsistemas dentro do sistema de saúde. Na sua prática profissional é visível a relação que mantém com os doentes e famílias, mas também a sensibilização que realiza junto dos

outros elementos da equipa, cruzando perspetivas e discursos disciplinares e alertando para a importância e influência que as questões sociais podem ter na saúde e na continuidade dos cuidados.

7. Conclusões

Neste texto, a reflexão sobre o caso social em contexto hospitalar exigiu uma cuidada e demorada observação do que é a prática de um assistente social em saúde. A nossa observação decorreu no Hospital de Santa Maria, onde acompanhámos as práticas profissionais em cinco serviços de especialidade e entrevistámos 15 profissionais (assistentes sociais, médicos e enfermeiros).

No contacto com o campo empírico percebemos que o caso social se constrói na conjugação de dois subsistemas: o primeiro constituído por assistente social/pessoa doente/ equipa clínica (o subsistema interno); e o segundo constituído pelo hospital como organização, o contexto social e comunidade, e as políticas sociais (o subsistema externo).

De forma resumida, expomos as conclusões que se destacaram com a realização desta investigação:

- Uma definição de caso social em contexto hospitalar caracteriza-se por ser uma situação na qual coexistem fatores físicos, mentais, emocionais e sociais que atuam com maior ou menor intensidade, associados a fatores económicos, os quais afetam o bem-estar da pessoa e a realização desta enquanto cidadã.
- O caso social é construído na complementaridade dos olhares disciplinares da equipa de saúde, surgindo o assistente social como o profissional que complementa a ação da equipa clínica, como o especialista do caso social em contexto hospitalar, enquanto mediador da relação da equipa com a família e do hospital com a comunidade.
- O tempo surge como fator determinante na construção de um caso social na área da saúde, porque estabelece a articulação entre alta clínica e alta social, transferindo os conceitos de eficácia e eficiência para uma relação entre custos públicos e custos privados (no balanço entre o que fica ao encargo da família e o que fica ao encargo do Estado).

Os dados recolhidos demonstraram-nos que abordar o conceito de caso social em assistentes sociais foi sempre um tema polémico, ou mesmo descon-

fortável. Este conceito foi muitas vezes rejeitado pelos assistentes sociais por considerarem que ele rotula pessoas e problemas; alguns assistentes sociais pensam mesmo que falar de caso social é reduzir a intervenção do social a situações de limite e de défice. Um dos motivos para este facto pode ser não existir literatura esclarecedora sobre o assunto, nem qualquer definição formal a nível institucional, o que, a nosso ver, pode também potenciar esta posição de desconforto dos assistentes sociais quando confrontados com o tema do caso social.

Ao contrário dos assistentes sociais, médicos e enfermeiros não têm qualquer dificuldade e demonstram um grande à vontade na reflexão sobre o conceito de caso social e, conseqüentemente, na definição do que é um caso social em saúde.

A análise que fazemos deste facto, a qual nos foi oferecida pelo trabalho empírico, é que o conceito de caso social na área hospitalar se apresenta como um conceito que emigrou da equipa médica e de enfermagem para a área social; isto é, o caso social a nível hospitalar foi definido pelos outros profissionais que não o assistente social; assim, este conceito expressa as situações em que os médicos e enfermeiros recorrem ao Serviço Social.

Em síntese, o que está definido como caso social é uma situação específica, que reúne determinados indicadores (pessoais, clínicos e sociais), que os médicos e enfermeiros consideram ser «sinais de alerta» que põem em causa a dignidade humana e a continuidade dos cuidados, exigindo assim a intervenção do Serviço Social. Podemos, então, concluir que a definição não foi construída pelo Serviço Social, mas sim por médicos e enfermeiros à luz das suas necessidades e do que consideram ser o âmbito de intervenção do Serviço Social. Nesta sequência, consideramos que o conceito de caso social é um conceito migrado, pois foi construído por outros profissionais.

A análise realizada permitiu-nos concluir que, na maioria das vezes, o que é chamado de caso social por médicos e enfermeiros são apenas situações limite ou de crise, onde os défices pessoais se associam a défices nas redes de suporte, que por sua vez se encontram relacionados com uma situação social de insuficiência de respostas por parte da comunidade, logo, do sistema de recursos disponibilizados pelas políticas sociais públicas.

O facto de os assistentes sociais se verem confrontados com a necessidade de trabalhar com uma definição de caso social que lhes é dada por outros fez com que nunca se revissem nela ou vislumbrassem o caso social como área de intervenção específica do Serviço Social. Reconhecemos que o Serviço Social

não se pode rever num conceito que reflita apenas as situações limite ou de crise, pois a sua intervenção é muito mais abrangente e complexa do que os casos sinalizados e confinados a uma dada tipologia de situações.

O caso social é construído na relação que a pessoa mantém com o seu grupo de pertença e o contexto. Entendemo-lo como uma situação na qual coexistem fatores físicos, mentais, emocionais e sociais que atuam com maior ou menor intensidade, e que, associados a fatores económicos, afetam o bem-estar da pessoa e a sua participação como cidadã.

Para identificar estas situações como caso social, os médicos e enfermeiros utilizam um conjunto de indicadores de referenciação, construídos pelo Serviço Social através da tipologia de casos que foram acompanhando ao longo dos anos.

O assistente social considera ser um possível caso social quando numa situação são identificados os indicadores de risco e a estes se encontram associados fatores como o isolamento social e a rutura com alguns sistemas de suporte do seu contexto social, nomeadamente a família. Entendemos que o assistente social considera que um doente que esteja exposto a estes indicadores precisa da intervenção do Serviço Social, pois encontra-se em situação de vulnerabilidade social. Uma das grandes questões da prática quotidiana do assistente social é confrontar-se com a escassez de recursos, a ausência de suporte familiar ou da comunidade ou, por vezes, a inadequação das medidas e respostas das políticas sociais às questões colocadas tanto pelas famílias como pelos utentes.

Assim, em contexto hospitalar entende-se o caso social como uma situação social específica que apresenta riscos para a saúde da pessoa e família. Verifica-se um caso social quando as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais colocam em risco a dignidade humana e a integridade da pessoa, estando em causa a continuidade dos tratamentos e a possibilidade de se repor o seu estado de saúde e condições de conforto.

As situações identificadas pelos profissionais de saúde apontam para a associação de diferentes indicadores, situados a diversos níveis: pessoais, clínicos, das redes de suporte e das condições existenciais na comunidade.

De entre estes destacamos:

- Indicadores relacionados com condições de saúde: gravidez na adolescência, gravidez gemelar, prematuros, toxicodependência, doenças crónicas, problemas de saúde mental;

- Indicadores relacionados com as redes de suporte: questões de atribuição de parentalidade, famílias deslocadas, cidadãos PALOP ao abrigo de protocolos de saúde;
- Indicadores relacionados com questões legais: ausência de documentação de identificação e residência; execução de procedimentos ligados a mandatos judiciais;
- Indicadores relacionados com as condições económicas e sociais da família: situação de desemprego, insuficiência de rendimentos e incapacidade financeira para fazer face a despesas com alimentação, medicamentos, transportes e tratamentos;
- Indicadores relacionados com as respostas na comunidade: insuficiência de resposta de serviços de apoio ao domicílio, ausência de vaga na rede de cuidados continuados integrados; inexistência de resposta em estrutura residencial de acolhimento.

A resolução do caso social decorre da inexistência de recursos sociais que permitam responder às necessidades e desejos da pessoa, mas também da falta de capacidade dos recursos da comunidade para acolher novas situações. Nesta interface, cabe ao assistente social ter a habilidade para mediar relações entre redes primárias, secundárias e terciárias e mobilizar respostas em tempo útil.

Desta forma, sistematizamos:

- O caso social é construído na complementaridade dos olhares disciplinares da equipa de saúde, surgindo o assistente social como o profissional que complementa a ação da equipa clínica, como o especialista do caso social em contexto hospitalar, enquanto mediador da relação da equipa com a família e do hospital com a comunidade;
- A determinação do caso social depende dos recursos disponibilizados pelas políticas sociais confrontados com os fatores sociais, económicos e políticos que determinam as condições existenciais dos diferentes grupos sociais e, a partir destas, as suas oportunidades/dificuldades de acesso à saúde;
- O tempo surge como fator determinante na construção de um caso social na área da saúde, porque estabelece a articulação

entre alta clínica e alta social como confronto entre as necessidades da pessoa e as respostas das políticas sociais como apoios prestados à família e à comunidade.

O trabalho empírico confirmou que o Serviço Social ocupa um lugar singular no contexto hospitalar e na intervenção com casos sociais. Na sua prática profissional integra um conhecimento transdisciplinar, no sentido em que cruza conhecimentos das ciências sociais com práticas de terreno, tendo a habilidade de construir instrumentos adequados para responder às questões colocadas tanto pelas pessoas, como pelas equipas médicas e de enfermagem, como pelos diversos contextos de práticas.

Os assistentes sociais têm um *modus operandi* que se movimenta interna e externamente e que se torna vital aos outros profissionais na intervenção concretizada a nível hospitalar.

O Serviço Social a nível hospitalar constitui o elo entre família/ instituição de saúde/médico, viabilizando assim o acesso dos cidadãos a procedimentos, normas, rotinas e informações da instituição hospitalar, que facilitam o processo de internamento. O Serviço Social é também o elo de articulação entre a linguagem comum dos utentes e a linguagem técnica dos profissionais; o assistente social surge como o facilitador das relações do hospital com as instituições da comunidade e as redes de suporte a nível local.

Estando consciente da polémica do tema, ou mesmo do desconforto para o Serviço Social, o que implicou ter cuidados especiais na abordagem ao tema, considera-se que deve existir um espírito de abertura para assuntos pouco desvendados mas essenciais a um Serviço Social mais esclarecido. Considera-se que a investigação realizada pode ser fundamental para a prática profissional dos assistentes sociais, mas também para outros profissionais do contexto hospitalar, afirmando as especificidades próprias de cada caso social, cruzando as perspetivas funcional e de diagnóstico, a leitura psicodinâmica e a ecológica e situando a intervenção social no paradigma da complexidade, devolvendo ao conhecimento científico o lugar para cruzar a subjetividade e a objetividade, agregar a particularidade e a universalidade, traduzindo os saberes do quotidiano para uma linguagem académica e vice-versa.

Referências

Andrade, M. (2001), *Serviço social e mutações do agir na modernidade*. Tese de Doutoramento apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Documento policopiado.

- Beder, J. (2006), *Hospital social work: The interface of medicine and caring*. Routledge. London.
- Blaikie, N. (2000), *Designing social research*. Polity Press. Great Britain.
- Bouffant, C. Le; Guélamine, F. (2005), *Guide de l'assistante social* Dunod. Paris.
- Branco, F., e Farçadas, M. (2012), O serviço social nos cuidados de saúde primários: Contexto, perspetivas e desafios. In Carvalho, M. I. (coord.). *Serviço social na saúde*, pp. 1-23. Pactor. Lisboa.
- Carreira, H. M. (1996), *As políticas sociais em Portugal*. Gradiva. Lisboa.
- Carvalho, M. I. (coord.), *Serviço social na saúde*. Pactor. Lisboa.
- Cowles, L. A. F. (2003), *Social work in the health field: A care perspective*. The Hawthorn Social Work Practice Press. New York.
- Garcia, T. F. (coord.) (2008) (1.^a edição 2005), *Trabajo social con casos*. Alianza Editorial. Madrid.
- Guerra, I. (2015), O que é o caso social? Estudo sobre a construção do caso social em contexto hospitalar. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas. Documento policopiado.
- Hamilton, G. (1951), *Theory and practice of social case work*. The New York School of Social Work, Columbia University Press. New York.
- Hollis, F. (1966), *Casework: A psychosocial therapy*. Random House. New York.
- Iamamoto, M. (1996), O serviço social na contemporaneidade: Os fundamentos teórico-metodológicos e técnico-operativos do trabalho profissional. pp. 9-17. Sesi-DN. Brasília.
- Mondragón, J., e Trigueros, I. (1999), *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. Siglo XXI. Madrid.
- OMS (2011), *Determinantes sociais em saúde*. Declaração do Rio de Janeiro.
- Parton, N., e O'Byrne, P. (2000), *Constructive social work: Towards a new practice*. Palgrave. New York.
- Perlman, H. H. (1960), *Social casework*. University of Chicago Press. Chicago.
- Reis, J. (1998), *O sorriso de Hipócrates. A integração psicossocial dos processos de saúde e doença*. Veja. Lisboa.
- Richmond, M. (1922), *What is social case work?* Sage Foundation. New York.
- Rosa, T., e Oliveira, I. (2004), *As condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*. Centro de Estudos de Serviço Social e Sociologia (CESSS), Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Simões, J. (2004), *Retrato político da saúde, Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho*. Almedina. Coimbra.

- Sposati, A. (1992), Serviço social em tempos de democracia. In *Serviço Social*, ano 13, 39: 5-30.
- Vieira, I. (2015), *A participação: Um paradigma para a intervenção social*. Universidade Católica Editora. Lisboa.
- Yin, R. K. (2002), *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. Bookman. Porto Alegre.

