



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
LICENCIATURA EM SERVIÇO SOCIAL

O Papel do Assistente Social no Atendimento à Pessoas Desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde: Estudo de caso no Centro de Saúde 1° de Maio (2018-2022)

Autora: Nilza Marta Zavale

Supervisor: Ph-D. Hinervo Marqueza

Maputo, Maio de 2024

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
Licenciatura em Serviço Social

O Papel do Assistente Social no Atendimento à Pessoas Desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde: Estudo de caso - Centro de Saúde 1º de Maio (2018-2022)

Trabalho de Fim do Curso

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de licenciada em Serviço Social na Universidade Eduardo Mondlane

Autora: Nilza Marta Zavale

Supervisor: Ph-D. Hinervo Marqueza

Maputo, Maio de 2024

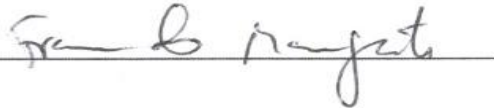
UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
Licenciatura em Serviço Social

Autora: Nilza Marta Zavale

Papel do Assistente Social no Atendimento à Pessoas Desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde: Estudo de caso - Centro de Saúde 1º de Maio (2018-2022)

Mesa de Júri

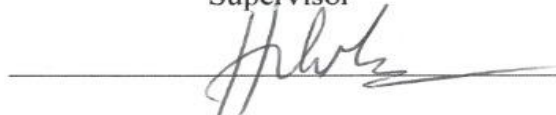
Presidente



Oponente



Supervisor



(Ph-D. Hinervo Marqueza)

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, **Nilza Marta Zavale**, declaro, por minha honra, que esta monografia ou trabalho de fim do curso nunca foi apresentado, na sua essência e muito menos parcialmente para a obtenção de qualquer grau académico e constitui o resultado da minha investigação pessoal, sob orientação do meu supervisor, estando no texto e nas referências bibliográficas, as fontes utilizadas.

Maputo, Maio de 2024

Nilza Marta Zavale

(Nilza Marta Zavale)

DEDICATÓRIA

À minha querida mãe, Marta Andrade, pela educação e apoio moral.

Ao meu pai, Fernando Zavale, pela coragem e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar à Deus pelo dom da vida e fé que deposita em mim e especialmente ao meu supervisor, Ph-D. Hinervo Marqueza pela paciência, dedicação e flexibilidade.

De forma especial, estendo a minha gratidão aos meus pais (Fernando Zavale e Marta Andrate) por terem me criado com amor e carinho e por cimentarem os pilares da minha formação académica.

Agradeço aos meus familiares (Airo Zavale, Edson Zavale, Gilson Zavale, Nassordina Zavale, Albertina Zavale, Avelina Zavale, Wanga Twila, Ngane, Jasmim e Gilzia) pelas orações e apoio incondicional que deram ao longo da minha formação o meu muito obrigado.

Aos docentes que tornaram possível a realização de um sonho e projecto de vida: Ph-D. Nipassa, Ph-D. Cuihane, Ph-D. Chico Faria, Ph-D. Baltazar Muianga, Msc. Baloi, Msc. Tsamba, Msc. Ivo, Msc. Emídio Moiana, Msc. Catarina Cuambe, Msc. Sara, Msc. Joana, Msc. Deborah, Msc. Tchume, e Msc. Guilamba, o meu obrigado.

Aos meus colegas do curso de Serviço Social 2017: Aúrelia André Jamardasse, Deolinda Gujamo e dr. Remigio Victor, pelo apoio incondicional, meu obrigado.

À todos que, directa ou indirectamente, garantiram a minha formação, o meu muito obrigado.

EPÍGRAFE

“A saúde é o coração do ser humano, ela deve ser cuidada, protegida e preservada nas mãos do homem ” (Souza, 2010)

RESUMO

O presente trabalho de pesquisa, com o tema "O papel do Assistente Social no atendimento à pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde: *Estudo de caso no centro de saúde 1º de maio (2018-2022)* " tem como objectivo descrever o enquadramento funcional do Serviço Social na área da saúde e parâmetros dos Assistentes Sociais nos centros de Saúde; identificar obstáculos e desafios enfrentados pelas pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde na Cidade de Maputo; apresentar os instrumentos de mitigação e prevenção estabelecidos pelos Assistentes Sociais no Sistema Nacional de Saúde. Nessa senda, relativamente ao enquadramento teórico, recorreremos à teoria marxista, na perspectiva capitalista, defendida por Karl Marx (1818-1883). Para a metodologia, recorreremos à pesquisa de campo e, em relação aos instrumentos de colecta de dados, optámos pela entrevista semiestruturada e à observação directa. Todavia, durante o processo de elaboração do trabalho, constatamos que o Sistema Nacional de Saúde enfrentava enormes dificuldades como a falta de infra-estruturas adequadas, falta de profissionais qualificados, acesso limitado a serviços de saúde em áreas rurais e desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, a inserção do Assistente Social é fundamental, visto que a mesma visa promover mudanças dentro da unidade hospitalar, especialmente no Centro de Saúde 1º de Maio, garantindo, assim, que todas as pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade e pobreza gozem do direito à saúde na sociedade.

Palavras-chave: Assistente Social, saúde, pessoas desfavorecidas e Desigualdades Sociais em Saúde.

ABSTRACT

The present research work, with the theme The role of the Social Worker in serving disadvantaged people in the National Health System: Case study at the 1° de Maio health center (2018-2022), aims to describe the functional framework of the Social Service in the area of health and roles of Social Workers in Health Centers; identify obstacles and challenges faced by disadvantaged people in the National Health System in the City of Maputo; present the mitigation and prevention instruments established by Social Workers in the National Health System. Along these lines, regarding the theoretical framework, we resort to Marxist theory, from a capitalist perspective, defended by Karl Marx (1818-1883). For the methodology, we used field research and, in relation to data collection instruments, we opted for semi-structured interviews and direct observation. However, during the process of preparing the work, we found that the National Health System was facing enormous difficulties such as the lack of adequate infrastructure, lack of qualified professionals, limited access to health services in rural areas and inequalities in access to health services. Health. In this sense, the inclusion of the Social Worker is fundamental, as it aims to promote changes within the hospital unit, especially in the 1° de Maio Health Center, thus ensuring that all people who are in a situation of vulnerability and poverty enjoy of the right to health in society.

Keywords: Social Worker, health, disadvantaged people and Social Inequalities in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AR..... Assembleia da República

BM Banco Mundial

CRM..... Constituição da República de Moçambique

INAS Instituto Nacional de Acção Social

OMS Organização Mundial de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

TABELAS

Tabela 1. Estado civil dos Entrevistados.....	44
Tabela 2. Idade dos Entrevistados.....	45
Tabela 3. Violação dos Direitos à Saúde no Centro de Saúde 1º de Maio	52
Tabela 4. Instrumentos de mitigação estabelecidos pelos Assistentes Sociais na Saúde.....	59
Tabela 5. Actuação crítica e reflexiva na Política de Saúde	60

GRÁFICOS

Gráfico 1. Nível de escolaridade.....	46
Gráfico 2. Género dos Entrevistados	47
Gráfico 3. Desafios e Obstáculos que às Pessoas Desfavorecidas Enfrentam nos Centros de Saúde.....	51
Gráfico 4. As Consequências do Mau Atendimento nos Centros de Saúde.....	58

Índice

DECLARAÇÃO DE HONRA	i
DEDICATÓRIA.....	ii
AGRADECIMENTOS	iii
EPÍGRAFE	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vii
LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS.....	viii
INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	17
1.1. Enquadramento Teórico.....	17
1.2. Enquadramento Conceptual.....	19
1.2.1. Assistente Social	20
1.2.2. Saúde.....	21
1.2.3. Pessoas Desfavorecidas.....	22
1.2.4. Desigualdades Sociais em Saúde	24
1.2.5. Quadro Legal da Saúde em Moçambique	26
1.2.6. Sistema Nacional de Saúde	28
1.2.7. Enquadramento Funcional do Serviço Social na Área da Saúde	30
1.2.7.1. Parâmetros de Actuação dos Assistentes Sociais	30
1.2.7.1.1. Atendimento Directo aos Usuários.....	30
1.2.7.1.2. Mobilização, Participação e Controle Social.....	31
1.2.7.1.3. Investigação, Planificação e Gestão	31
1.2.7.1.4. Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.....	33
CAPÍTULO II: PLANO DE INTERVENÇÃO.....	34
2.1. Fortalecimento de Acções Sócio-Assistenciais no Centro de Saúde 1º de Maio.....	34
2.2. Programa de Sensibilização sobre os Direitos Sociais das Pessoas Desfavorecidas	35
2.3. Atendimento e Integração Social das Pessoas Desfavorecidas no Centro de Saúde 1º de Maio	36
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	37
3.1. Natureza da Pesquisa	37

3.1. 1. Tipo de Pesquisa	38
3.2. Quanto ao Objectivo	38
3.3. População e Amostra	39
3.3. 1. População.....	39
3.3.2. Amostra.....	40
3.4. Instrumentos de Colecta de Dados.....	40
3.4.1. Entrevista Semiestruturada	40
3.4.2. Observação Directa.....	41
3.5. Validade e Fiabilidade dos Resultados	42
3.6. Aspectos Éticos da Pesquisa.....	42
CAPÍTULO IV: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	43
4.1. Perfil Sociodemográfico dos Entrevistados.....	43
4.2. Desafios e Obstáculos que às Pessoas Desfavorecidas Enfrentam nos Centros de Saúde na cidade de Maputo.....	47
4.3. Actuação do Assistente Social no Combate à Violação dos Direitos à Saúde no Centro de Saúde 1º de Maio.....	52
4.4. Perspectiva dos Profissionais de Saúde em Relação ao atendimento nos Centros de Saúde 1º de Maio	55
4.5. As Consequências do Mau Atendimentos nos Centros de Saúde.....	57
4.6. Instrumentos de Mitigação e Prevenção Estabelecidos pelos Assistentes Sociais no Sistema Nacional de Saúde	59
4.7. Implementação do Plano de Intervenção Social	60
CAPÍTULO V: CONCLUSÃO E SUGESTÕES	62
5.1. Conclusão	62
5.2. Sugestões de Melhorias	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APENDICE.....	72
ANEXOS	75

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de pesquisa, com o tema: O Papel do Assistente Social no Atendimento à Pessoas Desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde: *Estudo de caso no Centro de Saúde 1º de Maio (2018-2022)*. É realizado no âmbito de conclusão do curso, para obtenção do grau de Licenciada em Serviço Social pela Universidade Eduardo Mondlane.

A profissão do Serviço Social como produto da área do conhecimento das Ciências Sociais e Humanas está inserida na divisão sociotécnica do trabalho a fim de intervir nas diversas multifaces da questão social, que constitui o seu objecto de estudo.

Assim, o Assistente Social, munido de competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, visa diagnosticar, identificar, analisar e intervir nos problemas que afectam as pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco.

No atendimento à pessoas desfavorecidas no Sistema de Saúde, o Assistente Social desempenha um papel fundamental, que consiste no apoio e no cuidado aos pacientes e suas famílias, ajudando-as a identificar e resolver problemas sociais.

Nesta ordem de ideias, é importante salientar que o interesse pelo tema resulta do facto de a pesquisadora observar situações relacionadas à violação de direitos à saúde em Centros de Saúde a nível da Cidade de Maputo.

E, como problema, a pesquisadora constatou que o mau atendimento à Pessoas Desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde, no caso particular do Centro de Saúde 1º de Maio, pode levar a um aumento da morbilidade e mortalidade.

O trabalho foi realizado no Centro de Saúde 1º de Maio, localizado no bairro de Maxaquene, Distrito Municipal de Kamaxaquene, Cidade de Maputo. A instituição é um órgão do Estado sob tutela do Ministério da Saúde, virada a atendimento e cuidados médicos, diagnóstico, encaminhamento de pacientes para serviços especializados, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de campanhas de conscientização e educação, com vista a garantir o acesso à serviços básicos a todas as pessoas desfavorecidas.

A pesquisa contou com a participação de 35 utentes. A técnica de amostragem usada na selecção dos participantes foi a amostragem probabilística estratificada. Todavia, para a colecta de dados

optou-se pela observação directa intensiva, que é a combinação de duas técnicas: observação e entrevista e a pesquisa documental e bibliográfica.

O trabalho é organizado em quatro capítulos e, em toda a etapa da sua elaboração, a pesquisa de campo, a bibliográfica, bem como as técnicas de entrevista semiestruturada e a observação directa foram imprescindíveis, pois auxiliaram na sistematização, materialização, análise e interpretação de dados recolhidos no campo de pesquisa social. E no enquadramento teórico optou-se pela teoria Marxista na perspectiva de Marx (1818-1883).

Problematização

O Sistema de Saúde em Moçambique enfrenta várias dificuldades que constituem desafios, como a falta de infra-estruturas, recursos limitados e acesso limitado à serviços de saúde em zonas rurais. Entretanto, existem esforços em andamento para melhorar a qualidade e a disponibilidade dos cuidados de saúde no país (Abreu, 2002).

Alguns desses esforços incluem a expansão das infra-estruturas de saúde, o aumento do acesso à serviços básicos de saúde, a formação e capacitação de profissionais de saúde, a melhoria da gestão e governança do sector de saúde e parcerias com organizações internacionais para fortalecer o sistema de saúde do país (Abreu, 2002).

Para Santos (2018), um dos problemas encontrados nos Centros de Saúde, a nível da Cidade de Maputo, está virada à falta de recursos humanos e materiais disponíveis o que, de alguma forma, deixa os poucos profissionais existentes sobrecarregados, resultando em longas filas de espera, atendimento inadequado e falta de acompanhamento adequado aos pacientes, em especial à pessoas desfavorecidas, impactando assim, negativamente a qualidade e o acesso à serviços de saúde em Maputo.

Para além do acima exposto, a ausência de profissionalismo, a má qualidade na assistência ao utente, a violação dos direitos dos pacientes, a negligência, os abusos e a discriminação por parte dos funcionários de saúde constituem alguns dos problemas mais frequentes nas unidades sanitárias a nível da Cidade de Maputo. Esses pormenores podem levar à instabilidade no financiamento do sistema de saúde e à deficiência na aderência de parceiros nacionais e internacionais (Santos, 2018).

Por seu turno, Abreu (2002) defende que o mau atendimento nas unidades sanitárias pode levar a um aumento da morbidade e mortalidade. Além disso, existem outros problemas como a privação de acesso adequado aos serviços de saúde, diminuição da adesão ao tratamento e deterioração da saúde da população.

Na área de assistência social, os problemas identificados incluem a falta de recursos financeiros adequados, a penúria de infra-estruturas e equipamentos médicos, a escassez de profissionais de saúde qualificados, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre áreas urbanas e rurais e a necessidade de melhorias na prevenção e controle de doenças.

Com a existência dos diversos problemas referenciados, que afectam o funcionamento da saúde em Moçambique, é essencial que o Assistente Social, munido de competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, elabore estratégias e mecanismos de protecção social da camada desfavorecida, visto que o mesmo desempenha um papel fundamental na área da saúde, sobretudo, no atendimento à pessoas desfavorecidas.

Entretanto, o principal problema que conduziu à realização do presente estudo foi o mau atendimento à Pessoas Desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde, em particular, no Centro de Saúde 1º de Maio no intervalo de 2018 à 2022, que a pesquisadora constatou ao longo do seu percurso como estagiária naquela unidade sanitária. O problema em alusão pode levar ao aumento da morbidade e mortalidade.

Pergunta de partida

Diante das diferentes abordagens apresentadas sobre o mau atendimento nas unidades sanitárias à Pessoas Desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde, bem como das estatísticas que impelem aos assistentes sociais a tomar posição e intervir no seu enfrentamento e mitigação, formulou-se a seguinte pergunta de partida: Que papel o Assistente Social desempenha no atendimento à pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde, em particular no Centro de Saúde 1º de Maio

Hipóteses

Para dar resposta prévia à pergunta de partida, avançou-se com duas hipóteses, a saber:

H0: O papel do Assistente Social no atendimento à pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde não consiste em formular estratégias e políticas sociais direccionadas ao sistema de saúde, bem como avaliar as necessidades sociais dos pacientes, encaminhamento, apoio sentimental e psicológico aos pacientes e suas famílias, em prol dos direitos sociais dos pacientes.

H1: O papel do Assistente Social no atendimento à pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde consiste em formular estratégias e políticas sociais direccionadas ao Sistema de Saúde, bem como avaliar as necessidades sociais dos pacientes, encaminhamento, apoio sentimental e psicológico aos pacientes e suas famílias em prol dos direitos sociais dos pacientes.

Objectivos

Geral:

- ✓ Analisar o papel do Assistente Social no atendimento à pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde, com particular realce para o Centro de Saúde 1º de Maio, no período de 2018 à 2022.

Específicos:

- ✓ Descrever o enquadramento funcional do Serviço Social na área da saúde e parâmetros de actuação dos Assistentes Sociais nos Centros de Saúde;
- ✓ Identificar os desafios e obstáculos enfrentados pelas pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde na Cidade de Maputo;
- ✓ Apresentar os instrumentos de mitigação e prevenção estabelecidos pelos Assistentes Sociais no Sistema Nacional de Saúde.

Justificativa

A escolha do tema foi motivada pelo facto de se observar várias situações relacionadas à violação dos direitos sociais nos centros de saúde a nível da Cidade de Maputo. Os problemas em causa, despertaram a nossa atenção e consideração, pois têm possibilitado diversas consequências por parte dos pacientes e dos serviços prestados pelo sistema de saúde em Moçambique.

No âmbito social, o trabalho possibilitará uma análise crítica e interventiva por parte das instituições financiadoras da saúde em Moçambique. Várias organizações não-governamentais, assim como a sociedade em geral, ganharão consciência sobre as disparidades e violação dos direitos à saúde em muitos hospitais a nível da Cidade de Maputo.

No âmbito académico, o trabalho servirá de alternativa para futuros estudantes, em particular, os do Serviço Social que aspiram aprofundar, e compreender o papel do Assistente Social no atendimento à pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde.

Estrutura do trabalho

Na primeira secção do presente trabalho apresenta-se a introdução que se debruça sobre a contextualização do tema, problematização, pergunta de partida, hipóteses, justificativa e os objectivos do trabalho. Quanto à estrutura, o trabalho está estruturado em cinco capítulos. No capítulo I, aborda-se o enquadramento teórico e conceptual, onde se apresenta a teoria que alicerça o tema e os conceitos operacionais.

No capítulo II, é descrito o plano de intervenção das actividades desenvolvidas no campo da pesquisa, com destaque para a apresentação de estratégias de intervenção social, com vista a trazer mudanças para os problemas identificados.

O capítulo III caracteriza os procedimentos metodológicos da investigação. Trata-se da natureza da pesquisa, tipo de pesquisa, objectivos, população e amostra, tipo de amostragem, instrumentos de colecta de dados. Esse capítulo girará em torno da metodologia aplicada para a realização do trabalho, com vista a facilitar a percepção da actuação do Assistente Social no atendimento à pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde.

O capítulo IV faz menção à análise e interpretação dos dados para melhor compreensão dos resultados da pesquisa feita no campo de intervenção e, por fim, o capítulo V apresenta a finalidade do trabalho, os resultados alcançados, os objetivos concretizados, as hipóteses validades, referências bibliográficas, apêndices e anexos.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Após a fase introdutória segue o presente capítulo cuja finalidade é discutir a teoria que sustenta a pesquisa e fazer a discussão dos conceitos-chave e sua operacionalização, com destaque para o conceito: dos conceitos-chaves e sua operacionalização.

1.1. Enquadramento Teórico

De acordo com Abreu (2002), o acesso a qualidade de saúde constitui um direito a todos os indivíduos inseridos numa sociedade ou num Estado de Direito Democrático. Todavia, a discrepância e a fragilidade no acesso à saúde tornam-se numa questão social em suas expressões estruturantes de desigualdade social, pauperismo, exclusão social, injustiça social, acumulação da riqueza e a não intervenção do Estado em políticas sociais de saúde, sobretudo, para as pessoas que se encontram em situação de pobreza e vulnerabilidade.

Nesta ordem de ideias, o Serviço Social, tem como base as suas três dimensões fundamentais: dimensão teórico-metodológica, técnico-operativa e a ético-política aliadas à teoria marxista. A mesma critica a não intervenção do Estado em políticas sociais, intervindo nas disparidades e desigualdades sociais existentes nas sociedades contemporâneas.

No entanto, no presente trabalho, optámos pela teoria marxista, defendida por Karl Marx (1818 - 1883), visto que a profissão do Serviço Social está alicerçada a essa teoria. Marx, citado por Oliveira (2009), acredita que a não intervenção do Estado em políticas de saúde para as pessoas em situação de pobreza gera desigualdades, pobreza, divisão de classes, discriminação, mendicidade, vulnerabilidade e acumulação do capital na minoria dos grupos.

De acordo com Oliveira (2009), a teoria marxista desenvolve-se através da análise das relações sociais, das estruturas de poder e da exploração económica, com base nos conceitos de luta de classes, materialismo histórico e alienação.

Assim, as relações sociais são vistas como acções determinadas pela estrutura económica da sociedade, ou seja, pelas relações de produção e pela luta de classes entre os detentores dos meios de produção (burguesia) e os trabalhadores (proletariado). Essas relações sociais são consideradas a base que molda as instituições políticas, jurídicas e culturais de uma sociedade.

De acordo com Marx (1818-1883), as instituições políticas são vistas como reflexo das relações de poder econômico. Na perspectiva de Marx, o Estado é considerado uma superestrutura que serve aos interesses da classe dominante, protegendo e mantendo a ordem capitalista.

As instituições políticas, como o governo, o sistema legal e as forças de segurança, são instrumentos utilizados pela classe dominante para manter sua posição de poder e controlar a classe trabalhadora. Neste sentido, conforme os marxistas, a transformação da sociedade envolve a superação dessas instituições políticas e a construção de um sistema baseado na propriedade coletiva dos meios de produção.

Para Marx (1818-1883), os detentores do poder são a classe dominante, que na sociedade capitalista são os proprietários dos meios de produção, ou seja, a burguesia. Eles possuem controle sobre os recursos econômicos e exercem influência sobre as instituições políticas e sociais para manter sua posição de poder e explorar a classe trabalhadora (proletariado).

Ainda na teoria marxista, as lutas de classe são vistas como o motor da mudança social. Marx argumenta que a sociedade é dividida em classes antagônicas - a burguesia (proprietário dos meios de produção) e o proletariado (trabalhadores assalariados). Essas classes têm interesses opostos e entram em conflito pela distribuição dos recursos e pela busca do poder. Portanto, lutas de classe são vistas como inevitáveis e necessárias para a transformação da sociedade, mas têm como objetivo final superar a exploração e estabelecer uma sociedade sem classes.

Entretanto, as falhas no atendimento à pessoas desfavorecidas nos centros de saúde têm a sua razão de ser nas relações sociais, capitalistas e na relação que se estabelece com o novo modo de produzir na sociedade. Elas não resultam da vontade dos profissionais da saúde e muito menos das pessoas excluídas do Sistema Nacional da Saúde. Resultam da pobreza extrema, da mendicidade, das desigualdades de classes, da acumulação de capital (Marx 1818-1883).

Na concepção de Marx (1818-1883), a falta de acesso à qualidade de saúde devia-se à exclusão social, desigualdades sociais e injustiça social dentro do sistema capitalista. Vários proletários que sofriam acidentes nas fábricas padeciam de cuidados hospitalares e algumas unidades de saúde apenas atendiam pessoas da alta classe, sob alegação de que os proletários não tinham os mesmos direitos que os burgueses.

Assim, como o desenvolvimento das reivindicações feitas pelos proletários ao Estado burguês, a igreja, juntamente com a burguesia, começou a intervir em questões sociais direccionadas à pessoas desfavorecidas nas sociedades e em todas as instâncias das instituições públicas (hospitais, escolas, transporte, justiça etc.) garantindo assim que os trabalhadores tivessem acesso à qualidade de saúde no sistema capitalista.

Ainda assim, a teoria marxista, numa análise capitalista, oferece uma observação crítica e interventiva do Assistente Social no que diz respeito ao atendimento à pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde. Todavia, o Assistente Social, munido de competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, visa identificar e desenhar políticas sociais direccionadas ao Sistema de Saúde, oferecer acessoria e monitoria a funcionários e profissionais de saúde, formar e capacitar os profissionais em matérias de determinantes sociais de saúde, bem como os cuidados no atendimento de pacientes que apresentam dificuldades para aceder os serviços de saúde.

Portanto, relacionou-se a teoria Marxista ao tema, pois a mesma, numa primeira fase, procura compreender as socializações (familiares, centros de saúde, escolares, nos grupos de pares, ou nas instituições culturais, desportivas, políticas, religiosas), como as interacções das pessoas desfavorecida com os profissionais da saúde, assim como as estruturas governamentais responsáveis pelo Sistema Nacional de Saúde e, numa segundo fase, procura compreender a organização do Estado sob ponto de vista das disparidades sociais, limitações no acesso à saúde e a não intervenção das políticas sociais para uma boa qualidade de saúde na Cidade de Maputo e em Moçambique no geral.

1.2. Enquadramento Conceptual

A discussão de conceitos permite a aproximação da realidade empírica, através do estabelecimento de dimensões e indicadores. Na elaboração do presente trabalho operacionalizaram-se os conceitos chave a saber: Assistente Social, saúde, pessoas desfavorecidas e Desigualdades Sociais em Saúde e o enquadramento do Serviço Social em Saúde bem como a Prática do Assistente Social no Sistema Nacional de Saúde.

1.2.1. Assistente Social

Para entender melhor o conceito de Assistente Social é preciso destacar, o projecto ético-profissional do serviço social o qual direcciona o seu entendimento em termos de princípios e valores éticos e político, visando à defesa permanente dos direitos sociais e humanos, da democracia e das oportunidades de participação dos sujeitos com quais se trabalha (Netto, 1995, p. 6).

O assistente social é um profissional formado em Serviço Social e que tem como objecto de trabalho a “Questão Social” com suas diversas expressões (Piana, 2009, p.15). Este actua na formulação, execução e avaliação de serviços, programas e políticas sociais que visam à preservação, defesa e ampliação dos direitos humanos e da justiça social.

Por um lado, Raichelis (2009, p. 17) considera o assistente social como um profissional que, actua sobre certos factores relacionados com interacções dos indivíduos com o meio envolvente. Ele é responsável por realizar o planeamento e execução de políticas públicas e programas sociais que promovem o bem-estar colectivo e a integração do indivíduo na sociedade.

No entanto, o Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empoderamento a promoção da pessoa, permitindo o assistente social tornar-se um agente de mudança e de transformação social.

Qualquer que seja o problema levado ao assistente social (seja de caso ou de grupo), o auxílio dado pode ser de três diferentes tipos: compreensão passiva, guiar e aconselhar na solução do problema e providenciar ou tornar mais acessíveis os meios práticos de ajuda, recursos materiais tangíveis ou serviços que elas não têm ou não podem alcançar (Núncio, 2015. P. 20).

Os autores supracitados convergem na ideia de que, o assistente social é um profissional formado numa área científica específica, Serviço Social, que possui na actualidade uma soma das experiências em diferentes campos de actuação. Ele modifica a sua forma de actuação profissional, levando em consideração a demanda que lhe é atribuída e a necessidade de responder às exigências e às contradições da sociedade capitalista.

No presente trabalho é considerado Assistente Social o profissional formado em Serviço Social que actua em defesa permanente dos direitos sociais e humanos, da democracia e das oportunidades de participação dos sujeitos, a quando a sua inserção na sociedade.

1.2.2. Saúde

A Organização Mundial de Saúde (1998) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconómica, a saúde é assim apresentada como um valor colectivo, um bem de todos.

A definição de saúde da OMS (1998) está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social, pois percebe-se que a saúde não depende apenas do estado físico, mental e social, porém existem outros factores que estão por detrás desses aspectos que não são mencionados na definição da OMS (1998).

Em uma publicação de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) reforça esse conceito, apontando quatro condições mínimas para que um Estado assegure o direito à saúde ao seu povo: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país.

No contexto moçambicano, a Constituição de República de Moçambique de (1999) considera a saúde direito de todos e dever do Estado. Para garantir esse direito, criou-se o Sistema Nacional de Saúde que se baseia em três pilares: universalidade, igualdade, e integralidade no atendimento.

Actualmente, após sua criação e mesmo enfrentando problemas financeiros, políticos e administrativos, apesar de existir esses problemas, existem políticas de saúde direccionadas à atendimentos de todos cidadãos.

Os autores acima citados são unânimes em considerar a saúde como o conjunto de pilares adoptados para o alcance e concretização de boa qualidade de vida do ser humano. A perspectiva

de OMS (1998) conformou-se à linha desta pesquisa pois, destaca elementos relevantes, como: Direitos sociais e de ideologia política ou condição socioeconómica.

1.2.3. Pessoas Desfavorecidas

Segundo Bento (2019), o conceito de pessoas desfavorecidas esta relacionada a pobreza tal como é definida pela actual literatura e políticas de desenvolvimento, é uma construção relativamente recente, este termo tem sido utilizado para designar pessoas que estão em situações de precariedade material, psicológica, emocional, espiritual e sentimental.

O conceito de pessoas desfavorecidas varia de acordo com lugares e países, com os informantes e com a percepção individual no tocante à sua posição socioeconómica e à influência do sistema social onde as suas acções estão inseridas.

Estas percepções permitem-nos inferir que o conceito das pessoas desfavorecidas está associado não apenas à posse de bens materiais e rendimentos, mas, igualmente às relações sociais mais estáveis, bem como à uma maior intervenção do Estado na provisão de condições económicas e sociais conducentes ao desenvolvimento dos indivíduos e do seu bem-estar (Mate et al. 2007, p. 15).

À semelhança do que se verifica na generalidade dos países, Moçambique tem assistido, nas últimas décadas, a pressões demográficas que obrigam as cidades a transformações permanentes. Desde sempre, as cidades foram consideradas como centros de desenvolvimento económico, cultural e civilizacional Faísca (2009); Freitas (2009) e Maia, (2009).

A cidade torna-se mais que nos campos, um território de disponibilidades, um território social. A maneira como as pessoas se agrupam para viver é diferente da maneira como residem e convivem no campo.

Assim sendo, segundo Mingione (2009) apud Mela (2010, p. 108), podemos considerar pessoas desfavorecidas na “ideia de que, por diversas razões e períodos de tempo variáveis, uma parte da população não têm acesso a recursos suficientes para lhe permitir sobreviver a um nível de vida mínimo, determinado histórica e geograficamente, que conduz a consequências graves em termos de comportamento e relações sociais.”

Segundo PARPA II¹: Impossibilidade por incapacidade, ou por falta de oportunidade de indivíduos, famílias e comunidades de terem acesso a condições mínimas, segundo as normas básicas da sociedade.

A falta de rendimentos necessários para a satisfação das necessidades alimentares e não alimentares básicas (Pobreza Absoluta, em termos de rendimento); Falta de rendimento suficiente para satisfação das necessidades alimentares e não alimentares essenciais, de acordo com as normas de sociedade (Pobreza Relativa);

- Pessoas Desfavorecidas são indivíduos que têm a falta de condições humanas básicas, como o analfabetismo, má nutrição, esperança de vida reduzida, saúde materna fraca, incidência de doenças de possível prevenção. Esta definição relaciona-se com as medidas indirectas da pobreza tais como acesso a bens, serviços e infra-estruturas necessárias para atingir condições humanas básicas. Saneamento, água potável, educação, comunicações, energia, etc.
- Pessoas Desfavorecidas são indivíduos com carência material; tipicamente envolvendo as necessidades da vida quotidiana como alimentação, vestuário, alojamento e cuidados de saúde (PARPA II, 2005-2009).

O mais característico de pessoas desfavorecidas é entendido actualmente como pessoas que não tem possibilidade de ter um emprego necessário para produzir uma autonomia própria na sociedade, todavia, nessas circunstâncias, a intervenção do Estado sobretudo para as pessoas desfavorecidas constitui um dos desafios visto que Moçambique apresenta enormes dificuldades financeiras e económicas para prestar assistência as mesmas pessoas.

Os autores acima citados convergem na ideia de que discutir a pessoas desfavorecida, ultrapassa a simples ideia de estar incapacitada. Para esta pesquisa entende que a pessoa desfavorecida são indivíduos que não têm condições necessárias para se reproduzir na sociedade.

Assim sendo, uma das características comuns relacionadas a essas pessoas são a falta de acesso a bens e serviços, a justiça social, educação, saúde, recursos sociais e a infra-estruturas o conceito de Santos (2019) orientou esta pesquisa.

1.2.4. Desigualdades Sociais em Saúde

Em diversos documentos oficiais e também no prefácio do Ministro da Saúde informe do Observatório da equidade de 2018-2023 é afirmado que Moçambique tem um compromisso político e constitucional de garantir que “todo o seu povo tenha acesso universal a cuidados de saúde e que ninguém fica empobrecido pelo binómio saúde e doença” e há reconhecimento de que as desigualdades por regiões, idade e género fazem necessário avançar no acesso universal à saúde e “uma distribuição de recursos que responda às necessidades em saúde, e que eleve as oportunidades para que haja saúde para todos” (Ministério da Saúde, 2023). No entanto, desigualdades sociais em saúde persistem no país.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2023), desigualdades em saúde são diferenças observadas entre grupos populacionais relativas às condições de saúde ou à distribuição dos determinantes de saúde (Comission on Social Determinants of Health - CSDH, 2018-2023). Referem às condições e aos indicadores de saúde de grupos populacionais que podem ser identificados por características socioeconómicas, locais, de género, raça, cor e etnia.

Desigualdades sociais em saúde são mediadas pelo acesso e a qualidade dos serviços de saúde assim como as características dos sistemas de saúde mas principalmente são produzidas e reproduzidas por condições sociais e mais especificamente, pela inserção relativa na estrutura social, pelas condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem (Comission on Social Determinants of Health - CSDH, 2018-2023).

No entanto, isso tem implicações para a organização dos sistemas de saúde e a provisão dos serviços mas também enfatiza que as desigualdades sociais em saúde não se resolvem unicamente a partir de intervenções no sector de saúde.

Um estudo recente sobre os determinantes sociais da saúde em Moçambique neste sentido aponta que factores macrossociais, medidos pelo lugar de residência, são os principais condicionantes das desigualdades sociais em saúde (Jones, 2020).

Em relação aos sistemas de saúde e seu papel e como os mesmos lidam com às desigualdades sociais em saúde, há consenso no reconhecimento da importância da Atenção Primária à Saúde (Starfield, 2002).

Como alguns outros países da África Subsaariana, Moçambique tem conseguido avançar na equidade em saúde a partir da ampliação da Atenção Primária. A política de saúde do país está comprometida com a cobertura universal de saúde e com os Cuidados de Saúde Primários conforme o PESS (2018-2023).

No entanto, as Nações Unidas alertaram em um relatório de 2022 que a ampliação do acesso aos serviços de saúde possivelmente não é suficiente para sustentar melhorias nos indicadores de saúde e profundas desigualdades sociais em saúde persistem em Moçambique. De forma semelhante é afirmado no PESS 2018-2023:

A capacidade de resposta do sistema de saúde a estes enormes desafios é ainda limitada: a rede sanitária cobre apenas cerca de metade da população, e algumas das Unidades Sanitárias não possuem condições adequadas para a provisão de serviços de saúde de qualidade, quer em termos de recursos humanos, quer de equipamento, medicamentos e outros insumos (MISAU – PESS 2018-2023).

Isso é confirmado em outras pesquisas (Mitano et al 2016; Loewenson & Simpson, 2015). Llop-Girones et al (2018), por exemplo, apontaram que há desigualdades no acesso aos serviços de saúde, sendo significativamente menor nas zonas rurais do Norte do país e do centro em comparação com as zonas urbanas no Sul do país (Llop-Girones et al, 2018).

Resultados semelhantes foram publicados por Anselmi, Lagarde e Hanson (Anselmi, Lagarde, & Hanson, 2018) que destacaram barreiras geográficas, com a distância aos serviços de saúde sendo o principal determinante de acesso aos serviços.

Entre problemas na qualidade dos serviços de saúde, a análise do inquérito domiciliar do orçamento familiar realizado pelo INE e publicado por Llop-Gironés et al (2018) indica a falta de medicamentos e tempo de espera, mas não encontrou diferenças na qualidade dos serviços entre homens e mulheres ou por indicadores socioeconómicos

Em termos gerais, a análise global de Gwatkin e colegas demonstra que praticamente todos os indicadores de saúde seguem um gradiente social, desfavorecendo os quintis mais pobres. Os dados ainda demonstram que a cobertura da atenção básica é insuficiente, deixando os sectores mais pobres sem serviços essenciais (Gwatkin, 2018).

1.2.5. Quadro Legal da Saúde em Moçambique

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (2001) determina que “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar [a si] e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários. Portanto é indiscutível seja um direito de todos, qualquer pessoa tem o direito de obter atendimento e acesso aos serviços básicos de saúde e medicamentos considerados essenciais, tal como definidos pela OMS (2010)².

O Direito à Saúde corresponde a um conjunto de normas de direito, privado e público, com objectivo principal de promoção da saúde humana, quer considerada na perspectiva da prestação de cuidados individuais, quer enquanto bem de uma comunidade.

Neste sentido, a Constituição da República de Moçambique (CRM 2004), no capítulo V referente aos direitos sociais, garante, no artigo 89, a todo o cidadão o direito à saúde. Esse direito, por seu turno, faz parte dos chamados grupos de direitos fundamentais de segunda geração³, “os direitos sociais, culturais e económicos”, que estão ligados intimamente à direitos de prestações sociais do Estado perante o indivíduo.

Para a nossa reflexão, julgamos ser relevante fazer referência à classificação tripartida do direito à saúde, posto que a nossa abordagem irá incidir sob uma delas, o acesso aos serviços de saúde. Com base nesta classificação, o direito à saúde divide-se em três partes, nomeadamente: (i) Direito à Saúde Pública, que regula a intervenção do Estado na protecção e promoção da saúde pública; (ii) Direito à Medicina, que regula a relação médico paciente e, por último, (iii) Direito às Prestações de Saúde, que regula o acesso do cidadão às prestações de saúde.

O presente trabalho debruça-se sobre o atendimento e o acesso aos serviços de saúde como componentes do direito à saúde, concentrando-se nas obrigações do Estado moçambicano,

² Vide Art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (2001).

³ Os direitos Fundamentais são classificados em gerações, sendo os da primeira geração correspondentes aos direitos clássicos civis e políticos; os direitos sociais, económicos e culturais correspondem a segunda geração; os de fraternidade e solidariedade em que se inclui à paz, meio ambiente, património, etc. correspondem a terceira geração e por último os da quarta geração que se referem a institucionalização do Estado Social e compreende o direito à democracia, à informação e ao pluralismo.

resultantes dos instrumentos internacionais de direitos humanos em particular na vertente dos direitos económicos, sociais e culturais, tendo em conta a vulnerabilidade da população moçambicana a doenças endémicas.

De acordo com Francisco (2012), para garantir que as pessoas em sociedade possam desfrutar do mais elevado nível possível de saúde, os direitos humanos impõem aos Estados três níveis de obrigações, nomeadamente: respeito, proteção e cumprimento ou implementação do direito à saúde.

A obrigação de respeitar o direito humano à saúde obriga o Estado a não interferir ou negar o gozo desse direito; O direito de proteger exige que o Estado previna e assegure que terceiros não impeçam a realização do direito à saúde e, por fim, o dever de cumprir requer que o Estado seja proactivo na garantia do acesso aos cuidados de saúde, providenciando, por exemplo, um número suficiente de unidades hospitalares e centros de saúde, em particular para as zonas rurais que mais necessitam.

Segundo a CRM (2022), no concernente à obrigação da implementação do direito à saúde, as obrigações do Estado com relação a esse direito, consistem em:

- ❖ Reconhecimento adequado do direito à saúde na legislação e políticas nacionais;
- ❖ Acesso, em termos de igualdade e sem discriminação, a todos os factores determinantes de saúde, tais como alimentação, água potável, saneamento básico, habitação adequada;
- ❖ Providenciar, aos Hospitais Públicos, serviços de saúde sexual e reprodutiva;
- ❖ Formação adequada do pessoal de saúde (médicos e outros);
- ❖ Providenciar número suficiente de hospitais, clínicas e centros de saúde e outras unidades de saúde relacionadas;
- ❖ Estabelecer instituições de aconselhamento e serviços de saúde mental.

De acordo com os princípios da CRM (2022), o Estado deve tomar medidas legislativas, administrativas, judiciais, económicas, sociais e educacionais e, se necessário, criar espaço para que haja medidas judiciais para reparação ou restituição do direito violado.

Com relação ao direito à saúde, o Comité dos Direitos Económicos e Sociais determina que os Estados têm, no mínimo, que cumprir as seguintes obrigações essenciais: (i) garantir o acesso à unidades hospitalares (centros de saúde ou outros), bens e serviços;

(ii) Providenciar medicamentos essenciais, tal como os definidos pela OMS e (iii) garantir uma distribuição equitativa das unidades, bens e serviços de saúde.

1.2.6. Sistema Nacional de Saúde

Durante os anos 70, com base nos diferentes tipos de socialismo africano e restrições económicas relacionadas com a geopolítica e assuntos sociais internos (Zurzi, 2004), países como Moçambique lutaram para construir um sistema de saúde pública abrangente, baseado em agentes comunitários de saúde, postos e centros de saúde, hospitais rurais e hospitais provinciais maiores.

O sistema de saúde público moçambicano incrementou fortemente a sua infra-estrutura em apenas dez anos, de 326 unidades de saúde em 1975 para 1.195 em 1985 (Zurzi, 2004), tornando-se num modelo de Cuidados de Saúde Primários, apostando na equidade e eliminando o serviço médico colonial que enfatizava o cuidado curativo e urbano.

Em meados da década de 90, a governabilidade de Moçambique era fraca, o orçamento do Estado para a saúde era muito escasso e várias instalações de saúde foram destruídas no âmbito de uma guerra civil, principalmente nas áreas rurais (Freitas, 2012).

Além disso, o clima neoliberal político e económico prevalecente introduziu grandes mudanças negativas para o funcionamento eficaz do sistema público. Por exemplo, em 1996, os salários dos funcionários públicos eram apenas um terço do que tinham sido em 1991 (Mackintosh, 2000).

Durante os anos subsequentes, a grande maioria dos moçambicanos utilizava um sistema de saúde pública enfraquecido (Organização Mundial de Saúde, 2016) com recursos muito limitados. A retórica predominante em relação ao bem-estar público, promovida num contexto de escassos recursos públicos e alta dependência internacional e muitas vezes condicionada da ajuda, colocou obstáculos adicionais à possibilidade de desenvolver uma abordagem mínima abrangente do sistema público de saúde (idem).

O actual Sistema Nacional de Saúde em Moçambique é bastante semelhante ao da maioria dos países da África Subsaariana. É caracterizado por um nível primário com uma infra-estrutura muito deficiente, pessoal de saúde pouco qualificado e, infelizmente, indisponibilidade de

requisitos básicos como água canalizada, fornecimento de energia confiável, medicamentos, oxigénio, transporte seguro ou diagnóstico e equipamento terapêutico.

Os dados representativos nacionais de Moçambique, por exemplo, mostram que apenas 34% das instalações dispunham dos três equipamentos básicos da infra-estrutura: água potável, saneamento e energia (ibidem).

Além disso, um número limitado de 42,7% das unidades sanitárias tinha disponíveis os medicamentos prioritários (Banco Mundial, 2015). As taxas de mortalidade no país são altas e, como outros países da África Subsaariana, a mortalidade em Moçambique concentra-se na infância, principalmente em crianças com menos de cinco anos de idade (Hansine & Arnaldo, 2019). Todavia, houve uma redução substancial na mortalidade geral no país com as taxas médias passando de 21,2 por mil em 1997 para 15,6 em 2007, o que é principalmente atribuído à queda das taxas de mortalidade infantil, “ que passaram de aproximadamente 140 por mil nascimentos para 64 por mil no final da década de 2000 (Hansine & Arnaldo, 2019) ”.

No Plano Estratégico do Sector de Saúde 2018-2023 (PESS 2018-2023), o MISAU reconhece que, apesar de avanços assinaláveis nas últimas décadas, o estado de saúde dos moçambicanos apresenta progressos desiguais e refere, entre outros, que as taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos decresceram substancialmente, em especial na mortalidade infantil, mas assinala que os progressos “são mais lentos na mortalidade neonatal, que representa 16% das mortes nesta faixa etária e nas taxas de mortalidade materna que continuam igualmente altas, com tendência estacionária e influenciadas pelas elevadas taxas de fecundidade” (MISAU - PESS 2018-2023).

A esperança de vida ao nascer melhorou ligeiramente, tendo passado de 42 anos em 1997 para 50,9 em 2003, 53,1 anos em 2011 e 53,7 anos em 2017 (MISAU, 2018), sendo 51 para homens e 56,5 para mulheres, mas é marcada por um perfil epidemiológico dominado por doenças transmissíveis como HIV, Tuberculose, e também por Doenças Não Transmissíveis como Malária, Hipertensão e Diabetes. Moçambique é um dos países mais afectados pela pandemia do HIV, onde, em 2017, aproximadamente 2,1 milhões de pessoas estavam vivendo com o HIV, e destas, 170 mil eram crianças de 0-5 anos (Sousa et al., 2013).

De acordo com os dados do INCAM (2019), apresentados no relatório anual de balanço do sector da saúde de 2018, as principais causas de morte em Moçambique são: malária (28,8%), HIV/SIDA (26,9%), doenças do período perinatal (6,8%), doenças diarreicas (4,4%), pneumonia (4,3%) e acidentes/causas externas (3,9%).

1.2.7. Enquadramento Funcional do Serviço Social na Área da Saúde

1.2.7.1. Parâmetros de Actuação dos Assistentes Sociais

De acordo com Kisnerman (2001), os Assistentes Sociais na área da saúde actuam em diferentes esferas, das quais importa destacar quatro principais eixos: 1º Atendimento directo aos usuários; 2º Mobilização, participação e controle social; 3º Investigação, planificação e gestão; 4º Assessoria, qualificação e formação profissional. Importa realçar que estes eixos não devem ser vistos ou tratados de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade.

1.2.7.1.1. Atendimento Directo aos Usuários

O atendimento aos usuários dá-se em diferentes espaços de actuação profissional na saúde, desde a atenção básica até aos serviços que se organizam a partir de atenção de média e alta complexidade nos centros e postos de saúde, policlínicas, institutos de saúde, maternidades, centros de apoio psicossocial, hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo universitários, onde Moçambique ainda carece de uma estrutura sólida. No atendimento directo aos usuários destacam-se: Acções socio-assistenciais; Acções de articulação com a equipe médica e Acções Socioeducativas (Kisnerman, 2001).

1.2.7.1.2. Mobilização, Participação e Controle Social

Segundo Adam (2001), este eixo envolve um conjunto de acções voltadas a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde, movimentos sociais em espaços democráticos de controlo social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas). Neste âmbito, destacam-se como principais acções:

- ❖ Estimular a participação de usuários e familiares na luta por melhores condições de vida;
- ❖ Mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- ❖ Contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planificação e avaliação nas unidades de saúde e na política local, municipal, provincial e nacional de saúde (Adam, 2001);
- ❖ Articular permanentemente com entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços colectivos;
- ❖ Estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando o fortalecimento do controlo social por meio de cursos e debates sobre temáticas afins;
- ❖ Incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde ao nível nacional, provincial e municipal;
- ❖ Identificar e articular as instâncias de controlo social e movimentos sociais nos diversos serviços de saúde (Adam, 2001).

1.2.7.1.3. Investigação, Planificação e Gestão

Para Adam (2001), o presente eixo envolve um conjunto de acções que têm como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir em equipa e intersectorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão, favorecendo os usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais. Mostra-se crucial a inserção de Assistentes Sociais nos espaços de gestão, planificação e investigação, tendo como directriz o projecto ético-político e profissional, com vista as seguintes acções:

- ❖ Elaborar planos e projectos de acção profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais;
- ❖ Contribuir na construção do plano estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde, inclusive no que concerne a deliberação das políticas;
- ❖ Elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio da documentação técnica e investigação;
- ❖ Participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- ❖ Identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistemas de registo (Adam, 2001).
- ❖ Realiza a avaliação do plano de acção por meio da análise das acções realizadas pelo Serviço Social e pela instituição (em equipe) e os resultados alcançados;
- ❖ Participa nas comissões e comités temáticos existentes nas instituições, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DTS/ SIDA, humanização, violência doméstica, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando, o projecto profissional do Serviço Social (Adam, 2001).

Nesta senda, para Adam (2001), neste eixo, os Assistentes Sociais realizam estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde; Participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias ao nível local, regional e provincial.

- ❖ Realizam investigações de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiência, entre outros, objectivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e panificação de rotinas e acções necessárias;
- ❖ Participar das investigações que estabeleçam a relação entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando fornecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho (Adam, 2001);

Integram a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados e sensibilizam os gestores de saúde para a relevância do trabalho do assistente social nas acções de planificação, gestão e investigação (Adam, 2001).

1.2.7.1.4. Assessoria, Qualificação e Formação Profissional

As actividades de qualificação e formação profissional visam o aprimoramento profissional tendo como objectivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Elas envolvem a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação dos estudantes da área do Serviço Social na saúde, assim como a assessoria.

As principais acções a serem realizadas neste âmbito são: Fortalecer o controlo democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde, em todos níveis; Formular estratégias colectivas para a política de saúde da instituição, bem como para outras esferas, por meio da organização e coordenação de seminários e outros eventos; Criar campos de estágio e supervisionar directamente os estagiários do Serviço Social e estabelecer a articulação com unidades académicas (Kisnerman, 2001).

CAPÍTULO II: PLANO DE INTERVENÇÃO

Torna-se imperioso em qualquer trabalho da profissão do Serviço Social orquestrar o plano de intervenção destinadas ao grupo-alvo em estudo para melhor compensar e analisar o objecto em estudo. Entretanto, este capítulo que gira em torno do plano de intervenção, destina-se a apresentação das principais acções ou estratégias de intervenção social que visam reverter a situação do problema identificado. Todavia, foram desenhadas acções e estratégias de intervenção social com a finalidade de trazer mudanças para as pessoas desfavorecidas no Centro de Saúde 1º de Maio de Maputo.

2.1. Fortalecimento de Acções Sócio-Assistenciais no Centro de Saúde 1º de Maio

A primeira actividade consistiu em fortalecer acções sócio-assistenciais no Centro de Saúde 1º de Maio no período em que a pesquisadora fez-se presente na Instituição. No entanto, essa actividade tinha como objectivos: mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas; incentivar a participação dos pacientes no processo de elaboração, fiscalização e avaliação dos programas estabelecidos pelo Centro de Saúde 1º de Maio e sensibilizar os gestores de saúde para a relevância do trabalho do Assistente Social nas acções de planificação, gestão e investigação.

Assim, participaram desta actividade, a Direcção Técnica do Centro de Saúde 1º de Maio, os profissionais de saúde, os pacientes, as activistas sociais e os profissionais do Instituto Nacional de Acção Social (INAS), em coordenação com as organizações não-governamentais para materialização da intervenção social no Centro de Saúde 1º de Maio.

O instrumento utilizado nesta actividade foi a observação participante, que constitui uma técnica muito utilizada, mas pouco entendida como tal. Ela pode ser traduzida em: ouvir com atenção e não fazer pré-julgamentos e/ou discriminação dos pacientes que se encontram na fila de atendimento. Ademais, o diário de campo também foi uma das técnicas fundamentais para anotações dos eventos decorridos no Centro de Saúde 1º de Maio e a entrevista consistiu em entender como eram feitos os apoios e cuidados aos pacientes.

2.2. Programa de Sensibilização sobre os Direitos Sociais das Pessoas Desfavorecidas

A actividade tinha como objectivo efectuar as campanhas e divulgação sobre os direitos sociais dos pacientes no Centro de Saúde 1º de Maio, todavia, os direitos giravam em torno do acesso à qualidade de vida na unidade hospitalar, direito de ser atendido com urgência, acesso a assistência médica e medicamentosa. A actividade consistia em criar um espaço saudável e divertido, na discussão sobre os modos de tratamentos que os pacientes eram concebidos pelos profissionais de saúde.

Entretanto, a actividade visava aumentar a consciencialização e mobilização dos pacientes e dos funcionais da saúde para mudança de comportamento quanto ao atendimento e à prestação de cuidados hospitalares a todos actores envolvidos no Sistema Nacional de Saúde. A campanha foi concretizada na presença da Direcção Administrativa do Centro de Saúde 1º de Maio juntamente com os responsáveis do Instituto Nacional de Acção Social para melhorar diversas multifaces da questão social. Durante o processo da actividade, muitas famílias desfavorecidas ficaram satisfeitas com as estratégias de campanha, pois algumas delas não tinham acesso a informação sobre os direitos de atendimento e prioridade no Sistema Nacional de Saúde.

Participaram desta actividade, a Direcção Técnica do Centro de Saúde 1º de Maio, os profissionais da saúde, os pacientes, as activistas sociais e os profissionais do Instituto Nacional de Acção Social (INAS), com horizonte temporal de 3 semanas. Os instrumentos utilizados nesta actividade para a recolha de dados foram o diário de campo e o parecer social. Este último, de acordo com Favero (2010), refere-se à opinião que o/a Assistente Social emite sobre uma situação estudada, opinião esta baseada na análise realizada e que desta conter os aspectos mais pertinentes da situação.

Para Favero (2010), o diário de campo é um instrumento que anota os dados utilizados pelos pesquisadores, académicos, investigadores, entre outros. A sua utilização consiste em anotar todos os acontecimentos observados no campo de pesquisa ou no campo de intervenção. A materialização do diário de campo foi no contexto em que se anotou todos os acontecimentos observados pelo pesquisador no local da pesquisa, no âmbito de colecta de dados. Assim sendo, foram anotadas todas as questões sociais observadas no Centro de Saúde 1º de Maio de modo a perceber as suas manifestações e interferências com os pacientes.

2.3. Atendimento e Integração Social das Pessoas Desfavorecidas no Centro de Saúde 1° de Maio

Essa actividade tinha como objectivo garantir o bem-estar social junto ao convívio familiar dos pacientes, dar prioridade a todos os pacientes com dificuldades de acesso a saúde, integrar a equipe de activistas sociais no controlo e avaliação, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados; fortalecer o controlo democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde, em todos os níveis e elaborar um programa de educação permanente para os profissionais do Serviço Social, bem como participar em conjunto com os demais trabalhadores da saúde, do programa da qualificação profissional a ser promovida pela instituição.

Assim sendo, participaram desta actividade, a Direcção Técnica do Centro de Saúde 1° de Maio, os profissionais de saúde, os pacientes, as activistas sociais e os profissionais do Instituto Nacional de Acção Social (INAS) com um horizonte temporal de 3 semanas. Para mais, actividade consistiu também em analisar as condições de saúde que os pacientes apresentavam para depois elaborar um plano de acção para todos actores do Sistema Nacional de Saúde e, por fim, compreender as interacções e os significados que as pessoas desfavorecidas patenteavam em suas famílias e na sociedade em relação às desigualdades sociais e direitos ao acesso à saúde na cidade de Maputo.

A técnica de observação directa materializou-se no contexto em que a pesquisadora ouviu atentamente as situações relativas às desigualdades sociais em saúde e a fraca qualificação dos seus profissionais no atendimento à pessoas desfavorecidas, concretamente no Centro de Saúde 1° de Maio. Dentre outras situações, observou-se as consequências da falta de saúde, os índices de pobreza para as famílias que não têm acesso à saúde e as desigualdades sociais, bem como a não redistribuição equitativa do capital financeiro na Cidade de Maputo.

Durante a materialização desta actividade, pode-se notar que muitas pessoas desfavorecidas padecem de diversas necessidades básicas na família, como educação, alimentação e moradia no bairro em que o hospital se encontra.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

No capítulo anterior fez-se a apresentação do plano de intervenção que consiste na organização sistemática das actividades a serem levadas a cabo na perspectiva de mitigar o problema social identificado.

No presente capítulo são apresentados e descritos os caminhos adoptados para a elaboração do trabalho. Assim, consta neste capítulo a natureza, e tipo de pesquisa, o método a caracterização do local e da população da pesquisa, as técnicas e os instrumentos utilizados na recolha dos dados, o procedimento adoptado na análise e interpretação dos dados, os cuidados observados para a garantia da fiabilidade e validade dos dados, bem como na observância das questões éticas e, finaliza-se com os constrangimentos verificados no estudo.

3.1. Natureza da Pesquisa

A presente pesquisa é de natureza mista, pois segundo Gil (2008), a pesquisa mista é uma combinação de resultados de pesquisa naturais e resultados de pesquisa sociais exibidos em um só resultado de pesquisa. Nesta senda, Minayo (2008) frisa que a pesquisa mista é um método de pesquisa que envolve abordagens qualitativas e quantitativas em uma mesma investigação (como a colecta de dados, o uso de perspectivas, análise e técnicas de inferência qualitativas e quantitativas), com a finalidade de aprofundar e desenvolver os conhecimentos e sua corroboração, de modo que os métodos sejam aplicados com coerência e precisão.

Assim sendo, no Serviço Social, a pesquisa mista pode ser aplicada para investigar questões sociais complexas e compreender as experiências dos indivíduos e comunidades. Através da combinação de métodos quantitativos, como levantamentos estatísticos, com métodos qualitativos, como entrevistas e estudos de caso, os Assistentes Sociais podem obter uma visão abrangente das necessidades, desafios e impactos das intervenções sociais. Isso permite uma tomada de decisão informada e o desenvolvimento de estratégias eficazes para promover o bem-estar social (Favero, 2013).

Os Assistentes Sociais podem identificar os impedimentos de acesso aos serviços de saúde, as demandas emocionais e sociais dos pacientes e desenvolver intervenções para melhorar o atendimento e a qualidade de vida dessas pessoas.

3.1. 1. Tipo de Pesquisa

Em relação ao tipo de pesquisa recorreremos a pesquisa de campo e a pesquisa bibliográfica, pois segundo Lakatos e Marconi (2011), a pesquisa de campo é um tipo de pesquisa que envolve a colecta de dados directamente do local onde ocorre a questão social estudada. É realizada por meio de observações, entrevistas, questionários ou experimentos conduzidos no ambiente real em que o objecto de estudo se encontra.

A pesquisa de campo é importante pois permite a obtenção de dados e informações de forma directa e contextualizada, possibilitando uma compreensão mais profunda da questão social. Ela permite a colecta de dados em tempo real e a análise das interacções e influências da esfera sobre a questão de análise, contribuindo para a validade e relevância dos resultados obtidos (Gil, 2008).

Assim sendo, a pesquisa de campo na profissão do Serviço Social é essencial para o entendimento da realidade social dos indivíduos e comunidades atendidas. Ela permite a colecta de dados sobre suas necessidades, demandas, recursos disponíveis e contextos específicos, auxiliando os profissionais a desenvolverem intervenções mais efectivas e embasadas, promovendo a justiça social e o bem-estar das pessoas assistidas (GIL, 2010).

Permitiu a sistematização de dados reactivos ao atendimento das pessoas desfavorecidas no Centro de Saúde 1º de Maio, questionando quais eram os principais factores inibidores dessa questão social para melhor perceber e intervir na problemática em causa.

Para Thiollent (2013), a pesquisa de campo é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma acção ou com a resolução de um problema colectivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos do modo cooperativo ou participativo.

3.2. Quanto ao Objectivo

Quanto ao objectivo, recorreremos a pesquisa descritiva. De acordo com Minayo (1986, p.14), a pesquisa descritiva tem como objectivo de descrever as características de determinadas populações ou fenómenos.

Levantam opiniões e crenças de uma dada população. Podem ser associadas as pesquisas explicativas e as exploratórias. Segundo Trivinos (1987), a pesquisa descritiva como sendo

aquela que descreve com exactidão os factos e questões sociais de determinada realidade. Esta pesquisa permite que o investigador em função do objecto e dos objectivos da pesquisa correlacione todas as informações em busca da validade da mesma.

Podem ser encontradas tanto descrições quantitativas e/ou qualitativas quanto acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante. A pesquisa descritiva dá-se precedência ao carácter representativo sistemático e, em consequência, os procedimentos de amostragem são flexíveis.

Dessa forma, apresentam descrições quantitativas e qualitativas exactas entre as variáveis determinadas, muitas vezes são usadas em ciências sociais tanto quanto em ciências exatas a fim de ilustrar e interpretar os dados em formas de tabelas, gráficos, modelos, diagramas numa base estatístico.

Entretanto, a pesquisa descritiva foi materializada em contexto em que o pesquisador descreve todas as características do Centro de Saúde 1º de Maio procurando entender a sua funcionalidade, as normas de atendimento ao paciente, os códigos que protegem as pessoas desfavorecidas no atendimento e as percepções bem como as interações sociais entre os profissionais da saúde no atendimento dos usuários.

A pesquisa descritiva possibilitou um olhar crítico e sistemático das informações que os usuários tinham em relação as manifestações da questão social no Centro de Saúde 1º de Maio.

3.3. População e Amostra

3.3. 1. População

De acordo com Yin (2008), a população refere-se ao conjunto de indivíduos que vivem em uma determinada área geográfica ou que compartilham características específicas, como idade, género, etnia, entre outros. No entanto, as características da população podem variar dependendo do contexto em que estão sendo consideradas.

Assim sendo, no presente trabalho analisaremos essas características da população estudada no Centro de Saúde 1º de Maio para melhor compreender o problema estudado e relacionar com a teoria Marxista bem como a importância da profissão do Assistente Social no atendimento das pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde na cidade de Maputo e Moçambique no

geral. Todavia, essas são apenas algumas das características que podem ser consideradas ao analisar uma população, e elas podem variar dependendo do objectivo da análise e das informações disponíveis.

3.3.2. Amostra

Amostra de acordo com Yin (2008a), é um subconjunto representativo de uma população maior que é seleccionado para fins de pesquisa ou estudo. A amostra é usada para fazer inferências ou generalizações sobre a população como um todo, considerando que os resultados obtidos na amostra podem ser aplicados à população maior. Diante disso, Gil (2010), fundamenta que amostra é um subconjunto ou fracções de certas populações ou um universo que serve para estabelecer resultados onde se estima algo.

Entretanto, de acordo com a Direcção Administrativa do Centro de Saúde 1º de Maio, no período de 2018 às 2022, mais de 5 mil pessoas foram atendidas no Centro de Saúde. Portanto, o universo populacional do presente trabalho é constituído por 5 mil pessoas atendidas no Centro de Saúde 1º de Maio no período de 2018 à 2022 em função da perspectiva temporal do estudo. No entanto, fizeram parte dessa amostra cerca de 40 pessoas sendo 35 pacientes e 5 funcionários de ambos os sexos diferentes e com idade compreendidas em 18 aos 50 anos de idade. Neste panorama, a escolha da amostra deveu-se pelo facto das pessoas que se encontravam no Centro de Saúde 1º de Maio apresentar condições exactas e elegíveis para o processo de investigação e entrevista feita pela pesquisadora no campo de intervenção social.

3.4. Instrumentos de Colecta de Dados

3.4.1. Entrevista Semiestruturada

Em relação aos instrumentos de recolha de dados recorreremos a entrevista semiestruturada, pois segundo Minayo (2010), a entrevista semiestruturada é um método de entrevista que combina perguntas predefinidas com a possibilidade de explorar outros tópicos de interesse durante a conversa.

Segundo Favero (2010), a entrevista semiestruturada desempenha um papel importante na investigação científica, pois permite colectar dados qualitativos directamente dos participantes.

Ela ajuda a compreender as perspectivas, experiências e opiniões dos entrevistados, fornecendo insights valiosos para a pesquisa e enriquecendo os resultados obtidos.

A entrevista semiestruturada sobre o tema papel do Assistente Social no atendimento das pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde pode ser materializada por meio de perguntas que abordem a actuação do Assistente Social, suas responsabilidades, desafios enfrentados, colaboração com outros profissionais de saúde, impacto nas políticas públicas e experiências práticas na área de saúde.

A entrevista sobre o papel do Assistente Social no Sistema Nacional de Saúde permite obter informações directamente dos Assistentes Sociais actuantes na área de Saúde, possibilitando uma compreensão mais aprofundada de suas experiências e contribuições para o sistema de saúde. Isso ajuda a analisar e avaliar o impacto do Assistente Social na promoção da saúde e no bem-estar dos indivíduos e comunidades.

3.4.2. Observação Directa

De acordo com Gil (2010), a observação directa é uma técnica de colecta de dados em que o pesquisador observa e regista directamente os comportamentos, acções e interacções dos participantes em um determinado contexto, sem interferir ou influenciar o ambiente observado.

No entanto, ao participar activamente do ambiente e interagir com os participantes, o pesquisador pode capturar informações contextuais, observar comportamentos e processos em tempo real, e obter respostas que podem não ser obtidos apenas por meio de entrevistas ou análise documental. Isso enriquece a descrição e a análise do caso, fornecendo uma perspectiva mais completa e significativa (Gil, 2010).

Portanto, segundo Souza (2013), a observação directa é importante para a área do Serviço Social, pois permite aos Assistentes Sociais obterem informações de primeira mão sobre as situações e contextos em que os usuários, grupos, e comunidades estão inseridos.

Permitiu a pesquisadora vivenciar e participar activamente do ambiente hospitalar, interagindo com os profissionais de saúde e demais profissionais. Isso proporciona uma compreensão mais profunda das práticas do Assistente Social no suporte emocional, orientação, encaminhamentos e articulação de recursos para os pacientes e suas famílias no contexto hospitalar.

3.5. Validade e Fiabilidade dos Resultados

Para garantir a validade dos resultados da pesquisa foi utilizado a validade externa, interna, e validade de constructo, que permitiu olhar de uma forma aprofundada na questão social do papel de Assistente Social no atendimento à pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde, estudo de caso no Centro de Saúde 1º de Maio, e tentar perceber as estratégias e políticas sociais a fim de materializar nas camadas mais desfavorecidas.

O conceito de fidedignidade refere-se à consistência ou estabilidade de uma medida. Tome-se o exemplo de uma balança. Se essa acusa o mesmo peso para um mesmo objecto em momentos diferentes, pode ser considerada fidedigna.

3.6. Aspectos Éticos da Pesquisa

Com vista à observância dos aspectos éticos, evitou-se situações e questões que causassem danos físicos e/ou psicológicos aos participantes da pesquisa.

Assim sendo, as questões foram elaboradas tendo em conta as características e sensibilidades dos participantes da pesquisa e do local da pesquisa Centro de Saúde do 1 de Maio, bem como observando as medidas de segurança impostas pela pandemia da COVID-19 e por tratar-se de um Hospital.

Para a recolha de dados numa pesquisa é crucial observar alguns aspectos para garantir uma participação informada e ética. Como um dos aspectos éticos, usou-se o termo de consentimento informado que abrange a informação e a compreensão plena do sujeito acerca dos procedimentos a que será submetido: os riscos e os desconfortos potenciais, os benefícios e os seus direitos, bem como a livre escolha ou voluntariedade e manifestação inequívoca de vontade.

Portanto, explicou-se os objectivos da pesquisa aos participantes, levando-se em consideração a sensibilidade na qualidade de pesquisadores. Alguns estudos mostram que o envolvimento do sujeito na pesquisa nem sempre é garantido, mesmo que sejam esclarecidos sobre os objectivos da pesquisa, por isso, não se deixou de elucidar-lhes que os dados da pesquisa seriam meramente manuseados de forma sigilosa.

CAPÍTULO IV: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo, pretende-se fazer a apresentação, análise e a interpretação dos dados colectados no contacto que se teve com pessoas desfavorecidas e os profissionais da saúde no Centro de Saúde 1º de Maio. Entretanto, nessa secção, utilizou-se a abordagem mista de modo a perceber-se as principais percepções, interacções, práticas e factores que influenciam no atendimento à pessoas desfavorecidas no centro de saúde.

4.1. Perfil Sociodemográfico dos Entrevistados

Nesta secção apresenta-se o perfil sociodemográfico dos entrevistados, entretanto, de acordo com a Direcção Administrativa do Centro de Saúde 1º de Maio, no período de 2018 a 2022, mais de 5 mil pessoas foram atendidas no Centro de Saúde. Portanto, o universo populacional do presente trabalho é constituído por 5 mil pessoas atendidas no Centro de Saúde 1º de Maio no período de 2018 à 2022 em função da perspectiva temporal do estudo.

No entanto, nesse capítulo iremos debruçar em torno da amostra como parte das pessoas entrevistadas pela pesquisadora no campo de pesquisa. Assim sendo, fizeram parte dessa amostra cerca de 40 (quarenta) pessoas sendo que 35 (trinta e cinco) são pacientes e 5 (cinco) são funcionários de ambos os sexos diferentes e com idade compreendidas em 18 aos 50 anos de idade.

As entrevistas giravam em torno das seguintes variáveis: idade, género, estado civil, profissão e nível de escolaridade. Assim sendo, das 40 (quarenta) pessoas entrevistadas, 25 (vinte e cinco) são casadas maritalmente e 15 (quinze) são solteiros, em relação a nível de escolaridade, 5 (cinco) pessoas têm o Ensino Técnico Profissional (funcionários da saúde), 20 (vinte) pessoas têm 4ª classe do Ensino Primário, 9 (nove) pessoas tem a 12ª classe do Ensino Secundário Geral e 6 (seis) pessoas tem 10ª classe do Ensino Secundário Geral. Em relação a nível da profissional, 5 (cinco) pessoas são funcionários do Estado e 35 (trinta e cinco) pessoas são desempregadas.

Essas variáveis possibilita-nos a compreender os principais problemas decorrentes nas instituições de saúde ao nível da cidade de Maputo e as ocorrências do mau atendimento no Centro de Saúde 1º de Maio, visto que muita das pessoas entrevistadas alegavam a violação dos direitos sociais dos pacientes.

Tabela 1. Estado civil dos Entrevistados

Estado civil	Número dos entrevistados	Percentagem (%)
Casados	25	63%
Solteiros	15	37%
Total	40	100%

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

A tabela acima apresenta o estado civil dos entrevistados sendo que 63% dos entrevistados são compostos pelas pessoas casadas maritalmente e 37% pelas pessoas que estão solteiras. No entanto, o que podemos constatar de certa forma é o número de pessoas casadas oficialmente que aderem aos serviços de atendimentos nas unidades sanitárias. As reais causas que as levam podem ser várias, dentre elas, o tratamento de diferentes doenças.

Isso fundamenta-se nas frases de Minayo (2010) que argumenta sobre o número de pessoas que aderem aos serviços de tratamento nas unidades sanitárias são compostas pelos homens casados, pois as pessoas casadas são facilmente afectadas pelas doenças devido aos conflitos existentes na relação conjugal.

Assim, devido ao stress causado no casamento, pode influenciar o estado psicológico, sentimental e emocional do mesmo indivíduo. Para o autor, uma pessoa solteira dificilmente vive uma vida amarga e estressante, pois não tem com o que se preocupar, nem pelos cuidados dos filhos, manutenção da casa, renda entre outras.

Entretanto, podemos afirmar categoricamente que as críticas feitas pelo autor podem ser aplicadas no contexto da pesquisa, visto que o maior número das pessoas entrevistadas eram casadas maritalmente. Também, podem existir outros factores relacionados a essa problemática. O que trouxe-se na pesquisa é uma visão comparativa das críticas feitas pelo autor de modo a se trazer uma abordagem mais holística e sistemática dessa questão social.

Tabela 2. Idade dos Entrevistados

Idade	Número dos Entrevistados	Porcentagem (%)
De 18 a 25 anos de idade	15	38%
De 25 a 35 anos de idades	10	25%
De 35 a 45 anos de idade	8	20%
De 45 a 50 anos de idade	7	17%
Total	40	100%

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

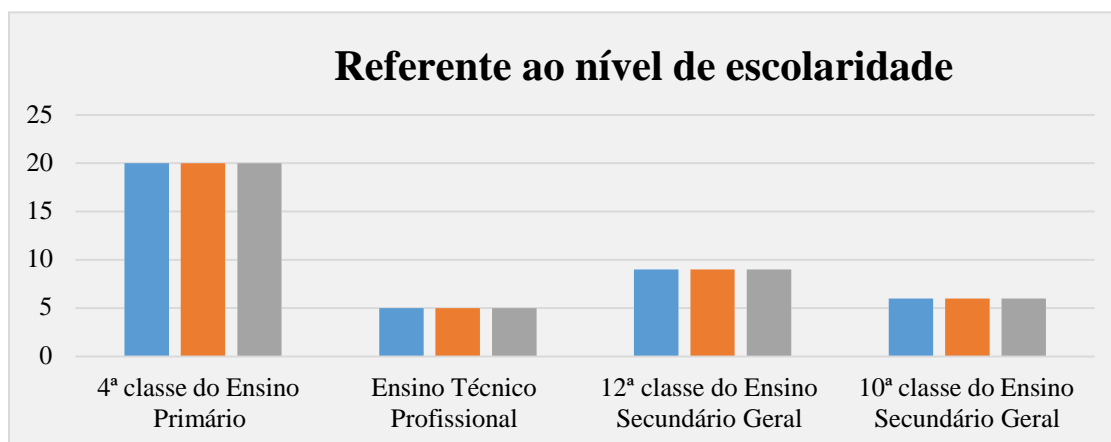
A tabela acima apresenta a idade dos entrevistados, o que de certa forma podemos concluir que num intervalo de 18 à 25 anos de idades temos 15 pessoas entrevistadas com uma percentagem de 38%, no intervalo de 25 à 35 anos de idades temos 10 pessoas entrevistadas com uma percentagem de 25%, no intervalo de 35 a 45 temos 5 entrevistados com uma percentagem de 20% de 45 a 50 anos de idade temos 7 entrevistados com uma percentagem de 17%.

A variável idade é importante nas ciências sociais porque influencia o comportamento, as relações sociais e as experiências individuais e colectivas das pessoas ao longo do tempo. A variável idade é importante nas ciências sociais porque permite analisar e compreender os diferentes estágios de desenvolvimento humano, as mudanças sociais ao longo das gerações e as desigualdades e diferenças de experiências entre diferentes faixas etárias (Lotos, 2012).

Entretanto, para Lotos (2012), a variável idade é importante ao tema do papel do Assistente Social no atendimento das pessoas desfavorecidas em contexto hospitalar, pois permite compreender as necessidades e demandas específicas de diferentes faixas etárias, adaptando as intervenções e os serviços oferecidos de acordo com as características e particularidades de cada grupo.

As demandas específicas podem variar de acordo com a faixa etária, mas algumas demandas comuns podem incluir apoio emocional, orientação sobre direitos e benefícios, suporte na tomada de decisões médicas, encaminhamento para serviços de saúde mental, cuidados paliativos e planeamento familiar.

Gráfico 1. Nível de escolaridade



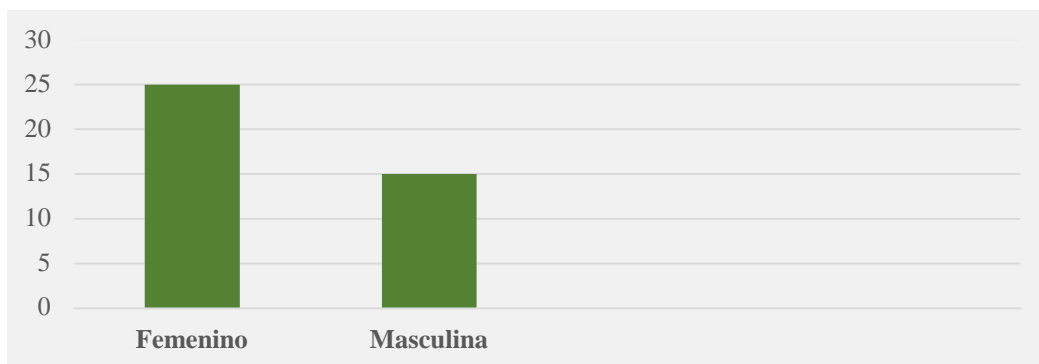
Fonte: Elaborada pela autora (2023)

O gráfico acima apresenta o nível da escolaridade dos entrevistados, o que de certa forma possibilita-nos compreender que o maior número das pessoas entrevistadas são as que se encontram na 4ª classe do ensino primário com 20 pessoas. Assim sendo, o número a seguir são consideradas 9 pessoas com apenas 12ª classe.

Entretanto, a variável escolaridade é importante no Serviço Social porque influencia o acesso a oportunidades, recursos e serviços, além de impactar o nível de conhecimento, habilidades e capacidades das pessoas para lidar com desafios sociais, econômicos e educacionais. A escolaridade também pode afectar a participação cívica, a empregabilidade e o empoderamento dos indivíduos.

Assim, de acordo com Lotos (2012), a variável escolaridade é importante no tema do papel do Assistente Social no atendimento a pessoas desfavorecidas contexto hospitalar, pois pode influenciar a compreensão das informações de saúde, a capacidade de tomar decisões informadas e o acesso a recursos e serviços de saúde. A escolaridade também pode afectar a autonomia e a participação activa dos pacientes no processo de cuidados de saúde.

Gráfico 2. Género dos Entrevistados



Fonte: Elaborada pela autora (2023)

O gráfico acima apresenta o género dos entrevistados, no entanto, o maior número são compostos pelas mulheres reactivamente aos homens. Isto possibilita-nos a uma análise profunda e sistemática das informações colhidas no campo de pesquisa.

4.2. Desafios e Obstáculos que às Pessoas Desfavorecidas Enfrentam nos Centros de Saúde na cidade de Maputo

De acordo com Tomas (2019), as pessoas desfavorecidas podem enfrentar diversos desafios nas unidades sanitárias a nível da cidade de Maputo, dentre elas, a dificuldade em acessar atendimento médico devido à falta de documentos de identificação, a falta de informação sobre os serviços disponíveis nos centros de saúde, dificuldade em localizar familiares ou contactos para fornecer informações médicas relevantes, os possíveis problemas de comunicação devido a barreiras linguísticas ou falta de familiaridade com o sistema de saúde.

Na mesma senda, a entrevistadora questionou as pessoas que se encontravam no Centro de Saúde 1º de Maio sobre os desafios e obstáculos que elas enfrentavam naquela instituição. As respostas foram descritas em dados a seguir:

“Em todos hospitais a nível da cidade de Maputo existem um mau atendimento, pese embora que em certos casos essa violência não é denunciada, porém existem um mau atendimento. No meu caso, a maior dificuldade que enfrentei no processo de aderência nas unidades sanitárias está ligada com maus-tratos, abusos e discriminação por parte dos funcionários da saúde, espero que um dia o Ministério da Saúde possa contratar

médicos qualificados de modo a atender com mais profissionalismo” (senhora de 38 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

“Uma das dificuldades que tenho enfrentado é a falta de informação sobre os serviços disponíveis nos centros de saúde especialmente aqui no 1º de Maio. Os meus vizinhos disseram-me que faziam o tratamento de doenças da mama para mulheres que tinham sintomas de inchaço e dores. Porém, quando cheguei nesse atendimento, disseram-me que só fazem esse tipo de atendimento no Hospital Central, fiquei totalmente sem saber o que fazer pois a minha amiga foi atendida nesse centro de saúde” (Senhor de 37 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

“A dificuldade que enfrento nessa instituição é a falta de informação, pois, em certos caso, o que eles publicam não vai de acordo com as práticas” (Jovem de 25 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

Ainda assim, para Tomas (2019), as dificuldades em relação aos serviços disponíveis nos centros de saúde podem se manifestar das seguintes maneiras a falta de conhecimento sobre quais os serviços de saúde estão disponíveis em cada centro, a dificuldade em obter informações sobre horários de atendimento, especialidades médicas e procedimentos disponíveis, a falta de acesso a medicamentos e tratamentos específicos devido à falta de conhecimento sobre sua disponibilidade, o desconhecimento sobre os critérios de elegibilidade para determinados programas de saúde ou benefícios, a falta de orientação adequada sobre os procedimentos para marcação de consultas ou obtenção de atendimento especializado e ausência de informações claras sobre os custos dos serviços e possíveis opções de assistência financeira.

Ao exemplo disso, a pesquisadora questionou as pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade sobre as principais dificuldades que encaravam no Centro de Saúde 1º de Maio. As respostas foram descritas em dados a seguir:

“O obstáculo que encaro todos os dias está ligada com a falta de acesso a medicamentos e tratamentos específicos devido à falta de conhecimento sobre sua disponibilidade, aqui não existem medicamentos suficientes para todos, sempre que vamos na farmácia para obter os medicamentos, não somos entregues todos medicamentos dizem que não tem

medicamentos e podemos ir comprar na farmácia privada. Imagina se não temos dinheiro suficiente para comprar medicamentos fora, o que faremos? Morremos por falta de medicamentos? Acredito que Estado deverá olhar nesses pormenores. O medicamento é Muito essencial para o equilíbrio das unidades sanitárias” (Senhor de 27 anos de idade, Centro de Saúde 1° de Maio, 20/10/2023).

“O desafio que enfrento é a falta de orientação adequada sobre os procedimentos para marcação de consultas ou obtenção de atendimento especializado. Sinceramente, nesses hospitais existem estagiários que não têm experiência nessa área, que dizer, não sabem tratar bem os pacientes, nem organização de filas, tanto quanto o encaminhamento aos serviços especiais” (Senhora de 32 anos de idade, Centro de Saúde 1° de Maio, 20/10/2023).

Nesse contexto, para Tomas (2019), um outro desafio que os pacientes enfrentam nas unidades sanitárias é o risco de discriminação ou estigma que se manifesta em tratamento diferenciado ou preconceituoso por parte dos profissionais de saúde devido ao status de pessoas desfavorecidas, a falta de confidencialidade na divulgação do status de pessoa desfavorecida para outros pacientes ou funcionários do centro de saúde, a estigmatização da pessoa desfavorecida, resultando em um tratamento inadequado ou negação de serviços médicos, a dificuldade em obter suporte emocional ou psicológico adequado devido à falta de compreensão ou empatia por parte dos profissionais de saúde, as barreiras adicionais na busca de atendimento médico, como a necessidade de comprovar a identidade ou provar o status de pessoa desfavorecida.

Diante disso, a pesquisadora questionou as pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade sobre as principais complicações que observavam no Centro de Saúde 1° de Maio As respostas foram descritas em dados a seguir:

“A discriminação é um assunto muito serio que deve ser combatida em todas instâncias hospitalares. Eu em particular já sofri varias vezes, por que tenho uma doença incurável, tiveram que me tratar com discriminação”. (Senhora de 28 anos de idade, Centro de Saúde 1° de Maio, 20/10/2023).

“Eu já sofri várias de preconceito por parte dos profissionais de saúde devido na medida que eles viram minhas condições económicas, em centros caso, não existe a

confidencialidade na divulgação do status de pessoa que não tem condições necessárias para poder pagar aos serviços médicos, essa falta de confiabilidade leva com que os profissionais de saúde divulguem informações que podem nos prejudica”. (Jovem de 18 anos de idade, Centro de Saúde 1° de Maio, 20/10/2023).

Outras dificuldades estão relacionadas a cobranças e corrupção nos hospitais que manifesta-se das seguintes maneiras: cobranças indevidas ou excessivas por serviços médicos, medicamentos ou procedimentos; A exigência de suborno ou pagamento extra para receber atendimento médico adequado; O desvio de recursos financeiros destinados ao funcionamento do hospital, resultando em falta de equipamentos, suprimentos e pessoal adequados; As práticas corruptas envolvendo a alocação de vagas em procedimentos cirúrgicos, internações ou acesso a medicamentos; A falta de transparência nas despesas e orçamentos do hospital, dificultando a prestação de contas e o combate à corrupção (Tomas, 2019).

No entanto, a pesquisadora questionou sobre as práticas ilegais que ocorriam no Centro de Saúde 1° de Maio como um dos obstáculos que as pessoas desfavorecidas enfrentavam. Os mesmos responderam o seguinte:

“Existem cobranças ilícitas nesses hospitais, principalmente quando queremos entrar de parto, geralmente tem nos cobrados certos valores simbólicos para poder o processo correr tranquilamente. Caso não tenhamos dinheiro de parto, podemos receber um atendimento mau e sem assistência.”. (Senhora de 35 anos de idade, Centro de Saúde 1° de Maio, 20/10/2023).

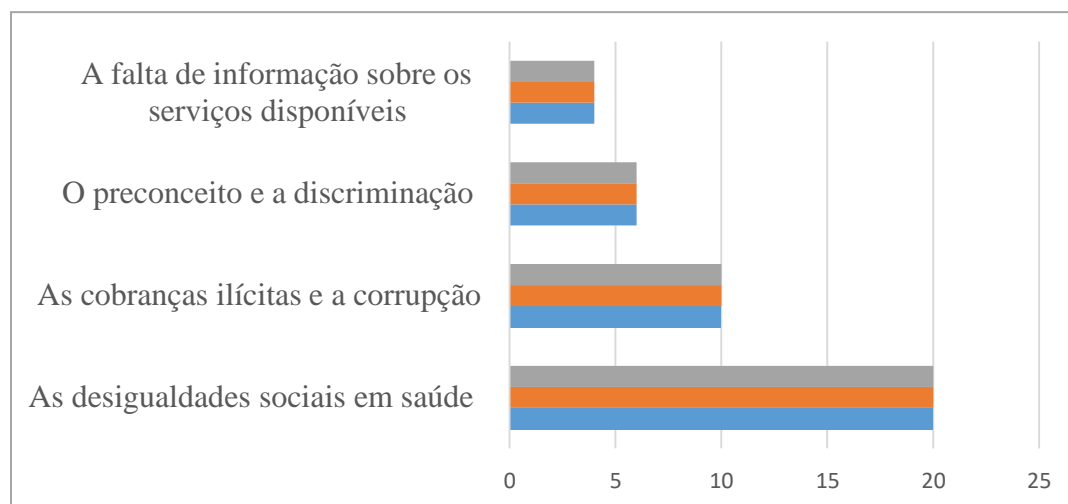
“É normal que em todas instituições de saúde cobrem certos valores para que todo processo corra bem. Caso não paguemos, as coisas não vão andar bem. Principalmente para nós pobres” (Senhora de 55 anos de idade, Centro de Saúde 1° de Maio, 20/10/2023).

Andrade (2011) frisa a questão das desigualdades sociais na saúde que manifesta-se das seguintes maneiras: o acesso limitado a serviços de saúde de qualidade devido a disparidades económicas e sociais; a dificuldade em obter atendimento médico adequado devido à falta de recursos financeiros ou seguro de saúde, as disparidades na qualidade dos serviços de saúde entre áreas urbanas e rurais, as diferenças no acesso a medicamentos, vacinas e tratamentos entre

grupos socioeconômicos, a maior prevalência de doenças e condições de saúde em populações desfavorecidas, as desigualdades na distribuição geográfica de recursos médicos, resultando em áreas com poucos serviços de saúde disponíveis. Entretanto, podemos associar o pensamento do autor nas seguintes declarações do paciente:

“De certa forma existem as diferenças no acesso a medicamentos, vacinas e tratamentos entre grupos socioeconômicos e também, a maior prevalência de doenças e condições de saúde em populações desfavorecidas”. (Senhora de 55 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

Gráfico 3. Desafios e Obstáculos que às Pessoas Desfavorecidas Enfrentam nos Centros de Saúde



Fonte: Elaborada pela autora (2023)

O gráfico acima apresenta os desafios e obstáculos que as pessoas desfavorecidas enfrentam nos centros de saúde. Entretanto, o gráfico mostra que o maior número dos entrevistados apontam as desigualdades sociais em saúde como os principais factores que influenciam o mau atendimento nas unidades sanitárias. Em contrapartida, 10 pessoas das entrevistas apontaram nas questões ligadas com as cobranças ilícitas e a corrupção, 6 pessoas apontaram nas questões ligadas com o preconceito e a discriminação, e 4 pessoas apontaram a falta de informação sobre os serviços disponíveis como os maiores obstáculos no acesso a saúde na cidade de Maputo.

Tendo em conta que o maior número apontaram nas desigualdades sociais em saúde, podemos relacionar com a teoria marxista usada no presente trabalho, pois vem fundamentar que as

desigualdades sociais são os principais factores que influenciam na precarização do sistema nacional de saúde em todas as sociedades. Assim as desigualdades sociais em saúde podem ser Falta de acesso a tecnologias e sistemas de informação adequados para facilitar o registo e acompanhamento dos pacientes, falta de infra-estruturas suficientes, falta de condições socio económicas entre outras.

4.3. Actuação do Assistente Social no Combate à Violação dos Direitos à Saúde no Centro de Saúde 1º de Maio

Acerca da operacionalização das acções desenvolvidas no Centro de Saúde 1º de Maio, a análise dos dados colhidos demonstra que os pacientes consideram que as principais demandas para atendimento surge de questões onde existe a violação dos direitos dos indivíduos na realidade social, tais como a tabela abaixo apresenta:

Tabela 3. Violação dos Direitos à Saúde no Centro de Saúde 1º de Maio

Violação dos Direitos à Saúde no Hospital 1º de Maio	
Manifestações	Encaminhamentos para rede socioassistencial
	Direito a informação e cuidados hospitalares
	Acesso a medicamentos e serviços especializados
	Orientações diversas para casos relacionados a determinantes sociais da saúde
	Assistência emocional, psicológica, e sentimental

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

Assim é possível considerar que no sector da saúde as demandas direccionadas ao atendimento do Assistente Social são de múltiplas complexidades. Dessa forma, de acordo com o Código de ética da profissão os Assistentes Sociais devem ter como princípio fundamental a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio. A diversidade das demandas exige que o Assistente Social esteja em constante movimento de reflexão e em busca de articulações com redes externas Centro de Saúde 1º de Maio. As demandas requerem múltiplos conhecimentos dos profissionais, e conhecimento sobre a rede socio assistencial.

O Centro de Saúde 1º de Maio é caracterizado pela grande rotação de pacientes quotidianamente. Assim, é imprescindível que no atendimento o Assistente Social busque reconhecer todas as demandas do usuário, e ali buscar as devidas providências.

De acordo com os dados, os principais instrumentais utilizados nas acções desenvolvidas são entrevistas, relatórios, documentos institucionais, ficha de notificação de violência, relatórios e pareceres.

Além disso a Secretaria de Saúde possui uma plataforma online de prontuário chamada, que permite visualizar e realizar anotações e observações e acompanhar evoluções acerca das condições sociais dos pacientes, porem, devido a falta de recurso financeiros, essa plataforma ainda não se encontram em funcionalidade.

Ao exemplo disso, a pesquisadora questionou sobre as soluções que as pessoas desfavorecidas ansiavam para a mitigação de violência no Centro de Saúde 1º de Maio. Os mesmos responderam o seguinte:

“Precisamos de um funcionário que luta na protecção social e democracia dos pacientes nessa instituição. Temos recebido certos activistas que desempenham essa função, mas acredito que não é suficiente para articular esse problema.”. (Senhora de 49 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

“Sinceramente falando, nessa instituição não existem um psicólogo para trabalhar com as pessoas que sofrem de depressão, ansiedade e doenças graves. Em todos centros de saúde deve haver a necessidade de integrar uma equipe que tem conhecimentos e habilidades de trabalhar com emoções, sentimentos e sobretudo na violação dos nossos direitos”. (Senhor de 36 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

“Eu em particular já sofri violação dos meus direitos sociais, no entanto, o que me espantava é que não existia nenhum profissional que lutava sobre os meus interesses e sobretudo na salvação da minha dignidade. O Centro é muito maior, deve haver necessidade de contratar um profissional que trabalhar nesse âmbito”. (Senhora de 24 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

“Não existem nenhum profissional que faz o encaminhamento social e divulgação de informações relevantes nesse centro de saúde. Esses direitos estão sendo violados todas a vezes, nós como pacientes devemos lutar pelos nossos direitos, ou mesmo deveriam contratar alguém que sabe lidar com esses problemas, pois, a gravidade esta sendo maior e esta saindo do controle”. (Senhora de 26 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

Através dos dados acima podemos considerar que os usuários são violados os seus direitos sociais dentro do Centro de Saúde 1º de Maio. Entretanto, a ficha de reclamação e de notificação de violência é um instrumental utilizado para notificar qualquer tipo de violência encontrado nas instituições de Saúde, qualquer paciente pode realizar o preenchimento.

A Ficha é encaminhada para o órgão responsável para análise quantitativa objectivando a criação de novas Políticas Públicas contra violência. Os instrumentos são os elementos mediadores e potencializadores do trabalho, são as estratégias para realizar as acções. Configura-se como condição necessária de trabalho, e campo de mediação (Guerra, 2011).

De acordo com Guerra (2011), os “Parâmetros para actuação do Assistente Social na saúde” é possível considerar que as acções a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o carácter emergencial e burocrático, devem construir uma direcção socioeducativa através da reflexão com relação às condições sócio históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde.

De acordo com o Código de Ética Art.10, alínea “d” é dever do Assistente Social incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar. Assim, notam-se grandes dificuldades, pois os dados apontam que um dos grandes desafios para a operacionalização das acções são os impedimentos para concretizar o trabalho interdisciplinar

Segundo Guerra (2011), para compreendermos as complexidades que envolvem a precarização do trabalho e que atingem a operacionalização das acções no sector devemos ter por base que em razão das transformações económicas, políticas e sociais ocorridas no mundo a partir da reestruturação produtiva do capital, a classe trabalhadora vivencia os desajustes da sociedade capitalista, baseada no desmonte dos direitos, nos cortes orçamentários, na desregulamentação das economias nacionais e no desmantelamento das políticas sociais.

As profissionais lidam com a problemática a partir de uma visão crítica da realidade, por entenderem que se trata de uma questão estrutural, em que o mundo do trabalho sofre as consequências da reestruturação produtiva do capital e da ordem neoliberal.

Neste contexto, o Serviço Social enquanto profissão que está inserida na divisão social e técnica do trabalho, também sofre essas consequências que são nítidas na falta de profissionais na equipe e falta de recursos (Guerra, 2011).

4.4. Perspectiva dos Profissionais de Saúde em Relação ao atendimento nos Centros de Saúde 1° de Maio

De acordo com Lazaro (2019), vários profissionais de saúde tem uma perspectiva positiva em relação ao atendimento nos centros de saúde, no entanto, muitos estão comprometidos em garantir acesso igualitário e de qualidade aos serviços de saúde para todos.

Assim sendo, para garantir a igualdade no atendimento às pessoas desfavorecidas, são adoptadas diversas estratégias, como: políticas de saúde inclusivas e abrangentes que priorizam o acesso aos serviços para todos, independentemente de sua condição socioeconómica.

A implementação de programas de saúde comunitários que levem os serviços de saúde directamente às áreas desfavorecidas; A promoção da educação em saúde e conscientização sobre os direitos à saúde, para capacitar as pessoas a buscarem o atendimento adequado; O estabelecimento de parcerias com organizações não-governamentais e instituições locais para ampliar o acesso aos serviços de saúde; As medidas para reduzir as barreiras financeiras, como subsídios, isenções de taxas e programas de assistência financeira (Lazaro, 2019).

Nessa senda, para Lazaro (2019) algumas das estratégias utilizadas para garantir a igualdade no atendimento às pessoas desfavorecidas engloba a eliminação das disparidades e promover a equidade na saúde, e outras estratégias podemos constatar:

- ❖ Regulamentação e padrões: Os serviços de saúde são regulamentados por órgãos governamentais e devem cumprir padrões estabelecidos para garantir a segurança e a qualidade do atendimento;
- ❖ Profissionais qualificados: Os profissionais de saúde devem ter formação adequada, licenciamento e actualização contínua para oferecer cuidados de qualidade;
- ❖ Protocolos e directrizes clínicas: São desenvolvidos protocolos e directrizes baseados em evidências para orientar o diagnóstico, tratamento e cuidados aos pacientes, promovendo a padronização e a qualidade dos serviços;

- ❖ Monitoramento e avaliação: São realizadas auditorias, inspecções e avaliações regulares para verificar o cumprimento dos padrões de qualidade e identificar áreas que precisam ser melhoradas;
- ❖ Feedback dos pacientes: A opinião dos pacientes é valorizada e utilizada para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, por meio de pesquisas de satisfação, reclamações e sugestões;
- ❖ Melhoria contínua: Os serviços de saúde buscam constantemente identificar áreas de melhoria, implementar mudanças positivas e aprender com as experiências para oferecer cuidados cada vez melhores (Lazaro, 2019).

Essas são algumas das medidas adotadas para garantir a qualidade nos serviços de saúde, visando proporcionar um atendimento seguro, eficaz e centrado no paciente. No entanto, a pesquisadora questionou aos profissionais de saúde sobre as suas perspectivas no atendimento das pessoas desfavorecidas no Centro de Saúde 1º de Maio. Os mesmos responderam o seguinte:

“Temos esforçado continuamente para um bom atendimento dos pacientes, no entanto, existem algumas dificuldades sobretudo nos recursos humanos. Trabalhamos profundamente para o atendimento dos cidadãos, porém, como havia dito, temos inúmeras dificuldades devido a falta de recursos financeiros”. (profissional de saúde de, 30 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

“A nossa perspectiva no atendimento das pessoas em situação de carência é muito esperançosa, pese embora que existem certas dificuldades no atendimento, no entanto, o processo de avaliação e monitoria está sendo muito positiva”. (profissional de saúde de, 42 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

“Existem estratégias e boas metodologias que temos feitos para a protecção dos pacientes. Portanto, os pacientes têm reclamado devido algumas dificuldades que por são enfrentados. No entanto, são desenvolvidos protocolos e directrizes baseadas em evidências para orientar o diagnóstico, tratamento e cuidados aos pacientes, promovendo a padronização e a qualidade dos serviços”. (profissional de saúde de, 37 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

“A nossa perspectiva no atendimento dos pacientes é excelente. Por isso temos auxiliados os cidadãos em várias. Por isso são realizadas auditorias para verificar o cumprimento dos padrões de qualidade e identificar áreas que precisam ser melhoradas”. (profissional de saúde de, 42 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

4.5. As Consequências do Mau Atendimentos nos Centros de Saúde

De acordo com Michel (2019), o mau atendimento à pacientes pode gerar inúmeras consequências nos centros de saúde, isto pode incluir atrasos no diagnóstico e tratamento, a insatisfação dos pacientes, a falta de confiança no sistema de saúde e possíveis complicações ou agravamento das condições de saúde.

Os efeitos do mau atendimento nos centros de saúde também podem incluir a deterioração da qualidade dos serviços de saúde, aumento da insatisfação dos pacientes, diminuição da confiança no sistema de saúde, impacto negativo na reputação da instituição e possíveis consequências negativas para a saúde dos pacientes.

No entanto, a pesquisadora questionou aos pacientes sobre as consequências no mau atendimento no Centro de Saúde 1º de Maio. Os mesmos responderam o seguinte:

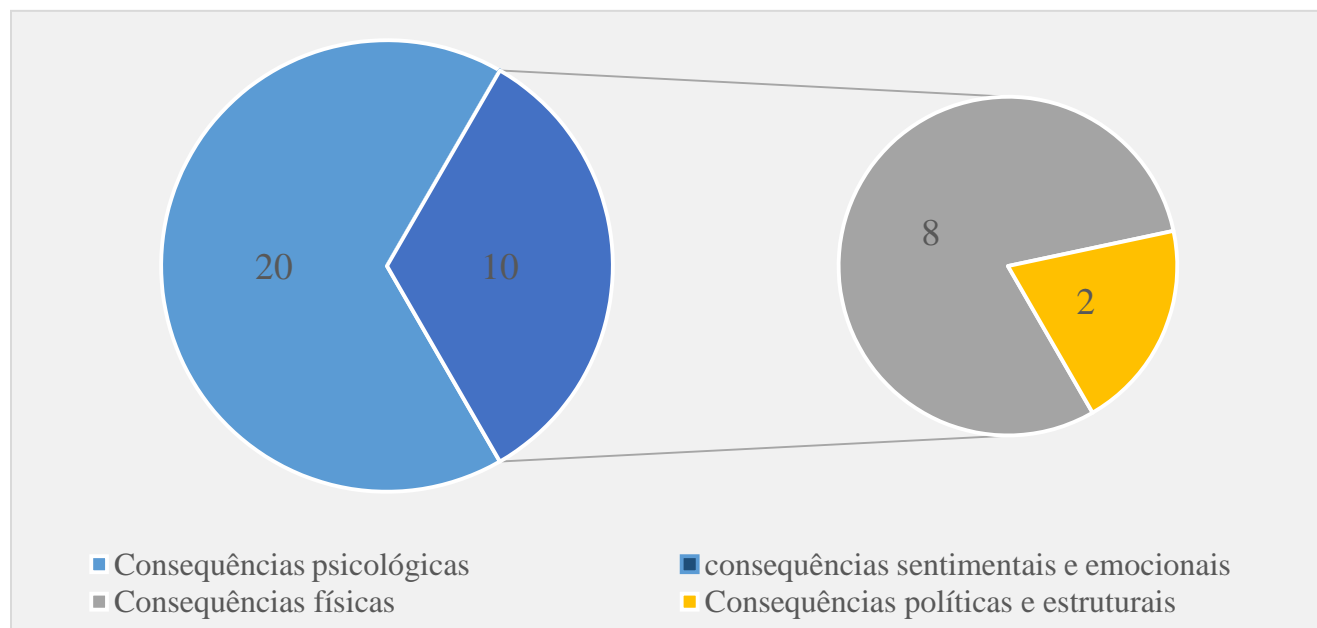
“Por vezes fico estressada, furiosa e não penso mais em voltar nesse hospital”. (Jovem de 21anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

“Fico insatisfeita, e geralmente perco a confiança no sistema de saúde”. (Senhor de 33 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

“Normalmente quando somos atendidos mal, a recuperação torna-se um calcanhar de Aquiles, a recuperação de dores depende de como somos atendidos. É algo psicológico na minha humilde opinião”. (Senhor de 54 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

“Eu tenho problemas sentimentais, facilmente me irrita com as coisas, então sim, quando somos atendidos com negligência ou abuso geralmente ficamos furiosos e perdemos credibilidade com o centro de saúde”. (Senhora de 51 anos de idade, Centro de Saúde 1º de Maio, 20/10/2023).

Gráfico 4. As Consequências do Mau Atendimentos nos Centros de Saúde



Fonte: Elaborada pela autora (2023)

O gráfico acima apresenta as respostas dos entrevistados, entretanto, 20 pessoas apontam que o mau atendimento pode gerar as consequências psicológicas que se caracteriza com a insatisfação dos pacientes, a falta de confiança no sistema de saúde e possíveis complicações ou agravamento das condições de saúde. 10 Pessoas das entrevistadas apontam que o mau atendimento pode gerar as consequências sentimentais e emocionais que se caracterizam como desinteresse no tratamento e abandono da unidade hospitalar.

Por outro lado, 8 pessoas das entrevistadas apontam nas questões físicas como uma das consequências do mau atendimento que se caracteriza como os atrasos no diagnóstico e tratamento adequados, a falta de acompanhamento adequado de condições médicas, possíveis complicações de saúde e agravamento das condições existentes. E por último 2 pessoas das entrevistadas apontam nas questões políticas e estruturais que se manifesta por críticas ao sistema de saúde, pressão por reformas e mudanças nas políticas de saúde, demandas por maior financiamento e recursos para os centros de saúde, e possíveis repercussões para os responsáveis pela gestão e operação dessas instituições.

4.6. Instrumentos de Mitigação e Prevenção Estabelecidos pelos Assistentes Sociais no Sistema Nacional de Saúde

A principal particularidade da actuação no sector da saúde é a imediaticidade que diz respeito principalmente a agilidade e capacidade que as demandas exigem das profissionais, pois em muitos momentos os atendimentos não podem ser transferidos para outro momento. O profissional deve buscar colher o máximo de informações necessárias para o atendimento, bem como compreender as reais demandas dos usuários (Iamamoto, 2001).

Uma das particularidades do processo de trabalho em saúde consiste na relação directa que se estabelece entre produção e consumo, no acto próprio da prestação do serviço. Por isso mesmo, os resultados do trabalho em saúde são sempre passíveis de imprevisibilidades e, diferentemente da produção industrial, têm uma dependência directa das situações e condições objectivas e subjectivas das partes envolvidas. Esse aspecto requer que a organização do trabalho em saúde incorpore mecanismos flexíveis, capazes de apreender as necessidades existentes com vistas a dar respostas concretas (Costa, 1997).

Os dados colhidos demonstram que as profissionais consideram que as particularidades da actuação no sector da saúde são:

Tabela 4. Instrumentos de mitigação estabelecidos pelos Assistentes Sociais na Saúde

Particularidades da Actuação no Sector da Saúde
❖ Acolhimento
❖ Escuta
❖ A diversidade das demandas
❖ Imediaticidade nos atendimentos

Fonte Elaborada pela autora (2023)

Aqui, de acordo com os resultados obtidos na pesquisa devemos problematizar sobre o que compõem o exercício profissional dos Assistentes Sociais no sector da saúde. A actuação do profissional não deve ser resumida apenas as particularidades descritas. É necessário

compreender que o exercício profissional deve estar além da imediaticidade, de acordo com os Parâmetros para actuação do Assistente Social na Saúde.

Tabela 5. Actuação crítica e reflexiva na Política de Saúde

Actuação crítica e reflexiva na Política de Saúde
Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do direito a saúde.
Elaborar e participar de projectos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
Efectivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados.
Tentar construir e/ou efectivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas.

Fonte Elaborada pela autora (2023)

4.7. Implementação do Plano de Intervenção Social

A primeira actividade consistiu em fortalecer acções sócio assistenciais no Centro de Saúde 1º de Maio no período em que a pesquisadora fez-se presente na Instituição. No entanto, a actividade tinha como objectivo de mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns. Participaram desta actividade, a Direcção Técnica do Centro de Saúde 1º de Maio, os profissionais de saúde, os pacientes, as activistas sociais e os profissionais do Instituto Nacional de Acção Social (INAS), em coordenação com as organizações não-governamentais para materialização da intervenção social no Centro de Saúde 1º de Maio. A actividade tinha como o tempo estabelecido de 3 semanas.

Nessa semana da actividade, a Directora do Centro de Saúde 1º de Maio alegou seguinte:

“Temos que sensibilizar e formar os profissionais de saúde em matéria de cuidados a saúde de modo a atender devidamente os nossos pacientes. A maior parte dos pacientes tem reclamado do mau atendimento, no entanto, essas formações e capacitações poderão auxiliar o processo de intervenção social dentro do centro de saúde”. (A Directora do Centro de Saúde 1º de Maio, 22/10/2023).

A segunda actividade consistiu em campanha e sensibilização sobre os direitos sociais das pessoas desfavorecidas. A mesma tinha como objectivo efectuar as campanhas e divulgação sobre os direitos sociais dos pacientes no Centro de Saúde 1º de Maio. Entretanto, participaram desta actividade, a Direcção Técnica do Centro de Saúde 1º de Maio, os profissionais da saúde com horizonte temporal de 3 semanas. Nessa semana da actividade, a Directora do Centro de Saúde 1º de Maio alegou seguinte:

“Sabemos que em todas instâncias de saúde a nível de Moçambique e particular na cidade de Maputo existem certas dificuldades no atendimento a pessoas que se encontram em situação de pobreza e vulnerabilidade devido a condição de corrupção, abusos, negligência, e violação de direitos sociais. No entanto, estamos a trabalhar para esses problemas serem resolvidos com mais urgência. Agradecemos a todos pela participação”. (A Directora do Centro de Saúde 1º de Maio, 22/10/2023).

CAPÍTULO V: CONCLUSÃO E SUGESTÕES

5.1. Conclusão

O presente trabalho surgiu a partir da constatação de um problema relativo ao tratamento dado à pessoas desfavorecidas no Centro de Saúde 1º de Maio de Maputo, no intervalo de 2018 à 2022. Nele, definiu-se como objectivos descrever o enquadramento funcional do Serviço Social na área da saúde e os parâmetros de actuação dos Assistentes Sociais nos centros de saúde, identificar os desafios e obstáculos que pessoas desfavorecidas encontram no Sistema Nacional de Saúde na Cidade de Maputo e apresentar instrumentos de mitigação e prevenção estabelecidos pelos Assistentes Sociais no Sistema Nacional de Saúde.

Neste sentido, concretizamos o objectivo de identificar os desafios e obstáculos enfrentados pelas pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde na Cidade de Maputo. Constatamos que os desafios aludidos estão ligados a diversos problemas, dentre os quais dificuldade de acessar atendimento médico devido à falta de documentos de identificação, à falta de informação sobre os serviços disponíveis nos centros de saúde, possíveis problemas de comunicação devido a barreiras linguísticas ou falta de familiaridade com o sistema de saúde e risco de discriminação ou estigma ao buscar atendimento médico como pessoa desfavorecida.

Também, materializamos o objectivo de analisar o enquadramento funcional do Serviço Social na área da saúde e parâmetros de actuação dos Assistentes Sociais nos centros de saúde. Assim, o objectivo em causa tinha em vista a compreensão da actuação do Assistente Social na saúde, desde a atenção básica até aos serviços que se organizam a partir de atenção de média e alta complexidades nos centros e postos de saúde, policlínicas, institutos de saúde, maternidades, centros de apoio psicossocial, hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo universitários. No atendimento directo aos usuários destacam-se: Acções socio assistenciais; Acções de articulação com a equipe médica e Acções Socioeducativa.

A pesquisadora verificou a validade da hipótese segundo a qual o papel do Assistente Social no atendimento à pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde consiste em formular estratégias e políticas sociais direccionadas ao Sistema de Saúde, bem como avaliar as necessidades sociais dos pacientes, encaminhamento, apoio sentimental e psicológico aos pacientes e suas famílias em prol dos direitos sociais dos pacientes.

No entanto, o problema principal do presente trabalho manifesta-se na existência da falta de infra-estrutura adequada, falta de recursos humanos qualificados, acesso limitado à serviços de saúde em áreas rurais, falta de medicamentos e equipamentos médicos e desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Assim, as infra-estruturas precárias dificultam a disponibilização de serviços de saúde, a distribuição de medicamentos e equipamentos, além de afectar o funcionamento adequado dos hospitais e centros de saúde em Moçambique.

No presente trabalho, optou-se pela teoria marxista, que aborda sobre o capitalismo, para analisar a realidade que se pretende pesquisar, pois com ela, pode-se entender que este favorece os padrões de vida da minoria, obrigando e/ou permitindo assim que muitas famílias não tenham acesso à qualidade de vida satisfatória: o emprego, a renda, a moradia, a alimentação, o que cria emergência da mendicidade como fruto da questão social.

Por um lado, a escolha da teoria marxista numa abordagem capitalista possibilitou-nos analisar o motivo pelo qual as sociedades actuais encontram-se divididas em classes antagónicas, “onde os ricos se tornam mais ricos e os pobres, mais pobres, “desigual distribuição de recursos”.

Constrangimentos da Pesquisa

O primeiro constrangimento encontrado pela pesquisadora na elaboração do trabalho estava relacionado com a busca de artigos e manuais relativos ao tema do papel do Assistente Social no atendimento à pessoas desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde: estudo de caso no Centro de Saúde 1º de Maio, período de 2018 à 2022. No que concerne aos problemas encontrados no local da pesquisa está ligada a obtenção da credencial na Universidade Eduardo Mondlane para a recolha de dados no Centro de Saúde 1º de Maio. Durante o processo de obtenção da credencial, a faculdade teve que demorar para disponibilização do credencial.

Todo esse processo influenciou de forma negativa no atraso do trabalho, pois tinha-se o desejo de submeter a monografia no Departamento de Sociologia com mais urgência. Mas com o atraso da obtenção da credencial teve essas dificuldades.

De seguida, os responsáveis do Centro de Saúde 1º de Maio exigiram a credencial para o estabelecimento do contacto directo com o grupo-alvo de modo que a recolha de dados na instituição fosse mais eficaz, rápida, sistemática, legal e segura. A questão das finanças para impressão do guião de entrevistas e transportes para a deslocação na instituição foram dificuldades encontradas durante a recolha de dados.

5.2. Sugestões de Melhorias

Há uma forte necessidade de se reconhecer adequadamente o direito à saúde na legislação e políticas nacionais; o acesso em termos de igualdade e sem discriminação, a todos os factores determinantes de saúde, tais como alimentação, água potável, saneamento básico, habitação adequada, entre outros.

Acima de tudo, é preciso que se reconheça que a condição de pessoa desfavorecida não constitui motivo para marginalização, mas um ponto de partida para a demonstração da maior e mais prestigiada característica humana, a empatia, que, neste caso particular, pode manifestar-se pela solidariedade e amor ao próximo.

É necessário que as instituições competentes mostrem, na prática, que o Direito Universal à Saúde não é um conto de fadas, que não se trata de um mero discurso político, mas de uma realidade acessível e abrangente e sem nenhum tipo de discriminação ou favoritismo.

É necessário também o reconhecimento e a contratação de profissionais do curso de Serviço Social.

Isso só será possível se os profissionais de saúde se tornarem pessoas íntegras, incorruptíveis e, acima de tudo, reconhecerem que nenhuma vida é mais valiosa que outra, ou seja, se fizerem jus ao slogan “o nosso maior valor é a vida”. Nenhuma quantia de dinheiro compra a vida humana. Ela é um dom divino, um bem precioso. Só assim poder-se-á falar, verdadeiramente, da tão utópica sociedade justa e igualitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, R. (2002). Aumento de doenças em Moçambique: Uma análise sistemática de determinantes sociais de saúde. Epidemia ou novo padrão de endemicidade. 3ª Edição. Maputo.

Andrade, M. (2011). Estado de Bem-Estar Social. Uma abordagem Sistemática de Políticas Sociais. 4ª Edição.

Andrade, M. (2010). As Causas da Pobreza no Brasil. In: Velloso, João Paulo dos Reis e Albuquerque, Roberto Cavalcanti (Orgs.) Modernidade e Pobreza. São Paulo: Nobel.

Anselmi, Lagarde e Hanson (2018), As barreiras geográficas com a distância aos serviços de saúde sendo o principal determinante de acesso aos serviços. 6ª Edição. Maputo.

Banco Mundial, (2015). O sistema de saúde especializado como uma importante presença de provedores privados. Análise uma fragmentação entre organização e prestação de serviços, uma fonte comum de ineficiência. Maputo.

Bento, F. (2019). O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (org). Serviço Social e saúde: Formação e trabalho profissional. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília.

Conte, G. (2019). Introdução ao Serviço Social no Contexto da Saúde: fundamentos e história. 4ª Edição. São Paulo: Cortez.

Costa, C. (1997). Pobreza e Bem-estar em Moçambique: Terceira Avaliação Nacional. Direcção Nacional de Estudos e Análise de Políticas (DNEAP), Ministério da Planificação e Desenvolvimento (MPD), Maputo,

. Commission on Social Determinants of Health (2018-2023). Às condições e indicadores de saúde de grupos populacionais que podem ser identificados por características socioeconómicas, locais. São Paulo. 3ª Edição.

Favero, G. (2010). Fundamentos de Metodologia Científica. Editora Atlas S.A. 5ª Edição. São Paulo.

Faísca, C. (2009). Crítica marxista da teoria e da prática da política social capitalista: peculiaridades da experiência brasileira. Tese (Doutorado em Sociologia). Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília.

Francisco, A., Sugahara, G. (2012). Por Que Moçambique Ainda Não Possui Uma Pensão Universal Para Idosos? In: IV Conferência Internacional Do IESE. Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE), Maputo.

Freitas, V. A. (2009). Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Maputo.

Freitas, V. A. (2012). Plano nacional de combate a violência a saúde pública. Publicado oficial da Republica de Moçambique, Maputo.

Gil, A. C. (2012). Métodos e Técnicas de Coleta de Dados em Pesquisa Social e em Ciências Sociais, 7ª edição, Atlas, São Paulo.

_____ (2010) Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, 5ª edição, Atlas, São Paulo.

_____ (2008). Métodos e Técnicas de Pesquisa social, 6ª edição, Atlas, São Paulo.

Guerra, E. L. A. (2011). Manual de Pesquisa Qualitativa, Editora Anima Educação, Belo Horizonte

Gwatkin, Y. (2018). Análise das competências do Assistente Social em relação aos parâmetros normativos previstos pelo art. 5º da Lei 8662/93, que estabelece as atribuições privativas do mesmo profissional. CFESS, Brasília.

Hansine & Arnaldo, (2019). Redução substancial na mortalidade geral no país com as taxas médias da prevalência de doenças. São Paulo. 2 Edição.

INCAM (2019). Capitalismo monopolista e Serviço Social. 8. ed. São Paulo: Cortez.

Iamamoto Marilda Villela (2001). Serviço Social em Tempo de Capital fetiche. 3ª. Edição. São Paulo: Cortez.

Jones, B. (2020). A organização dos sistemas de saúde e a provisão dos serviços nas sociedades. Uma reflexão das desigualdades sociais em saúde. Maputo.

Karl, M. (1885-1883). Mais-valia Absoluta e Relativa. In: O capital: crítica da economia política; Apresentação de Jacob Gorender: coordenação e revisão de Paul Singer; tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultura, Tomo II, cap. XIV, p.105-112.

Kisnerman, G. (2001). Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional 3ª Edição. São Paulo. Cortez.

Lakatos, E. M. & Marconi, M. (2011). Fundamentos de em Ciências Sociais, Metodologia de investigação social. São Paulo: Atlas.SA.

Lazaro, F. (2019). Avaliação da Implementação do Programa Estratégico para Redução da Pobreza Urbana no âmbito da geração de emprego no Distrito Municipal KaMubukwana (2011 – 2014). Plano Apresentado no Instituto de Ciências. 5 Edição. Maputo.

Loewenson & Simpson, (2015). Contribuição dos Assistentes Sociais do Maranhão ao documento “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. São Luís: CRESS 2ª Região.

Llop-Girones (2018) Relatório sobre a discussão da versão preliminar “Os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. Belo Horizonte: CRESS 6ª Região.

Lotos, E. A. (2012). Neoliberalismo e Estado. In: LAURELL, Asa Cristina (Org). Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo. 3. Ed. São Paulo.

Marconi, M. D. & Lakatos, E. M. (2012). Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Atlas.SA.

Marconi, M. A. (2010). A Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Secretaria da Cultura, Ciência e Tecnologia.

_____ (2003). Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa. 6ª Edição. São Paulo.

_____ (2003). Fundamentos de Metodologia Científica. Editora Atlas S.A. 7ª Edição. São Paulo.

Mate, J. L. (2007). Serviço Social e o campo da saúde. Para além de plantões e encaminhamentos. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez.

Maia, H. (2009). A origem da pobreza mendicidade no contexto Moçambicano. Uma análise de saúde e doença na cidade de Maputo. Maputo.

Mela, N. Z. (2010). Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília.

Mingione, R. (2009). A contemporaneidade do capital e o Serviço Social: limites e possibilidades do projeto profissional. Projeto de pesquisa. São Paulo.

Minayo, M. C. S. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social: 12ª Edição. Volume 5. Rio de Janeiro

Minayo M. C.S. (1986). Métodos e Estudos de Casos. Uma abordagem nas ciências sociais. 5 Edição. São Paulo,

Mackintosh, K. (2000). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2023) As desigualdades sociais em saúde persistem no país. Estratégias de Intervenção Social. Maputo.

Michel, A. (2019). Perspectiva Sociológica sobre as Pesquisas em Ciências Sociais e a Diversidade das Pedagogias. In: Pedagogia do oprimido. 17ª Edição, São Paulo: Rio de Janeiro, pp: 171 – 184.

Mitano, O. L. (2016). Acesso a medicamentos como direito humano. Tese de doutoramento defendida junto a Universidade de São Paulo-US.

Moçambique (2004). Constituição da República. Lei de promoção e protecção dos direitos da pessoa idosa Lei 3/2014, de 5 de Fevereiro. I Serie, nº 11. Publicado oficial da Republica de Moçambique, Maputo.

Moçambique (2022). Constituição da República. Política de Atendimento a pessoas com doenças crónicas e Estratégia da sua Implementação. Maputo

Netto. et all. (1995). *Desafios do Serviço Social*, Buenos Aires, Humanitas.

Núncio, M. J. S. (2015). *Introdução ao Serviço Social: história, teoria e métodos* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Oliveira, H. J. (2009). A Construção do Projecto Etico-politico do Serviço Social. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. Capacitação em Serviço Social e Política Social. São Paulo.

OMS (1998). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Rio de Janeiro: ENSP, LAPPIS, Laboratório de Pesquisa Sobre Práticas de Integralidade em Saúde.

Organização Mundial da Saúde (2010). Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde. Genebra: Prevenção.

Organização Mundial de Saúde (2023), As desigualdades em saúde. Questões práticas a nível das sociedades. Maputo.

ONU (2000). Plano nacional de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. 2000-2010. Genebra.

ONU (2001). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Direito a Saúde no Mundo Neoliberal. Uma análise sistemática. Porto.

Piana, M. C. (2009). *A construção do perfil do assistente social no cenário educacional*. São Paulo: Unesp.

Princípios de Limburgo (2022). Avaliação psicológica de vítimas de maus tratos conjugais. In Machado, C., & R. A. Gonçalves (Coords.), *Psicologia Forense*, Coimbra: Quarteto.

Plano de Acção para Redução de Pobreza Absoluta I 2000-2005. Aprovado pela Assembleia da República de Moçambique. Maputo.

Plano de Acção para Redução de Pobreza Absoluta II 2005-2009. Aprovado pela Assembleia da República de Moçambique. Maputo.

Plano Estratégico do Sector de Saúde (2018-2023). Assistência social entre a produção e a reprodução social. Cadernos do Núcleo de Seguridade e Assistência Social. Maputo.

Raichelis, R. (2009). *O Trabalho do Assistente Social na esfera estatal*. In: CFESS/ABEPSS. *Direitos sociais e competências profissionais*, Brasília: CFESS/Abepss.

Santos, B. (2018). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde.

_____ (2019). *Parâmetros para actuação de assistentes sociais na saúde*. Grupo de trabalho Serviço Social na saúde. Brasília.

Souza, I. C. (2013). *Corrente Marxista e a Necessidade de Políticas de Protecção como Mecanismo de Inclusão Social a pessoas em de Pobreza*. 3ª Edição. Porto.

_____ (2013). O Trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. Serviço Social & Sociedade. Porto.

Souza, F. (2010). Saúde Pública e Dimensões Sociológicas. 8ª Edição. São Paulo.

Starfield, X. (2002). Países da África Subsaariana afectadas pelas doenças crónicas. Uma abordagem holística sobre a problemática em causa. Maputo.

Thiollent, F. (2013). Conceitos, Teorias e Tipologias de Investigação: A Investigação em Ciências Sociais, 12ª Edição. Volume 5. Rio de Janeiro.

Trivinos, S. (1987). A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. In: Evidência, olhares e pesquisas em saberes educacionais. Número 4, maio de 2008. Araxá. Centro Universitário do Planalto de Araxá.

Townshend, F. (1993). Representações Sociais – Investigações em Psicologia Social. Psicologia Social. Paris. PUF.

Tomas, L. (2019). Governança e Governabilidade na Reforma do Estado: entre eficiência e democratização. Barueri, SP: Manole.

Yin, R. (2008a). Estudo de caso: planeamento e métodos. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman

Yin, R. (2008b). Metodologia de investigação científica nas ciências humanas e social 3ª Edição. Porto Alegre: Bookman

Yin, R. (2010). Nalise da Pesquisa social no campo das ciências humanas. São Paulo.

Zurzi, N. A. (2004). Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Porto, i. & Koller, s. h. (2008). Violência contra idosos institucionalizados. Revista de Psicologia da Vetor Editora, 9. Volume 2.

APENDICE - Guião de Entrevista

Comprimentos a todos pacientes do Centro de Saude 1° de Maoio. Meu nome é **Nilza Marta Zavale**, Sou estudante do curso de Licenciatura em Serviço Social, na Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras e Ciências Sociais. Estou a realizar uma pesquisa no âmbito do trabalho de conclusão do curso, com o seguinte tema: **O Papel do Assistente Social no Atendimento à Pessoas Desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde: estudo de caso no Centro de Saúde 1° de Maio (2018-2022).**

De referir que a participação na entrevista é por livre e espontânea vontade, contudo a vossa colaboração será uma mais-valia para o enriquecimento de conteúdos do presente trabalho e salientar que os dados fornecidos serão usados exclusivamente para o presente trabalho e não para outros fins. Agradeço pela atenção de todos.

Meu muito obrigado!

Perfil Sociodemográfico dos Entrevistados

1. Idade _____

2. Sexo _____

3. Estado Civil _____

5. Profissão _____

6. Nível de Escolaridade _____

Por favor! Assinala com X a opção que tenha conhecimento e responda as questões com clareza.

1. Como tem sido o atendimento no Centro de Saúde 1° Maio?

1. Boa

2. Razoável

3. Negativa

4. Muito Péssima

I. Alguma vez já foste cobrado alguma valor para consultas?

1. SIM

2. NÃO

II. Quais são os tipos de serviços que o Centro Disponibiliza?

III. Quais os desafios e obstáculos que enfrentam no Centro de Saúde 1° de Maio?

IV. Quais são as consequências trazidas pelo mau atendimento por parte dos profissionais de saúde?

VI. O Centro de Saúde tem um Assistente Social/Psicólogo para o atendimento de qualidade?

1. Não 2. SIM

VI. Se é sim, que tipo de Assistência social Recebes?

1. Apoio Psicológico 2. Apoio Sentimental

3. Auxílio e Acompanhamento 4. Outros

Sugestões de melhorias

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AOS UTENTES

Chamo-me Nilza Marta Zavale, estudante do Curso de Licenciatura em Serviço Social pela Universidade Eduardo Mondlane, desenvolvo a pesquisa sobre o Papel do Assistente Social no Atendimento à Pessoas Desfavorecidas no Sistema Nacional de Saúde: estudo de caso no Centro de Saúde 1º de Maio.

Como parte do processo de recolha de dados para a pesquisa, o presente questionário será distribuído aos utentes do Centro de Saúde 1 de Maio, de modo a captar as suas percepções sobre o tema acima descrito.

A participação neste estudo é de carácter voluntária e as informações que você fornecer serão mantidas anónimas e confidenciais. Somente o pesquisador usará as informações e as manterá anónimas. Nenhum nome ou outra informação será incluído em qualquer publicação ou apresentação baseada nesses dados e as respostas colectadas nesta discussão permanecerão confidenciais.

O preenchimento deste questionário levará aproximadamente 10 minutos e, ao concordar em respondê-lo, significa que o objectivo principal do estudo, incluindo as informações acima, foram descritas oralmente a você, que entende e que concorda voluntariamente em participar do estudo.

Se você tiver dúvidas ou perguntas sobre este estudo, como questões científicas, como fazer qualquer parte dele ou relatar uma lesão, entre em contacto com o pesquisador.

Nilza Marta Zavale - +258 844016150

Concordo Não concordo

Agradeço-lhe antecipadamente a sua participação neste estudo. Atenciosamente.