



# **A Intervenção do Serviço Social nas Equipas Multidisciplinares de Combate à COVID-19. O Caso do Concelho da Amadora (Portugal)**

## **The Intervention of the Social Service in the Multidisciplinary Teams to Combat COVID-19. The Case of the Municipality of Amadora (Portugal)**

Nelsón Ramalho (1), Ana Moreno (2) y Sandra Neves (3)

(1) Universidade Lusófona

(2) Câmara Municipal da Amadora

(3) Instituto de Segurança Social I. P.

**Resumo:** A criação de Equipas Multidisciplinares de acompanhamento de doentes com COVID-19 e infetados com SARS-CoV-2 em situação de confinamento domiciliário foi uma das medidas estabelecidas pelo governo português para ajudar a interromper o aumento de contágios nas freguesias da Área Metropolitana de Lisboa mais atingidas pela pandemia. Com o objetivo de conhecer o seu modo de funcionamento e atuação, bem como o papel do serviço social em contexto de crise e emergência de saúde pública, foi desenvolvido um estudo qualitativo com base em entrevistas por focus group e análise documental. Verificou-se que as Equipas Multidisciplinares e o modelo de intervenção levado a cabo foram fundamentais para ajudar a quebrar as cadeias de transmissão e evitar o crescimento de novas contaminações, tendo os assistentes sociais tido um papel crucial no apoio aos agregados familiares mais vulneráveis em situação de confinamento.

**Palavras-chave:** Covid-19, Equipas Multidisciplinares, Serviço Social, Amadora (Portugal).

**Abstract:** The creation of Multidisciplinary Teams to monitor patients with COVID-19 and those infected with SARS-CoV-2 in a situation of home confinement was one of the measures established by the Portuguese government to help stop the spreading of the infection in the parishes of the Lisbon Metropolitan Area more affected by the pandemic. To know its way of functioning and acting, as well as the role of social workers in the context of crisis and public health emergency, a qualitative study was developed based on interviews by focus groups and document analysis. It was found that the Multidisciplinary Teams and the intervention model carried out were fundamental in helping to break the transmission chains and prevent the growth of new contamination, with social workers having a crucial role in supporting the most vulnerable households in a containment situation.

**Keywords:** Covid-19, Multidisciplinary Teams, Social Work, Amadora (Portugal).

Recibido: 06/09/2021 Revisado: 21/10/2021 Aceptado: 08/11/2021 Publicado: 15/01/2022

*Referencia normalizada:* Ramalho, N., Moreno, A. y Neves, S. (2022). A Intervenção do Serviço Social nas Equipas Multidisciplinares de Combate à COVID-19. O Caso do Concelho da Amadora (Portugal). *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 17, 127-151. doi: 10.15257/ehquidad.2022.0005

*Correspondencia:* Nelsón Ramalho. Universidade Lusófona. Correo electrónico: nelson.ramalho@ulusofona.pt

## **Agradecimentos**

Os autores do estudo agradecem aos participantes e às instituições que gentilmente colaboraram com a disponibilização dos dados, em particular a Câmara Municipal da Amadora e o Instituto da Segurança Social, I. P.

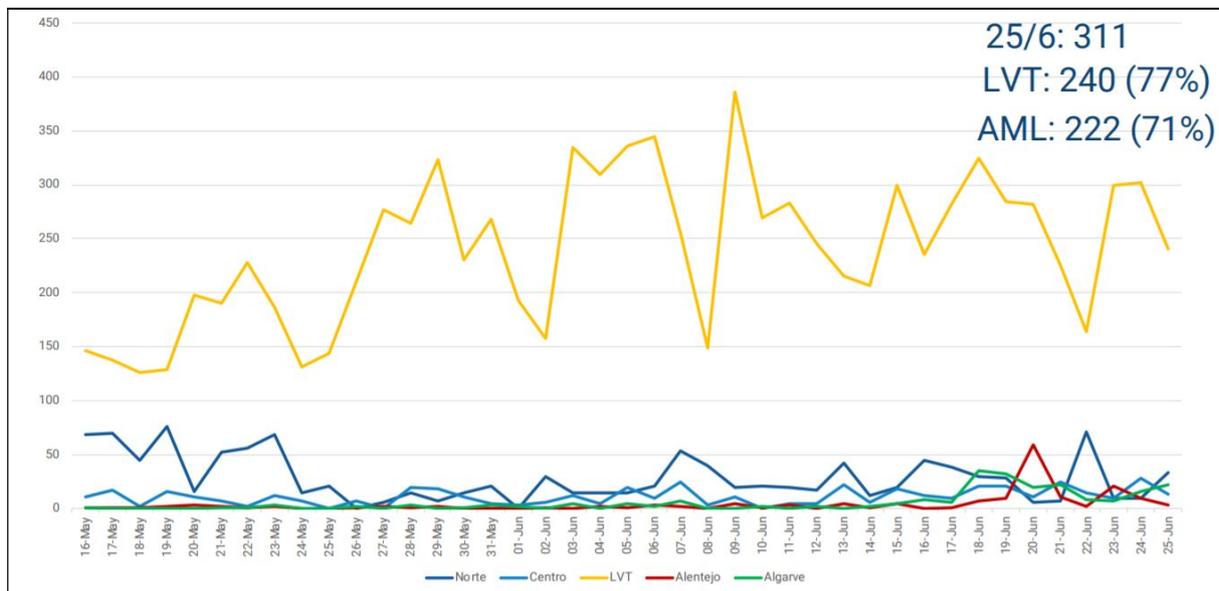
## **1. INTRODUÇÃO**

Em dezembro de 2019, o novo coronavírus SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, foi identificado pela primeira vez em Wuhan, na província de Hubei - China. Dada a sua rápida disseminação, a 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou o surto de COVID-19 como uma pandemia internacional.

Face ao grave problema epidemiológico mundial e à identificação de casos registados de contágio de COVID-19 em Portugal (tendo o primeiro caso positivo sido identificado a 2 de março de 2020), o Governo português declarou o primeiro *estado de emergência*, que se manteve em vigor entre 19 de março e 2 de maio de 2020, e adotou um conjunto de medidas políticas excepcionais que impuseram o isolamento social e o confinamento obrigatório aos cidadãos com vista à prevenção, contenção e mitigação da transmissão da infeção. De entre essas medidas, destacam-se, em exemplo, a fixação de regras de proteção da saúde individual e coletiva dos cidadãos como o distanciamento físico, a etiqueta respiratória, a higienização de mãos e a utilização de máscara; a limitação ou condicionamento de acesso, circulação ou permanência de pessoas em espaços frequentados pelo público; a limitação ou condicionamento de certas atividades económicas, entre outras. Essas medidas tiveram repercussões muito positivas na contenção da pandemia, pelo que, a 30 de abril foi aprovado no Conselho de Ministros um “

Plano de Desconfinamento”, dividido em três fases: 4 de maio, 18 de maio e 1 de junho.

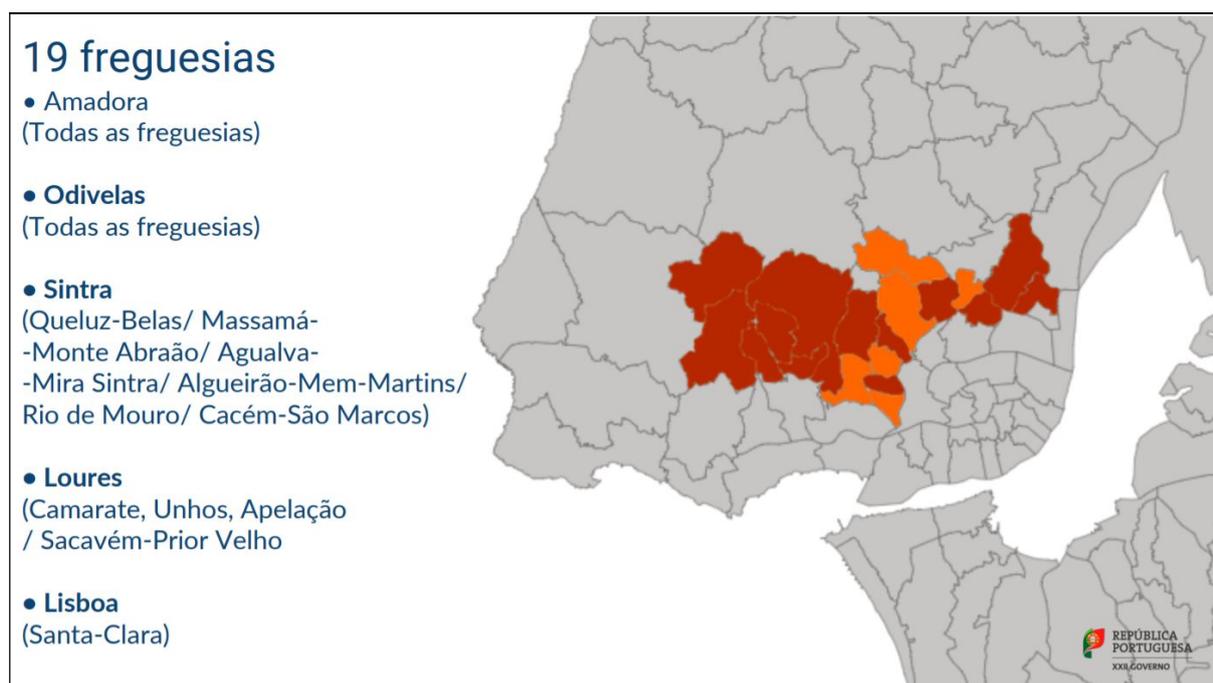
Durante o período de desconfinamento, a tendência decrescente do número de novos casos de doença na maioria das regiões do território nacional não foi verificada na região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), registando esta um aumento significativo do número de casos positivos de COVID-19 (Figura 1). Por forma a ver controlado os contágios nesta região foi criado, a 16 de junho, um Gabinete Regional de Intervenção para a Supressão da COVID-19 em Lisboa e Vale do Tejo (cf. Despacho n.º 6451/2020) com a finalidade de coordenar, monitorizar e acompanhar os surtos ativos de infeção por SARS-CoV-2 na Área Metropolitana de Lisboa (AML), prioritariamente nos concelhos mais afetados. Além disso, foi adiado o levantamento das restrições previstas e reforçadas as medidas de vigilância epidemiológica em atividades que concentravam um número elevado de focos de infeção, como a construção civil e um conjunto de atividades exercidas através de empresas de trabalho temporário.



**Figura 1.** Número de novos casos, por região, em Portugal continental

Fonte: Conselho de Ministros de 25 de julho 2020, p. 22.

Durante o mês de julho, registou-se uma incidência persistente de novos casos de contágio em 19 freguesias da AML, pertencentes aos concelhos da Amadora, Lisboa, Loures, Odivelas e Sintra (Figura 2), tendo, então, sido declarada, nessas freguesias, a situação de *calamidade*, enquanto as restantes freguesias da AML passaram para o *estado de contingência* e o restante país para o *estado de alerta* (o mais "suave" dos estabelecidos na Lei de Bases da Proteção Civil).



**Figura 2.** Freguesias da AML mais atingidas pela pandemia

Fonte: Conselho de Ministros de 25 de julho 2020, p. 27.

Para ajudar a interromper o aumento de contágios nessas freguesias, foram implementadas medidas de saúde pública adicionais às que já se encontravam em vigor no território nacional. Uma dessas medidas, estabelecidas pela Resolução do Conselho de Ministros nº 51-A/2020 de 26 de junho, foi a criação de equipas de acompanhamento de doentes com COVID-19 e infetados com SARS-CoV-2 em situação de confinamento domiciliário obrigatório, assim como a contactos próximos em vigilância ativa (art.º 10º). Essas equipas, constituídas por representantes da autoridade de saúde local, proteção civil municipal, serviços de ação social e, quando necessário,

forças e serviços de segurança” (art.º 11º) – vulgarmente designadas por *Equipas Multidisciplinares (EM)* de combate à COVID-19 – tinham como objetivo, por um lado, sensibilizar a população para as medidas de prevenção da doença através da realização de ações de rua e visitas a estabelecimentos comerciais e, por outro, verificar o cumprimento das situações de confinamento dos casos ativos e dos contactos em vigilância através realização de visitas domiciliárias, averiguando e encontrando soluções para os agregados familiares com necessidades de ajuda complementar (ao nível da saúde, das condições sociais, económicas, habitacionais ou outras) para cumprir o isolamento profilático e, assim, ajudar a quebrar as cadeias de transmissão e evitar o crescimento de novas contaminações.

Este modelo de atuação de saúde pública e de apoio social de proximidade, diferenciador do habitual modelo médico, acabou por ter resultados muito positivos. De acordo com o coordenador do Gabinete Regional de Intervenção para a Supressão da COVID-19 em LVT houve “locais onde as descidas foram na ordem dos 70 e 80%” (Expresso, 14 de agosto de 2020). Estes resultados motivaram, pois, à replicação do modelo de atuação das EM noutros concelhos como Almada, Seixal, Barreiro, Moita e Setúbal que, pelas suas características de alta densidade populacional e condições socioeconómicos instáveis, poderiam ser propensos a situações de contágios. Após seis meses de intervenção das EM nos diferentes concelhos da AML (30 de junho a 30 de dezembro), 25.381 pessoas tinham sido alvo de intervenção (Tabela 1).

**Tabela 1. Número de pessoas alvo de intervenção**

<b>Concelhos</b>	<b>N.º de pessoas</b>
Almada	131
Amadora	3364
Barreiro	234
Lisboa	5228
Loures	1558
Moita	157
Odivelas	1644
Seixal	61
Setúbal	149
Sintra	12855
<b>Total</b>	<b>25381</b>

Fonte: Direção-Geral da Saúde (30 de dezembro 2020)

Os assistentes sociais encontram-se habitualmente envolvidos na gestão de catástrofes e emergências (Carvalho, 2020), defendendo a justiça ambiental e social, os direitos humanos, a saúde e o bem-estar, especialmente das populações atingidas por cataclismos, dos grupos vulneráveis e marginalizados ou que apresentam menores níveis de resiliência, através da disponibilização de uma ampla gama de serviços, incluindo a advocacia, o suporte em situações de isolamento social, saúde mental e acesso à informação, assistência no desemprego, dificuldades financeiras e interrupção escolar (Park e Lee, 2016). Esta “intervenção em crise”, enquanto modelo de atuação frequentemente adotado por assistentes sociais, pretende, segundo Payne (2020, p. 143), ajudar as pessoas a lidar com mudanças e acontecimentos que produziram ruturas no seu quotidiano, melhorando as suas capacidades para se reajustarem à situação.

Durante a resposta nacional de emergência à pandemia de COVID-19, os assistentes sociais não só continuaram a trabalhar “na linha da frente” para manter o funcionamento dos serviços essenciais, apesar do elevado risco de contágio a que eles e a suas famílias ficaram expostos; como, alguns deles, foram cooptados dos serviços de ação social onde trabalhavam para integrarem temporariamente as EM dos seus concelhos e, em colaboração com profissionais de saúde, da proteção civil e forças de segurança, desenvolverem uma “intervenção em crise” a fim de cumprirem com os objetivos legalmente definidos pela Resolução do Conselho de Ministros nº 51-A/2020 de 26 de junho.

Destaca-se, porém, que cada concelho teve a liberdade para organizar e estruturar autonomamente as suas EM em função das necessidades e recursos que dispunham, pelo que, nem sempre a dinâmica e funcionamento entre as EM da AML eram similares. Tendo em conta que a Amadora foi o primeiro concelho da AML a implementar as EM, servindo de “modelo de atuação” para as EM posteriores, e que os autores do presente artigo participaram em diferentes níveis na sua operacionalização, pretendeu-se com esta pesquisa dar conhecer, por um lado, o seu modo de funcionamento e atuação; e descrever a intervenção realizada durante os primeiros seis meses de atuação (julho a dezembro de 2020) e, por outro lado, analisar as perceções dos assistentes sociais integrados nas EM sobre a prática profissional em contexto de crise e emergência de saúde pública de âmbito internacional.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. Tipo de estudo**

Para se atingir os objetivos propostos, foi desenvolvido um estudo qualitativo, de natureza exploratória, usando entrevistas e análise documental como principais estratégias de pesquisa.

## 2.2. Instrumentos

Foi realizada uma entrevista por *focus group* estruturada em quatro tópicos principais: (a) a constituição e funcionamento das EM; (b) a identificação dos problemas sociais emergidos com a pandemia COVID-19; (c) as respostas disponibilizadas pelas EM; e (d) os desafios e dificuldades sentidas pelos assistentes sociais durante a intervenção das EM. O objetivo era explorar e reconstruir as experiências das participantes sobre a intervenção social levada a cabo nas EM. Foi também realizada uma análise documental à base *Excel* onde as EM da Amadora registavam e quantificavam a sua intervenção, de forma a possibilitar uma análise mais aprofundada sobre as respostas concedidas aos agregados familiares em isolamento profilático por COVID-19 sinalizados pela equipa de saúde pública.

## 2.3. Participantes

A amostra foi constituída de forma intencional (Patton, 2002), composta por seis assistentes sociais que integraram as EM da Amadora durante os seus primeiros seis meses de atuação. A forma de amostragem foi a de “variação máxima” (Patton, 2002, p. 234-235) para ser captada a máxima heterogeneidade dos participantes e enriquecer os dados em análise, pelo que estes foram selecionados em função (a) da idade; (b) dos anos de experiência profissional; (c) e da instituição de proveniência. Neste sentido, fizeram parte do estudo assistentes sociais do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 27 e os 58 anos de idade ( $M=40,2$ ;  $DP=12,8$ ) e com experiência profissional entre os 3 e os 19 anos ( $M=13$ ;  $DP=7,5$ ). Três das assistentes sociais pertenciam à Câmara Municipal da Amadora e três ao Instituto da Segurança Social, I. P. – Setor Amadora (Tabela 2). Os nomes referidos no artigo são fictícios por forma a assegurar o seu anonimato das participantes e impossibilitar a sua identificação.

**Tabela 2. Caracterização da amostra**

Nome	Idade	Anos de experiência profissional	Instituição de proveniência
Júlia	34 anos	10 anos	Câmara Municipal da Amadora
Telma	27 anos	5 anos	Câmara Municipal da Amadora
Madalena	26 anos	3 anos	Câmara Municipal da Amadora
Adelaide	56 anos	23 anos	Instituto da Segurança Social, I. P.
Maria	58 anos	19 anos	Instituto da Segurança Social, I. P.
Cândida	40 anos	18 anos	Instituto da Segurança Social, I. P.

Fonte: Elaboração própria

#### **2.4. Procedimento**

**Recolha de dados:** As participantes foram contactadas e esclarecidas detalhadamente sobre os objetivos do estudo, o direito à confidencialidade e ao anonimato no tratamento e divulgação de informação, o direito à recusa em responder às perguntas dirigidas, assim como o direito à desistência em qualquer fase da investigação. Posteriormente foram convidadas a participar em entrevista por *focus grup*, realizada em dezembro de 2020. Esta decorreu em cenário virtual, através da plataforma *Zoom*, devido às restrições de contato impostas como resultado da pandemia de COVID-19, tendo seguido as recomendações propostas por Sweet (2001). Todas as participantes deram o consentimento informado na forma verbal antes do início da gravação de vídeo/áudio da sessão, concordado com esta e a utilização dos dados para fins de investigação. A entrevista teve uma duração total de um hora e 25 minutos. O investigador que conduziu a entrevista orientou-se pelo Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal, publicado em 2018 pela Associação dos Profissionais de Serviço Social. Os dados da base *Excel* das EM foram fornecidos à equipa de investigação pelas próprias instituições após realização de pedido informal. O uso das duas diferentes estratégias de

recolha de dados permitiu triangular informações, aumentando a fiabilidade dos dados.

*Análise de dados:* A entrevista por *focus group* foi, primeiramente, transcrita, permitindo constituir um *corpus* de dados que, posteriormente, foi sujeito a uma leitura exaustiva, conforme proposto por Maxwell (2005), de forma a permitir uma familiarização com as principais ideias dos participantes. A partir desta análise “horizontal”, os dados foram submetidos a técnicas de análise de conteúdo categorial (Bardin, 2013), após um processo de codificação e categorização. Estando o estudo suportado numa abordagem indutiva (Thomas, 2006), esta análise foi materializada através de uma operação de desmembramento do *corpus* constituente em pequenas unidades de registo (Vala, 2014, p. 114) que, em seguida, foram agrupados em categorias emergidas a partir dos dados. Por sua vez, os dados da base *Excel* das EM foram analisados através da quantificação das sinalizações dos agregados familiares em isolamento profilático por COVID-19 e das respostas sociais e de saúde concedidas pelas assistentes sociais das EM.

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1. Constituição e funcionamento da EM da Amadora**

A Amadora foi o primeiro concelho da AML a implementar as EM, iniciando a sua intervenção a 28 de junho de 2020 com apenas uma equipa, tendo, no período em análise, chegado a dispor de três equipas em funcionamento, dependendo do fluxo de sinalizações recebidas. Estas equipas eram constituídas por profissionais de enfermagem provenientes do Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora e assistentes sociais destacados do Instituto da Segurança Social, I.P. e da Câmara Municipal da Amadora (em particular da Divisão de Intervenção Social e Divisão de Gestão Social do Parque Habitacional Municipal). Cada equipa era, geralmente, composta por três pessoas, funcionado em sistema rotativo semanal e/ou quinzenal. No total, estiveram envolvidos nas EM 38 profissionais, dos quais, 10 enfermeiros e 28 assistentes sociais, para além dos elementos da Proteção Civil que auxiliaram as EM na organização do espaço e disponibilização de refeições, de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – como fatos, batas

cirúrgicas, luvas, máscaras e viseiras – e outros materiais necessários à sua intervenção (sobretudo soluções desinfetantes cutâneas, águas, bolachas, sacos do lixo e folhetos informativos).

Estas equipas procediam ao acompanhamento de cidadãos que se encontravam em situação de isolamento profilático (quer por teste reativo à COVID-19 ou contacto com um doente diagnosticado com COVID-19), mediante a sinalização por parte da autoridade de saúde local de indivíduos e agregados familiares que, por razões várias, se encontravam a incumprir o isolamento obrigatório. Habitualmente, rececionavam a lista de sinalizações no dia prévio à realização da intervenção, permitindo à equipa técnica confirmar atempadamente o domicílio do agregado familiar e obter outras informações necessárias à intervenção através do acesso às plataformas de trabalho do ISS I.P. (*Sistema de Informação da Segurança Social*) e do Serviço Nacional de Saúde (*Trace COVID-19*); identificar as vulnerabilidades dos agregados familiares e planear a intervenção em função das necessidades observadas. Na maioria dos casos, a intervenção passava, obrigatoriamente, pela realização de visitas domiciliárias, mas, em determinadas situações, a realização de contactos telefónicos eram suficientes para dar resposta às necessidades dos agregados familiares.

Durante o período da manhã, os elementos das EM reuniam-se no Centro de Operações Municipal Integrado (COMI), situado no Pavilhão da Escola Secundária Seomara da Costa Primo, para realizar uma reunião de programação de trabalhos onde eram discutidos e priorizados os casos sinalizados e distribuídos pelas diferentes equipas em função da geolocalização dos agregados familiares, permitindo às equipas uma rentabilização do tempo entre as deslocações (Fotografia 1). Antecedendo a saída para o terreno, os elementos das EM procediam à colocação dos EPI (Fotografia 2) e à organização dos materiais necessários à sua intervenção (Fotografia 3). Cada equipa dispunha uma viatura própria, concedida pela Câmara Municipal da Amadora, auxiliando no transporte e acesso rápido aos agregados familiares sinalizados (Fotografia 5).



*Fotografia 1. Briefing matinal*



*Fotografia 2. Colocação de EPI*



*Fotografia 3. Organização do material*



*Fotografia 4. Saída para o terreno*

Fonte: Câmara Municipal da Amadora

Por regra, as EM regressavam ao COMI no início da tarde com o objetivo de acionarem os recursos e apoios necessários para garantir o isolamento das famílias contactadas e, por fim, produzirem os relatórios sociais e de saúde com a descrição densa da intervenção realizada, posteriormente reportados às autoridades de saúde local.

### 3.2. Problemas sociais resultantes da pandemia COVID-19

A pandemia evidenciou e, nalgumas situações, agudizou os problemas sociais já existentes no concelho da Amadora, fortemente caracterizado pela sua matriz multicultural decorrente de uma elevada presença de cidadãos estrangeiros no seu território (SEF, 2020, p. 25). A precariedade socioeconómica experienciada por alguns agregados familiares, em particular, os constituídos por populações migrantes, foi um dos problemas mais salientados pelas assistentes sociais entrevistadas. Segundo estas, antes da pandemia, muitos agregados familiares já apresentavam vulnerabilidades resultantes da sua situação irregular no país e/ou da precariedade laboral em que viviam (contratos de trabalho inexistentes ou de curta duração e mal remunerados), mas com o surgimento da pandemia, e a obrigatoriedade do confinamento, ficaram ainda mais fragilizados. Sem capacidade económica decorrente da situação de desemprego e/ou impossibilidade de acesso às medidas governamentais de apoio extraordinárias, muitos deles acabaram por apresentar dificuldades de subsistência.

*(...) há imensa gente nessa situação, em regime de “extra”, principalmente na restauração, na hotelaria. Todas essas pessoas, mesmo estando até em situação de trabalho precário (...) tinham as suas vidas organizadas, e acabaram por ficar completamente desprotegidos (...). (Madalena)*

*Eu não sei como é que as pessoas conseguiram sobreviver (...). Há pessoas que tinham o seu trabalho, o seu emprego e de repente ficam sem rendimento. E o número é muito, muito elevado, mesmo. (Maria)*

*Existia todo um universo de pessoas que vivia fora do sistema, isto é, que sobrevivia fora do sistema e que nós não conhecíamos (...). A tal população com emprego precário, ou biscates, que trabalhava, mas como não fazia descontos, depois não teve direito a qualquer tipo de proteção social. Para mim, foi perceber que esse número de pessoas era muito maior do que eu pensava. (Adelaide)*

Em termos habitacionais, muitos agregados familiares intervencionados pelas EM não dispunham de condições de alojamento para conseguirem realizar um eficaz isolamento por viverem em habitações precárias e/ou sobrelotadas. Alguns também não se enquadravam no perfil dos “assistidos” pelos serviços de ação social, nem nunca tinham sido apoiados por estes. Contudo, a crise económica provocada pela pandemia de COVID-19 e a consequente redução de rendimentos e o aumento significativo da pobreza e da desigualdade (Silva et al., 2021), levou a que eles passassem a ser assistidos pelos serviços de ação social para conseguirem suprir as necessidades básicas de alimentação ou alojamento. Embora a vulnerabilidade socioeconómica tenha sido sentida, com maior intensidade, em agregados familiares de classes sociais baixa e média baixa (Silva et al., 2021), os agregados familiares de classe média também foram afetados, existindo relativa heterogeneidade da vulnerabilização. Neste sentido, a intervenção das EM não se limitou a grupos específicos da população, mas a todos os que, de alguma forma, apresentavam dificuldades socioeconómicas ou redes de suporte social fragilizadas e/ou inexistentes.

*A intervenção social era para todos. Nós fomos à casa mais miserável, em bairros sócias, com muita falta de condições, até à vivenda. E, ao nível da intervenção, aquelas pessoas, na vivenda, estavam tão vulneráveis quanto a pessoa que morava na casa mais degradada porque... apareceu aqui uma pandemia que igualou. (Cândida)*

*Não eram só pobres. Fomos até a famílias bem estruturadas, mas que não tinham rede de suporte. Notávamos muito em famílias que eram imigrantes e que não tinham um familiar, um amigo que pudesse dar suporte. E nós é que providenciámos apoios. (Júlia)*

### **3.3. As respostas das Equipas Multidisciplinares**

Durante o período em apreço, a equipa de saúde pública do concelho da Amadora sinalizou às EM 754 agregados familiares para avaliação do cumprimento do confinamento e das condições para tal. Do total, as EM estabeleceram contacto com 733 agregados familiares, que se traduziu no acompanhamento a 2464 indivíduos (estes valores dizem respeito às sinalizações para avaliação do cumprimento do confinamento, não contemplando as sinalizações por incumprimento do confinamento efetuadas para as equipas da Polícia de Segurança Pública). A estes, as EM disponibilizaram um conjunto de respostas de âmbito alimentar, económico, habitacional e/ou de saúde que, embora já existentes no concelho da Amadora, passaram a estar disponíveis de forma mais ágil com a constituição das EM.

*(...) o nosso papel acabou ser isso, dar suporte às famílias que, numa situação de doença “normal”, ficam 3 ou 4 dias em casa, e neste caso não. Estamos aqui a falar de períodos enormes que as pessoas tinham de ficar em casa e que não tinham forma de subsistência ou ninguém que pudesse dar algum tipo de apoio. (Júlia)*

Em termos de apoio social, as EM ajudaram economicamente 15 agregados familiares, sobretudo para pagamento de despesas de habitação; 63 agregados familiares com refeições confeccionadas entregues ao domicílio; 92 agregados com a realização de compras e oito agregados familiares com a compra de medicação.

Em termos habitacionais, as EM integraram 14 indivíduos em resposta habitacional alternativa (como pensões ou centros de acolhimento de emergência para doentes infetados por COVID-19) de forma evitar a contaminação de outras pessoas.

Ao nível da saúde, as EM tinham a importante função de prestar informações e esclarecer dúvidas sobre a doença e os seus sintomas; o número de dias que os elementos infetados deveriam ficar em situação de isolamento

profilático; os cuidados de proteção que as famílias deveriam ter dentro das habitações; ou as instituições a quem poderiam recorrer em caso de necessidade. Ao total, este tipo de informações foi prestado a 505 indivíduos e entregue EPI (sobretudo máscaras cirúrgicas) a 388 agregados familiares.

*(...) irmos a casa das pessoas, explicar as questões da saúde, do isolamento, porque é que têm de ficar fechados, porque é que uns podem sair, [foi importante] principalmente para aquelas pessoas mais revoltadas. (Telma)*

*(...) nós íamos às famílias sinalizadas e éramos um veículo de esclarecimento de informação. Havia muitas perguntas sobre a doença, sobre o isolamento, pessoas que não tinham sintomas e queriam saber mais o que é que poderia estar a acontecer com elas, e acho que a nossa intervenção também foi muito no esclarecimento de questões relacionadas com a própria saúde (...). Foi importante esta intervenção, de porta a porta, de levar informação às pessoas, para elas perceberem que tinham de cumprir porque o seu comportamento poderia ter repercussões para outras pessoas. Senti que nós fizemos a diferença para as pessoas cumprirem o isolamento. (Cândida)*

Durante a realização das visitas domiciliárias, as EM confrontaram-se com vários indivíduos que, perante a exigência do confinamento obrigatório, manifestavam ansiedade (e dificuldade) em explicar à sua entidade patronal a ausência laboral exigida, até porque, as próprias entidades patronais não estavam munidas de informação capaz de compreender a necessidade de isolamento, situação que colocava em risco a manutenção do emprego. “Houve um senhor que nos quis tirar uma fotografia para comprovar junto do patrão que não estava a mentir e que estava em isolamento, que não podia sair de casa” (Telma). Como tal, a disponibilização de informação jurídico-legal acerca dos direitos laborais e a realização de pedidos de emissão das declarações de isolamento profilático para efeitos de justificação de faltas por parte das EM foram também ações concretizadas pelas EM, ajudando na tranquilização emocional dos agregados familiares.

Os apoios atribuídos pelas EM eram imediatos, excepcionais e temporários. Como referiu Telma, serviam “para apoiar no momento”, ajudando a garantir o confinamento e, por isso, focados fundamentalmente nas questões de saúde pública. “Aquilo não ia resolver a situação da pessoa. Era quase um penso rápido”. Nos casos em que as assistentes sociais identificavam vulnerabilidades de outros âmbitos, cuja resolução requeria mais que uma resposta emergencial, encaminhavam os agregados familiares para estruturas de atendimento social local. “E, portanto, a partir daí, nós deixávamos de saber o que é que aconteceu àquelas famílias” (Telma). Deste modo, e contrariamente à intervenção social de promoção da autonomia e empoderamento a que estavam habituadas, tal não era possível nas EM. “A intervenção era no momento, no dia, porque no dia seguinte já eram situações diferentes” (Telma). Por isso, e como comentou Madalena, o trabalho desenvolvido focou-se em “tentar saber que tipo penso rápido se adequava melhor a cada situação, para permitir que [as pessoas] não estivessem em situação de carência ou fome”, colmatando-as.

*O que, naquele momento, as pessoas precisavam era ter o que comer, como pagar a sua renda, as suas despesas para, numa outra intervenção posterior, ser acompanhada. Não podemos trabalhar a sua autonomia se as necessidades básicas não estão asseguradas.*  
(Madalena)

Este tipo de intervenção exigia, obviamente, das profissionais uma ação célere, o que requeria delas a capacidade de identificar, num curto espaço de tempo (respeitante ao período de uma visita domiciliária), as necessidades dos agregados familiares e, suprimi-las, também, preferencialmente, num curto espaço de tempo (respeitante a um ou dois dias), através da disponibilização dos apoios sociais e de saúde.

*(...) nós tínhamos que ter uma rapidez na intervenção, (...) na resposta perante o problema que nos fosse apresentado. E isto (...) exige uma grande ginástica ao nível de raciocínio e dos conhecimentos, da intervenção social e dos apoios e daquilo que nós podíamos fazer, porque é diferente de um atendimento.* (Cândida)

### **3.4. Desafios e dificuldades encontradas**

A intervenção em crise, com atuação direta junto de agregados familiares infetados com COVID-19, garantindo respostas às necessidades básicas e sociais dos mesmos e o cumprimento do seu isolamento profilático foi, em si mesma, sentida como um enorme desafio para as assistentes sociais na medida em que, a maioria, não se encontrava habituada a fazê-lo no seu quotidiano profissional. “Estávamos ali para fazer intervenção social mais direta, no imediato, que era uma coisa que, nos últimos anos, nós não estávamos muito habituadas a fazer (...). Não estávamos habituados a agir no momento” (Adelaide).

Para este sentir contribuiu um conjunto de dificuldades com as quais se confrontaram. Desde logo, o desconhecimento da doença e dos seus efeitos e o receio de um possível contágio para si e as suas famílias foram referidos como fatores perturbadores da intervenção social, geradores de angústia e *stress*.

*Eu lembro-me de uma situação, de estarmos a identificar uma pessoa (...) e ela passa-me o cartão de cidadão para a mão. Eu, instintivamente, agarro no cartão e vejo todas as outras colegas a olhar para mim. Parecia que eu estava a agarrar numa tocha em fogo com as mãos (...) lidar com uma situação nova (...) é desafiante. Temos de cumprir com aquelas regras para, enquanto profissionais, não ficarmos infetados, nem infetarmos os outros à nossa volta. (Cândida)*

Para ultrapassar estas barreiras, as profissionais tiveram de aprender a utilizar adequadamente os EPI que, embora dificultassem os contactos e a dinâmica relacional com os agregados familiares durante as visitas domiciliárias e condicionassem o tempo útil para a intervenção, lhes permitia sentir-se mais seguras e protegidas.

Outra dificuldade salientada relacionava-se com a gestão do tempo. O elevado número de sinalizações diárias pela equipa de saúde pública, obrigava a uma priorização das mesmas, assim como à seleção das situações que eram possíveis de resolução via contacto telefónico. As situações consideradas não prioritárias eram, então, integradas numa “lista de espera”, criada para o efeito, e priorizadas nos dias seguintes. A necessidade das assistentes sociais procederem à troca regular dos EPI em cada visita domiciliária e de efetuarem os relatórios sociais correspondentes foram, também, fatores que contribuíram para a redução do tempo disponível para a intervenção.

As assistentes sociais confrontaram-se também com dificuldades de comunicação com algumas comunidades migrantes, em especial provenientes do Nepal, Índia e Paquistão, por estas não falarem o português ou outra língua que permitisse o diálogo e a transmissão de informações. Além disso, a resposta de apoio alimentar disponibilizada não era adequada, por exemplo, para a comunidade muçulmana, situação que acabou por agravar ainda mais a sua vulnerabilidade.

A experiência de intervenção multidisciplinar foi salientada como um aspeto muito inovador, possibilitando aos agregados familiares ver solucionado vários problemas, de âmbitos diversos, com a realização de um único atendimento em contexto domiciliário.

*Normalmente estamos habituados a trabalhar separadamente. Eu faço o atendimento, depois contacto a colega da câmara, a colega da saúde... neste caso, não. Eram três entidades que iam a casa da pessoa e era, efetivamente, um trabalho multidisciplinar porque a situação é exposta da mesma forma para técnicos de três entidades diferentes (...). E, naquele momento, a pessoa tinha resposta de três profissionais diferentes para o seu problema. Eu acho que isso foi muito inovador. A intervenção deveria ser assim, idealmente. (Cândida)*

Todavia, esta metodologia também se revelou desafiante, considerando as diferentes áreas de formação, conhecimentos e métodos de trabalho dos profissionais, provenientes de várias entidades, acrescentando o facto destes integrarem as EM em sistema de rotatividade semanal/quinzenal. Ainda que a intervenção prolongada fosse, segundo as entrevistadas, “cansativa” e “esgotante”, a rotatividade foi sentida como desvantajosa dado o esforço que repetidamente tinham de realizar para se adaptar aos novos elementos das EM e à organização e ritmos de trabalho que naturalmente acabavam por estruturar.

Para além destes constrangimentos, as assistentes sociais referiram também que a intervenção das EM levantou questões éticas importantes, nomeadamente ao nível da confidencialidade e da privacidade dos agregados familiares, Situação também observada por assistentes sociais de contextos internacionais (Banks et al., 2020).

*(...) um constrangimento enorme foi sentir que eu estava a invadir a privacidade das pessoas. Nós íamos lá (a casa) e aparecíamos de surpresa. (...) colocávamos as famílias numa situação confrangedora. Havia vizinhos que abriam a porta, ficavam ali a ouvir o que dizíamos, e acho que a privacidade das famílias perdia-se um bocadinho. (...) aconteceu uma situação muito má (...). Os senhorios do prédio não nos deixaram sair e queriam justificação porque é que estávamos ali. E que, quando saíssemos do prédio, tínhamos de desinfetar o prédio todo. Aquela família foi exposta a uma situação tão má que, no prédio, acabou por ficar rotulada. É o estigma de ter a COVID. (Júlia)*

*(...) era um espetáculo, à porta, com a carrinha, três astronautas (...) ficava tudo a olhar. As pessoas paravam na rua para ver para onde é que nós íamos. E isto é de uma exposição tão grande, que isso me preocupava. Fazia-me confusão (...). Nós até tínhamos a sensibilidade de, com a placa para escrever, taparmos a campainha. Havia estes cuidados que nós tentávamos ter para diminuir o estigma e salvaguarda da família. (Telma)*

Embora as EM tenham tentado salvaguardar a confidencialidade e a privacidade dos agregados familiares sinalizados, o facto de se equiparem na rua, junto à porta dos prédios, potenciou a exposição destes. Os EPI, ainda que necessários, revelaram ser um elemento altamente constrangedor e estigmatizador dos agregados familiares em situação de isolamento profilático. Em termos éticos, foram também enunciadas questões de não julgamento nomeadamente de situações que suscitaram dúvidas relativamente à veracidade dos factos partilhados pelos agregados familiares.

### **3.5. A avaliação da experiência profissional**

Pese embora as dificuldades sentidas, as assistentes sociais avaliaram muito positivamente a sua participação nas EM. Assinalaram que dinâmica instituída nas EM foi determinante para a sua motivação e elevado rendimento profissional. “Apesar de fisicamente estar esgotada, no outro dia sentia aquela vontade de ir trabalhar, de ir para o terreno. E isso foi dos pontos positivos que estas equipas tiveram” (Júlia). “Podíamos estar totalmente de rastos, mas no outro dia ‘epá, bora lá...’.” (Cândida). Esta experiência permitiu-lhes sair da “zona de conforto” das habituais funções (algumas das quais envolvendo procedimentos burocráticos e administrativos) e formas de agilização e comunicação institucional, repensarem a intervenção social e, em consequência, se enriquecerem profissionalmente.

*Para uma assistente social que gosta de estar no terreno, pode ser mais stressante, mas é muito mais enriquecedor. Ao nível de aprendizagens, foi muito bom.* (Telma).

*Sentimos um crescimento profissional. (...) as colegas que estão a trabalhar há menos tempo, ao integrar estas equipas, ganharam anos de experiência (...), um dia nestas equipas equivale a uns bons meses de gabinete. Isto dá confiança e agilidade da intervenção.* (Cândida)

Júlia e Adelaide chegaram a afirmar que a intervenção em crise, entendida por estas como “a real intervenção social”, as ajudou a se sentirem

novamente assistentes sociais e, inclusive, a se reencontrarem com a própria profissão.

*(...) foi um trabalho que eu adorarei fazer porque... senti-me assistente social que já não me sentia há muito tempo (...). Para mim foi muito enriquecedor. Eu cresci muito. De certa forma, permitiu-me reconciliar com a profissão. Há muito tempo que me sentia mera administrativa, executora (...). Para mim foi sentimento que me fez querer mais uns aninhos como assistente social. Eu era assistente social naquela equipa!*  
(Adelaide)

O trabalho em parceria foi, também, positivamente destacado pelas entrevistadas. Embora este fosse uma prática já instituída e consolidada no concelho da Amadora, o entendimento mais aproximado acerca do funcionamento e constrangimentos dos serviços, o contacto pessoal com os profissionais que nelas trabalham e o estabelecimento de canais de comunicação privilegiados, ajudaram a promover uma maior coesão entre as entidades e os profissionais com intervenção na cidade, destacando-se a articulação entre a saúde, a segurança social e a autarquia.

*Este trabalho serviu também para derrubar muitas barreiras e estigmas que há entre classes de profissionais. Percebemos o que o outro faz verdadeiramente porque estivemos a trabalhar com ele (...). E também percebemos os constrangimentos e as dificuldades que têm no seu local de trabalho (...). Criámos uma nova forma de trabalhar em equipa e espero que (...) ajude na facilidade de contacto e rápida resolução de problemas.* (Cândida)

#### **4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

As EM de acompanhamento de doentes com COVID-19 e infetados com SARS-CoV-2 em situação de confinamento domiciliário obrigatório ou em vigilância ativa, criadas por via da Resolução do Conselho de Ministros nº 51-A/2020 de 26 de junho, revelaram ser bastante eficazes para ajudar a quebrar as

cadeias de transmissão e evitar o crescimento de novas contaminações, tendo tido resultados muito positivos em todos os concelhos da AML.

A sua metodologia de trabalho multidisciplinar e intersectorial permitiu, no concelho da Amadora, uma rápida agilização e adequação das respostas aos agregados familiares sinalizados pela equipa de saúde pública, garantindo o cumprimento do seu isolamento profilático. Este tipo de intervenção potenciou, também, uma maior coesão entre entidades e profissionais. Embora a Amadora já tivesse experiência de trabalho em rede, o facto de ser o concelho mais pequeno, em área (24 Km<sup>2</sup>), da AML, mas o mais densamente povoado do país (cf. PORDATA, 2020), possibilitou a implementação e operacionalização com sucesso deste modelo de intervenção, co construído e melhorado ao longo do tempo com o contributo dos diferentes profissionais que dele fizeram parte.

As assistentes sociais que integraram estas equipas de intervenção em crise e emergência de saúde pública, e que, de forma incansável, trabalharam para impedir a propagação do vírus baseando-se nos ideais de justiça social e dignidade humana, concedendo respostas paliativas imediatas (mas extremamente necessárias) aos agregados familiares em situação de vulnerabilidade social, económica, habitacional, de saúde ou outras, consideraram que, apesar dos desafios e dificuldades com que se confrontaram, o modelo de intervenção das EM foi muito inovador e desafiante não só pela atuação em cenário de enorme incerteza, como a interação em simultâneo com técnicos de diferentes áreas de formação, permitindo-lhes a aquisição de conhecimentos, competências e estratégias profissionais para uma tomada de decisão rápida em benefício da população. Tendo as assistentes sociais o dever de promover a coesão social e prevenir a rutura social, o papel educativo que inegavelmente também acabaram por ter foi fundamental para ajudar as populações a aceder a informação confiável e de qualidade sobre a doença e os direitos, enquadrada na partilha de esperança, resiliência e determinação em superar as adversidades decorrentes da situação pandémica.

## 5. BIBLIOGRAFIA

- Banks, S., Cai, T., de Jonge, E., Shears, J., Shum, M., Sobočan, A., Strom, K., Truell, R., Úriz, M., e Weinberg, M. (2020). *Ethical challenges for social workers during Covid-19: A global perspective*. International Federation of Social Workers.
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Coimbra, Edições 70.
- Carvalho, M. I. (2020). *Serviço social em catástrofes: Intervenção em crise e emergência social*. Lisboa, Pactor.
- Conselho de Ministros (30 de abril 2020). *Plano de desconfinamento*. <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/documento?i=plano-de-desconfinamento>
- Conselho de Ministros (25 de julho 2020). *Evolução, critérios e medidas*. [https://ipdj.gov.pt/documents/20123/287455/Apresentacao-desconfinamento-24junho\\_4.pdf/807d4cd9-cffc-1d59-f05b-3ebcf95e4d34?t=1593181288866](https://ipdj.gov.pt/documents/20123/287455/Apresentacao-desconfinamento-24junho_4.pdf/807d4cd9-cffc-1d59-f05b-3ebcf95e4d34?t=1593181288866)
- Direção-Geral da Saúde (30 de dezembro 2020). *Covid-19 | Equipas de LVT*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/12/30/covid-19-equipas-de-lvt-3/>
- Despacho n.º 6451/2020 do Gabinete da Ministra (2020). Diário da República: II série, n.º 118. <https://dre.pt/application/conteudo/136167763>
- Expresso (14 de agosto de 2020). *Seis concelhos da Grande Lisboa vão ter reforço de equipas*. <https://expresso.pt/sociedade/2020-08-14-Covid-19.-Seis-concelhos-da-Grande-Lisboa-va-ter-reforco-de-equipas>
- Maxwell, J. (2005). *Qualitative research design: An interactive approach*. Sage Publications.
- Park, H., e Lee, B. (2016). The role of social work for foreign residents in an epidemic: The MERS crisis in the Republic of Korea. *Social Work in Public Health, 31*(7), 656–664. DOI: 10.1080/19371918.2016.1160352
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3ª ed.). Sage Publications.
- Payne, M. (2002). *Teoria do trabalho social moderno*. Coimbra, Quarteto.
- PORDATA (2020). *Densidade populacional*. <https://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional-452>

- Resolução do Conselho de Ministros nº 51-A/2020 da Presidência do Conselho de Ministros (2020). Diário da República: I série, n.º 123. <https://dre.pt/application/conteudo/136788888>
- Serviço de Fronteiras e Estrangeiros (2020). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2020*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.
- Silva, J., Bernard, A., Espiga, F., e Gaspar, M. (2021). O impacto da Covid-19 na Pobreza e Desigualdade em Portugal, e o efeito mitigador das políticas de proteção. *Observatório Social da Fundação “La Caixa”*.
- Sweet, C. (2001). Designing and conducting virtual focus groups. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 4(3), 130–135. <https://doi.org/10.1108/13522750110393035>
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237–246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Vala, J. (2014). A análise de conteúdo (16ª ed.). Em A. Silva e J. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101 – 128). Porto, Edições Afrontamento.